

Este escrito fue presentado como ponencia en la mesa con la que el Congreso Internacional Extraordinario de Filosofía que tuvo lugar en San Juan en Julio de 2007 homenajeó a los Maestros de la Filosofía Argentina.

EL DEVENIR DE LA MEDICINA: una mirada epistemológica

Dr. César Lorenzano
Maestría y Doctorado en Epistemología e Historia de la Ciencia
Universidad Nacional de Tres de Febrero
www.clorenzano.com.ar
e-mail: cesar@clorenzano.com.ar

Introducción

Voy a analizar desde el punto de vista de la filosofía de la ciencia a una de las funciones centrales que se cumplen en cualquier sociedad, desde las más primitivas hasta las actuales –que son ejercidas por agentes sociales diferenciados-, y de las que el proyecto humano no puede prescindir.

Me refiero a la necesidad de cuidar a sus miembros cuando enferman, cuando son pequeños, cuando envejecen, cuando se lastiman.

Brujos, sacerdotes, curanderos, ejercieron esa función.

Recién en Grecia, en el siglo V antes de Cristo, esa función es ejercida por *médicos*, que basan su práctica en las enseñanzas de Hipócrates, a quien se considera el padre de la medicina, una doctrina que algunos consideran es la iniciadora de la tradición científica griega.¹

Desde entonces a nuestros días las doctrinas de Hipócrates recorrieron un largo camino, experimentado con el tiempo mutaciones que las llevan a la medicina actual.

Sin embargo, importante como es, el conocimiento médico fue uno de los últimos en ser objeto de estudio de la filosofía de la ciencia. No se lo consideraba digno de análisis. En parte, porque –como lo expresa Thomas Kuhn-, era considerado una práctica apenas diferente de a la confección de calendarios, o al decir de Mario Bunge, una artesanía similar a la metalurgia-. En esta exposición mencionaré los motivos por los cuales los griegos pensaron que se trata de una ciencia; motivos que persisten pese a los cambios acaecidos en la concepción de ciencia desde entonces.

¹ W. Jaeger. *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. Fondo de Cultura Económica, México 1957, 1 "La medicina griega considerada como paideia", p. 783.

Es recién en 1976 cuando la reunión anual de la Philosophy of Science Association implementa una mesa redonda con el título de “¿Hay algo de interesante en la medicina para la filosofía de la ciencia?”. Había comenzado, tardíamente, la epistemología de la medicina.² Adquiere consistencia institucional con la publicación de las primeras revistas especializadas en el tema, casi en coincidencia con la reunión de la PSA.³

Desde la filosofía de habla hispana, se publica en *Dianoia* –también en 1976, y de la autoría de César Lorenzano- un artículo, titulado “Análisis metodológico de una ciencia empírica: la medicina”, en el que se sostiene la científicidad de la medicina. Un año después, Mario Bunge inspira un libro editado por la Sociedad Mexicana de Epistemología –y del que participan médicos e investigadores del área de la biomedicina-, en el que acuña el término “Iatrofilosofía”, para referirse a la filosofía de la medicina. Había llegado, para quedarse, una nueva rama de la epistemología, apenas poco más tardíamente que la filosofía de la biología, otra gran relegada.⁴

Sin que en ese momento fuera evidente, el reino de la física como modelo de ciencia a estudiar había comenzado su declinación.

Narraré sucintamente algunos de los análisis que siguieron a ese primer artículo de *Dianoia*, con los que caracterizo al conocimiento médico en su núcleo central, la clínica médica, en la que se encuentra una estructura teórica que no difiere mayormente de la de otras disciplinas científicas. Por último, esbozaré como los últimos avances científicos en el campo de la biomedicina introducen cambios en esa estructura teórica, con repercusiones en el ejercicio de la medicina. Algunos de ellos conducen, innecesariamente, en lo que se ha dado en llamar *la deshumanización de la medicina*.

La medicina como conocimiento científico

Cuando comienzan las investigaciones epistemológicas acerca del estatus científico de la medicina, fue necesario derribar numerosos prejuicios.

El primer de ellos identificaba a la medicina con la práctica médica. En la percepción habitual, medicina es aquello que hacen los médicos. Quienes pensaban así –y asimilaban

² Engelhardt, H. Tristram, “Is There a Philosophy of Medicine?”, en: Frederick Suppe, Peter Asquith (ed.) *PSA 1976, Preceedings of the 1976 Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*, Volumen Two, Symposia, Philosophy of Science Association, East Lansing, Michigan, 1977, pp 94-109.

³ Las primeras revistas especializadas fueron *Philosophy and Medicine*, dirigida por los Dres H.T. Engelhardt y J.F. Spicker, que comenzó a aparecer en 1975, y *The Journal of Medicine and Philosophy*, publicada a partir de 1976.

⁴ Lorenzano, César (1976) “Análisis metodológico de una ciencia empírica: la medicina”, *DIANOIA*, UNAM, México.
Alonso de Florida, Francisco (comp.) (1978) *Ensayos de Yatrofilosofía*, Academia Nacional de Medicina y Asociación Mexicana de Epistemología, México. El artículo de Mario Bunge fue editado posteriormente: Bunge, Mario (1980) “Yatrofilosofía”, en: *Epistemología*, Ariel, España, pp. 233-247.

la medicina a una simple tecnología- no se preguntaban por las bases epistémicas de esa práctica. No tomaban seriamente los largos años de estudio que requiere, y esos textos casi interminables en los que se encontraban los marcos conceptuales de los que se derivaba.

El segundo prejuicio consistía en que si esos textos eran tomados en consideración, se aducía que trataban simplemente de conocimiento biológico. Que la medicina era biología aplicada. Si este era el caso, no había ningún conocimiento científico propiamente médico, y no podría hablarse de ciencia médica, ni por supuesto, de teorías médicas.

No es necesario insistir demasiado en los argumentos por los cuales la práctica médica se asienta en un tipo de conocimiento científico. Era evidente que debía separarse la práctica de conocimiento científico.

Sí, en cambio, fue necesario deslindar el conocimiento médico del conocimiento puramente biológico. Quienes los asimilaban, constataban su fuerte contenido biológico, y le negaban cualquier forma de autonomía.

Fue necesario mostrar que se apoyaba en la biología, a la que presupone –de manera similar a como la astronomía presupone y se apoya en la física-, pero responde a problemas específicos, fundamentalmente la pérdida de la salud, que guía todas sus investigaciones.

Ni la teoría de la evolución, ni la genética, ni la teoría celular “*per se*” se ocupan de la enfermedad. Tienen su propio rango de problemas, que –en su nivel de generalidad- no incluyen el funcionamiento normal y patológico del cuerpo humano. La salud y la enfermedad humanas, que son el territorio privilegiado de la investigación médica, señalan caminos que no están inscriptos en la biología, aunque se apoya en ellos.

Por otra parte, puede constatarse que los enunciados de la medicina no pueden deducirse de los enunciados biológicos, ni reducirse a ellos. Pueden en cambio derivarse de una manera no deductiva, introduciendo variables y conceptos que no figuran en el repertorio acotado de la bioquímica.

La medicina se hace tres grandes preguntas, que hacen a la misma supervivencia del ser humano, y que han sido respondidas de diversas maneras a lo largo de la historia.

- i. ¿qué es la enfermedad?
- ii. ¿cómo se enferma?
- iii. ¿cómo se cura la enfermedad?

A lo que agregamos una cuarta pregunta:

- iv. ¿cómo se detecta, cómo se diagnostica la enfermedad?

La primera pregunta se responde desde la *clínica médica*, una disciplina que sintetiza el conocimiento acerca de la enfermedad, y en la que concurre -dándole sustento- un abanico de disciplinas biomédicas. La caracterizamos como perteneciente a la ciencia básica, similar en este sentido al conocimiento de la física, o de la química.

La respuesta a segunda pregunta, cómo se enferma –*etiología*, en la terminología médica- se encuentra menos desarrollada desde el punto de vista científico, y contiene en sus explicaciones elementos provenientes de investigaciones sociológicas y psicológicas, además de las estrictamente biológicas.

La pregunta por la curación –que se responde desde una disciplina médica llamada terapéutica- origina investigaciones que llamaré *tecnológicas*, puesto que intentan corregir el curso natural de un proceso –la enfermedad-, como sucede con cualquier tecnología, y diseñando y utilizando o no instrumentos específicos .

No es necesario insistir demasiado para que sea evidente que no siempre el conocimiento básico brinda los elementos para que la intervención humana sea exitosa en lograr la curación.

Ambos conocimientos –diagnóstico y tratamiento- sintetizan los *elementos pragmáticos* de la medicina, mientras que los que se derivan de las primeras dos preguntas, contienen sus elementos teóricos.

Una vez establecidas estas instancias diferenciales de conocimiento, encontramos en la medicina elementos de ciencia básica, de ciencia aplicada, y de tecnología, tal como sucede con otras ramas del conocimiento.

El paso siguiente en nuestra caracterización del conocimiento fue la elucidación de la clínica médica, entendida como la estructura teórica central de la medicina

Recurriremos para eso a la propia historia de la medicina, en la que analizaremos y caracterizaremos cuatro etapas sucesivas, que coinciden con cambios profundos en la concepción de qué es la enfermedad, con naturales repercusiones en la práctica médica – diagnóstico y tratamiento-.

- i. Etapa de la medicina hipocrática
- ii. Etapa de la medicina moderna o fisiológica
- iii. Etapa la medicina social
- iv. Etapa actual

La medicina hipocrática y su estructura teórica

Hacia el siglo V antes de nuestra era, Platón plantea a los astrónomos un desafío singular: explicar los erráticos movimientos de los planetas -tan alejados del transcurrir regular de las estrellas- en términos de movimientos circulares uniformes. Eudoxio, y luego Ptolomeo salvan -explican- la irregularidad del movimiento aparente, mediante propuestas de movimientos circulares que al combinarse dan perceptualmente la apariencia de una irregularidad. No sólo los explican: su trazado matemático permite predecir con una precisión impensada sus movimientos futuros, y suponer cuales fueron en el pasado.

Podríamos asimilar el problema y su solución a un lenguaje más actual, y decir junto con la “concepción heredada” –nombre con la que se conoce a la epistemología tradicional- que lo empírico -o fenoménico- es explicado por un plano teórico.

Por la misma época, Hipócrates -resumiendo bajo este nombre los hallazgos de toda una escuela, y quizás de todo un período histórico- realiza la doble tarea de los astrónomos: describe con precisión signos de enfermedades -semejante a los cuidadosos trazados del mapa celeste que es previo a las teorías astronómicas-, y los explica mediante los cambios de los cuatro humores del organismo.⁵

Como vemos, tanto Platón como Hipócrates piensan, si transcribimos sus propuestas a un lenguaje epistemológico más actual, que una teoría científica está constituida por dos planos diferentes, uno de los cuales explica al otro. Si seguimos a la “concepción heredada”, quizás pudiéramos hablar de un plano “empírico” que es explicado por un plano teórico.

Sin embargo, si se lo analiza con más cuidado, entenderemos que se trata de la relación entre dos campos teóricos distintos, uno de un nivel más básico que el otro. Esto es así por los siguientes motivos. Los datos no corresponden a una percepción pura, no entrenada, expresada en un lenguaje observacional común. Se obtienen según las pautas de una disciplina científica, que sistematiza y perfecciona la observación espontánea, conocida desde entonces como *semiología* o ciencia de los signos.

La semiología estandariza una variedad de complejas maniobras perceptuales y manuales, que permiten obtener datos imposibles de ser percibidos por el lego, y que son expresados en un lenguaje específico. El simple rubro de “manchas en la piel”, por ejemplo, da lugar a una refinada tipología que puede abarcar a más de 100 entidades descriptivas diferentes. Estandariza además el *interrogatorio* del paciente, incorporando a los datos empíricos aquello que refiere el paciente como sus molestias, llamándolos *síntomas*. Desde el punto de vista metodológico, con esta maniobra la semiología transforma las experiencias subjetivas de los pacientes en datos objetivos, susceptibles de ser categorizados y cuantificados.

Los *signos* y *síntomas* se agrupan posteriormente en constelaciones específicas, para caracterizar *síndromes*, e incluso configurar, si se le añade una cierta evolución en el tiempo, lo característicamente “observable” de las enfermedades.

Desde la semiología tenemos, entonces, una determinación *semiológica* de las enfermedades, pero que resulta incompleta, puesto que no explica los motivos por las cuales los signos se agrupan por enfermedad, y siguen una evolución regular, previsible.

⁵ Los cuatro humores son: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. El mecanismo explicativo de la enfermedad es de una mayor complejidad de lo que expusimos. Los humores caracterizan a cuatro constituciones físicas distintas, que tienen propensión a cierto tipo de enfermedades, y explican la *evolución* de las enfermedades.

La explicación -y con ella la enfermedad propiamente dicha- pasa por relacionarlos con los cambios en el interior del organismo -inaccesible a la observación directa por ese entonces- de cuatro humores básicos.⁶

Tenemos entonces los dos planos teóricos de los que hablábamos. Uno más “empírico”, o *semiológico*. Otro más “teórico”, que explica al primero, o *humoral*.

Corresponde puntualizar que la propuesta de Hipócrates se separa entonces del empirismo simple de la “concepción heredada” –que entiende que la experiencia coincide con lo directamente observable –agreguemos, para un observador cualquiera- es consistente con las teorizaciones epistemológica actuales, en las cuales la distinción es no entre un plano observacional y uno teórico, sino de la relación entre *dos planos teóricos*, uno de los cuales es más próximo, más accesible a la experiencia que el otro.

Sabemos que es relativamente sencillo recopilar el material semiológico, y de hecho las descripciones que hace Hipócrates son todavía un modelo de exploración médica. Pero sabemos también que demoró siglos en cambiar la especulación acerca de las alteraciones de los humores para entenderse la anatomía y el funcionamiento normal de los órganos internos, así como sus alteraciones en caso de enfermedad.

Cuando se entiende la necesidad de investigar este plano más profundo –teórico con respecto a la semiología- estamos ya en la segunda etapa histórica de las teorías médicas, que se prolonga hasta la actualidad en las concepciones biológicas de la enfermedad.

La fisiopatología en las teorías médicas

El reinado de la concepción hipocrática de la enfermedad duró casi 2500 años, hasta mediados del siglo diecinueve, cuando investigadores como Rudolf Virchow⁷ y Claude Bernard⁸ sientan las bases científicas de la fisiopatología -o alteraciones en el funcionamiento del organismo que provocan la enfermedad-. Sin embargo, no rompen por completo con la tradición de Hipócrates y Galeno -por otra parte viva hasta ese momento- y presentan bajo una nueva luz -rigurosa y experimental- el esquema de dos planos teóricos interrelacionados: uno de ellos el viejo plano semiológico, enriquecido con el paso del tiempo con nuevas descripciones de enfermedades, y el nuevo plano anatómo-fisiopatológico, que lo explica.⁹

⁶ Véase: Vintró, Eulalia (1972) *Hipócrates y la nosología hipocrática*, Ariel, España.

Laín Entralgo, Pedro (1982) *La medicina hipocrática*, Alianza Editorial, Madrid.

⁷ Virchow, Rudolf (1858) "Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre".

(1855-1867) "Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie".

(1847-1902) "Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie".

⁸ Bernard, Claude (1865) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Bailliére. V.e. (1959) *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Buenos Aires, El Ateneo.

⁹ Por supuesto, esta es también una simplificación del proceso histórico real.

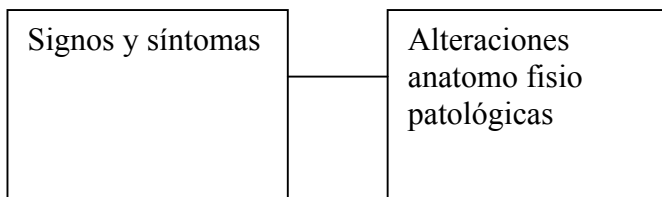
Este esquema permite comprender el hilo racional que une a alguno de los puntos que aparecen en la descripción de las enfermedades tal como figuran en los libros de texto de clínica médica actuales.

Reconocemos en ellos el plano semiológico y el plano anátomo-fisio-patológico mencionado respectivamente como de “los signos físicos que presentan los pacientes” el primero y “las lesiones características de los distintos órganos” el segundo. Ambos constituyen los puntos principales con los que se describe a las enfermedades. Vemos también su íntima relación en la evolución de la enfermedad, que es la de sus signos, paralela a la de las alteraciones orgánicas o funcionales.

Según lo acabamos de ver, “enfermedad” es la unión insoluble entre signos, y lesiones anátomo-fisio-patológicas, que evolucionan conjuntamente de una manera característica.

Una teoría clínica, entonces –y en principio hay una para cada enfermedad-, es una construcción en la que se unen síntomas y signos específicos con alteraciones anatómo-fisio-patológicas asimismo específicas, que evolucionan conjuntamente en la medida en que se desarrolla la enfermedad, yendo hacia la curación total, la curación con defecto, la cronicidad o la muerte.

En esquema:



Falta un elemento más. Tanto en nuestro análisis de las teorías científicas, como en la exposición que hicimos de la medicina. Falta hablar de las leyes científicas, que en la concepción estructural de las teorías unifican -contienen- en su formulación los elementos y relaciones que existen en ambos planos.

Sabemos lo que son las leyes: enunciados por medio de los cuales se conoce cómo evoluciona el **sistema** integrado por los **elementos** que se encuentran en cada plano, y las **relaciones** que entablan entre ellos, si cambian elementos o relaciones.¹⁰

Por ejemplo, mediante las leyes podremos conocer que si tal planeta está en cierto momento en determinado sitio del mapa celeste, en otro momento dado estará en otro sitio previsto por la teoría, siendo el tiempo y el lugar los elementos de la teoría que varían.

Las leyes permiten, habitualmente, **predecir**.

¿Existirá algo parecido a leyes en la medicina? ¿Predecirán los médicos?

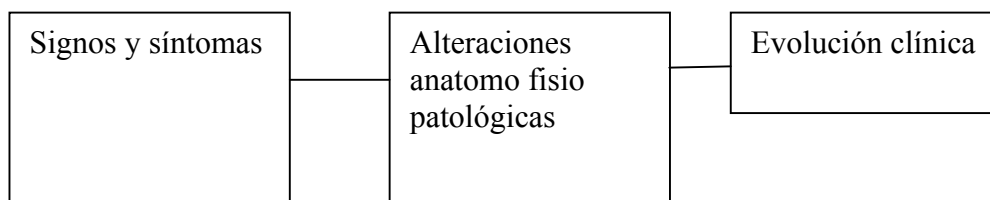
¹⁰Efectivamente, podemos definir un sistema como un conjunto formado por elementos y relaciones entre los elementos.

Recordemos que ya Hipócrates había dicho: "Si el conjunto de signos que presenta el enfermo es el que ahora te describo, tú, médico, sin equivocarte, podrás decir que el futuro de ese enfermo será tal o cual."

Hablaba del *pronóstico* médico, el elemento que faltaba en nuestro análisis, y que es funcionalmente equivalente a la predicción científica.

Incidentalmente, recordemos que las historias clínicas registradas por Hipócrates terminan casi siempre en la muerte de los pacientes. Hipócrates separa, al igual que nosotros, el saber médico de sus posibilidades de intervenir con éxito en la enfermedad. Como hombre de ciencia, como cualquier hombre de ciencia, le basta con predecir.

Completemos entonces nuestro esquema de las teorías médicas:



Sin discutir mayormente el criterio de teoricidad, señalemos que habla del carácter *teórico* de la anatómico-fisiopatología, el hecho de que desde la enfermedad semiológica no es posible inferir las lesiones "internas" características, ni desde ellas -con exactitud- los signos que presentan. Esta imposibilidad es algo que tiene que ver con la *teoricidad* de las mismas.

Es de hecho posible que a un mismo conjunto de signos corresponda más de un conjunto de alteraciones anatómico-fisiopatológicas, dando lugar a distintas enfermedades.

Cabe recordar, a manera de ejemplo, que el síndrome doloroso de fosa ilíaca derecha que anteriormente se denominaba "cólico miserere" pues concluía en la muerte, se sabe luego de las investigaciones correspondientes que abarca enfermedades tan disímiles como la apendicitis aguda, la perforación del divertículo de Meckel, la anexitis aguda, la colecistitis aguda.

En este contexto, podemos definir a la *investigación clínica* como aquella que establece fehacientemente la indisoluble relación entre signos, síntomas y lesiones profundas que hacen a una enfermedad definida. Como se comprenderá, sólo puede hacerse en las salas de clínica, al pie del paciente, y concluye con la constatación anatomopatológica.

Es necesario añadir que la expansión teórica que se realiza en la estructura de la enfermedad, *coincide con la atribución de causalidad*: el plano profundo, de lesiones anatómico-fisiopatológicas, es la *causa* de los signos y síntomas, a partir de la cual comenzar a urdir mecanismos de prevención y de curación de la enfermedad. No es de

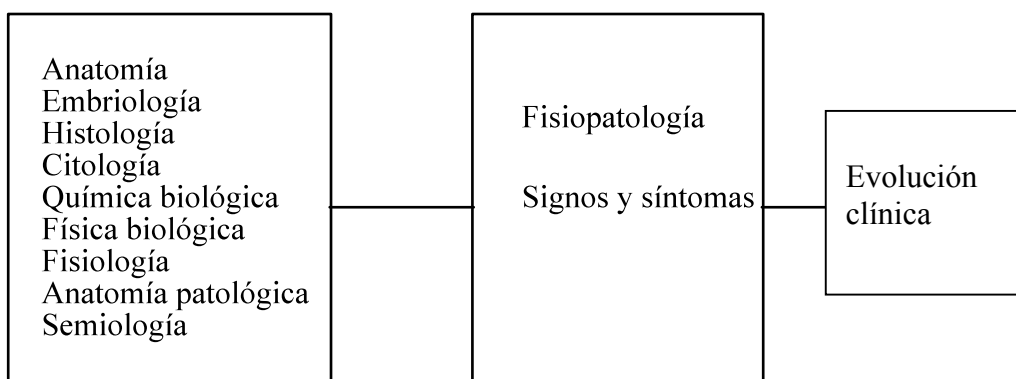
extrañar que el éxito terapéutico se haya constituido en un mecanismo metodológico del que se vale el pensamiento médico para justificar tanto la atribución de causalidad, como la expansión teórica –certificación de la teoría médica de la enfermedad- que la posibilita. La inferencia sería la siguiente: si el paciente cura cuando trato las alteraciones profundas de la enfermedad, por ejemplo, quitando el apéndice en caso de apendicitis, certifico simultáneamente que éste es la causa de dolor, y también aquello que la caracteriza como enfermedad, a saber, las lesiones en el apéndice vermiforme.

Como expresamos al comienzo, el tratamiento correcto se basa en el conocimiento básico de la medicina, que se manifiesta en la teoría de la enfermedad, aquella que responde la primera de las preguntas que nos planteamos.

Sin embargo, no estaría completo nuestro esquema de lo que constituye una teoría médica – *una teoría clínica*, si no incluyéramos la red de relaciones que la conecta con otras disciplinas que le son presupuestas, de tal manera que en ella se sintetiza todo el conocimiento previo *biomédico*. Constituyen un entramado teórico complejo, cuya estructura se refleja en los planes de estudio.

Teorías presupuestas

Teorías médicas



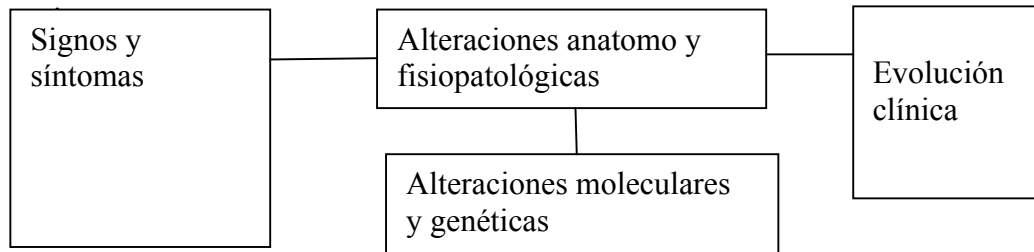
Más allá de la fisiopatología

El esquema que sintetiza a la enfermedad –y que hemos llamado lo característico del conocimiento clínico, su teoría- comienza a alterarse cuando las investigaciones básicas permiten fundamentar aún más básicamente los mecanismos íntimos de la enfermedad. Me refiero especialmente a los desarrollos de la biología molecular y de la genética.

Cuando esto sucede, no se añade simplemente un eslabón más a la cadena explicativa que lleva desde lo más directamente explorable por la semiología, hasta los mecanismos fisiopatológicos –que ahora devienen moleculares y genéticos.

Comienzan a cambiar también lo que se entiende por enfermedad –los aspectos teóricos de la medicina-, pero también a sus aspectos pragmáticos, i.e. su diagnóstico y su tratamiento.

Los cambios en la teoría médica son muy sencillos. Simplemente se añade a los cambios anatómo y fisiopatológicos que explican los signos y síntomas de la enfermedad, los cambios moleculares y genéticos que caracterizan a la enfermedad.



Las alteraciones moleculares y genéticas explican a las alteraciones anatómicas y fisiopatológicas, en ocasiones reemplazándolas por completo en la explicación causal de los signos y síntomas de la enfermedad; sus evoluciones determinan la evolución de la enfermedad, entendida como evolución conjunta de alteraciones orgánicas, signos y síntomas.

Esta es la tercera etapa en las teorías clínicas, y la más actual. Como se observa, es una vuelta de tuerca, una profundización del esquema inicial de Hipócrates.

Al establecerla, agregamos asimismo dos disciplinas médicas básicas *presupuestas* a la red teórica de la medicina, precisamente aquellas por medio de las cuales se caracterizan estos dos últimos cambios: la biología molecular y la genética. Su importancia se revela en el creciente peso que adquiere en los planes de estudio actuales, y sobre todo en el posgrado, donde los conocimientos se parcializan, pero también se profundizan, y el que se consideran imprescindibles.

La otra medicina

Importante como son, las teorías clínicas no constituyen todo el conocimiento médico. Por fuera de ella, a su margen, se desarrolló la otra medicina, la medicina social.

Curiosamente, su iniciador fue quien inició asimismo la medicina biológica, de corte anatómo-fisiopatológico todavía vigente, Rudolf Virchow.

Este científico, prácticamente el primero que recibió el nombre de patólogo, médico de renombre en Alemania, es designado para integrar una comisión para investigar la epidemia de cólera en Silesia, una región fundamentalmente industrial, con preeminencia de la industria textil. Comprueba allí que la causa de la enfermedad era –centralmente- la pobreza, las malas condiciones de vida de los obreros textiles. Su mirada sobre la

enfermedad deviene social. Comienza a publicar una revista “La reforma de la medicina”¹¹, en la que expone sus nuevos puntos de vista. Sus opiniones le valieron el exilio en Suiza, donde continúa con sus investigaciones sociales y también biológicas. Al cabo de los años, con mayor prestigio científico que nunca, regresa a Alemania, donde funda un partido político destinado a implementar las reformas que necesitaba la sociedad, si quería vivir en salud. Es anecdótico que su partido conquistara la segunda minoría en el parlamento.

El sanitarismo había llegado para quedarse. Sus postulados impactaron fuertemente en la sociedad. Bajo su influjo mejoró la provisión de agua potable, el control de las excretas, los espacios públicos, la alimentación, los regímenes de vida que incluían la educación física, el excursionismo, etc. Sin embargo, pese a que Virchow había expresado que la medicina era una ciencia social, no tuvo mayor incidencia los programas de educación médica. Apenas una asignatura con el nombre de *sanitarismo*, que resumía sus principales hallazgos y recomendaciones.

Es recién en los años 60's del siglo pasado cuando el sanitarismo comienza a utilizar herramientas de investigación avanzadas provenientes de las ciencias sociales. Hasta ese momento, parecían innecesarias, ya que el sanitarismo, de corte liberal, pensaba en una sociedad de ciudadanos. No es que desconociera que había ricos y había pobres, y que estos últimos enfermaban de determinadas afecciones –“enfermedades de la pobreza”, se llamaban-. No por nada ese había sido su descubrimiento inaugural. No había sacado provecho, todavía, del hecho de que la sociedad estaba estructurada en clases sociales.

En nuestro país, el uso de estadísticas y del censo nacional que iniciara Gino Germani¹² permitió ver un fenómeno que había permanecido oculto. Así como este autor muestra que las clases sociales tienen un comportamiento electoral diferenciados –tienden a votar de manera similar- pronto se advierte que las clases sociales enferman de manera diferente, sus enfermedades cursar distinto, curan diferentemente, y mueren de enfermedades diferentes.

La pertenencia a una clase social era un factor determinante de la salud, la enfermedad y la muerte de los miembros de una sociedad. Esta constatación dio lugar a cambios en la percepción de la enfermedad, y consecuentemente, en los planes de estudio de medicina.¹³ Las ciencias sociales hicieron además que el conocimiento de las instituciones médicas pasara de intuitivo a científico.

No fue el único cambio en la percepción de la medicina. El fracaso de algunos de los planes de estudio fundamentados en las ciencias sociales, hicieron ver que la salud se trataba tanto de las clases sociales, pero también de las creencias acerca de la enfermedad y del rol del saber, de las pautas culturales, del trato con el médico, de la relación médico-paciente. Para

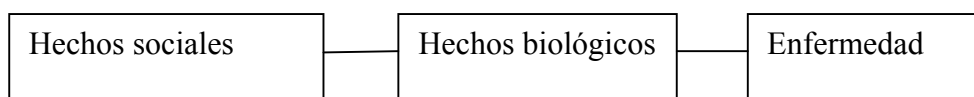
¹¹ Virchow, Rudolf (1848-1849) "Medicinische Reform"

¹² Germani, Gino (1955) *Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico*, Ed. Raigal. Bs. As. Reimpresión (1987) Ediciones Solar, Buenos Aires.

¹³ Véase: Katz, F.M. y Fulop (1978) *Formación de personal de salud. Ejemplos de nuevos programas docentes*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

comprender estos fenómenos fue necesario conocer antropología y psicología, que se incorporaron a los planes de estudio como disciplinas presupuestas.

Pese a todo, ambas medicinas, la biológica y la social, convivieron –conviven- de manera contradictoria, sin terminar de integrarse. Los médicos de formación eminentemente biológica ven que para curar a un paciente tienen que revisarlo, pedirle elementos auxiliares de diagnóstico, medicarlo, quizás operarlo. Las postulaciones sanitaristas les parecen vacías. A los médicos sanitaristas, que saben que una vacuna previene la enfermedad de millones de personas, y que advierte que los cambios en las condiciones de vida – alimentación, agua potable, vivienda- son los grandes responsables del aumento del promedio de vida, que pasó de no mucho más de 30 años a fines del siglo diecinueve, a los casi ochenta de la actualidad. Los primeros no perciben que el sanitarismo hace que los pacientes estén en mejores condiciones, los segundos que parte actual de la prevención pasa por administrar medicamentos para condiciones biológicas crónicas. El biologicismo y el sociologismo extremos son las ideologías extremas que surgen de ambas prácticas médicas –la biológica y la social-. Unos y otros eliminan de su consideración a los hechos que no son de su incumbencia de la causalidad de la enfermedad. Sin embargo, ya Virchow había planeado una síntesis que sigue vigente:



Los hechos sociales determinan hechos biológicos, y éstos determinan la enfermedad.

El diagnóstico médico y sus cambios

El esquema teórico de la clínica permite comprender en qué consiste el diagnóstico médico, y cómo procede el médico cuando lo hace.

Diremos simplemente que diagnosticar que un paciente padece una enfermedad dada, consiste en afirmar que es un ejemplar –un caso de la misma-, es decir, que en él encontramos los mismos elementos que caracterizan a esa enfermedad. Es necesario aclarar que esto sucede cuando el esquema general de la enfermedad se particulariza en cada uno de sus elementos, de tal manera que “signos y síntomas” sea reemplazado con sus signos y síntomas específicos, por ejemplo, “tos, fiebre, decaimiento general”, si se trata de una neumonía.

Uno de los puntos fuertes del esquema que presentamos, es que no se limita a exponer cuáles son los elementos de la enfermedad, sino que simultáneamente marca los pasos que sigue un médico cuando diagnostica una enfermedad. Procede primeramente a un cuidadoso examen clínico para detectar los signos y síntomas que presenta el paciente, y hace hipótesis acerca de cuáles serán las alteraciones anatómicas y fisiopatológicas que los causan. Finalmente, esas hipótesis serán corroboradas mediante los medios auxiliares de diagnóstico, entre los que incluimos la anatomía patológica. De ser refutada, se realiza un nuevo examen clínico del paciente en busca de signos inadvertidos anteriormente y nuevas

pruebas diagnósticas, maniobras todas que introducen nuevos datos que dan lugar a nuevas hipótesis.

El diagnóstico, un resabio innecesario

Esta práctica tradicional, con un médico que ejerce en la consulta privada o el hospital de la zona, presenta en la actualidad rasgos impensados anteriormente, y que provienen de los avances en las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes y de laboratorio, así como los cambios institucionales en los cuales se practica la medicina.

Recordemos la incorporación a la medicina cotidiana de la ecografía, la tomografía computada y de emisión de positrones, la resonancia magnética, la angiografía convencional y digital. Son herramientas tan poderosas que permiten visualizar directamente la anatomía patológica, y en ocasiones la fisiopatología, sin necesidad del paso clínico de una hipótesis diagnóstica. Esta perspectiva se profundiza si consideramos las actuales técnicas de laboratorio, que llegan a detectar incluso las más sutiles alteraciones moleculares y genéticas.

Si la tendencia se acentúa, y toda la anatomía patológica, la fisiopatología, las alteraciones moleculares y genéticas pasan a ser detectables por medios de diagnóstico cada vez más precisos, podría suponerse que los nuevos métodos hacen que el diagnóstico deviene inmediato, producto de un automatismo de las máquinas. De ser así, sería innecesaria la labor del médico, simple lector de resultados y comunicador de los mismos al médico –ni hablar de su participación en la planificación del tratamiento, que deviene asimismo automático, regido como está por protocolos de validez universal-.

Esta percepción de la medicina y de su evolución, que conduce a la eliminación del rol del médico, es una de las causas de lo que se ha dado en llamar la *deshumanización de la medicina*.

Debemos agregar a este cuadro el hecho de que la relación médico-paciente lleva en nuestros días, y cada vez más, la impronta de un encuadre institucional en el que se busca una supuesta eficiencia basada en criterios neoliberales de ganancias y pérdidas, no de salud y enfermedad, de solidaridad con el paciente y su sufrimiento. Consecuentemente, se tiende a descuidar el examen metódico, el interrogatorio exhaustivo. La consulta médica se rige por criterios que toman en cuenta centralmente el número –siempre en aumento- de pacientes que se ven por hora. No se los escucha, dispensándoseles un trato rápido e impersonal. La calidad médica deja de tener valor, sustituida por el de las máquinas. No es extraño que la medicina –el médico- se deshumanice, menoscabado en su condición profesional, sobrecargados de trabajo, sobre exigidos, y muchas veces mal pagos.

La rápida conclusión de algunos administradores de la salud acerca del rol médico basados en los avances científicos y tecnológicos de la medicina actual y de su tendencia, es radicalmente errónea.

Es cierto que el diagnóstico se encuentra facilitado, y lo estará cada vez más, pero siempre habrá necesidad de hacer hipótesis acerca de las causas de los síntomas y signos de la

enfermedad, adentrándose cada vez más en sus aspectos moleculares y genéticos –lo que paradójicamente lo torna cada vez más complejo, y no más simple-.

Las razones para que esto suceda son varias. En primer lugar, el número siempre en aumento de métodos complementarios de estudio impide que se apliquen todos en todos los casos. Por otro lado, cada uno de los métodos tiene un número –a veces muy pequeño- de falsos positivos o de falsos negativos, que engañan a quien no sepa leerlos en el contexto clínico del paciente.

Sólo un buen médico puede elegir con criterio los métodos auxiliares de diagnóstico que deben pedirse, sin perder de vista el paciente específico al que se los pide, o evaluar correctamente los resultados que obtiene.

Cuando las rutas críticas y los árboles de decisiones establecidos en los manuales médicos no alcancen, siempre hará falta un diagnóstico diferencial basado en los datos, pero también en explorar nuevos caminos basados en la experiencia pasada, y en apelar a la intuición – nombre que adoptamos para la experiencia acumulada en el ejercicio profesional- que conduce a lo que Feyeraabend llamaba *contrainducción empírica*, es decir, contra los hechos conocidos, así como a la *contrainducción teórica* –contra el conocimiento aceptado-, y formular hipótesis diagnósticas audaces, que deberán ser corroboradas por los métodos auxiliares, pero también y finalmente, por la evolución del paciente, en lo que constituye la única evidencia final.

Lo mismo sucede con el tratamiento. Los protocolos de validez universal deben ser adecuados a cada paciente. No se tiene suficientemente en cuenta que si bien estadísticamente puede verse la eficacia terapéutica que poseen en la *mayoría* de los casos, cada organismo reacciona de manera diferente ante cada maniobra curativa, y el tratamiento debe adaptarse a su peculiaridad, así como a contemplar ese porcentaje que entra muy forzosamente en la media estadística. Sin hablar de la coexistencia de más de una alteración, que cambia drásticamente las posibilidades de implementar lo que exige el protocolo.

Es cierto que gran parte de la labor del médico es rutinaria, dedicada a la atención de enfermedades banales, o simplemente controlando a pacientes ya conocidos, casos que se resuelven casi solos, o con escasa ayuda.

En estos casos sigue siendo necesaria la presencia del médico, pues sin que se le brinde la necesaria asistencia personal al paciente, sin que se lo revise, se lo escuche, se lo conforte, se lo anime, el paciente o no cura, o demora más en hacerlo. La *dosis médica*, esa que empleaban los médicos cuando no había medicamentos eficaces, el *cuidado* del paciente, es lo que hacía el prestigio de los buenos médicos, que veían compensado su trabajo por una evolución favorable o al menos, por la tranquilidad que llevaban al paciente y su familia. Indispensable, además, en los pacientes de diagnóstico difícil y estado crítico. En ellos, más que en ningún otro, la curación depende de un trato considerado, que lleve alivio a las angustias que provoca la enfermedad.

Eso no va a desaparecer nunca –no debe desaparecer nunca- de la medicina.

Addenda

En nuestra narración acerca de la evolución de las teorías médicas, como telón de fondo, a la manera de marca de agua casi inadvertida, narramos la evolución de las concepciones epistemológicas contemporáneas, que resultan en nuestra historia paralelas a las de la medicina.

Presentamos una concepción de las teorías que se apartó del empirismo primero, para mostrar una estructura de las teorías en dos planos, ambos teóricos, que cambian solidariamente siguiendo leyes que lo predicen. Semiología, cambios profundos y pronóstico son estos planos estructurales que presentamos para la medicina, en los que resulta claro que el aporte *teórico* que hace la semiología es *no teórico* con respecto a los cambios en los órganos internos y su funcionamiento.

Cuando relatamos la sucesión de cambios en la concepción del plano interior del organismo –humorales primero, anatómo fisiopatológicos luego, y finalmente moleculares y genéticos- dimos su lugar a la historia de la ciencia en la epistemología –una disciplina descuidada por las concepciones tradicionales de la ciencia, que tomaban en consideración sólo a la estructura del conocimiento, no a su evolución en el tiempo.

Al presentar los factores sociales en la medicina –tanto en la estructura de la enfermedad, como en la práctica médica- hicimos justicia a las investigaciones epistemológicas sobre los agentes sociales de la ciencia, originadas luego de la introducción por Thomas Kuhn de las “comunidades científicas”.

La referencia al rol de médico, finalmente, hace alusión al plano ético de la ciencia –que en medicina se expresa todavía mediante el juramento hipocrático- y que la filosofía de la ciencia no debe descuidar.

Al cabo de 30 años de investigaciones filosóficas, esta es nuestra respuesta al desafío planteado por la Philosophy of Science Association. La medicina tiene mucho que decir a la filosofía de la ciencia. Su análisis muestra desde el comienzo, desde Hipócrates, que la medicina exhibe una estructura teórica que resuelve con una modernidad impensada discusiones epistemológicas trabadas por el empirismo simple; que los aspectos sociales y éticos son altamente relevantes para el conocimiento; que el conocimiento encarna en unas prácticas y unas técnicas que deben estar al servicio del hombre, reafirmando el rol de una filosofía comprometida con el avance de la ciencia, pero también con su papel en la sociedad.

Al analizar estos aspectos en su estructura y en su historia, la filosofía de la ciencia revela que la deshumanización de la práctica médica no está inscripta en la ciencia misma, sino que surge de erróneas conclusiones acerca del progreso del conocimiento científico de la ciencia, y de su implementación en un contexto social e institucional inadecuado, ajeno a su ética humanística.

Si desde la filosofía y la medicina se acepta el compromiso asumido desde sus orígenes en el juramento hipocrático, esta disciplina profundizará su impronta social, bregando por mejores formas institucionales en las que la relación médico-paciente sea central, dedicada a prevenir y paliar el dolor y la enfermedad en el mundo e integrada en un proyecto humano solidario.