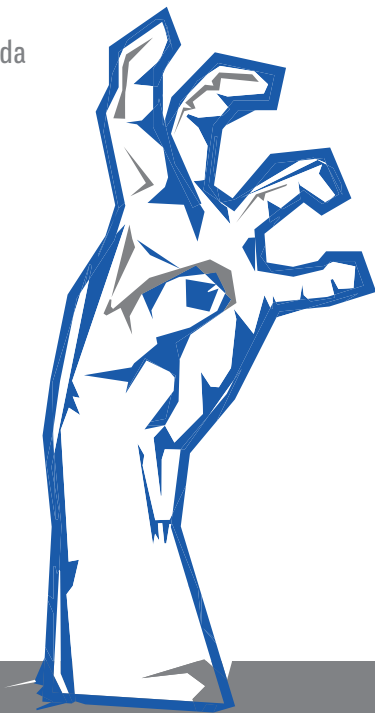




# ÉTICA MÉDICA

Mario Gensollen  
y Alejandro Mosqueda



SERIE

UNA INTRODUCCIÓN PARA ZOMBIS



# Ética médica



# Ética médica

Mario Gensollen  
y Alejandro Mosqueda



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



*A mi madre, Inés Mendoza Bejar.*

[M.G.]

*A mi mamá, Josefina Esparza, enfermera;  
y a mi papá, Juan Mosqueda, médico.*

[A.M.]

# Ética médica

Primera edición 2024

© Universidad Autónoma de Aguascalientes  
Av. Universidad 940  
Ciudad Universitaria  
Aguascalientes, Ags., 20100  
[editorial.uaa.mx/](http://editorial.uaa.mx/)  
[libros.uaa.mx/](http://libros.uaa.mx/)

© Mario Gensollen  
Alejandro Mosqueda

ISBN: 978-607-2638-01-3

Hecho en México

*Made in Mexico*





*Es inevitable que uno acabe cometiendo errores, y debe aprender a vivir con las consecuencias, a veces espantosas. Debe aprender a ser objetivo ante lo que ve y, al mismo tiempo, no olvidar que está tratando con personas.*

Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño.*

*Pero yo me atrevería a sugerir que una de las razones fundamentales de que tantos médicos terminen decepcionándose con la profesión y convirtiéndose en unos cínicos es precisamente que, pasado el primer momento de idealismo abstracto, no están seguros del valor de las vidas reales de los pacientes que tratan. No se trata de que sean insensibles o inhumanos personalmente: se debe a que la sociedad en la que viven y aceptan es incapaz de saber cuánto vale una vida humana.*

John Berger, *Un hombre afortunado.*



## Índice

Introducción	
¿Por qué debería importarnos la ética médica?	13
Preguntas inevitables	13
Sobre este libro	17
1. ¿Qué es la medicina?	23
Una pizca de historia	23
¿Arte o ciencia?	36
La biomedicina	51
2. ¿Cómo es la medicina actual?	57
La medicina institucionalizada	57
La investigación médica estandarizada	71
La práctica clínica estandarizada	88
3. ¿Qué son la salud y la enfermedad?	99
El naturalismo sobre la enfermedad	101
El normativismo sobre la enfermedad	113

Hibridismo, eliminativismo y fenomenología de la enfermedad	117
Concepciones negativas y positivas de la salud	123
4. ¿Qué distingue a la ética médica?	135
Los propósitos de la medicina	135
Principios morales para la práctica médica	145
¿Y el principalismo?	158
5. ¿Por qué hablar de ética médica en la sociedad actual?	167
El contexto actual bajo el que se ejerce la medicina	167
Pensamiento crítico	180
Ética médica aplicada	190
Agradecimientos	207
Referencias	209

## Introducción

### ¿Por qué debería interesarnos la ética médica?

#### Preguntas inevitables

Los profesionales de la salud con frecuencia se enfrentan a situaciones que requieren de una reflexión ética. No pocas acciones —incluso rutinarias— de médicos, investigadores biomédicos, enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, técnicos de laboratorio, asistentes médicos, radiólogos, logopedas, nutricionistas, trabajadores sociales sanitarios y administradores de servicios de la salud, pueden y deben ser evaluadas desde un punto de vista ético.

A diferencia de otras cuestiones filosóficas sobre la medicina —que es infrecuente que se planteen los profesionales de la salud—, las éticas dan lugar a preguntas inevitables. Cuando tienen que optar por un curso de acción, los profesionales de la salud ponderan razones, y se inclinan —al menos, sería lo deseable— ante las que creen que tienen mayor peso, y al hacerlo siguen algunas pautas y criterios que son objeto de estudio de la ética médica. Cuestiones éticas en el ámbito de la salud las hay de diversos tipos: políticas, legales, sociales y personales (Dunn y Hope, 2018). Las hay persistentes (*e.g.*, las referentes a la eutanasia), actuales (*e.g.*, las referidas a las infancias trans), polarizantes (*e.g.*, las referentes a la salud sexual y procreativa); pero, sobre todo, las hay cotidianas y rutinarias (*e.g.*, ¿cuánto tiempo y recursos debemos gastar en el tratamiento de un paciente de la tercera edad con una enfermedad con pronósticos reservado o grave?).

Si las cuestiones éticas con frecuencia son inevitables para los profesionales de la salud, la ética médica debería formar parte total tanto de su formación académica como

de su formación permanente. Ésta no es una afirmación demasiado contenciosa: los hospitales, las universidades y los centros de investigación cuentan de manera habitual con comités de bioética, pero en su interior suele discutirse a partir de códigos y reglamentos poco flexibles, y a menudo la discusión rigurosa que requieren algunas situaciones se evita apelando a criterios y pautas que se obvian o se dan por sentados. La ética médica es contraria a esta tendencia perezosa. Como verás, la vida, cuando se trata de la enfermedad y la salud, es mucho más compleja de lo que parece. Cuando están en juego bienes que nos importan —nuestra salud y nuestra vida, ¡poca cosa!—, no deberían escatimarse tiempo ni recursos. No obstante, nuestros sistemas de salud —sean privados, públicos o mixtos— tampoco cuentan con ellos para atender cada problema al que se enfrentan de manera óptima. ¿Cómo afrontamos entonces a estas situaciones bajo condiciones limitadas? Ésta es ya una pregunta ética, bastante común en sistemas sanitarios saturados o insuficientes, aunque no sólo en ellos. Pero queremos ser enfáticos desde un inicio: la ética médica rara

vez puede ofrecer respuestas generales, y casi nunca —o nunca— reglas que sean aplicables en cada caso concreto. En otras palabras, no hay recetas para responder a todas las cuestiones éticas que se presentan en el ámbito de la salud. Quizá también es por eso que la reflexión ética debe formar parte de la práctica cotidiana de la medicina; pero, para que llegue a buen puerto, los profesionales de la salud requieren herramientas conceptuales que la ética médica puede brindarles. Como puedes ver, la ética médica resulta inevitable en el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud.

Ahora bien, si no eres profesional de la salud, este pequeño libro puede ser de tu interés de igual modo. Sin importar tu edad, con seguridad habrás sufrido alguna enfermedad; no tuvo que ser una grave: un resfriado, una gripe, alguna alergia, dolores de cabeza o de garganta, malestar estomacal o erupciones en la piel. Aunque esperamos que no sea tu caso o el de alguno de tus familiares, a muchas personas les aquejan enfermedades graves, dolorosas, crónicas e incapacitantes. Nuestra salud mengua de tanto en tanto. Otras personas viven estilos de vida poco saludables



que tendrán en algún momento repercusiones graves en su salud. Cuestiones referentes a la salud y a la enfermedad nos dan qué pensar en algún momento de la vida, en el que nosotros también tendremos que ponderar razones, aunque no seamos expertos, pues nuestro bienestar es una de las cosas que más nos importa. Así, las cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad no son *simplemente* filosóficas: también son personales, prácticas y políticas (Broadbent, 2019: xvi).

### Sobre este libro

Estas páginas son el resultado de un diálogo entre un epistemólogo y filósofo de la ciencia (M.G.), y un filósofo moral (A.M.). El primero, aunque centrado en la epistemología social, lleva un tiempo trabajando en filosofía de las ciencias especiales —la filosofía de la medicina, en particular—; el segundo, especialista en metaética, ha desarrollado cada vez un interés mayor en la ética médica. Uno de los resultados más fructíferos de dicho diálogo es que ambos han comprendido que es

muy complicado abordar problemas de filosofía de la medicina —*e.g.*, la naturaleza de la enfermedad, la lógica detrás del diagnóstico, o el alcance metafísico de nuestras teorías biomédicas— sin enfrentarse tarde o temprano con cuestiones de naturaleza moral; o, a la inversa, que resulta desorientador abordar aspectos de ética médica sin una reflexión cuidadosa sobre cuestiones que plantea la filosofía de la medicina. Es ésta la razón por la que este libro se estructura tratando de atender ambos frentes, aunque de una manera particular.

Iniciamos el libro presentando un panorama muy general sobre la naturaleza de la medicina: ¿qué es la medicina?, y ¿cómo es la medicina actual? (Capítulos 1 y 2). Creemos que resulta muy difícil atender a las cuestiones éticas que surgen al interior de la medicina —tanto en la investigación médica, como en la práctica clínica— sin tener una comprensión más o menos general de qué es la medicina y cómo se desarrolla en la actualidad. El primer capítulo es de corte histórico, y trata de entender cómo se ha ido transformando la medicina hasta su estado actual: la *biomedicina*. También trata de ofrecer una definición

fiel a lo que de hecho es la medicina, sin simplificar ni complicar en exceso la cuestión. El segundo capítulo busca dotar de contenido a la definición que brindamos sobre la medicina, reparando sobre todo en la característica que creemos que es definitoria de su práctica actual: la *institucionalización*, en particular a través de la *estandarización* tanto de la *investigación médica* como de la *práctica clínica*. Como verás en el primer capítulo, en nuestra definición sugerimos que suelen considerarse al menos dos propósitos de la práctica médica: *combatir la enfermedad* y *promover la salud*. Es por ello que en el tercer capítulo —el único en el que tratamos de manera directa un problema de filosofía de la medicina—, perfilamos los debates filosóficos actuales sobre los conceptos de *salud* y *enfermedad*. No obstante, no lo hacemos en abstracto, como suelen hacerlo los filósofos de la medicina, sino atendiendo al contexto histórico en el que la medicina ha buscado y busca tanto la cura como el cuidado de los pacientes. Posteriormente, trataremos de demarcar el campo de estudio de la ética médica. En este cuarto capítulo aprovechamos las discusiones de los

capítulos anteriores para argumentar que la ética médica debe ceñirse a los propósitos de la medicina. Esto nos permite criticar algunos principios que aparecen en los principales códigos de ética médica y proponer en su lugar un conjunto de principios éticos que creemos que sí contribuyen a alcanzar los propósitos de la práctica médica. Por último, en el quinto capítulo intentamos mostrar por qué es importante hablar y discutir sobre ética médica en el contexto sociocultural actual. En este capítulo mencionamos algunas características de nuestra sociedad que afectan la práctica médica contemporánea, y señalamos todas las herramientas que la ética médica puede ofrecernos para atenuar esta situación. La ética médica tiene un papel importante para ayudar al personal de salud a cumplir con los propósitos de la medicina, en este capítulo final buscamos mostrarlo.

Este pequeño libro es apenas un muy rudimentario boceto de las cuestiones principales que están en el centro de la reflexión ética sobre la medicina. Busca más estimularte a que, después de su lectura, profundices en los problemas que perfilamos, que

profundizar nosotros lo suficiente en ellos. Por ello, encontrarás referencias a lo largo del libro de los textos a los que puedes acudir si un punto o cuestión en especial es de tu interés. Puedes buscar en la lista de referencias al final. Dicho esto, iniciamos. Deseamos que tu lectura sea provechosa, y estas páginas te resulten interesantes.



# 1

## ¿Qué es la medicina?

### Una pizca de historia

**L**a medicina es una práctica antiquísima. Desde que nuestra especie animal se asentó y conformó comunidades —cerca de 10 o 12 mil años atrás—, ha habido individuos a quienes se les atribuyó la experticia para tratar médicamente a las personas del grupo: primero sacerdotes, luego filósofos, ahora científicos empíricos (Broadbent, 2019: XVI-XVII). La medicina, en términos muy generales, ha sido la actividad mediante la cual los seres humanos han hecho frente a la enfermedad. No obstante, ésta es una respuesta demasiado general a la pregunta ¿qué es la medicina?, la cual hace abstracción del

contexto histórico. La medicina se ha transformado de manera radical a través del tiempo. Por esta razón, habría que esperar que las cuestiones éticas que surgen en el ámbito de la medicina también se hayan transformado profundamente y hayan surgido nuevas. Así, una respuesta actual mucho más precisa a qué es la medicina requiere atender al menos a su más reciente transformación. Pero, primero, hagamos un brevísimo recorrido histórico.<sup>1</sup>

El nombre de Hipócrates ha sido y sigue siendo un emblema de la práctica médica. Vivió en la isla de Cos en el siglo V a. C. Aunque desconocemos los pormenores de su vida, su legado es inmenso. Hipócrates y sus seguidores promovieron una visión holística de la medicina, en la que se consideraban todos los aspectos del paciente, no sólo su cuerpo, sino también su contexto social y ambiental. Este enfoque integral estaba profundamente arraigado en la teoría de los cuatro

---

1 Para una versión más detallada del recorrido histórico que presentamos, puedes ver Bynum (2008). Para los interesados en profundizar mucho más, pueden ver la que es considerada la historia canónica de la medicina hasta el día de hoy: Porter (1997).



humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio era esencial para la salud. Además, debemos a los médicos hipocráticos una de las primeras teorías naturalistas de la enfermedad. A través de cuidadosas observaciones de la sintomatología de los enfermos, los médicos hipocráticos desarrollaron prácticas que todavía resuenan hoy, como la importancia de una buena dieta y del ejercicio y, sobre todo, el principio de *ante todo no hacer daño* —la norma fundamental del juramento hipocrático.<sup>2</sup>

Por su parte, Galeno, quien vivió entre los años 129 y 210 d.C., es conocido por haber ampliado y consolidado el marco de la medicina hipocrática. Escribió extensamente sobre diagnóstico, terapia, dieta, estilos de vida, cuidados generales y filosofía de la medicina, y se destacó por su complejo modelo fisiológico

---

2 Buenas traducciones de una selección del *Corpus hippocraticum* —una colección de aproximadamente 60 obras médicas atribuidas a Hipócrates y sus seguidores, que abordan diversos aspectos de la medicina antigua, incluyendo diagnósticos, tratamientos y teorías sobre la salud y la enfermedad— puedes verlas en Hipócrates (c. 500 a.C.).

que explicaba las funciones corporales a través de humores y espíritus (πνεῦμα). Su trabajo en anatomía, aunque basado en disecciones de animales —debido a la prohibición de diseccionar cuerpos humanos—, proporcionó una comprensión detallada del cuerpo humano. Las descripciones anatómicas de Galeno, aunque algunas veces erróneas, se consideraron correctas durante más de un milenio. Su influencia fue tan profunda que sus teorías y escritos dominaron el pensamiento médico hasta bien entrado el Renacimiento, cuando los avances en la anatomía humana comenzaron a cuestionar sus descripciones y teorías.<sup>3</sup>

Con el colapso del Imperio Romano y el inicio de la Edad Media, la medicina encontró refugio en los monasterios y en las bibliotecas. Este período —la era de la “medicina de biblioteca” (Bynum, 2008: 19-42)— se caracterizó por la conservación y traducción de textos antiguos. Los médicos de la época, aunque pocas veces tenían una formación

---

3 Una selección interesante de los puntos de vista médicos de Galeno, que todavía podrían tener utilidad, puedes verlos en Galen (2024).

práctica profunda, se sumergían en los escritos de Hipócrates, Galeno y otros autores clásicos. La medicina se convirtió en una empresa erudita, con un fuerte énfasis en la exégesis y el comentario de los textos antiguos. A través del esfuerzo de los traductores en el mundo islámico —como al-Rāzī y Avicena— y la posterior retransmisión de sus obras a Europa, se mantuvo viva una rica tradición médica que sentó las bases para la medicina renacentista y la evolución de la medicina científica.

La medicina renacentista aportó significativos avances que transformaron la práctica médica. Paracelso, un suizo excéntrico, enfatizó la importancia de la química para comprender el funcionamiento del cuerpo humano y como fuente de medicamentos, utilizando metales como el mercurio y el arsénico junto a tratamientos botánicos tradicionales. Sus seguidores, los iatroquímicos, continuaron desarrollando estos métodos. Por otro lado, los iatrofísicos consideraron al cuerpo como una máquina y trataron procesos como la digestión de manera mecánica. Esta nueva relación con la investigación científica condujo a un periodo de gran efervescencia dentro

de la medicina, alterando profundamente la comprensión de la salud y la enfermedad. Sin embargo, los cambios en los tratamientos médicos fueron menos pronunciados.

Además, la disección de cuerpos humanos permitió avances cruciales en el conocimiento anatómico. Andreas Vesalius, el anatomista más destacado de la época, desafió las descripciones de Galeno, demostrando con precisión anatómica las estructuras del cuerpo humano. Su obra *De humani corporis fabrica* de 1543, con ilustraciones detalladas (Imagen 1), revolucionó la anatomía al demostrar errores en los trabajos de Galeno basados en disecciones de animales. Este enfoque práctico y visual marcó un cambio significativo en la educación médica y la comprensión del cuerpo humano, contribuyendo enormemente a los conocimientos anatómicos de la época.

Otro aporte significativo de la medicina renacentista fue el descubrimiento de la circulación de la sangre por William Harvey.<sup>4</sup>

---

4 Para profundizar en la historia del descubrimiento de Harvey, puedes ver Wright (2012).

Harvey, un médico inglés, publicó su obra *De Motu Cordis* en 1628, en la cual detalló por primera vez cómo la sangre es bombeada por el corazón y circula por todo el cuerpo en un sistema cerrado de vasos sanguíneos. Este descubrimiento revolucionó la comprensión de la fisiología humana, pues desafió las teorías predominantes de Galeno. Harvey basó sus conclusiones en una serie de experimentos meticulosos y observaciones directas, marcando un avance metodológico crucial aplicado a la medicina. La obra de Harvey demostró que el corazón actúa como una bomba que impulsa la sangre a través del cuerpo en un circuito continuo, lo que sentó las bases para la fisiología moderna y abrió nuevas vías para la investigación médica y la práctica clínica.



P. A. B. C. D. E. F. G. H. I. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. AA. AB. AC. AD. AE. AF. AG. AH. AI. AJ. AK. AL. AM. AN. AO. AP. AQ. AR. AS. AT. AU. AV. AW. AX. AY. AZ. BA. BB. BC. BD. BE. BF. BG. BH. BI. BJ. BK. BL. BM. BN. BO. BP. BQ. BR. BS. BT. BU. BV. BW. BX. BY. BZ. CA. CB. CC. CD. CE. CF. CG. CH. CI. CJ. CK. CL. CM. CN. CO. CP. CQ. CR. CS. CT. CU. CV. CW. CX. CY. CZ. DA. DB. DC. DE. DF. DG. DH. DI. DJ. DK. DL. DM. DN. DO. DP. DQ. DR. DS. DT. DU. DV. DW. DX. DY. DZ. EA. EB. EC. ED. EE. EF. EG. EH. EI. EJ. EK. EL. EM. EN. EO. EP. EQ. ER. ES. ET. EU. EV. EW. EX. EY. EZ. FA. FB. FC. FD. FE. FF. FG. FH. FI. FJ. FK. FL. FM. FN. FO. FP. FQ. FR. FS. FT. FU. FV. FW. FX. FY. FZ. GA. GB. GC. GD. GE. GF. GG. GH. GI. GJ. GK. GL. GM. GN. GO. GP. GQ. GR. GS. GT. GU. GV. GW. GX. GY. GZ. HA. HB. HC. HD. HE. HF. HG. HH. HI. HJ. HK. HL. HM. HN. HO. HP. HQ. HR. HS. HT. HU. HV. HW. HX. HY. HZ. IA. IB. IC. ID. IE. IF. IG. IH. II. IJ. IK. IL. IM. IN. IO. IP. IQ. IR. IS. IT. IU. IV. IW. IX. IY. IZ. JA. JB. JC. JD. JE. JF. JG. JH. JI. JJ. JK. JL. JM. JN. JO. JP. JQ. JR. JS. JT. JU. JV. JW. JX. JY. JZ. KA. KB. KC. KD. KE. KF. KG. KH. KI. KJ. KK. KL. KM. KN. KO. KP. KQ. KR. KS. KT. KU. KV. KW. KX. KY. KZ. LA. LB. LC. LD. LE. LF. LG. LH. LI. LJ. LK. LL. LM. LN. LO. LP. LQ. LR. LS. LT. LU. LV. LW. LX. LY. LZ. MA. MB. MC. MD. ME. MF. MG. MH. MI. MJ. MK. ML. MM. MN. MO. MP. MQ. MR. MS. MT. MU. MV. MW. MX. MY. MZ. NA. NB. NC. ND. NE. NF. NG. NH. NI. NJ. NK. NL. NM. NO. NP. NQ. NR. NS. NT. NU. NV. NW. NX. NY. NZ. OA. OB. OC. OD. OE. OF. OG. OH. OI. OJ. OK. OL. OM. ON. OO. OP. OQ. OR. OS. OT. OU. OV. OW. OX. OY. OZ. PA. PB. PC. PD. PE. PF. PG. PH. PI. PJ. PK. PL. PM. PN. PO. PP. PQ. PR. PS. PT. PU. PV. PW. PX. PY. PZ. QA. QB. QC. QD. QE. QF. QG. QH. QI. QJ. QK. QL. QM. QN. QO. QP. QQ. QR. QS. QT. QU. QV. QW. QX. QY. QZ. RA. RB. RC. RD. RE. RF. RG. RH. RI. RJ. RK. RL. RM. RN. RO. RP. RQ. RR. RS. RT. RU. RV. RW. RX. RY. RZ. SA. SB. SC. SD. SE. SF. SG. SH. SI. SJ. SK. SL. SM. SN. SO. SP. SQ. SR. SS. ST. SU. SV. SW. SX. SY. SZ. TA. TB. TC. TD. TE. TF. TG. TH. TI. TJ. TK. TL. TM. TN. TO. TP. TQ. TR. TS. TT. TU. TV. TW. TX. TY. TZ. UA. UB. UC. UD. UE. UF. UG. UH. UI. UJ. UK. UL. UM. UN. UO. UP. UQ. UR. US. UT. UY. UZ. VA. VB. VC. VD. VE. VF. VG. VH. VI. VJ. VK. VL. VM. VN. VO. VP. VQ. VR. VS. VT. VU. VV. VW. VX. VY. VZ. WA. WB. WC. WD. WE. WF. WG. WH. WI. WJ. WK. WL. WM. WN. WO. WP. WQ. WR. WS. WT. WU. WV. WW. WX. WY. WZ. XA. XB. XC. XD. XE. XF. XG. XH. XI. XJ. XK. XL. XM. XN. XO. XP. XQ. XR. XS. XT. XU. XV. XW. XX. XY. XZ. YA. YB. YC. YD. YE. YF. YG. YH. YI. YJ. YK. YL. YM. YN. YO. YP. YQ. YR. YS. YT. YU. YV. YW. YX. YY. YZ. ZA. ZB. ZC. ZD. ZE. ZF. ZG. ZH. ZI. ZJ. ZK. ZL. ZM. ZN. ZO. ZP. ZQ. ZR. ZS. ZT. ZU. ZV. ZW. ZX. ZY. ZZ.

Imagen 1. Ilustración del libro *De humani corporis fabrica* de Andreas Vesalius, 1543, dominio público.

A finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX se marcó un punto de inflexión en la historia de la medicina con la creación de los hospitales modernos, instituciones que transformaron la práctica médica. París se convirtió en el centro de esta revolución, donde hospitales como el Hôtel-Dieu (Imagen 2) funcionaron como lugares de tratamiento, y también como centros de enseñanza e investigación. En el Hôtel-Dieu, médicos y estudiantes podían observar directamente los síntomas y progresiones de las enfermedades, y las autopsias se convirtieron en una práctica cotidiana para comprender mejor las distintas causas de muerte. Esta era —la de la “medicina hospitalaria” (Bynum, 2008: 43-67)— permitió el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, y estableció el modelo de la enseñanza médica basada en la práctica clínica que pervive en la actualidad.

La Revolución francesa impulsó la demanda de personal capacitado en medicina y cirugía, lo que llevó a la reapertura de tres escuelas de medicina en 1794. Este periodo vio la consolidación de la medicina hospitalaria parisina, que se basaba en el diagnóstico

físico, la correlación patológico-clínica y el análisis de grandes cantidades de casos para definir diagnósticos y evaluar tratamientos. Los hospitales parisinos, a principios del siglo XIX, transformaron la relación médico-paciente mediante la adopción de métodos diagnósticos físicos como la inspección, palpación, percusión y auscultación, convirtiéndolos en prácticas rutinarias. Además, la arquitectura hospitalaria comenzó a adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes, con el diseño de pabellones ventilados y la implementación de teorías miasmáticas y las innovaciones de Florence Nightingale en la enfermería. La cirugía también avanzó con el desarrollo de técnicas antisépticas y asépticas, llevando a la creación de salas de recuperación y equipos de esterilización. A finales del siglo XIX, la inclusión de equipos de rayos X y laboratorios clínicos se convirtió en estándar en los hospitales modernos, marcando un periodo de profundas transformaciones en la práctica médica y la estructura hospitalaria a nivel global.





Imagen 2. Patio interior del Hôtel-Dieu.

A medida que las ciudades crecían durante la Revolución industrial, también lo hicieron los desafíos en materia de salud pública (Bynum, 2008: 68-90). Las epidemias y las malas condiciones sanitarias impulsaron el desarrollo de la *medicina comunitaria*. Reformadores ingleses como Edwin Chadwick abogaron por la mejora del suministro de agua y la gestión de los residuos. Estas transformaciones tuvieron un impacto profundo en la salud pública. Las iniciativas para mejorar la higiene urbana redujeron drásticamente la incidencia de enfermedades como el cólera y la fiebre tifoidea. El enfoque comunitario de la medicina transformó la percepción de la salud pública, y subrayó la importancia de la prevención y la infraestructura sanitaria.

La Revolución científica durante el siglo XIX también trajo consigo una nueva era de descubrimientos en la *medicina de laboratorio* (Bynum, 2008: 91-117). Louis Pasteur y Robert Koch sentaron las bases de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, la cual demostraba que microorganismos específicos eran responsables de enfermedades como la tuberculosis. Estos descubrimientos dieron

origen a la bacteriología y transformaron la práctica médica mediante la introducción de vacunas y nuevas técnicas de esterilización. Al mismo tiempo, la investigación en fisiología y química avanzó de manera significativa gracias a figuras como Claude Bernard, quien enfatizó la importancia de los experimentos controlados para entender los mecanismos del cuerpo humano. La medicina de laboratorio no sólo mejoró los tratamientos disponibles hasta el momento, sino que también profundizó en nuestro conocimiento de la biología humana, dando pie a la medicina moderna entendida como biomedicina.

La medicina durante el siglo xx y principios del xxi ha sufrido cambios significativos tanto en la práctica como en la administración de la atención médica (Bynum, 2008: 118-156). El motor principal detrás de la medicina moderna ha sido el *costo*, una preocupación global que atraviesa diferentes sistemas de atención médica. A pesar del aumento de su eficacia, los crecientes costos médicos han convertido la atención médica en un negocio global. En paralelo, la medicina de laboratorio ha logrado avances significativos,

como el descubrimiento de la penicilina —que revolucionó el tratamiento de las infecciones, pero también dio origen a problemas de resistencia bacteriana—. Así, la intersección de la ciencia médica y la economía ha moldeado la atención médica contemporánea, marcando tanto sus logros como sus desafíos.

### ¿Arte o ciencia?

Después de esta pizca de historia, analicemos una manera muy socorrida de plantear la cuestión de qué es la medicina, pero que resulta quizá un tanto artificial y tosca. Cuando médicos o filósofos se cuestionan sobre la naturaleza de la medicina, suelen hacerlo a partir de una pregunta que parte de un par de supuestos contenciosos: ¿es la medicina un *arte* o una *ciencia*? En primer lugar, ¿tiene que ser una u otra opción?, ¿no hay otras opciones? En segundo lugar, ¿no puede ser una combinación de ambas, y quizá otras cosas más? Como podrás ver un poco más adelante, la respuesta a la pregunta en la actualidad

tiene muchas más aristas de lo que cabría esperar en un inicio.

Tomemos una versión ingenua, aunque pedagógica, de esta manera de plantear la cuestión (Pérez Tamayo, 1997: 11-13): se dice que la medicina es un arte y el médico un artista; también se habla de medicina científica y del médico como una persona de ciencia. Antes del inicio del nuevo siglo, la Real Academia Española (RAE, en adelante) la definía como la “ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”. Bajo esta manera de plantear la cuestión, se puede responder a la pregunta comparando los métodos de trabajo, los objetivos y las metas de médicos, científicos y artistas. Se reparará en que los tres requieren creatividad y destreza técnica, pero difieren en sus objetivos: la cura, las teorías y la generación de nuevas experiencias estéticas, respectivamente. También sus metas son distintas: la salud, el conocimiento y la emoción estética.

Esta forma de plantear el asunto es en exceso deficiente por al menos dos flancos. En primer lugar, nuestro actual concepto de *ciencia* es relativamente reciente. Fue durante

la Revolución Científica del siglo xvii que se dio una transformación radical en la manera de concebir y practicar la ciencia. Durante este período se inventó una nueva forma de pensar y hablar sobre ella, lo cual incluía conceptos fundamentales como *hechos*, *hipótesis* y *teorías*. Esta transformación no sólo permitió avances científicos significativos, sino que también cambió la cultura intelectual y la manera en la que comprendemos el mundo natural, con lo cual se establecieron las bases para la ciencia moderna (Wootton, 2016).<sup>5</sup> En una versión mucho menos anacrónica, podría decirse que la medicina ha sido, al menos en parte, un conjunto de conocimientos estructurados de manera más o menos sistemática, los cuales se han modificado a lo largo del tiempo. En segundo lugar, nuestro concepto

---

5 En específico, Wootton afirma: “La ciencia moderna se inventó entre 1572, cuando Tycho Brahe observó una nova o estrella nueva, y 1704, cuando Newton publicó su *Opticks*. Esta obra demostró que la luz blanca está compuesta de todos los colores del arco iris, que se pueden descomponer en sus colores componentes utilizando un prisma, y que el color reside en la luz, no en los objetos” (Wootton, 2016: 1).

de las *artes* (en especial, de las *bellas artes*) también es una innovación histórica reciente: se popularizó durante los siglos XVII y XVIII (Shiner, 2001). Cuando se habla de la medicina como arte, “arte” no refiere a la actividad que llevan a cabo los artistas, sino a un conjunto de habilidades y destrezas técnicas que los profesionales de la salud poseen; *e.g.*, en la actualidad, la toma y monitorización de signos vitales, la administración de medicamentos, técnicas de venopunción y canalización intravenosa, el manejo de equipos médicos, técnicas de reanimación cardiopulmonar, etc.

Una versión menos ingenua de presentar la cuestión en estos mismos términos es la de Kristine Bærøe (2015), quien piensa que comprender a la medicina como arte y como ciencia es fundamental para entender cómo los médicos interpretan y desempeñan su papel, para ayudar a la sociedad a regular y organizar los servicios de salud, y para permitir la crítica y mejora de las prácticas actuales. Este enfoque también es crucial —piensa— para distinguir la práctica médica de otras formas de atención sanitaria. Lejos de los detalles de su posición, que veremos a continuación, Bærøe nos pro-

porciona muy buenas razones para afirmar que es importante que los profesionales de la salud se hagan la pregunta de ¿qué es la medicina?

Bærøe considera que comprender a la medicina como arte y ciencia sitúa de manera correcta a la medicina en la intersección de dos tradiciones existentes desde el Renacimiento: la humanística —que busca comprender los productos humanos mediante enfoques hermenéuticos— y la científica —que busca explicar los fenómenos naturales a través de la experimentación—. Por ello, piensa Bærøe, la medicina requiere de los métodos de ambas tradiciones. Para Bærøe, el juramento hipocrático ha servido durante milenios como marco conceptual para definir las tareas centrales de la práctica médica —en particular, considera a la medicina como un *arte que puede enseñarse*—, y su versión moderna indica que la *empatía* y la *comprensión* pueden ser tan importantes como la *intervención técnica*. Por otra parte, la práctica médica se entiende como científica en la medida en que los médicos se esfuerzan por basarse en fundamentos sobre los que existe un amplio consenso en la comunidad científica.



Como veremos en el siguiente apartado, en la actualidad el enfoque científico relevante para la práctica médica es la *biomedicina*, la cual ha llevado al desarrollo de herramientas y técnicas para curar enfermedades basadas en la ciencia natural. El ideal de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE, en adelante), uno de los paradigmas más socorridos dentro de la biomedicina, busca conocimientos justificados sobre la eficacia de las intervenciones médicas a través de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs, en adelante), considerados el “estándar de oro”. Sin embargo, no todas las investigaciones clínicas pueden realizarse como ECAs por razones éticas o prácticas, y con frecuencia se utilizan otros métodos.

Para Bærøe, existe una brecha entre la *investigación médica* y la *práctica clínica* que debe ser superada. Los médicos deben traducir los resultados científicos en guías prácticas. Sin embargo, la evidencia que se fundamenta en estudios poblacionales debe ser adaptada a las condiciones individuales de cada paciente, lo que requiere *juicio clínico*. La medicina como arte, en contraste con la medicina

como ciencia, se enfoca en el conocimiento práctico, la intuición y las relaciones interhumanas. Por tanto, según Bærøe, la práctica médica debe traducir el conocimiento general en casos particulares mediante el razonamiento práctico, y también debe combinar conocimientos no médicos y biomédicos para proporcionar una atención adecuada. La inclusión de la *investigación cualitativa* y la consideración de *conocimientos interhumanos* —piensa— son necesarios para una epistemología clínica adecuada. La respuesta de Bærøe ahora queda clara: la práctica médica puede involucrar simultáneamente diferentes relaciones conceptuales entre el arte y la ciencia, lo cual indica la importancia de una comprensión integral y equilibrada de la medicina para mejorar la provisión de los servicios de salud.

A pesar de los diversos aciertos en la aproximación de Bærøe, plantear la cuestión de qué es la medicina en términos de arte y/o ciencia sigue siendo insuficiente para comprender la naturaleza de la medicina en la actualidad. Otra forma, quizá un poco menos engañosa, de plantear la cuestión sería: ¿es la medicina un *saber que* o un *saber cómo*? En

filosofía, suele considerarse que el saber que (*know that*) es un tipo de *conocimiento proposicional*, un *saber que algo es el caso*; e.g., saber que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta la manera en que el cuerpo procesa el azúcar en la sangre (conocimiento patológico), saber que el dolor en el pecho puede ser un signo de un ataque cardíaco (conocimiento sintomático), saber que un aumento en los niveles de troponina en la sangre indica un daño al músculo cardíaco (conocimiento diagnóstico), o saber que la amoxicilina es un antibiótico usado para tratar diversas infecciones bacterianas (conocimiento farmacológico). Por su parte, el saber cómo (*know how*) es un conocimiento *práctico* que implica *habilidades* o *competencias* para realizar distintas tareas; e.g., saber cómo realizar una evaluación clínica de un paciente con síntomas respiratorios, incluyendo la auscultación y la interpretación de radiografías de tórax (habilidades diagnósticas), saber cómo realizar una intubación endotraqueal para asegurar la vía aérea de un paciente en estado crítico (habilidades procedimentales), saber cómo llevar a cabo una cirugía laparoscópica para extraer

la vesícula biliar (habilidades quirúrgicas), o saber cómo comunicar un pronóstico clínico a los pacientes y a sus familias de manera empática y clara (habilidades comunicativas).

Así, en un sentido general, la medicina siempre ha sido una combinación e interacción de saberes que y de saberes cómo. La nueva definición de la RAE es mucho más sensible a ello: “conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir”. Pero esta definición —no se le pueden pedir demasiada fineza conceptual ni analítica a un diccionario— también resulta insuficiente: la medicina es más que eso. Un par de razones pueden aclarar este punto.

En primer lugar, una posible tentación sería afirmar que la medicina es una *ciencia aplicada*: i.e., la aplicación de métodos y teorías científicas para alcanzar objetivos prácticos, o bien la aplicación práctica de ideas científicas en lugar de la aplicación del método científico con objetivos teóricos (Bunge, 1966). Una razón de peso para ceder ante esta

tentación sería la siguiente: comprender a la medicina como una ciencia aplicada tendría consecuencias normativas inherentes, pues a diferencia de ciencias como la física o la biología, la medicina no sólo explica ciertos fenómenos, sino que también es prescriptiva, pues propone intervenciones en el mundo basadas en creencias de lo que se considera bueno o malo. Las ciencias aplicadas, como la pedagogía, la sociología y la propia medicina, se distinguen por ejercer un control operativo sobre sus ámbitos de estudio y la forma en que se aplica la ciencia (Saborido, 2020: 130-131). Esta razón indica con acierto que la medicina es una práctica normativa y no sólo descriptiva; no obstante, esta manera de concebir la naturaleza de la medicina tiene una deficiencia importante, pues parece dar por sentado que hay una relación unidireccional entre la investigación médica y la práctica clínica: que es la primera la que orienta a la segunda. Sin embargo, la relación es bidireccional, pues la práctica clínica también orienta a la investigación médica. Un ejemplo puede resultar ilustrativo. En los años ochenta del siglo pasado, la comunidad médica sostenía

que las úlceras gástricas eran causadas por el estrés y una dieta inadecuada. Sin embargo, muchos médicos notaban en la práctica clínica inconsistencias de esta teoría basadas en la observación de sus pacientes. En Australia, Barry Marshall y Robin Warren comenzaron a investigar estas observaciones clínicas. Durante su investigación, descubrieron que muchos de los pacientes con úlceras gástricas presentaban una infección con una bacteria específica, la *Helicobacter pylori*. A pesar del escepticismo de la comunidad médica, Marshall decidió probar su hipótesis de una manera audaz, pero peligrosa: ingirió un cultivo de dicha bacteria y desarrolló síntomas de gastritis. Posteriormente, investigaciones clínicas y de laboratorio confirmaron esta relación causal, lo que revolucionó el tratamiento de las úlceras al enfocarse en la erradicación de la bacteria con antibióticos (Marshall y Warren, 1984; Marshall, 2001). Este descubrimiento llevó a Marshall y Warren a recibir el Premio Nobel de Fisiología en 2005.

En segundo lugar, la medicina es una práctica o un conjunto de prácticas sociales institucionalizadas en la historia de nuestra

especie, aunque se hayan transformado de manera significativa y radical en los últimos siglos. Una *práctica*, en un sentido muy general, es algo que hacen las personas de ciertos modos, con ciertos propósitos, medios y recursos.<sup>6</sup> Hay prácticas más estables que otras, y esto depende de las instituciones que las perfilan. Las *instituciones*, de manera muy general, son estabilizadores de la conducta social: conjuntos de normas, reglas, roles y estructuras organizativas que regulan el comportamiento de los individuos dentro de una sociedad. Las instituciones pueden ser formales —como el sistema legal— o informales —como las costumbres y tradiciones—, y suelen considerarse fundamentales para la cohesión social y la coordinación de las actividades colectivas. En este sentido, las instituciones establecen marcos de expectativas y comportamientos aceptables, y facilitan la cooperación y el orden social.<sup>7</sup> Las prácticas

---

6 Esta definición, por demás general, la adaptamos a partir de Pereda (2022: 26-27).

7 Para una discusión mucho más técnica del concepto de *institución* puedes ver Farkas (2019), aunque su concepción se aleja bastante de la nuestra. Robert E.

y las instituciones interactúan de manera dinámica y recíproca. Las instituciones proporcionan marcos normativos y estructurales dentro de los cuales se desarrollan las prácticas. Estos marcos incluyen reglas y roles que guían y delimitan las acciones posibles y aceptables. Por ejemplo, en la práctica clínica, las instituciones hospitalarias y los sistemas de salud establecen protocolos y estándares que los profesionales de la salud deben seguir. Por otro lado, las prácticas también pueden incidir en las instituciones. A través de la repetición y la adaptación continua, las prácticas pueden moldear y redefinir las normas y estructuras institucionales. Por ejemplo, las innovaciones en la práctica médica, como

---

Goodin (1996) define el concepto de manera mucho más cercana a como lo definimos nosotros: como un patrón estable, valorado y recurrente de comportamiento que se reconoce y mantiene por los participantes dentro de una sociedad. La definición de Goodin se centra en la estabilidad y recurrencia de las instituciones, y subraya su papel en la estructuración del comportamiento social y la importancia de su reconocimiento social para su mantenimiento y funcionamiento.



nuevos tratamientos o enfoques terapéuticos, pueden llevar a cambios en las políticas y regulaciones de salud (Sitges-Serra, 2023). En este sentido, las prácticas no sólo están condicionadas por las instituciones, sino que también tienen el potencial de transformarlas. Estas interacciones constituyen un ciclo continuo de influencia mutua, donde las prácticas se desarrollan y evolucionan dentro de los marcos institucionales, y, al mismo tiempo, las instituciones se adaptan y cambian en respuesta a las prácticas emergentes.

Así, una definición mucho más precisa de la medicina sería la siguiente:

la medicina es una práctica social institucionalizada en la que se integran el conocimiento biológico y el práctico. Los profesionales de la medicina trabajan de formas muy diferentes [...], pero todos ellos comparten el mismo objetivo: combatir las enfermedades y promocionar la salud (Saborido, 2020: 184).

Esta definición considera que la medicina es una práctica que se da en un marco institucional y en la que interactúan tanto conocimientos teóricos como conocimientos prácticos. Por nuestra parte, consideramos que es una definición mucho más fiel a lo que ha sido la medicina, y, en particular, a lo que es en la actualidad.<sup>8</sup>

A pesar de que en apariencia hemos llegado a una respuesta satisfactoria a la pregunta ¿qué es la medicina?, el trabajo no ha terminado aún. Una comprensión de la naturaleza de la medicina en la actualidad requiere especificar algunos de sus aspectos cruciales y dotar de mucho mayor contenido a la definición. En particular, debemos atender al marco teórico, práctico e institucional de la medicina contemporánea: la biomedicina.

---

8 Otra manera interesante de definir a la medicina, que no es necesariamente incompatible con la nuestra, es aquella que afirma que la medicina es una *ciencia de diseño* (Estany, 2024).

## La biomedicina<sup>9</sup>

La biomedicina no es una simple intersección entre biología y medicina, es un marco teórico y una institución global enraizada —de manera principal, aunque no exclusiva— en la cultura occidental y sus dinámicas de poder. La biomedicina incide en la manera en que la mayoría de las instituciones globales conciben las relaciones entre las ciencias biológicas y la medicina, por lo que influye de manera determinante en las distintas prácticas médicas occidentales y la infraestructura sanitaria a nivel estatal y global. Sus compromisos filosóficos centrales incluyen: (i) la comprensión de la salud y la enfermedad a través de entidades y procesos físicos y bioquímicos, (ii) la preferencia por técnicas experimentales y reduccionistas para adquirir y evaluar conocimientos relacionados con la salud, y (iii) la visión del cuerpo humano como una colección de partes y procesos subsidiarios.

---

9 Para una exposición mucho más detallada de la biomedicina desde una perspectiva filosófica, puedes ver Valles (2020).

Históricamente, la biomedicina se consolidó tras la Segunda Guerra Mundial, impulsada por los aumentos en la financiación pública para la investigación médica, la expansión del seguro médico y el crecimiento de la industria farmacéutica. Aunque elementos de la biología de laboratorio estaban presentes en la medicina desde el siglo XIX, su consolidación en la posguerra contrasta con tradiciones médicas anteriores, como la medicina hipocrática, que se basaba en la teoría de los humores y un enfoque más holístico.

Con respecto a sus compromisos metafísicos u ontológicos, la biomedicina asume que sólo existen entidades que sean perceptibles ya sea por nuestros sentidos o por medio de instrumentos de observación, y se enfoca en causas biológicas, químicas y físicas de las enfermedades, excluyendo entidades consideradas no científicas.<sup>10</sup> Este enfoque ha generado debates sobre su “chauvinismo biológico” y su exclusión de procesos no alineados con su visión reduccionista del mundo.

---

10 Para una discusión amplia sobre la metafísica de la biomedicina, puedes ver Jiménez-Rolland (2024).

Esta concepción considera que los fenómenos de salud son la suma de las propiedades de sus partes constitutivas.

Desde un punto de vista epistemológico, la biomedicina valora la investigación experimental y a los ECAS como los principales medios para generar conocimiento médico —en particular, para establecer posibles relaciones causales entre las intervenciones médicas y la cura de las enfermedades mediante la relevancia estadística—. Sin embargo, este enfoque ha sido criticado por reducir la complejidad de la salud a variables individuales, ignorando factores sociales y culturales. La teoría bioestadística de la enfermedad de Christopher Boorse (1977), que define la salud como la capacidad funcional normal de un organismo, refleja este enfoque, aunque ha sido cuestionada por su limitada capacidad para abordar problemas más amplios de salud y bienestar.

Como institución global, la biomedicina ha generado debates sobre su impacto en la salud pública y su relación con los cambios socioeconómicos. Mientras algunos atribuyen las mejoras en la salud a los avances

biomédicos, críticos como Thomas McKeown han mostrado que los cambios económicos y sociales han sido mucho más significativos: en particular, que el aumento en la esperanza de vida se correlaciona más con ciertas mejoras económicas de la población que con la efectividad de las intervenciones médicas (1979: 29-44).

A pesar de las críticas, la biomedicina sigue siendo el marco dominante en la investigación médica y en la práctica clínica. Quizá uno de sus mayores desafíos en la actualidad sea el integrar enfoques alternativos y más holísticos. La biomedicina debe abordar las críticas relacionadas con su enfoque reduccionista y explorar maneras de incluir dimensiones sociales y culturales. La evolución de la biomedicina como institución global dependerá de su adaptabilidad para incorporar enfoques holísticos que aborden la complejidad de la salud y la enfermedad en un contexto más amplio. Dado que en el ámbito médico se trata con personas, y con muchísima frecuencia se presenta la incertidumbre, se requieren habilidades como el *ojo clínico* (Shapiro, Rucker, y Beck, 2006) y un conjunto determinado de

virtudes (Jansen, 2000; Kim *et al.*, 2023), entre otras cosas más. Así, el *profesionalismo médico* puede ser definido en términos de principios éticos, valores, actitudes y conductas, los cuales serían el fundamento de la confianza que algunas personas tienen en los profesionales de la salud, y que deben ser sensibles a los cambios sociales (Rodríguez Sendín, 2010: 65). Como analizaremos con detalle en los últimos dos capítulos, la desatención de estas cuestiones en la formación académica y permanente de los profesionales de la salud resulta algunas veces alarmante hoy en día bajo el amparo de la biomedicina.

Por último, las innovaciones biomédicas más recientes han dado lugar a una serie de problemas éticos que años atrás considerábamos cuestiones mucho más relacionadas con la ciencia ficción. Veamos un ejemplo. Uno de los problemas más destacados es el uso de la tecnología CRISPR-Cas9 para la edición genética. Esta técnica, que permite modificar con precisión el ADN, ha brindado esperanzas para el tratamiento de enfermedades genéticas incurables, pero también ha planteado preocupaciones, como la posibilidad de crear

“bebés de diseño” (Ledford, 2015). La capacidad de editar genes en embriones humanos plantea preguntas sobre la eugenesia moderna y el riesgo de agravar las desigualdades sociales. Baylis (2019) enfatiza que esta tecnología no debe ser controlada únicamente por élites científicas o corporativas, sino que debe involucrar a la sociedad en general para decidir colectivamente si y cómo debemos usarla para alterar nuestra genética y la de las futuras generaciones. Además, Baylis advierte sobre la necesidad de valorar la diversidad humana y evitar la tentación de buscar una “perfección” genética que podría llevar a una mayor homogeneización y disminución de la tolerancia hacia las diferencias. Además, el uso de CRISPR en humanos, sin una regulación estricta, puede llevar a consecuencias imprevistas, como la aparición de nuevas enfermedades genéticas o efectos secundarios imprevistos, lo que acentúa la necesidad de una reflexión ética profunda antes de avanzar en su aplicación clínica (Cyranoski, 2019).<sup>11</sup>

---

11 Para profundizar en la discusión ética más general sobre nuestra responsabilidad moral con las genera-



## ¿Cómo es la medicina actual?

### La medicina institucionalizada

**A**l hablar de *medicina institucionalizada* es un tanto inevitable para algunos filósofos, médicos e intelectuales partir de la posición de Iván Illich (1975), quien la concibe como un sistema de salud que ha sido absorbido y es gestionado por instituciones burocráticas y tecnológicas, lo que le ha hecho perder su carácter humano y comunitario. Para Illich, la medicina institucionalizada es aquella que opera bajo el control de grandes organizaciones, donde los procesos de atención a

---

ciones futuras, relacionada con las innovaciones en genética, puedes ver Kitcher (1997).

la salud están altamente reglamentados y protocolizados. La institucionalización de la medicina se caracteriza —para Illich— por la centralización de los servicios de salud, donde la atención sanitaria se ofrece en hospitales y clínicas, y el conocimiento médico se encuentra monopolizado por profesionales especializados en la salud. En este contexto, la relación entre médicos y pacientes se convierte en una interacción impersonal y mecanizada, en la que los pacientes son vistos más como *casos clínicos* que como *seres humanos integrales*. Así, la medicina institucionalizada transforma la salud en una cuestión de *intervención técnica*, en lugar de un *proceso natural y comunitario de cuidado*.

La concepción de la medicina institucionalizada de Illich ha tenido una enorme influencia hasta nuestros días —incluso ha crecido su popularidad en ciertos círculos académicos, intelectuales y sociales—. <sup>12</sup> No

---

12 Esto puedes verlo en publicaciones como Beck (2016), y en la influencia que siguen teniendo en muchos intelectuales mexicanos y extranjeros las ideas de la Escuela de Cuernavaca (e.g., Sitges-Serra, 2020: 35-37). También conocida como Centro

obstante, no es moralmente neutra. Illich no se limita a describir aquello que es la medicina institucionalizada, sino a evaluarla como perjudicial para la humanidad. Su crítica es aguda y pertinente —incluso, urgente— pero no la discutiremos aquí. En una descripción más neutral: la medicina institucionalizada se refiere a la práctica médica que está estructurada y regulada dentro de un marco formal, generalmente bajo la supervisión de entidades gubernamentales y organizaciones profesionales. Este modelo de medicina se caracteriza por la existencia de hospitales, clínicas y centros de salud que operan bajo normas y protocolos establecidos para garantizar la

---

Intercultural de Documentación (CIDOC), la Escuela de Cuernavaca fue un centro de pensamiento y acción social fundado en México en 1961. Dirigida por Iván Illich, la escuela promovió un enfoque crítico hacia la educación y la sociedad, cuestionando las estructuras jerárquicas y fomentando la autonomía y la participación comunitaria. Illich, con sus ideas sobre la desescolarización y su crítica a las instituciones modernas, ejerció una influencia significativa en la filosofía y prácticas de la Escuela, contribuyendo a su legado como un espacio de reflexión radical y transformación social.

calidad y seguridad de los servicios prestados. Los profesionales de la salud, tales como médicos, enfermeros y otros especialistas, deben obtener licencias y cumplir con requisitos de educación continua para ejercer su profesión dentro de este sistema. Además, la medicina institucionalizada involucra el uso de tecnologías avanzadas y tratamientos basados en la evidencia científica, así como la integración de investigaciones médicas continuas para mejorar los métodos y prácticas.<sup>13</sup> La medicina institucionalizada busca tratar enfermedades y promover la salud a través de programas de prevención y educación.

---

13 Esta descripción se fundamenta en las diversas transformaciones sociales de la medicina en los últimos siglos. Para profundizar en la transformación de la medicina informal o tradicional en medicina institucionalizada, aunque con énfasis en el caso de los Estados Unidos, puedes ver Starr (1982). Este libro, por demás interesante y ameno, le llevó a su autor a ganar el Premio Pulitzer de No Ficción en 1984. Para profundizar en los problemas y en los desafíos a los que se enfrenta la medicina institucionalizada en este siglo, desde una perspectiva sociológica, puedes ver Pescosolido *et al.* (2011).

La evolución del sistema médico hacia su institucionalización puede dividirse en dos movimientos históricos principales: el surgimiento de la soberanía profesional y la transformación de la medicina en una industria, con el creciente papel de las corporaciones y el Estado. En un primer momento, desde mediados del siglo XVIII hasta principios del siglo XX, la profesión médica dejó de ser una ocupación fragmentada y en gran medida marginal, y se convirtió en una profesión unificada con considerable poder económico y cultural. Los médicos lograron consolidar su autoridad profesional mediante la creación de instituciones educativas, la estandarización de la formación médica, y el establecimiento de licencias y regulaciones que les permitieron controlar el acceso a la práctica médica. Uno de los puntos cruciales a este respecto es la relación entre el conocimiento médico y el poder. La legitimidad cultural de la medicina se construyó a través de la creciente dependencia de la sociedad en la experticia médica para resolver problemas de salud, y esta dependencia reforzó el control de los médicos sobre los recursos y las

instituciones médicas. Así, los médicos utilizaron su autoridad epistémica y cultural para influir en la legislación y las políticas públicas que favorecieron sus intereses profesionales y económicos. Inicialmente, los hospitales eran instituciones de caridad, pero, con el tiempo, se convirtieron en centros con tecnología y conocimientos científicos de punta, donde los médicos podían realizar investigaciones y ofrecer tratamientos avanzados. Esta transformación fue impulsada en gran medida por la profesionalización de la medicina y el creciente énfasis en la educación y la práctica clínica.

En un segundo momento, desde la Primera Guerra Mundial hasta la década de los ochenta del siglo pasado, la medicina se transformó en una industria dominada por grandes corporaciones, y el papel del Estado en la regulación y financiamiento de la atención médica creció significativamente. Este período vio la creación y expansión de los seguros médicos y la intervención del gobierno en la organización y provisión de los servicios de salud. Durante este periodo, los médicos lucharon por mantener su autonomía frente a las crecientes presiones de las compañías

de seguros y las políticas gubernamentales. A pesar de estas tensiones, los médicos lograron adaptarse y, en muchos casos, aprovechar las nuevas estructuras para mantener su posición privilegiada dentro del sistema de salud. En la actualidad, la creciente corporativización de la medicina ha llevado a una serie de desafíos y dilemas éticos y prácticos, incluyendo la equidad en el acceso a la atención médica y la calidad de los servicios proporcionados.<sup>14</sup>

Como puedes ver en la descripción que hemos hecho y en la pequeña historia que hemos narrado, en el entramado de la medicina institucionalizada actual, las instituciones son cruciales para garantizar que la atención médica sea segura, ética y efectiva —a pesar de las justas y razonables críticas que a menudo reciben—. Atendamos a algunas de

---

14 Esta pequeña historia de la transformación institucional de la medicina es una adaptación del esquema que presenta Starr (1982) para describir el caso particular de Estados Unidos. No obstante, creemos que esta historia se puede generalizar al resto de Occidente —aunque con ciertos desfases temporales— dada la influencia de las instituciones estadounidenses en el resto de las democracias liberales.

estas instituciones. En primer lugar, existen complejos sistemas de leyes y regulaciones —tanto locales, como estatales y globales— cuidadosamente diseñados para proteger a los pacientes y asegurar la calidad de la atención médica. Estos sistemas se manifiestan en instituciones como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en México. La COFEPRIS es responsable de la regulación, control y fomento sanitario de productos y servicios, así como de sus establecimientos. Algunos de sus análogos en otros países son la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos, la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) en el Reino Unido, o la European Medicines Agency (EMA) en la Unión Europea. Por medio de estas instituciones, cada medicamento o tratamiento que llega a los pacientes se presume que ha pasado por un riguroso proceso de evaluación para garantizar su seguridad y eficacia. Sin estas regulaciones —se piensa—, el riesgo de tratamientos peligrosos o ineficaces sería mucho mayor, y la confianza en el sistema de salud se vería gravemente afectada.



En segundo lugar, las instituciones educativas también juegan un papel fundamental. Las universidades y escuelas de medicina no sólo educan a los futuros médicos, también establecen normas y estándares para la formación profesional. Los currículos están diseñados para garantizar que los estudiantes adquieran tanto los conocimientos teóricos como las habilidades prácticas necesarias para ejercer la medicina de manera competente y ética. Las residencias médicas y los programas de especialización proporcionan una formación adicional y rigurosa bajo la supervisión de médicos experimentados, asegurando que los nuevos médicos estén bien preparados para enfrentar los desafíos de la práctica clínica. Las asociaciones profesionales, como la Asociación Mexicana de Médicos (AMM), el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina General (CMCMG) o el Colegio Médico de México, A.C., desempeñan un papel crucial en la certificación, educación continua y representación de los médicos, asegurando que los profesionales de la salud mantengan altos estándares de práctica médica y ética profesional. La American Medical Association (AMA)

en Estados Unidos, o el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España, también establecen códigos de conducta y normas profesionales que deben seguir sus miembros. Estas organizaciones promueven la educación continua, garantizando que los médicos se mantengan actualizados con los últimos avances en la medicina. Además, proporcionan directrices y recursos para ayudar a los médicos a resolver dilemas éticos y a mejorar la calidad de la atención que brindan. A través de congresos, publicaciones y programas de certificación, estas asociaciones desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de altos estándares en la práctica médica.

En tercer lugar, los sistemas de salud nacionales, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Sistema de Salud Pública en México —que incluye servicios proporcionados por la Secretaría de Salud, y coordina la atención sanitaria para la población sin acceso a IMSS o ISSSTE— establecen normas para la atención médica, tratando de asegurar que sea accesible y de alta calidad

para todos los ciudadanos.<sup>15</sup> Las políticas de salud pública también juegan un papel crucial en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, a través de campañas de vacunación, programas de prevención de enfermedades crónicas y esfuerzos para mejorar los determinantes sociales de la salud.

En cuarto lugar, la investigación médica está regulada por un conjunto de normas y directrices que aseguran que los estudios se realicen de manera ética y científica. Las instituciones de investigación, como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México —cuyo análogo en Estados Unidos son los National Institutes of Health (NIH)—, establecen y supervisan estas normativas. El INSP, en particular, se encarga de realizar investigaciones en salud pública, formar recursos humanos especializados, y diseñar y evaluar políticas y programas de salud que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población mexicana. Así, estas instituciones

---

15 Para un análisis riguroso y profundamente crítico del sistema de salud en México, puedes ver Frenk *et al.* (2020).

buscan garantizar que cada estudio cumpla con los estándares éticos y metodológicos para proteger a los participantes y asegurar la validez de los resultados. Estas normativas son fundamentales para avanzar en el conocimiento médico y desarrollar nuevos tratamientos que puedan mejorar la salud de la población.

En quinto lugar, los sistemas de seguros médicos y los modelos de financiación también son instituciones que influyen en la práctica médica actual. En países con sistemas de salud públicos —como México, Canadá o el Reino Unido—, el acceso a la atención médica está garantizado por el Estado, lo que pretende asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios necesarios. En otros países, como Estados Unidos, el seguro de salud privado desempeña un papel importante, y las normativas que regulan estos seguros son cruciales para garantizar que los pacientes puedan acceder y costear la atención que necesitan.

Por último —y de manera más relevante para nuestro tema—, la ética médica es otra institución crucial. Se suele asumir que los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia deben guiar la

práctica cotidiana y las decisiones que toman los profesionales de la salud. En la medicina institucionalizada actual, se piensa que estos principios son la base de la relación médico-paciente, y que aseguran que los pacientes sean tratados con respeto y que sus decisiones sean valoradas. Los comités de ética en hospitales y universidades supervisan las investigaciones y la práctica clínica para garantizar que se realicen de manera ética. Por ejemplo, antes de dar inicio a un nuevo estudio clínico, éste debe ser aprobado por un comité de ética que evalúa los riesgos y beneficios para los participantes, asegurándose de que se respeten sus derechos y su dignidad. Estas instituciones serán sometidas a un especial escrutinio en los capítulos cuarto y quinto de este libro.

Aunque no hemos reparado en todas las instituciones involucradas en la práctica médica contemporánea, ni hemos desarrollado ampliamente cada una de ellas, en conjunto, estas instituciones pretenden crear un marco robusto que regule la práctica médica, proteja a los pacientes y promueva la mejora continua en la atención sanitaria. Desde la perspectiva médica actual, se considera que

estas instituciones son la columna vertebral invisible que sostiene y guía a los profesionales de la salud, asegurando que la medicina no sólo sea una ciencia avanzada, sino también una práctica ética y humanitaria. De manera adicional, creemos que una comprensión de estas instituciones dota de mucho mayor contenido a la definición de la medicina —como práctica social *institucionalizada*— que hemos favorecido; y también creemos que —a pesar de las críticas que suelen hacerse a la institucionalización de la medicina, y a algunas instituciones particulares que inciden en la práctica médica actual, como las que hemos mencionado—, conviene señalar que la institucionalización, al menos en un inicio, fue en parte responsable de que la medicina llegara a convertirse en una práctica científica (McIntyre, 2019: 115-132).

Como has visto en este apartado, el entramado institucional de la medicina actual es muy complejo. Quizá te pueda dar la sensación de que más que aclarar qué es la medicina, te proporciona una imagen caótica de una práctica en la que influyen demasiadas reglas, organizaciones, actores e intereses.

Nuestra tesis es más simple, y quizá pueda dar sentido a este aparente caos: la medicina institucionalizada en la actualidad se diferencia de otras formas de práctica médica, más informales o tradicionales, al estar regulada y respaldada por instituciones que garantizan una *estandarización* tanto en la investigación médica como en la práctica clínica. En los dos siguientes apartados profundizaremos en la estandarización en estos dos ámbitos de la medicina contemporánea.

### La investigación médica estandarizada

Uno de los aspectos que dan cuenta de la innovación que ha implicado la biomedicina por vía de la estandarización es la *investigación médica*. Ésta incluye distintos tipos de investigaciones: básica, clínica, epidemiológica, en salud pública, en salud conductual, de resultados y de métodos, principalmente. Nos detendremos sólo en las primeras dos.

Los orígenes de la investigación *básica* en medicina se remontan hasta la Antigüedad, donde se buscaban comprender los

principios fundamentales de la vida y la enfermedad. En la antigua Grecia, como vimos al inicio del primer capítulo, filósofos y médicos como Hipócrates y Galeno realizaron observaciones cuidadosas de la naturaleza y del cuerpo humano. Sin embargo, la verdadera revolución en la investigación básica llegó con el Renacimiento, cuando se permitió la disección de cadáveres. Posteriormente, el descubrimiento del microscopio por Antonie van Leeuwenhoek en el siglo XVII abrió nuevos ámbitos de investigación al revelar la existencia de microorganismos y la complejidad de las células. Así, se sentaron las bases para el surgimiento de la *microbiología* y la *biología celular*.

El siglo XX marcó un período de avances significativos en la investigación básica gracias a la integración de nuevas tecnologías y disciplinas científicas. La física y la química comenzaron a desempeñar roles cruciales en la biología, llevando a descubrimientos como la estructura del ADN por James Watson y Francis Crick en 1953, que fue un punto de inflexión en la biología molecular. Este descubrimiento elucidó la estructura de la molécula fundamental de la vida y abrió el



camino para la biotecnología y la ingeniería genética. Al mismo tiempo, la teoría celular se consolidaba y los estudios en fisiología y bioquímica se expandían, proporcionando un entendimiento detallado de los procesos metabólicos y fisiológicos a nivel molecular. La investigación básica en medicina hoy en día sigue evolucionando con el uso de tecnologías avanzadas como la secuenciación del genoma y la bioinformática, permitiendo a los científicos explorar y manipular los fundamentos de la vida con una precisión sin precedentes. Estos avances continúan siendo cruciales para el desarrollo de nuevos tratamientos y terapias en la medicina moderna.

En general, la investigación básica busca obtener conocimientos sobre los mecanismos y los procesos biológicos que rigen la vida: genes, proteínas y otras moléculas. Su objetivo es fundamentalmente teórico: entender el funcionamiento de estos mecanismos y procesos, tanto en condiciones normales como patológicas, para desarrollar nuevos conceptos médicos. La estandarización en la investigación básica en medicina en la actualidad es un proceso riguroso que implica

la adherencia a protocolos establecidos, la gestión cuidadosa de datos y la evaluación constante de calidad. Esto mejora la confiabilidad y validez de los estudios, y también facilita la colaboración internacional y la acumulación de conocimientos científicos robustos. Por ejemplo, con respecto a la estandarización de los protocolos, se considera que un protocolo bien definido incluye hipótesis, objetivos, diseño del estudio, métodos, procedimientos y análisis estadísticos. Este documento sirve como una guía detallada para la realización del estudio. Existen instituciones y organismos reguladores que proporcionan guías específicas, como las buenas prácticas de laboratorio.<sup>16</sup> Sobre la investigación básica en medicina surgen tanto cuestiones éticas generales —pertenecientes a la investigación básica en otros ámbitos—, como cuestiones éticas

---

16 Puedes consultar los *OECD Principles on Good Laboratory Practice* en el siguiente enlace: <<https://www.oecd.org/chemicalsafety/testing/oecdseriesonprinciplesofgoodlaboratorypracticeglpandcompliance-monitoring.htm>>. Existen diversas guías similares propuestas por otras organizaciones.

específicas —pertenecientes a la investigación básica estrictamente médica.

Por su parte, la investigación *clínica* hunde también sus raíces en la Antigüedad, cuando los primeros médicos comenzaron a experimentar con tratamientos y a observar sus efectos en los pacientes. Como vimos al inicio del primer capítulo, Hipócrates introdujo el método de observación sistemática y el registro de síntomas y tratamientos alrededor del siglo V a. C. Sin embargo, fue en la Edad Media y el Renacimiento cuando la investigación médica comenzó a tomar formas más estructuradas. En el siglo XVI, Paracelso fue un promotor de la experimentación química, señalando que las dosis correctas podían transformar venenos en medicinas. No obstante, fue hasta el siglo XVIII que se marca el hito más significativo en la investigación clínica, previo a los ECAs. James Lind era un cirujano naval británico que realizó uno de los primeros *ensayos clínicos controlados* documentados en 1747 (Bhatt, 2010). Lind estudió a 12 marineros con escorbuto, dividiéndolos en grupos y administrándoles diferentes tratamientos; su descubrimiento de que las naranjas y limones

eran efectivos fue lo que llevó a la adopción de cítricos en la dieta naval para prevenir esta enfermedad (Imagen 3).



Imagen 3. James Lind tratando a marineros con escorbuto a bordo del HMS Salisbury en 1747. Ilustración por Robert Thom, 1959, dominio público.

Fue durante el siglo pasado que se formalizaron los ensayos clínicos y se establecieron estándares rigurosos para la investigación clínica. Los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), introducidos por primera vez por Sir Austin Bradford Hill en la década de 1940, revolucionaron la medicina al proporcionar una metodología robusta para evaluar la eficacia de los tratamientos. Los ECAs se caracterizan por minimizar posibles sesgos y confusores *ex ante* —*i.e.*, por medio del diseño experimental—, y presuntamente permiten obtener resultados más fiables. Paralelamente, los estudios observacionales (EOS, en adelante) no intervienen en los tratamientos, sino que observan y analizan los resultados de los cuidados clínicos habituales, se desarrollaron como una herramienta clave para estudiar enfermedades, factores de riesgo y tratamientos en entornos reales. Los EOS también buscan minimizar sesgos y confusores, pero lo hacen muchas veces *ex post* —*i.e.*, durante y/o posteriormente al estudio—. Ambas herramientas —ECAs y EOS— se han convertido en pilares fundamentales de la investigación clínica moderna, pues buscan asegurar que los nuevos

tratamientos sean seguros y efectivos antes de ser ampliamente adoptados. Por ello vale la pena describir de manera sucinta cómo se lleva a cabo la investigación clínica en la medicina contemporánea, y reparar brevemente en ambos tipos de estudios y en otros más.

La investigación clínica contemporánea somete a prueba distintas intervenciones médicas y se enfrenta el siguiente desafío: determinar si una intervención es mejor que otra, y si ofrece un mayor beneficio clínico y/o plantea menores riesgos. Los ECAs, principalmente, inician con frecuencia en el laboratorio con animales, y continúan eventualmente con humanos: primero con personas enfermas y con pequeños grupos, y luego con personas sanas y con grupos más numerosos. Dado el riesgo al que se somete a los participantes, la investigación clínica se justifica a partir del beneficio que pueda proporcionar a la salud y el bienestar de futuros pacientes. Por estas características, plantea distintos interrogantes éticos: ¿cuándo es éticamente permisible exponer a los participantes de la investigación a riesgos de daño en beneficio de otros?, ¿cómo se debe revisar la

investigación?, ¿quién puede realizarla?, ¿qué deben entender los participantes potenciales para dar un consentimiento válido?, ¿es moralmente permisible realizarla en países que no podrán costear la intervención que se está sometiendo a prueba?, entre muchas otras (Wendler, 2021).

Como señalamos, la investigación clínica incluye ECAS y EOS, principalmente. Los ECAS son estudios experimentales en los que se asigna a los participantes, de manera *controlada* y *aleatoria*, una intervención específica para evaluar su efectividad. La asignación aleatoria de los participantes a grupos de *tratamiento* o de *control* tiene el objetivo de comparar la evolución de ambos grupos para establecer causalidad mediante relevancia estadística: *i.e.*, si una intervención específica causa un efecto específico. Suele asumirse que los ECAS son los estudios en medicina experimental que controlan de mejor manera sesgos y confusores.<sup>17</sup>

---

17 Para una crítica a este supuesto, puedes ver Genso-llen (2021).



Por su parte, los EOS son fundamentales en la investigación clínica porque permiten entender la relación entre distintos factores y los resultados de salud sin intervenir directamente en los sujetos de estudio. Estos estudios se dividen en varios tipos, cada uno con sus características y aplicaciones específicas. Reparemos en los tres más comunes. En primer lugar, los *estudios de cohorte* siguen a un grupo de personas que comparten una característica o exposición común (cohorte) a lo largo del tiempo para observar cómo se desarrollan ciertas enfermedades o condiciones de salud. Los hay *prospectivos* —siguen a los participantes desde un punto en el tiempo hacia el futuro— y *retrospectivos* —analizan datos recogidos en el pasado para estudiar eventos que ya han ocurrido—. En segundo lugar, los *estudios de caso-control* comparan a personas que tienen una enfermedad o condición (casos) con personas que no la tienen (controles), buscando diferencias en las exposiciones previas. Estos estudios son siempre retrospectivos y suelen ser útiles para estudiar enfermedades consideradas raras o con un largo periodo de latencia. Tienen

la ventaja, frente a los estudios de cohorte, de que tienen un costo menor y lleva menos tiempo realizarlos. En tercer lugar, los *estudios transversales* observan a una población en un único punto en el tiempo para evaluar la prevalencia de una enfermedad o condición, así como la relación entre factores de riesgo y resultados de salud. Estos estudios suelen ser útiles para medir la prevalencia y la relación entre variables, tienen la ventaja de ser rápidos y relativamente económicos, y son buenos puntos de partida para generar hipótesis que posteriormente pueden ser exploradas mediante otro tipo de estudios. Sus desventajas —que no son triviales— radican en que no permiten establecer causalidad y están sujetos a sesgos de selección.

Existen otros tipos de estudios en la investigación clínica además de los ECAS y los EOS. Por último, reparemos en un par de ellos que son muy relevantes para la biomedicina en la actualidad: los *metaanálisis* y las *revisiones sistemáticas*. En primer lugar, los metaanálisis son procedimientos estadísticos que combinan los resultados de múltiples estudios independientes sobre una misma

pregunta de investigación para producir una estimación global del efecto. Sus principales características son cuatro: integración estadística —combinan cuantitativamente los datos de estudios individuales—, medidas de efecto comunes —utilizan medidas de efecto comunes, como el riesgo relativo o la diferencia de medias, para integrar los resultados—, evaluación de heterogeneidad —examinan la variabilidad entre los estudios incluidos y exploran sus causas—, y análisis de sensibilidad —realizan análisis para evaluar la robustez de los resultados ante diferentes supuestos o criterios—. Los metaanálisis tienen las ventajas de incrementar la precisión de las estimaciones al combinar datos de múltiples estudios, pueden resolver inconsistencias entre estudios individuales, y permiten la evaluación de efectos secundarios y subgrupos que no son posibles en estudios individuales. No obstante, la calidad de los metaanálisis depende de la homogeneidad de los estudios incluidos, pueden estar sujetos a sesgos de publicación —*i.e.*, a la preferencia por la publicación de resultados positivos—, y los diferentes diseños

de estudios y poblaciones pueden complicar la integración de resultados.

Por su parte, las revisiones sistemáticas son un tipo de investigación que recopila y evalúa de manera metódica todos los estudios relevantes sobre una pregunta de investigación específica. El objetivo es proporcionar un resumen exhaustivo y equilibrado de la evidencia disponible. Las revisiones sistemáticas inician con una pregunta de investigación bien definida y específica, establecen criterios precisos para incluir o excluir estudios en la revisión, y realizan una búsqueda exhaustiva de literatura en múltiples bases de datos y fuentes. Los estudios incluidos se evalúan críticamente por su calidad metodológica, y los resultados de los estudios se sintetizan cualitativa o cuantitativamente. Las revisiones sistemáticas tienen las ventajas de proporcionar una evaluación exhaustiva y estructurada de la evidencia, reducir sesgos mediante métodos sistemáticos y transparentes, identificar lagunas en la investigación, y sugerir áreas para futuros estudios. No obstante, las revisiones sistemáticas pueden ser muy laboriosas y consumir mucho tiempo, su

calidad depende de la calidad de los estudios incluidos, y puede haber variabilidad en los métodos y resultados de los estudios incluidos, lo que dificulta la síntesis.

Como puedes ver, la investigación médica en la actualidad está profundamente estandarizada: esa es una de las características institucionales más relevantes de la medicina contemporánea. Lo que hemos hecho es simplemente proporcionarte un marco muy general para que te percares de todas las maneras en las que hoy se realiza la investigación. Si tienes interés en profundizar, puedes consultar distintos manuales que exploran lo que aquí sólo hemos bocetado breve y toscamente (*e.g.*, Friedman *et al.*, 2015; y Hulley *et al.*, 2013). Si te interesa profundizar en los distintos problemas éticos que surgen a partir de la investigación clínica en la actualidad, puedes consultar algunos textos filosóficos que profundicen en ello (*e.g.*, Levine, 1988; Brody, 1998; y Wendler, 2021).

Lo más importante es que te percares de que la estandarización de la investigación médica es crucial para garantizar la transparencia, reproducibilidad y fiabilidad de los

estudios clínicos. Sin estandarización, *e.g.*, los informes de los ECAs pueden carecer de detalles esenciales, lo que dificulta la evaluación precisa de sus métodos y resultados, y se pueden introducir sesgos que afecten la validez de las conclusiones (Schulz *et al.*, 2010). Además, la estandarización facilita la comparación entre estudios y la realización de metaanálisis, lo que es fundamental para sintetizar la evidencia y guiar la práctica clínica (Moher *et al.*, 2001). La estandarización también promueve la integridad científica al obligar a los investigadores a seguir protocolos rigurosos y reportar todos los resultados —incluidos los *negativos*—, lo que reduce el riesgo del sesgo de publicación (Chan *et al.*, 200). Finalmente, al exigir transparencia y detalles completos, la estandarización mejora la credibilidad y la confianza en la investigación médica, tanto entre los profesionales de la salud como entre el público en general (Glasziou *et al.*, 2008).

No obstante, no todo es miel sobre hojuelas. Diversos problemas surgen ya sea porque no se consigue la estandarización, o debido a la estandarización misma. Terminemos sólo

mencionando algunos de ellos: (a) la estandarización puede llevar a la simplificación excesiva de los métodos, lo que puede no ser adecuado para todas las situaciones de investigación; (b) la rigidez en los protocolos estandarizados puede ignorar variaciones contextuales importantes en diferentes entornos clínicos; (c) la estandarización puede limitar la capacidad de los investigadores para adaptar métodos y análisis a situaciones específicas no previstas; (d) la presión por cumplir con los estándares puede llevar a la manipulación de resultados o la no publicación de estudios con resultados negativos; (e) los investigadores pueden sentirse obligados a conformarse a los estándares, restringiendo la innovación y la creatividad en el diseño de estudios; (f) los estándares pueden reflejar y perpetuar valores y prioridades de sistemas de salud dominantes, excluyendo otras perspectivas culturales y éticas; (g) la estandarización no garantiza la reproducibilidad si los estudios no son realizados con el mismo rigor metodológico y control de calidad; (h) la estandarización puede exigir niveles de transparencia que algunos investigadores

o instituciones pueden no estar dispuestos a proporcionar, lo que puede llevar a conflictos éticos; (i) la aplicación de estándares puede favorecer a instituciones con más recursos, creando disparidades en la capacidad de investigación entre diferentes regiones o países; y (j) la estandarización puede dificultar que investigaciones relevantes en contextos menos favorecidos sean publicadas o consideradas debido a la falta de cumplimiento de ciertos estándares estrictos.

### La práctica clínica estandarizada

En 1992, un grupo de epidemiólogos liderados por David Sackett de la McMaster University en Ontario, Canadá, lanzaron el primer manifiesto de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Este manifiesto propuso un cambio de paradigma en la práctica médica, desafiando la primacía de la intuición, la experiencia clínica no sistematizada y el razonamiento fisiopatológico, abogando en su lugar por tomar decisiones clínicas fundamentadas en la evidencia proveniente de la



investigación clínica (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992: 2420). Las repercusiones de estas ideas fueron significativas en la comunidad médica, tanto que en 2001 *The New York Times* la destacó como una de las ideas más importantes del año, al promover una medicina respaldada por una rigurosa evidencia derivada de la investigación, en contraposición a las creencias populares (Hitt, 2001).

La MBE se erige sobre al menos dos pilares históricos. El primero, del que ya hemos hablado, data de 1747, cuando James Lind llevó a cabo el primer ensayo controlado al investigar la efectividad de las frutas cítricas en el tratamiento del escorbuto (Bhatt, 2010). El segundo se remonta a 1940, cuando Howard Florey y Ernst Chain demostraron la eficacia de la penicilina contra las bacterias mediante un estudio de doble ciego en ratones (Ligon, 2004). En la actualidad, la MBE cuenta con el respaldo de numerosas publicaciones académicas, libros y citas, así como con un creciente número de centros de investigación internacionales dedicados a su práctica, enseñanza y difusión. Revistas médicas prominentes,

como el *British Medical Journal*, el *Journal of the American Medical Association* y los *Annals of Internal Medicine*, respaldan políticas editoriales que promueven la adhesión a los estándares de evidencia de la MBE. Además, la MBE ha permeado otras disciplinas, como a las ciencias sociales y al diseño de políticas públicas (Howick, 2011: 4).

Desde una perspectiva metodológica, tres enfoques históricos y parcialmente superpuestos han competido por el dominio en el ámbito de las ciencias de la salud para determinar la eficacia de tratamientos específicos para diversas enfermedades o afecciones (Howick, 2011: 3-4). En primer lugar, la medicina practicada en domicilios, hospitales y comunidades confiaba en la *experticia* de los médicos y en los *juicios de expertos clínicos*, tanto individuales como colectivos. Esta práctica consideraba la medicina más como un arte o un saber cómo que como un saber qué, y privilegiaba la experiencia sobre la evidencia empírica (como hemos visto ésta es una manera simplista de plantear la cuestión). En segundo lugar, la medicina desarrollada en bibliotecas y escuelas se centraba en

las causas subyacentes o *mecanismos* de la salud y la enfermedad. El *razonamiento fisiopatológico* o *mecanicista* se consideraba esencial para determinar la eficacia de los tratamientos clínicos. Por último, con la evolución hacia una práctica clínica fundamentada en la *experimentación*, se enfatizó la importancia de observar directamente los efectos de los tratamientos médicos. Desde los tiempos de Lind, una forma común de hacerlo fue comparar grupos de personas que recibían el tratamiento con grupos que no lo recibían. Este enfoque sentó las bases de los ECAs, que constituyen la evidencia que privilegia la MBE, pues se cree que minimizan o incluso que pueden erradicar los sesgos y los confundidores en la investigación biomédica —*e.g.*, el *sesgo del observador* y el *efecto placebo*— y en otras áreas —*e.g.*, como la psicología clínica, la ciencia forense y algunas ciencias sociales.<sup>18</sup>

A nivel de proceso, la MBE integra una línea de pensamiento epidemiológica y

---

18 Si es de tu interés, puedes ver cómo funciona esto en ámbitos más allá de la medicina en Cartwright y Hardie (2012).

bioestadística. A pesar de sus variantes, quienes defienden el paradigma de la MBE reconocen al menos cinco pasos procesuales en la toma de una decisión clínica: (1) el médico establece preguntas clínicas relevantes y busca información para determinar el diagnóstico correcto; (2) el médico emprende la búsqueda de la mejor evidencia disponible, que para la MBE la proporcionan los ECAS, los metaanálisis de calidad y las revisiones sistemáticas de ECAS; (3) el médico evalúa la calidad de la evidencia y se cerciora que su fiabilidad sea alta; (4) el médico toma como base la evidencia seleccionada para tomar una decisión clínica; y (5) el médico y el paciente evalúan el proceso, determinan si se ha conseguido el resultado buscado y, de ser necesario, adaptan las decisiones con respecto al tratamiento de acuerdo con su evaluación (Straus *et al.*, 2005).

Aunque la MBE se planteó como un cambio de *paradigma* al interior de las ciencias de la salud, esta pretensión es contenciosa. ¿Acaso la medicina desde Hipócrates no ha buscado siempre basarse en la evidencia? Aunque puede señalarse que afirmar que la MBE es un *nuevo paradigma* no es más que un

recurso retórico —lo cual en parte es cierto—, la MBE ha cambiado el sentido en el cual debemos entender la evidencia, y ha propuesto cambios radicales en la enseñanza de la medicina. Metodológica y procesualmente los cambios propuestos resultan significativos, y se busca ahora concentrar la enseñanza médica en el desarrollo de otras habilidades y aptitudes por parte del alumnado —*e.g.*, la búsqueda eficiente de literatura clínica y la aplicación de reglas formales para su evaluación—. Pero, ante todo, la MBE es una de las formas —no la única, pero quizá la principal— de estandarizar la práctica clínica en la biomedicina: busca que las decisiones clínicas se tomen siguiendo ciertas pautas evidenciales.

La base epistemológica de la MBE tiene que ver con sus *jerarquías de evidencia*. Éstas informan a la MBE tanto a nivel metodológico como procesual. El punto de la MBE es que no toda evidencia debería tener el mismo peso en las decisiones clínicas, por lo que se establecen jerarquías de evidencia *strictas*. A pesar de la diversidad de jerarquías que se presentan en la literatura, y los diversos modelos que se proponen para representarlas,

la idea que subyace a todas puede resumirse en tres afirmaciones epistemológicas centrales: (i) los ECAS, los metaanálisis de calidad y las revisiones sistemáticas de ECAS ofrecen un mayor apoyo evidencial que los estudios observacionales EOS; (ii) los estudios clínicos comparativos —ECAS y EOS— ofrecen un mayor apoyo evidencial que el razonamiento mecanicista o fisiopatológico; y (iii) los estudios clínicos comparativos ofrecen un mayor apoyo evidencial que el juicio clínico tanto individual como colectivo de los expertos (Howick, 2011: 4). Algunos malentendidos a partir de estas afirmaciones surgieron desde el inicio de la MBE. El primero tiene que ver con que la MBE parecía ignorar la experiencia e intuición clínicas. No obstante, para la MBE son importantes, aunque principalmente en un sentido *pedagógico*, tanto la experiencia de los médicos para analizar el proceso del diagnóstico, como para extraer del aluvión de información clínica pistas para el diagnóstico y tratamiento (Howick, 2011: 20). El segundo malentendido tiene que ver con que la MBE parecía ignorar la comprensión básica de la fisiopatología. No obstante, para la MBE una

buena comprensión de la fisiopatología resulta necesaria para interpretar las observaciones clínicas y la evidencia (Howick, 2011: 21). A pesar de estas correcciones a los malentendidos, es cierto que la MBE da mayor peso evidencial a la relevancia estadística que a la experiencia clínica y al razonamiento fisiopatológico, por lo que algunas críticas han marcado ahí su blanco (Gensollen, 2021).

Tras perfilar la historia, el nivel procesal y la base epistemológica de la MBE, queda por responder de manera explícita a tres cuestiones: ¿por qué la MBE es una forma de estandarizar la práctica clínica?, ¿por qué podría ser importante estandarizar la práctica clínica a partir de la MBE?, y ¿cuáles son los problemas y desafíos de estandarizar la práctica clínica a partir de las pautas de la MBE? Respondamos una a una.

En primer lugar, la MBE es —entre otras cosas— una metodología destinada a estandarizar la práctica clínica mediante la integración de la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional de salud y los valores y preferencias del paciente. Esta forma de práctica clínica busca

establecer un marco uniforme que permita tomar decisiones más informadas y racionales, *minimizando la variabilidad en la atención médica*. Hemos dicho que la MBE emplea jerarquías de evidencia, donde las revisiones sistemáticas y los metaanálisis ocupan la cúspide, seguidos por ECAs y los EOS, dando muy poca relevancia tanto al razonamiento fisiopatológico, como al juicio de los expertos y a los informes de caso. La MBE se concentra en identificar, evaluar y aplicar de manera sistemática las pruebas científicas más sólidas para guiar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Al hacerlo, se pretende reducir el sesgo clínico y proporcionar una base sólida y confiable para las intervenciones médicas, lo cual es esencial para mejorar los resultados de salud y asegurar que todos los pacientes reciban una atención de calidad, basada en las pruebas más recientes y relevantes.

En segundo lugar, la importancia de estandarizar la práctica clínica a través de la MBE radica en su capacidad para mejorar la calidad y la consistencia de la atención médica. Al utilizar directrices basadas en evidencia, se asegura que las decisiones clínicas no dependan



exclusivamente de la experiencia individual del médico o de la disponibilidad de recursos, sino que se basen en un conocimiento consolidado y validado por la comunidad científica. Esto aumenta la probabilidad de obtener mejores resultados de salud para los pacientes, y contribuye a una utilización más eficiente y equitativa de los recursos sanitarios. Además, la MBE promueve la actualización continua del conocimiento médico, ya que las directrices y protocolos se revisan y ajustan regularmente a la luz de nuevas investigaciones y descubrimientos. De esta manera, la MBE actúa como un mecanismo dinámico que asegura que la práctica médica evolucione constantemente, incorporando los avances científicos y tecnológicos más recientes, lo cual es crucial en un campo tan cambiante como la medicina.

En tercer lugar, la estandarización de la práctica clínica mediante la MBE enfrenta varios desafíos y problemas. Uno de los principales problemas es la rigidez que puede imponer a la práctica médica, limitando la capacidad de los profesionales para adaptar el tratamiento a las circunstancias individuales de cada paciente. Cada persona es única

y puede responder de manera diferente a los tratamientos, lo que significa que una pauta estándar puede no ser adecuada para todos. Además, la evidencia disponible puede ser incompleta o estar sesgada, y no todas las áreas de la medicina cuentan con el mismo nivel de investigación de alta calidad, lo que puede llevar a la implementación de prácticas basadas en pruebas insuficientes o inadecuadas. También existe el riesgo de que la adherencia estricta a las directrices de la MBE pueda desincentivar la innovación y la creatividad en el campo clínico, ya que los médicos pueden sentirse obligados a seguir protocolos rígidos en lugar de explorar nuevas aproximaciones terapéuticas. Finalmente, la aplicación de la MBE requiere una infraestructura adecuada y recursos suficientes para acceder y aplicar la evidencia científica, lo cual puede ser un desafío en entornos con limitaciones económicas o tecnológicas, exacerbando las desigualdades en la atención sanitaria.

## ¿Qué son la salud y la enfermedad?

Legados a este punto, hemos dotado de mucho mayor contenido a la definición que favorecimos de la medicina entendida como una práctica social institucionalizada, en la que se integran el conocimiento biológico y el práctico. Pero no hemos dicho nada adicional sobre los *propósitos* de la práctica. Los propósitos constitutivos o fundamentales de cualquier práctica juegan un papel muy importante cuando la analizamos. A partir de ellos evaluamos los medios como adecuados o inadecuados, los recursos como suficientes o insuficientes, y los modos como más o menos

apropiados.<sup>19</sup> Para comprender estos propósitos, ahora resulta necesario atender a los dos conceptos que suelen figurar en ellos: el de *salud* y el de *enfermedad*.

La manera en la que la medicina combate la enfermedad depende de cómo se la entiende. Así, la comprensión de lo que constituye una enfermedad es crucial, ya que influye en decisiones prácticas significativas, como si un seguro médico o los sistemas públicos de salud deberían cubrir el tratamiento de una condición específica. La diferencia entre considerar trastornos —*e.g.*, la ansiedad social o la adicción— como enfermedades legítimas o como meros problemas de comportamiento ilustra los problemas que surgen a raíz de los debates sobre las diversas concepciones filosóficas sobre la *enfermedad*. El *naturalismo* y *normativismo* son las dos

---

19 Existe un debate filosófico adicional sobre si el propósito de la práctica médica debe incorporar distinciones más sutiles entre la meta y las tareas de la medicina (Broadbent, 2019: 33-92). Para nuestros objetivos presentes, este debate puede complicar demasiado las cuestiones centrales que deseamos abordar.

principales posiciones sobre la naturaleza de este concepto.

### El naturalismo sobre la enfermedad

La postura *naturalista* sobre la enfermedad sostiene que ésta se puede definir de manera *objetiva* y *descriptiva*, enfocándose sólo en criterios *biológicos* y *funcionales*. Los naturalistas —como Christopher Boorse (1977), a quien ya hemos mencionado—, argumentan que *la enfermedad es un estado interno que impide el funcionamiento normal del cuerpo o que limita la capacidad funcional debido al entorno*. Según Boorse, la salud puede definirse en términos de una clase de referencia que agrupa organismos de diseño funcional uniforme por edad y sexo. Cualquier alteración de ese estado constituye una enfermedad (como veremos más adelante, a esta posición sobre la salud se le denomina *neutralismo*). El naturalismo intenta establecer una base científica sólida para diferenciar lo *biológicamente normal* de lo *biológicamente patológico*, por lo que se considera desde esta posición que las

enfermedades son *desviaciones de estos estándares biológicos*. Defensores destacados del naturalismo, como Boorse, insisten en que las condiciones de salud y enfermedad deben ser comprendidas a partir de criterios biológicos objetivos. No obstante, esta postura enfrenta desafíos significativos, como a la dificultad de definir lo que constituye una “función normal”, y a la crítica de que muchas de nuestras categorías de enfermedad están influenciadas por juicios de valor y normas sociales, no sólo a partir de datos biológicos.

Las críticas al naturalismo apuntan a que esta perspectiva no refleja adecuadamente el uso común de los términos “enfermedad” y “salud”, ya que no considera los valores y juicios normativos que influyen en nuestras percepciones de lo que es estar sano o enfermo. Las redefiniciones de la homosexualidad y de la masturbación —previamente consideradas enfermedades—, demuestran que los cambios en la clasificación de estas condiciones responden a cambios en los valores sociales más que a nuevos descubrimientos biológicos. Además, críticos como Rachel Cooper (2002) y Elselijn Kingma (2007; 2010)

señalan que las definiciones naturalistas dependen implícitamente de normas biológicas que no se derivan directamente de la biología, y que a menudo simplifican la complejidad de los organismos vivos. Otros filósofos, como Marc Ereshefsky (2009), proponen enfoques híbridos o alternativos que combinan descripciones de estados fisiológicos con juicios normativos explícitos, argumentando que esto permite una comprensión más clara y matizada de la salud y la enfermedad. En definitiva, el naturalismo enfrenta el desafío de reconciliar sus criterios biológicos con las influencias sociales y culturales que inevitablemente afectan nuestras nociones de salud y enfermedad.<sup>20</sup>

El naturalismo sobre la enfermedad tiene una larga historia, y es razonable considerar que gracias a esta concepción sobre la enfermedad la medicina dio sus primeros pasos —aunque muy pequeños respecto al naturalismo

---

20 Para una discusión más amplia del naturalismo sobre la enfermedad, puedes ver Reiss y Ankeny (2016).

contemporáneo— para consolidarse como una disciplina científica.<sup>21</sup>

En las antiguas civilizaciones, se creía que las enfermedades eran castigos divinos, o el resultado de maldiciones y hechizos. Este enfoque ontológico consideraba a la enfermedad como una entidad externa que invadía al cuerpo humano. La práctica médica en sus orígenes, entonces, era una combinación de rituales religiosos y prácticas empíricas. Los médicos-sacerdotes usaban oraciones y amuletos, y llevaban a cabo diversas ceremonias para tratar a los enfermos, pues se creía que así era posible expulsar los espíritus malignos que causaban las enfermedades.

Fue la Antigüedad clásica, como vimos en el primer capítulo, la que aportó un cambio significativo en la comprensión de las enfermedades mediante un *giro naturalista*. Los antiguos griegos y romanos comenzaron a sistematizar el conocimiento médico. La teoría de los cuatro humores, que hemos mencionado varias veces a lo largo del libro,

---

21 Para profundizar en esta historia, puedes ver González-Crussí (2007) y Porter (2002).



sostenía que la enfermedad era causada por desequilibrios humorales. Esta teoría, que enfatizaba la importancia del equilibrio interno y los factores ambientales, dominó el pensamiento médico durante siglos, y dio origen a la concepción naturalista sobre la enfermedad. El enfoque fisiológico antiguo concebía a la enfermedad no como una entidad independiente, sino como una perturbación en el estado natural del cuerpo. Fue por ello que las intervenciones médicas se centraron en restaurar el equilibrio interno mediante dietas, sangrías y cambios en los estilos de vida. Estas ideas predominaron en el mundo occidental durante siglos y establecieron las bases de la medicina racional.

Aunque durante el Medievo latino la percepción de la enfermedad estuvo fuertemente influenciada por la religión, y las enfermedades fueron vistas como castigos divinos o pruebas de fe, no sucedió lo mismo durante el Medievo islámico —la Edad de Oro del islam— (Al-Khalili, 2012). Los médicos concibieron la enfermedad de manera naturalista, como un desequilibrio físico y como una perturbación en el equilibrio de

los humores del cuerpo —idea heredada de la medicina griega—. Este enfoque contrastaba con la visión mágica y sobrenatural de la enfermedad que prevalecía en el Occidente cristiano de la época. Los médicos islámicos, como al-Rāzī, adoptaron un enfoque empírico y racional, buscando comprender y tratar las enfermedades con base en observaciones detalladas y experimentación, mientras se alejaban de las explicaciones místicas y los tratamientos supersticiosos. al-Rāzī realizó algunos de los primeros ensayos clínicos documentados y escribió extensamente sobre diversas enfermedades y tratamientos. Su obra más conocida, el *Kitāb al-Hāwī fī al-ṭibb* (*El libro completo sobre la medicina*), recopiló todo el conocimiento médico disponible en su tiempo y se utilizó como texto de referencia en Europa durante siglos (Imagen 4).

الصرورهما فان اسـ منه وادرك السلام من خبره محمد بن ابي اسوله  
 روي عنه واسمها واعطى منها او اعرضها الفحل او عدو مما  
 وابلهم بوجل ذلك الفحل الرضا لله

سـ لوه في الحز الرابع

في سـ حله الدرر ويرهله وفعل الالعص <sup>واحد</sup> وخصومه  
 واعام ما بكر اعامة الالعص الالعص السعه طرف  
 الالف والعلم الملعص الالعص والسمك لل

حله البري وكره في سـ والدر الملقط  
 حله البري من البر الالعص عشر حيله البري  
 قال الاسحر المبراج وسـ قصه الدر

فـ شرع وهذا الحزب الالعص سـ عشر في الفقه  
 سـ سـ وعامر واربع بابه والحمد لله

Imagen 4. Última página del *Kitāb al-Ḥawī fī al-ṭibb* de al-Rāzī.

También persistió el naturalismo sobre la enfermedad durante el Renacimiento y la Ilustración, aunque dio un giro importante en su comprensión. En particular, la medicina comenzó a alejarse de la explicación puramente humoral de la enfermedad hacia un enfoque *mecanicista* basado en la *observación directa*. Durante la Ilustración continuó el enfoque más científico y mecanicista de la enfermedad. Los avances en anatomía y fisiología permitieron a los médicos identificar enfermedades específicas con cambios patológicos en órganos y tejidos. La publicación de *De sedibus et causis morborum* de Giovanni Battista Morgagni —publicado en 1761— marcó un hito importante, al demostrar cómo las autopsias podían revelar la localización precisa de las enfermedades. Esta visión *anatómica* de la enfermedad condujo al desarrollo de la *patología* moderna, donde las enfermedades fueron clasificadas y estudiadas en función de sus manifestaciones físicas en el cuerpo.

Pero fue durante el siglo XIX que el naturalismo sobre la enfermedad evolucionó radicalmente con el descubrimiento de los microorganismos patógenos, por parte

de científicos como Louis Pasteur y Robert Koch.<sup>22</sup> La bacteriología transformó la medicina al establecer que muchas enfermedades eran causadas por gérmenes específicos. La aplicación de los postulados de Koch permitió identificar los agentes causales de enfermedades como la tuberculosis y el cólera. El enfoque microbiano reforzó la concepción ontológica de la enfermedad, pero ahora basada en *agentes biológicos específicos* en lugar de desequilibrios humorales. El surgimiento de la *antisepsia* y la *teoría germinal de las enfermedades infecciosas* se encuentran entre los avances más significativos de la medicina moderna. La lucha contra las infecciones, que en el pasado causaban estragos en los hospitales, especialmente en las salas de cirugía y maternidad, se transformó radicalmente gracias a la comprensión y aplicación de conceptos antisépticos y germinales. Este cambio no fue inmediato y requirió décadas de investigación y experimentación por parte de científicos y médicos.

---

22 Para profundizar en esta historia, desde la perspectiva de la filosofía de la medicina, puedes ver López Cerezo (2008).

Ignaz Semmelweis fue uno de los primeros en reconocer la importancia de la higiene en la prevención de infecciones.<sup>23</sup> Mientras trabajaba en el Hospital General de Viena a mediados del siglo XIX, observó una alarmante tasa de mortalidad por fiebre puerperal entre las mujeres que daban a luz en el hospital. Semmelweis descubrió que esta enfermedad podía ser significativamente reducida mediante el simple acto de lavarse las manos con una solución de cloro antes de atender a las parturientas. Sin embargo, sus ideas encontraron una fuerte resistencia entre sus colegas, quienes se aferraban a la teoría miasmática predominante, que atribuía las enfermedades a los miasmas o “malos aires”. De manera paralela, Louis Pasteur, un químico y microbiólogo francés, hizo avances cruciales en la comprensión de los microorganismos. A través de sus experimentos con fermentación y descomposición, Pasteur demostró que los microorganismos eran responsables

---

23 Una buena reconstrucción de la metodología que llevó a Semmelweis a su descubrimiento, la puedes ver en la introducción de Hempel (1966).

de estos procesos y, por extensión, de muchas enfermedades infecciosas. Su trabajo sentó las bases de la teoría germinal, que postulaba que las enfermedades eran causadas por microorganismos específicos. En 1880, Pasteur fue capaz de convencer a la comunidad médica de la validez su teoría, lo que llevó a una aceptación más amplia de las prácticas antisépticas propuestas por Semmelweis. Joseph Lister, un cirujano británico, también fue fundamental en la aplicación práctica de la teoría germinal en el campo de la cirugía. Influenciado por los descubrimientos de Pasteur, Lister introdujo el uso de ácido carbólico (fenol) para desinfectar las heridas y el equipo quirúrgico, reduciendo drásticamente las tasas de infección postoperatoria. Su metódica metodología y la mejora evidente en los resultados quirúrgicos le permitieron superar la resistencia inicial de la comunidad médica británica y, para finales del siglo XIX, sus métodos eran ampliamente aceptados y practicados en hospitales de Europa y América del Norte.

El impacto de estas innovaciones fue profundo. Antes de la aceptación generalizada de la antisepsia y la teoría germinal, las

infecciones hospitalarias eran una causa común de muerte. Las prácticas antisépticas redujeron drásticamente las tasas de mortalidad en los hospitales y llevaron a una comprensión naturalista más profunda de la etiología de algunas enfermedades. Esta nueva perspectiva permitió el desarrollo de antibióticos y otras intervenciones médicas que han salvado innumerables vidas desde entonces. La consolidación de la teoría germinal y las prácticas antisépticas representaron cambios paradigmáticos en la medicina, transformando la forma en que se entendían y trataban las enfermedades.

En la medicina actual, el naturalismo sobre la enfermedad implica un enfoque riguroso en la identificación de agentes patógenos —pero también de factores genéticos y ambientales, y de procesos biológicos subyacentes a las enfermedades, en los que no hemos reparado en nuestra narración histórica, pero que suelen ser considerados naturales por la comunidad científica—.<sup>24</sup> Las implicaciones prácticas incluyen el desarrollo de

---

24 Como veremos más adelante, a los eliminativistas sobre la enfermedad les preocupa que esta lista sea



tratamientos más efectivos y personalizados, basados en la evidencia científica y en la investigación empírica. Además, el naturalismo promueve la innovación en diagnósticos y terapias mediante el uso de tecnologías avanzadas y metodologías precisas, mejorando así la prevención y el manejo de enfermedades a través de un enfoque fundamentado en la ciencia.

### El normativismo sobre la enfermedad

La posición *normativista* considera que la enfermedad no puede definirse a partir de criterios biológicos o naturales, pues implica juicios de valor sobre lo que se considera *normal* o *anormal*, *deseable* o *indeseable*, en un contexto social y cultural. Este enfoque sostiene que el concepto de enfermedad está entrelazado con normas sociales y valores humanos, lo que significa que la definición de una enfermedad no es sólo una cuestión *descriptiva*, sino también *evaluativa*. Georges Canguilhem (1991) fue

---

incompleta y que sus miembros no tengan rasgos comunes relevantes.

uno de los principales defensores de esta posición. Argumentó que la salud y la enfermedad reflejan una dimensión normativa y *subjetiva*. Este punto de vista ha sido muy influyente en cómo entendemos la relación entre la biología y los valores en la medicina.

Diversos normativismos sobre la enfermedad surgen al menos en parte como una respuesta a los desafíos que presenta la postura naturalista, que, como vimos en el apartado anterior, intenta definir la enfermedad exclusivamente en términos biológicos y funcionales. Los normativistas argumentan que la mera descripción biológica no es capaz de dar cuenta de lo que significa estar enfermo, ya que este concepto está profundamente influenciado por *juicios de valor*.

La posición normativista ha enfrentado varias críticas, especialmente por parte de quienes defienden enfoques más objetivos y científicos. Críticos como Lennart Nordenfelt (2006) han argumentado que los enfoques normativistas son demasiado subjetivos y relativistas, lo que podría llevar a inconsistencias en la práctica médica —entre otras cosas, nos impediría su estandarización—. Además, se

ha cuestionado la capacidad del normativismo para proporcionar criterios claros y operativos para definir y tratar enfermedades. La crítica sostiene que si la definición de enfermedad depende en demasía de juicios de valor, esto podría llevar a interpretaciones arbitrarias y a la dificultad de establecer estándares universales en la medicina. A pesar de estas críticas, los normativistas defienden su postura alegando que la integración de valores es inevitable y necesaria para una comprensión completa de la salud y la enfermedad.

Los desafíos a los que se enfrenta la postura normativista son numerosos y variados. Uno de los principales es cómo manejar las condiciones que son indeseables, pero no universalmente reconocidas como enfermedades, como el alcoholismo o la obesidad mórbida. Además, los normativistas deben abordar la crítica de que sus definiciones no permiten hacer juicios retrospectivos sobre la validez de categorías de enfermedad históricas, como la drapetomanía, una supuesta enfermedad diagnosticada en esclavos estadounidenses del siglo XIX. Otro desafío significativo es desarrollar un marco normativo que sea lo suficientemente flexible

para adaptarse a las variaciones culturales y sociales, pero lo suficientemente robusto para evitar la arbitrariedad y la inconsistencia. A medida que avanzan las discusiones filosóficas y científicas, la postura normativista continúa evolucionando para enfrentar estos desafíos y ofrecer una comprensión más rica y matizada de la salud y la enfermedad.

La teoría normativista sobre la enfermedad implicaría que los profesionales de la salud deben reconocer y respetar las perspectivas y valores de los pacientes y de las comunidades en las que trabajan cuando combaten la enfermedad. Por ejemplo, ciertas condiciones que en una cultura pueden ser vistas como enfermedades que requieren tratamiento médico, en otra pueden ser consideradas como variaciones normales o incluso deseables del funcionamiento humano. Esta teoría resalta la necesidad de una medicina más centrada en el paciente, que tome en cuenta sus creencias, expectativas y valores. Además, el normativismo puede influir en la manera en que se desarrollan y se implementan las políticas de salud pública, promoviendo enfoques que sean culturalmente sensibles y que busquen la equi-

dad y justicia en el acceso y provisión de los servicios de salud. Así, la teoría normativista desafía a la medicina a ir más allá de una visión puramente científica de la enfermedad, incorporando una comprensión más amplia y matizada que incluya dimensiones éticas, sociales y culturales en el combate de las enfermedades.

### Hibridismo, eliminativismo y fenomenología de la enfermedad

Además del naturalismo y el normativismo sobre la enfermedad, Stegenga (2018: 30-35) considera que existen al menos otras tres posiciones en el debate: el *hibridismo*, el *eliminativismo* y la *fenomenología de la enfermedad*.

El *hibridismo* es una postura que busca integrar elementos del naturalismo y del normativismo para ofrecer una visión más completa de lo que constituye una enfermedad. El hibridismo busca superar las limitaciones tanto del naturalismo —que se enfoca exclusivamente en la disfunción biológica—, como del normativismo —que se centra en el valor y el daño—. El propio Stegenga (2015)

es uno de los defensores más prominentes de esta posición. Stegenga piensa que en el hibridismo para que algo sea una enfermedad debe cumplir con dos requisitos: (1) tener una base causal constitutiva, y (2) causar daño. Estos dos componentes son esenciales para definir una enfermedad y, por ende, para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas. Así, Stegenga defiende que un estado es patológico si y sólo si tiene tanto una base biológica como una evaluación normativa de esa base biológica. Es decir, no basta con que haya una anormalidad biológica; esta anormalidad también debe ser considerada perjudicial según valores sociales. Sobre la base causal de la enfermedad, Stegenga considera que una enfermedad debe tener una disfunción fisiológica específica que pueda ser identificada y tratada; *e.g.*, la diabetes tipo 1 se caracteriza por la incapacidad del páncreas para producir insulina, lo cual tiene un tratamiento claro mediante la administración de insulina. Sobre la base normativa de la enfermedad, Stegenga sostiene que una enfermedad debe ser vista como dañina o negativa desde una perspectiva social, lo cual nos per-

mitiría diferenciar entre condiciones que son meramente anormalidades biológicas y aquellas que realmente son enfermedades debido a su impacto negativo en la vida de una persona; *e.g.*, la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad cuando los valores sociales cambiaron. Stegenga argumenta que el naturalismo y el normativismo son insuficientes de manera independiente, pues el naturalismo no puede explicar por qué ciertas condiciones biológicas anormales no son consideradas enfermedades, y el normativismo puede caer en el relativismo de valores, haciendo difícil criticar categorizaciones históricas incorrectas de enfermedades. Según el hibridismo, para que una intervención médica sea efectiva, debe abordar la base causal de la enfermedad y los daños causados por la enfermedad, lo cual nos ofrecería un marco claro para evaluar si una intervención médica realmente mejora la salud al tratar una enfermedad específica. Así, Stegenga piensa que el hibridismo sobre la enfermedad ofrece una visión equilibrada que combina tanto la base biológica como la evaluación normativa de una condición para definirla como

enfermedad y evaluar la efectividad de las intervenciones médicas.

No obstante, el hibridismo enfrenta varios desafíos que se derivan de las posiciones que busca hibridar. Uno de los principales es determinar con precisión qué constituye un funcionamiento fisiológico “anormal” y cómo se establece este estándar. Además, el hecho de que una condición se considere dañina introduce un elemento *subjetivo* que puede variar entre diferentes culturas y contextos históricos. Esta subjetividad puede dificultar la aplicación uniforme del concepto de enfermedad y plantea preguntas sobre la universalidad de los criterios utilizados para definir enfermedades.

Por su parte, el *eliminativismo* es una postura radical —aunque socorrida desde el paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia—<sup>25</sup> que sostiene que la medicina no

---

25 En palabras de Saborido: “La MBE es también agnóstica con la cuestión de la definición de enfermedad. Aun manteniendo que la perspectiva de la MBE puede arrojar luz sobre cuestiones principales en medicina, hay muchas preguntas a las que el enfoque de la MBE no puede responder: ¿qué tipo de condiciones merecen que se les diseñe tratamientos



necesita una teoría general de la enfermedad. Según esta perspectiva, las discusiones filosóficas sobre la definición de la enfermedad son irrelevantes para la práctica clínica y pueden incluso ser perjudiciales. Los defensores del eliminativismo argumentan que la medicina debería centrarse en el tratamiento de síntomas específicos y en la mejora del bienestar del paciente, sin preocuparse por si una condición particular cumple o no con los criterios filosóficos de algún concepto predilecto

---

y se evalúen mediante ensayos clínicos? ¿Son los médicos, los pacientes o los encargados de diseñar los ECA quienes deciden cuándo un tratamiento es eficiente? ¿No hay una parte importante de la medicina que va más allá de la eficiencia y que consiste también en explicar los procesos fisiopatológicos? La MBE puede plantearse como un enfoque diferente (algunos teóricos la han llegado a llamar un nuevo «paradigma») pero no parece dar respuesta a todas las preguntas que plantea la medicina. La eficacia de un medicamento es algo que, en último término, depende de la naturaleza de las enfermedades concretas aun cuando las cuestiones: «¿qué es una enfermedad?», y «¿cuál es la mejor forma de tratar una enfermedad?», puedan ser abordadas de forma independiente” (2020: 177-178).

de *enfermedad*. A pesar de su aparente simplicidad, el eliminativismo enfrenta críticas significativas. Una de las principales es que, sin una teoría coherente de la enfermedad, se vuelve difícil justificar la asignación de recursos médicos y la toma de decisiones clínicas. Además, la ausencia de un marco teórico claro puede llevar a inconsistencias en la práctica médica y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. Los críticos sostienen que, aunque los debates filosóficos pueden parecer abstractos, tienen implicaciones prácticas importantes para la medicina.

Por último, la *fenomenología* en el contexto de la medicina se centra en la *experiencia subjetiva de estar enfermo*. Esta aproximación enfatiza la importancia de comprender cómo se siente la enfermedad desde la perspectiva del paciente, en lugar de limitarse a una evaluación objetiva de los síntomas y las disfunciones fisiológicas. La fenomenología destaca que la enfermedad es una experiencia vivida que afecta profundamente la identidad y la percepción del mundo del paciente. Sin embargo, la fenomenología también enfrenta críticas y desafíos. Uno de los principales es la

dificultad de integrar las experiencias subjetivas en un sistema médico que históricamente ha valorado más los datos objetivos y medibles. Además, los médicos pueden encontrar complicado equilibrar la necesidad de tratar los síntomas fisiológicos con la necesidad de atender las experiencias emocionales y psicológicas de los pacientes. A pesar de estos desafíos, la fenomenología ofrece para algunos una perspectiva valiosa que puede enriquecer la práctica médica al fomentar una atención más holística y centrada en el paciente.

### Concepciones negativas y positivas de la salud

La manera en la que la medicina promueva la salud también depende de cómo se la entiende. El concepto de *salud* que privilegiemos determinará el tipo de práctica médica que llevaremos a cabo. Si entendemos la salud únicamente como la *ausencia de enfermedad* —una posición que se denomina *neutralismo* (Stegenga, 2018: 8-11)— la promoción médica de la salud es únicamente remedial, pues consiste en tratar de resarcir o mitigar un daño. Sin embar-

go, si concebimos la salud como un estado de bienestar —físico, mental y social—, nuestras prácticas se orientarán hacia la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el abordaje integral del paciente, considerando su contexto y necesidades individuales. Aquí hay dos nociones de salud en juego: una *negativa* y una *positiva*.

El *neutralismo* es un enfoque *negativo* sobre la salud sencillo y directo: sostiene que *una persona está sana si no tiene ninguna enfermedad diagnosticable*. Sin embargo, es precisamente debido a su simplicidad que ha generado críticas categóricas. Por si esto fuera poco, el neutralismo sobre la salud ignora factores importantes como el bienestar mental, social y emocional. Estos aspectos son cruciales para una vida plena y satisfactoria. Además, el neutralismo no contempla situaciones en las que una persona puede no estar sana pese a no tener enfermedades diagnosticables; *e.g.*, debido al estrés crónico o a la falta de sentido de pertenencia. Esta limitación lleva a cuestionar si el neutralismo puede realmente capturar toda la complejidad de lo que significa estar sano (Hausman, 2015).

La definición de la salud de la OMS pone sobre la mesa, de manera paradigmática, una noción *positiva* de la salud, pues la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una de sus principales virtudes consiste en enfatizar la importancia de considerar a la salud de manera integral, incluyendo factores físicos, mentales y sociales, lo que resalta la necesidad de una aproximación holística en la medicina. La definición también implica que los médicos deben considerar no sólo los aspectos anatómicos y fisiológicos, sino también los económicos, sociales, ideológicos y culturales que afectan a los individuos.

Otra de las virtudes de la definición radica en su distinción explícita entre salud y enfermedad. Durante diversos períodos de la historia, y en particular en la biomedicina actual, se ha entendido que la enfermedad es lo opuesto a la salud, pero la OMS establece que la ausencia de enfermedad no es suficiente para definir la salud. Se requiere un estado de *completo bienestar*, lo que elevaría significativamente el estándar y objetivo de la práctica

médica. La definición de la salud de la OMS ha llevado a debates sobre la viabilidad de alcanzar y mantener tal estado de bienestar integral, y si es justo o práctico definir la salud en términos tan robustos. Además, la incorporación de factores subjetivos y sociales en la evaluación de la salud plantea desafíos en la medición y tratamiento, lo cual complicaría el trabajo de los profesionales de la salud (Saborido, 2020: 55-60).

Aunque supera algunos problemas de la definición naturalista, la definición de la OMS ha recibido críticas desde su formulación. Se le considera *poco realista y utópica*, ya que propone un “estado de completo bienestar físico, mental y social”, un ideal inalcanzable en un mundo imperfecto, donde difícilmente alguien podría gozar de un completo bienestar en todos estos aspectos. Quizá esta interpretación de “completo” ha sido entendida erróneamente como “perfecto”, pero una visión más holística sugiere que la salud completa implica tener bienestar en los tres aspectos mencionados, no necesariamente en el grado más alto posible. Esta perspectiva holística parece más adecuada y razonable. Ade-

más, la definición de la OMS es criticada por ser *capacitista* —de manera similar a la definición biomédica—, ya que las personas con discapacidades no podrían gozar de salud, ya que considera cualquier desviación de la “perfección” como una patología. Sin embargo, la salud debe entenderse como un continuo, donde no alcanzar un estado de completo bienestar no implica la ausencia de salud, sino un estado imperfecto de la misma. También se critica que la definición *no considera todos los determinantes inherentes a la salud*, como el medio ambiente y otros factores que afectan la salud en el contexto contemporáneo. Problemas como el cambio climático, la obesidad y la desnutrición, así como factores del entorno como la densidad poblacional y las políticas económicas, son cruciales para una comprensión integral de la salud. Otro problema es que la definición de la OMS es *universalizable y promotora de medicalización*, fomentando una búsqueda constante de bienestar que contribuye al enriquecimiento de las industrias farmacéuticas y tecnológicas. Esta búsqueda de una salud completa lleva a la dependencia de la medicalización y

no considera las particularidades individuales. Finalmente, la definición parece *fijista*, *i.e.*, que no ha evolucionado con los cambios demográficos y patológicos desde 1948, con lo cual no promueve de manera adecuada el autocuidado y la resiliencia, y es *difícil de medir en términos positivos*, ya que los síntomas de bienestar no son fácilmente observables como los síntomas negativos de las enfermedades (Oseguera *et al.*, 2024).

Por estas razones, se han buscado ofrecer otras definiciones de salud (Saborido, 2020: 61-65).<sup>26</sup> Resulta curioso que, salvo algunas excepciones, estas propuestas contemporáneas se inspiren en ideas que surgieron durante la segunda mitad del siglo pasado, cuando la biomedicina recibió sus críticas más enérgicas. La primera, por demás atractiva, es la definición *ecológica* de la salud. El enfoque ecológico de la salud, promovido por pensadores como Rene Dubos (1965), añade una dimensión importante al debate. Este enfoque considera que la salud está determinada por la

---

26 Una propuesta interesante, en la que no nos detendremos aquí, es la de Oseguera *et al.* (2024).



capacidad de los organismos para adaptarse a su entorno. Así, la salud se define como el *éxito en la adaptación a los cambios ambientales*. Dubos enfatiza la interrelación constante entre los seres humanos y su entorno, sugiriendo que una evaluación precisa de la salud debe considerar el contexto ecológico en el que vive el individuo. Este enfoque permite una comprensión más dinámica y flexible de la salud, que puede acomodar mejor las variaciones individuales y contextuales. Dentro de la perspectiva ecológica también resulta relevante el concepto de *autonomía*, central en los movimientos por los derechos de los pacientes y los discapacitados. Así, la salud no se reduciría al simple ajuste a un estándar predeterminado de normalidad, sino de *alcanzar la mayor autonomía posible dentro de las propias circunstancias*. Esto implica que la medicina debe tratar tanto las condiciones físicas de los pacientes como las condiciones de su entorno para facilitar una mejor adaptación y, por ende, una mayor salud. Este enfoque resalta la importancia de un tratamiento integral que tenga en cuenta los factores sociales y ambientales que influyen en la salud, promoviendo una

visión más inclusiva y realista de lo que significa estar sano.

La segunda enfatiza más la noción de *autonomía*. Para Iván Illich (1975), la salud se centra en la autonomía del individuo para manejar su fragilidad, sufrimiento y mortalidad sin depender en exceso del sistema médico. Según Illich, la salud es un proceso de adaptación que no es el resultado de instintos, sino de una respuesta autónoma y culturalmente moldeada a la realidad social. Esto implica la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, crecer, envejecer, curarse, sufrir y aceptar pacíficamente la muerte. La salud, en este sentido, abarca no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de enfrentar el futuro con sus incertidumbres y angustias, y encontrar los recursos internos para vivir con ellas. El párrafo final de *Medical Nemesis* es contundente al respecto, por lo que nos permitimos citarlo en extenso:

La fragilidad, la individualidad y la capacidad de relación conscientemente vividas por el hombre hacen de la experiencia del dolor, de la en-

fermedad y de la muerte una parte integrante de su vida. La capacidad para enfrentarse autónomamente con esta tríada es fundamental para su salud. Cuando el hombre se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud *tiene que* decaer. El verdadero milagro de la medicina moderna es diabólico. Consiste no sólo en hacer que individuos sino poblaciones enteras sobrevivan en niveles inhumanamente bajos de salud personal. Némesis Médica es la retroalimentación de una organización social que se impuso mejorar e igualar la oportunidad de cada hombre de enfrentar su ambiente con autonomía y terminó destruyéndola.<sup>27</sup>

---

27 Para esta cita textual, usamos la traducción de Juan Tovar, revisada por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch, y posteriormente revisada por Javier Sicilia contra los originales, contenida en el primer volumen de sus *Obras Reunidas* (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2006: pp. 759-760).

De este modo, Illich argumenta que la salud debe ser vista como una tarea personal, donde cada individuo es en gran parte responsable de su bienestar a través de la autoconciencia, la autodisciplina y los recursos internos que regulan su ritmo diario, dieta y actividad sexual. El conocimiento necesario para mantener la salud se aprende del ejemplo de los pares o mayores y está profundamente influenciado por la cultura en la que uno crece. Los patrones de salud que han sido probados a lo largo del tiempo en una área geográfica y situación específicas dependen en gran medida de la responsabilidad compartida por los hábitos saludables y el entorno sociobiológico. Además, Illich sostiene que la verdadera salud en una sociedad se correlaciona con el grado en que los medios y la responsabilidad para enfrentar las enfermedades están distribuidos entre toda la población. Esta capacidad para enfrentar enfermedades puede ser mejorada, pero nunca reemplazada por la intervención médica. Una sociedad que minimiza la intervención y maximiza la adaptación autónoma proporcionará las mejores condiciones para la salud. En última

instancia, Illich critica la “Némesis Médica” moderna, que resulta en una sociedad donde las personas dependen excesivamente de la gestión profesional de su intimidad y, como resultado, renuncian a su autonomía y su salud se deteriora.

Al intentar integrar naturalismo y normativismo, el hibridismo enfrenta sus respectivos desafíos. Necesita resolver cómo definir y aplicar adecuadamente las clases de referencia biológica y cómo determinar qué valores deben prevalecer en la evaluación de la salud. El hibridismo, aunque prometedor, debe navegar cuidadosamente para equilibrar estos elementos sin caer en las trampas de la subjetividad extrema del normativismo o la rigidez del naturalismo.

El debate sobre la naturaleza de la salud puede resultar interesante por derecho propio, pues ofrece valiosas perspectivas. Sin duda, puede ser estimulante intelectualmente para algunos. No obstante, este debate también es crucial para la práctica médica, dado que proporciona una base teórica que guía las decisiones clínicas y éticas de los profesionales de la salud. Definir qué es aquello que

se considera un estado de salud afecta directamente la manera en que se diagnostican y tratan las condiciones médicas. Este debate ayuda a esclarecer si una condición debe ser intervenida médicamente o no, lo que impacta en la asignación de recursos, el diseño de políticas de salud y la relación entre médicos y pacientes. Además, abordar las nociones de salud desde perspectivas *negativas* o *positivas* permite a los profesionales reflexionar sobre la mejor manera de atender a sus pacientes, considerando tanto los aspectos biológicos, como quizá también los valores y contextos sociales que influyen en su bienestar. Así, reflexionar sobre la naturaleza de la salud no es baladí: no sólo enriquece nuestra comprensión teórica de la medicina, sino que también mejora la práctica diaria al ofrecer un marco para decisiones más conscientes y humanizadas.

## ¿Qué distingue a la ética médica?

### Los propósitos de la medicina

**E**l juramento hipocrático (v a. C.), el código de ética médica de Sun Szu-miao (ca. 581-682), la Plegaria diaria del médico atribuida a Moisés ben Maimón (1135-1204), el libro de Thomas Gisborne *An Enquiry Into the Duties of Men in the Higher and Middle Classes of Society in Great Britain 1797/2019, Resulting from Their Respective Stations, Professions, and Employments* (1797/2019), el libro de Thomas Percival *Medical Ethics, or a Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (1803), los principios de ética médica

que aparecen en el Code of Medical Ethics de la American Medical Association (AMA) (1847/2012), el juramento en Physician's Pledge de la World Health Organization (WHO) (1968), y las normas planteadas en el International Code of Medical Ethics de la World Medical Association (AMA) (1983), han sido históricamente las referencias para hablar de ética médica. Si has leído alguno de estos códigos, seguramente te habrás preguntado si se enfocan exclusivamente en el comportamiento del médico relacionado con los objetivos, los alcances y las limitaciones de la medicina, o si abarcan el comportamiento moral del médico como ser humano en general. Lamentamos espoilear este capítulo, pero preferimos que de entrada sepas hacia donde nos dirigimos: todos estos códigos de ética han perdido de vista los objetivos de la medicina y han analizado normativamente la conducta de los médicos en relación con la vida, la religión, la ley, las tradiciones, las costumbres y demás cuestiones relacionadas con la ética en general pero que exceden el campo de la ética médica. Por ello creemos que es importante comprender primero qué es la medicina y cómo se



desarrolla en la actualidad —cuestiones que abordamos en los tres capítulos anteriores—, antes de atender a las cuestiones éticas que surgen al interior de la medicina.

Hemos definido la medicina como una práctica social institucionalizada, en la que se integran el conocimiento biológico y práctico. También hemos señalado que los propósitos fundamentales de la práctica médica juegan un papel muy importante para evaluar los medios como adecuados o inadecuados, los recursos como suficientes o insuficientes, y los modos como más o menos apropiados. A partir de esto, y de la discusión sobre los conceptos de *salud* y *enfermedad*, creemos que podemos platear tres propósitos constitutivos de la práctica médica: promocionar y preservar la salud; combatir y curar enfermedades —o, cuando no se puede, aliviar, y siempre consolar y acompañar al enfermo—; y evitar muertes prematuras e innecesarias (Saborido, 2020: 184; Pérez Tamaro, 2002: 85). Aunque los profesionales de la salud trabajan de formas muy diferentes, todos ellos comparten los mismos propósitos.

Nos gustaría ahora analizar ciertos principios que aparecen en algunos de los códigos de ética médica mencionados para demostrar que sus planteamientos van más allá de los propósitos de la medicina que hemos planteado. En el juramento hipocrático aparece lo siguiente: “No le daré una droga letal a nadie aunque la pida, ni le haré una sugestión de este tipo. De manera semejante, no le proporcionaré un remedio abortivo a ninguna mujer. Guardaré mi arte y mi vida con pureza y santidad”. Dada la discusión sobre la legalización de la eutanasia y la despenalización del aborto, que desgraciadamente no ha tenido todavía un impacto definitivo en las leyes de nuestro país, los primeros dos mandatos que aparecen en este principio son hoy en día obsoletos, simplistas y controversiales. ¿Realmente un médico no debería proporcionar una droga letal a un paciente con cáncer terminal con un pronóstico de vida de menos de seis meses y que ha solicitado explícitamente la eutanasia? En los casos de eutanasia no se puede hacer mucho por preservar la salud, ni por curar al paciente y evitar su muerte. Por lo tanto, el único propósito de la práctica médica vigente en

este tipo de situaciones es el de aliviar y acompañar al paciente mediante una muerte digna si así lo ha manifestado. La parte final del principio, como puedes notar lo fácilmente, no tiene nada que ver con los objetivos de la medicina e involucra aspectos religiosos que son irrelevantes para la práctica médica laica.

En el código de ética médica de Sun Szu-miao podemos encontrar las siguientes exhortaciones: no matar, no robar, no vivir inmoralmente, no hablar con perfidia, no beber vino y no ser envidioso. También postula las siguientes prohibiciones: contemplar cadáveres, mirar la sangre de un ejecutado, ver el proceso de nacimiento, examinar a los seis tipos de animales domésticos cuando dan a luz, fijarse en los niños de luto y en las personas que lloran, abrazar a niños pequeños, dormir con mujeres y hablar con extranjeros sobre la práctica médica. Como puedes reconocer, la mayoría de estas exhortaciones y prohibiciones tienen que ver con conductas relacionadas con costumbres de la época. Pero son obsoletos e incluso triviales para los objetivos de la práctica médica.

En el libro de Thomas Percival hay párrafos como los siguientes: “Los médicos y cirujanos institucionales deben atender a los enfermos con conciencia de la importancia de su trabajo, pensando en que el alivio, la salud y la vida de las personas bajo su cuidado dependen de su habilidad, su atención y su fidelidad. Deben cuidar también en su comportamiento de unir delicadeza a estabilidad y condescendencia a autoridad, para inspirar gratitud, confianza y respeto en la mente de sus pacientes”. “La influencia de la moral y la religión es favorable a los mejores intereses del hombre y de la sociedad, por lo que constituyen un objeto importante en cualquier hospital”. Por último: “el médico más joven debe dar su opinión primero, seguido por los demás consultantes en orden cronológico, respetando la jerarquía debida a la edad”. Varios autores han señalado que el libro de Percival no es de ética médica, sino de etiqueta médica o incluso de etiqueta en general. Percival utiliza a los médicos como ejemplo para sus nociones sobre la buena conducta, pero bien podría haber utilizado a cualquier otra profesión. Como señala el médico Ruy Pérez

Tamayo, el libro de Percival es “más bien una especie de manual de urbanidad y buenas costumbres, un «Carreño» aplicable a muy diversos sectores de la sociedad” (Pérez Tamayo, 2002: 58). De nuevo, el libro de Percival promueve principios que nada tienen que ver con los propósitos de la medicina.

En el Juramento del médico de la OMS se menciona lo siguiente:

Solemnemente prometo consagrar mi vida al servicio de la humanidad [...] Ejercer mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de mi paciente será mi primera preocupación [...] Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica por todos los medios a mi alcance [...] No usaré mi conocimiento médico en contra de las leyes de la humanidad.

No podemos dudar de la solemnidad de estos principios que irradian nobleza. Sin embargo, son ambiguos y poco críticos. Al leer el Juramento del médico te podrías preguntar: ¿qué implica exactamente consagrar

tu vida al servicio de la Humanidad?, ¿qué quiere decir “servicio a la Humanidad”?, ¿cuáles son las nobles tradiciones de la profesión y por qué tendrías, sin más, que mantenerlas a toda costa?, ¿no es posible que una “noble tradición” sea un caso de, por ejemplo, violencia obstétrica?, ¿no es posible que una “noble tradición” vaya en contra de la preservación de la salud del paciente?, ¿no es posible que una “noble tradición” genere muertes prematuras e innecesarias, como sucedió en el caso de las sangrías basadas en la teoría de los humores? Podemos ver cómo algunos de estos principios incluso van en contra de los propósitos de la medicina que hemos planteado. Además, la generalidad y vaguedad involucrada en cada una de las frases en este juramento hacen que no sea un código de comportamiento útil.

Por último, en el código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial podemos encontrar recomendaciones muy generales como “el médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”, o “debe preservar el secreto profesional, aún después de la muerte de un paciente”. El

problema con la primera recomendación, muy parecida al principio del juramento hipocrático que analizamos, es que prohíbe sin más la eutanasia, el suicidio asistido y el aborto. Las controversias al respecto de tal prohibición deberían más bien hacernos reflexionar acerca de si realmente los médicos tienen la obligación de preservar la vida humana sin más. ¿La medicina tiene como uno de sus propósitos preservar siempre la vida humana?, ¿es posible?, ¿es una obligación ética de los profesionales de la salud?, ¿es lo mismo preservar la vida que preservar la salud? Mientras que no contemos con respuestas satisfactorias a estas preguntas difíciles, un principio tan general como éste no resulta ser una buena guía de acción que sea pertinente contemplar en un código de ética médica. En caso de enfermedades terminales, preservar la vida de los pacientes muchas veces se convierte un castigo para su calidad de vida y una prolongación de sus agonías. Sobre el segundo principio mencionado en este Código, podríamos decir que se contrapone a la investigación y mejoramiento de la práctica médica. Tal vez hablar y analizar con otros médicos lo ocurrido con

un paciente ayude a mejorar la práctica médica y evitar diagnósticos y tratamientos que no fueron acertados. Además, recordemos que la medicina contemporánea es una práctica social institucionalizada, en “la actualidad, con la generalización de la práctica médica de grupo, tanto en instituciones asistenciales como privadas, en las que el enfermo es visto por varios especialistas diferentes, el secreto profesional ha dejado de existir” (Pérez Tamayo, 2002: 102). Así, algunos de los principios que aparecen en este código de ética tampoco satisfacen los propósitos de la medicina.

Los problemas de los principios que aparecen en los códigos de ética médica más referenciados tal vez se deben a la ausencia de una pregunta clave: ¿cuáles son los propósitos de la medicina? Al no tener presentes los propósitos de la medicina, es muy fácil extraviarse y contemplar aspectos éticos que van más allá de la práctica médica. Por ello, quisiéramos plantear algunos principios morales para la práctica médica que se ciñan a los tres propósitos de la medicina: promover y preservar la salud; combatir y curar las enfermedades —o, cuando no se puede, aliviar, consolar y



acompañar al enfermo; y evitar muertes prematuras e innecesarias—.

### Principios morales para la práctica médica

El que la mayoría de los códigos de ética médica estén llenos de conceptos demasiado generales y de reglas de comportamiento derivadas de campos ajenos a la medicina como la religión y la ética general, no invalida la exigencia social de que la actividad de los profesionales de la salud esté regida por algunos principios claramente definidos. Todas las “profesiones deben regirse por principios éticos, puesto que no tienen un fin en sí mismas sino que lo que les da sentido es el servicio que prestan a la comunidad” (Sitges-Serra, 2020: 229). No olvidemos que lo que está en juego es la salud de las personas, y los profesionales de la salud tienen que tomar continuamente decisiones que influyen en la calidad y en la duración de la vida de sus pacientes. Creemos que cualquier principio de ética médica debe limitarse a los objetivos, alcances y limitaciones de la medicina.

Tener en mente estos objetivos cobra importancia en un mundo en el que la utopía tecnocientífica ha penetrado la práctica médica. La medicina no es una ciencia aislada, sino que se inscribe en un ambiente cultural y social caracterizado por el consumismo hedonista, el desinterés por el sentido de la vida y la dirección del mundo, la comercialización del miedo a enfermar, la hipocondría social, la ausencia de una discusión pública sobre la muerte, el culto a la tecnociencia globalizada y la esperanza de que la tecnología nos salvará de todos nuestros males. La utopía tecnocientífica difunde un discurso peligroso para la práctica médica. Su base teórica se resume al siguiente silogismo:

1. La muerte (no traumática o accidental) siempre va precedida de alguna enfermedad.
2. La medicina podrá curar todas las enfermedades con la ayuda de la tecnología.
3. Por lo tanto, la medicina nos hará vivir para siempre (Sitges-Serra, 2020: 21).

Este discurso ha normalizado la cronicación de muchas enfermedades incurables, afectando la calidad de vida de los pacientes, prolongando sus agonías y minando los presupuestos sanitarios del Estado. Es urgente contrarrestar este discurso, y creemos que los tres objetivos señalados son una buena herramienta para hacerlo. De acuerdo con los objetivos planteados, el médico no está siempre comprometido a conservar la vida del paciente sin más, sino “sólo aquella que el paciente considere tolerable por sus sufrimientos y digna para su persona; la obligación del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias, pero no las inevitables y benéficas” (Pérez Tamayo, 2002: 202).

¿Qué principios de ética médica podrían derivarse de estos objetivos de la medicina? No pretendemos ni queremos elaborar aquí un código de ética médica. Lo que nos interesa es resaltar algunos principios éticos que creemos que pueden ayudar a los médicos a guiar sus acciones y decisiones con el objetivo de satisfacer los propósitos de la medicina antes mencionados. Para evitar incluir razones religiosas, culturales o pertenecientes

a la ética en general —y que, por ende, exceden el campo de la práctica médica—, restringiremos las justificaciones de los principios de ética médica a las razones que ayuden a preservar la salud de los pacientes, curarlos o aliviarlos y consolarlos, y a evitar muertes prematuras e innecesarias.

El primer principio ético que creemos que es útil para cumplir con los propósitos de la medicina es el estudio continuo de los profesionales de la salud. Los médicos deben estudiar continuamente para mantenerse actualizados sobre los avances en su especialidad. De esta manera, podrán ofrecer un mejor diagnóstico y tratamiento a sus pacientes. Lo que justifica este principio es que la falta de estudio y preparación continua por parte del médico afecta directamente sus diagnósticos y tratamientos. En consecuencia, va en contra de los tres objetivos de la medicina. Un mal diagnóstico o un mal tratamiento perjudica la salud del paciente, impide curar su enfermedad y puede provocar una muerte prematura e innecesaria. Olvidarse de estudiar e ignorar el progreso constante de la medicina es una falta ética grave por parte de los médicos porque

“expone a los pacientes a sufrir diagnósticos equivocados, a perder un tiempo que puede ser precioso sometiéndose a tratamientos no indicados o menos eficaces que los óptimos, o a complicaciones aún más graves” (Pérez Tamayo, 2002: 136). La medicina es una profesión sumamente difícil y compleja y nadie está libre de cometer errores. Sin embargo, en la medida de lo posible, hay que evitar que esos errores sean resultado de la ignorancia del médico producto de su negligencia de seguir aprendiendo todos los días para estar mejor preparado y así responder exitosamente a las necesidades del paciente.

El estudio continuo incluye aspectos culturales e históricos de la medicina. En la formación universitaria de los profesionales de la salud hay una gran deficiencia a nivel cultural e histórico. De la mayoría de las universidades egresan médicos que no poseen siquiera un barniz cultural sobre la complejidad de la profesión que han escogido y del mundo en el que trabajarán como médicos. No se cuestionan las relaciones de los médicos con la industria sanitaria ni se preguntan por las

causas de la creciente medicalización social.<sup>28</sup> El paso por la universidad se ha reducido al estudio, la memorización de información, la toma de apuntes y el estrés de los exámenes. “El perfil humano del médico estándar es el de un profesional poco crítico, más numerólogo que clínico, con escasa perspectiva global sobre su profesión” (Sitges-Serra, 2020: 217). Por supuesto que los estudiantes no tienen la culpa de que la universidad se haya convertido en un páramo cultural. También hay que analizar qué se enseña, cómo se enseña y quién enseña. Y también tenemos que ver las coordenadas académicas que se toman en cuenta para reformar los planes de estudio, que normalmente no fomentan el espíritu crítico ni la atención al entorno cultural, social e histórico en el que se practica la medicina. Estudiantes, profesores y administrativos se reparten la responsabilidad de haber convertido la carrera de medicina en un yermo cultural en el que se imponen perspectivas unidireccionales.

---

28 Si te interesa este tema, te recomendamos ver dos series de televisión: *Dopesick* (2021) y *Painkiller* (2023).

Esto es alarmante, porque lo que “nunca se debe perder, ni en el nivel individual ni en el social, es la sensibilidad cultural para los problemas y para los conflictos de valores que ejemplifican: pues, por arcaica que pueda ser la expresión, ‘incultura’ designa bien lo que quizá más amenaza con exterminar el mundo y convertirlo en un páramo” (Platts, 2020: 159). El analfabetismo cultural de los estudiantes de profesiones relacionadas con la salud ha generado una fuerte crítica al modelo docente tecnobiológico y cientificista, se argumenta que es un modelo obsoleto y que excluye rasgos esenciales para el ejercicio correcto de la profesión como el pensamiento crítico, la capacidad de comunicación, el raciocinio y la capacidad de síntesis. “Si se enseñase menos física, bioquímica, bioinformática o genética en los primeros años de carrera, no se perdería nada y se ganaría en apertura mental y en juicio” (Sitges-Serra, 2020: 218). Dada esta carencia cultural universitaria, el estudio continuo de los profesionales de la salud debería incluir el estudio de la salud global, de

la literatura sobre medicina,<sup>29</sup> de las políticas sanitarias, de las bases históricas y culturales de las diversas prácticas médicas, etc.

Otro principio que creemos que puede orientar a los profesionales de la salud para satisfacer los propósitos de la medicina tiene que ver con la manera en que obtienen la información del paciente y la manera en que dan explicaciones al paciente sobre su enfermedad y los tratamientos disponibles. Es importante que los médicos escuchen con atención y paciencia toda la información que el paciente y los familiares tengan que decirle en relación con su padecimiento y a los síntomas que ha experimentado. El enfermo habla. “Hay que escucharle, hay que oír su historia. Y de vez en cuando, es necesario hacerle una pregunta para impedir que pierda el hilo, aclarar un detalle importante o determinar la cronología” (Szczeklik, 2013: 9). A pesar del cansancio y el tedio laboral, el médico debe

---

29 Te recomendamos leer *Ante todo no hagas daño* (2020) de Henry Marsh, *Catarsis* (2013) de Sandrezej Szczeklik, *Un antropólogo en Marte* (2013) de Oliver Sacks, *Un hombre afortunado* (2017) de John Berger, y *La muerte de Iván Illich* (2011) de Lev Tolstói.



sentir curiosidad por oír la historia del enfermo para que note que alguien está interesado en su infortunio. “De este modo, el médico se adentra en el universo del enfermo, un universo repleto de contenidos íntimos, olvidados y ocultados premeditadamente a las personas más cercanas e incluso a uno mismo” (Szczekli, 2013: 11). Además, los médicos deben explicar de la forma más clara posible y las veces que sea necesario todo lo concerniente al pronóstico, evolución y tratamiento de la enfermedad. El paciente necesita conocer toda la información sobre la enfermedad que padece, el tratamiento y sus posibles consecuencias para otorgar su consentimiento informado y que el proceso se lleve a cabo sin malentendidos.

La hipocondría ha ganado terreno en nuestra sociedad. Todos tenemos miedo a sufrir una enfermedad, todos buscamos en internet información sobre cualquier síntoma, y todos nos creemos enfermos potenciales. Bajo la hipocondría social subyace el pánico que tenemos a enfermar. Nuestro miedo no se desvanece cuando revisamos los índices de salud, el tiempo promedio de vida de nuestra

población o los avances tecnológicos en los equipos médicos de emergencia. El miedo se vuelve más profundo en una sociedad donde no hay una discusión pública sobre la muerte y no toleramos que nos la recuerden (Muñoz, 2024). En este ambiente de hipocondría social, el miedo sólo se atenúa si se establece una relación de confianza entre el médico y el paciente. “Hay que recuperar los principios básicos de la consulta médica: escuchar, comprender, ayudar y sobre todo saber, es decir, ser buen médico” (Sitges-Serra, 2020: 88).

Este principio es fundamental para lograr una buena comunicación entre el médico y el paciente. Lo que sin duda ayudará a hacer un mejor diagnóstico. Tener una buena comunicación es importante para alcanzar los objetivos de la medicina porque forma parte de las herramientas con que cuenta el médico para entender y enfrentarse al padecimiento del paciente. El incumplimiento de este principio actualmente es una de las quejas y demandas que los pacientes realizan con mayor frecuencia en contra de los médicos (Sitges-Serra, 2020: 88).

La “falta de comunicación, o la interpretación equivocada de la información proporcionada por el médico al enfermo y a sus familiares, es una de las causas principales del fracaso de la relación médico-paciente y de un número importante de las demandas por ‘mala práctica’” (Pérez Tamayo, 2002: 140).

El siguiente principio que nos parece importante establecer consiste en la exigencia de que los médicos investiguen (Platts, 2020: 107). No se trata de exigir que los médicos se dediquen exclusivamente a la investigación básica o clínica y abandonen su práctica, sino de que ejerzan su profesión desde una postura crítica, con curiosidad y escepticismo constructivo. La observación, la curiosidad, la crítica e intuición son las auténticas herramientas de un investigador, mucho más que los cálculos y las estadísticas (Sitges-Serra 2020: 53). Al mismo tiempo, se exige que el médico abandone rutinas y costumbres que, por más normalizadas y arraigadas que sean, son incompatibles con la experiencia confirmada y generan más

daños que beneficios a los pacientes. Los médicos deben “mantener los ojos y la mente bien abiertos a cualquier hecho novedoso o interesante, hacerse preguntas sobre lo que se observa y formular posibles respuestas, para después cotejarlas con la realidad; en otras palabras, cultivar la actitud científica” (Pérez Tamayo, 2002: 89). En este sentido, los médicos deben reconocer sus errores y aprender de ellos para evitar repetirlos. Deben registrarlos, tenerlos presentes en situaciones semejantes ulteriores y compartirlos con otros médicos. Los médicos deben usar sus experiencias positivas y negativas y las de su comunidad para satisfacer los objetivos de la medicina: preservar la salud de los pacientes, curar o aliviar y consolar, y evitar muertes prematuras e innecesarias.

Por último, otro principio que creemos que puede ser útil para cumplir con los propósitos de la medicina es abordar los padecimientos del paciente de manera integral. Los médicos deben tener siempre presente que las personas acuden a consulta para que las ayuden a curar o aliviar su padecimiento, que es algo distinto a su enfermedad, aunque la implica (Pérez Tamayo, 2002: 89). Por ejem-

plo, una persona puede tener tuberculosis pulmonar, pero lo que la lleva a consultar a un médico no es la enfermedad como tal, sino sus padecimientos, que incluyen tanto los síntomas —falta de apetito, astenia, insomnio, palidez, tos, disnea—, como el miedo a lo que pueda sucederle, el miedo a una posible operación, la angustia por perder su trabajo, la carga de consternar a su familia y el temor a la muerte. Todo esto es parte de lo que el paciente padece, y espera que el médico pueda ayudarle a solucionarlo. “El enfermo acude con su dolor, su aflicción, su sufrimiento y su temor, y pide socorro” (Szczeklik, 2013: 9). Los médicos deben evitar reducir al paciente a un caso de tuberculosis pulmonar, como seguramente será clasificado y registrado en el hospital, y como será comentado entre el personal de salud —recordemos que la medicina actual está institucionalizada de esta manera—. Deben de reconocer la complejidad del padecimiento del paciente que incluye no sólo la tuberculosis pulmonar, sino también los síntomas, miedos y angustias. El médico está tratando con una persona compleja y no con un par de pulmones infectados. El médico que

no atiende de manera integral el padecimiento del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, no está cumpliendo con los objetivos de la medicina. Está ignorando su obligación profesional de curar al paciente, o de aliviarlo y acompañarlo cuando no lo puede curar.

Así, a partir de los propósitos de la medicina que hemos planteado —promocionar y preservar la salud; combatir y curar las enfermedades o aliviar y consolar cuando no es posible; y evitar muertes prematuras e innecesarias—, hemos propuesto algunos principios cuya mayor virtud es que se ciñen y promueven el cumplimiento de los propósitos de la medicina. No van más allá de la práctica médica ni se basan en premisas religiosas o en costumbres de época. Por lo tanto, creemos que estos principios son una buena guía para orientar al médico en su práctica.

¿Y el principalismo?

El *principalismo* es un enfoque ético que ha tenido mucha influencia en la ética médica,

sobre todo a partir de la publicación del libro *Principles of Biomedical Ethics* (2012) de Tom Beauchamp y James Childress. El principalismo propone cuatro principios morales fundamentales que funcionan como un marco analítico de normas generales derivadas de la moralidad común que forman un punto de partida adecuado para la ética médica (Beauchamp y Childress, 2012: 13). Los principios morales que postula el principalismo son los siguientes: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios son pautas generales que se pueden utilizar para formular reglas y normas más específicas. A diferencia de las reglas, los principios son guías de acción más generales y comprensivas. Los principios no funcionan como guías precisas para cada circunstancia, como sí lo hacen las reglas. En un caso no moral, podemos ver esta diferencia si pensamos en una regla de tránsito como “no debes de cruzar cuando la luz del semáforo está en rojo”, y en un principio de tránsito como “debes de manejar de manera prudente”. En el caso de la regla se especifica exactamente qué debes de hacer cuando la luz del semáforo está en rojo. En

cambio, en el caso del principio de tránsito sólo hay una recomendación o una guía acerca de la manera conveniente de manejar para evitar accidentes.

El principialismo no se considera como una teoría ética general, como lo sería la ética deontológica de Kant, el utilitarismo de Mill o la teoría de la virtud de Aristóteles. Los cuatro principios que propone el principialismo proporcionan, más que una teoría, un marco de teórico con el que se busca orientar las decisiones del personal de salud para resolver los problemas éticos que surgen en su práctica. El principio de no maleficencia señala que el médico no debe causar daño y que sólo puede dañar cuando sea necesario desde el punto de vista médico, por ejemplo, en un caso donde es necesario amputar un miembro infectado para evitar la muerte del paciente. El principio de beneficencia señala que los médicos deben tomar acciones que ayuden a los pacientes. Con este principio se busca disminuir o prevenir daños, y proporcionar beneficios y equilibrar beneficios con riesgos y costos. De acuerdo con el principio de autonomía, los pacientes deben de tener el



control sobre su propia vida. Este principio es especialmente importante para evitar el *paternalismo médico* que caracterizó la relación entre el médico y el paciente por mucho tiempo, donde los médicos decidían lo que creían que era lo mejor para sus pacientes sin tomar en cuenta lo que tuvieran que decir. A partir del principio de autonomía se ha promovido el consentimiento informado. El médico debe explicar las opciones que tiene el paciente y debe acatar su decisión. Respetar la autonomía del paciente es reconocer su derecho a tener opiniones, tomar decisiones y tomar acciones basadas en sus creencias y valores. Por último, el principio de justicia busca la imparcialidad en la práctica médica. Este principio exige, por ejemplo, que los bienes de asistencia sanitaria se distribuyan de manera equitativa y sin favorecer a alguna de las partes. Con el principio de justicia se busca fomentar la distribución justa de los recursos médicos, aunque no describe exactamente cómo deberían distribuirse estos recursos.

Estos cuatro principios éticos que propone el principlismo pueden entrar en conflicto entre ellos en ciertas circunstancias.

Estos conflictos a veces producen dilemas morales. Los dilemas morales “son circunstancias en las que las obligaciones morales exigen o parecen exigir que una persona adopte cada una de dos (o más) acciones alternativas pero incompatibles, de modo que la persona no pueda realizar todas las acciones requeridas” (Beauchamp y Childress, 2012: 11). En estos casos, el médico tendrá que analizar la situación y seguir el principio moral que crea que es apoyado por las mejores razones, a costa de no seguir el otro principio que está en juego.

Es posible que en una situación exista un conflicto entre el principio de beneficencia y no maleficencia. Por ejemplo, un tratamiento agresivo puede generar efectos secundarios que dañen al paciente, pero a largo plazo podría beneficiar su salud. En las decisiones sobre el final de la vida también es probable que entren en conflicto estos dos principios. Por un lado, el médico podría prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal sin ningún beneficio para él; y por otro lado podría buscar aliviar el sufrimiento del paciente y terminar con su vida si así lo ha solicitado.

También es posible que un paciente tome una decisión informada que va en contra del consejo del médico. Podemos imaginar un caso en el que, por razones religiosas, un paciente rechaza un tratamiento que mejorará su salud. En esta situación tendríamos un conflicto entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia.

Otro conflicto latente se da entre los principios de justicia y beneficencia. Si tomamos en cuenta que la medicina es una práctica social institucionalizada, y que en muchos países hay una carencia importante de recursos sanitarios en las instituciones médicas, podemos imaginar un escenario donde los recursos médicos son limitados y los médicos tienen que decidir cómo distribuir equitativamente esos recursos entre los pacientes sabiendo que son insuficientes y que no podrán beneficiar a todos. Por último, en los casos de ECAs pueden existir riesgos potenciales para los participantes. Aquí, los médicos investigadores deben equilibrar el principio de no maleficencia con el de beneficencia, con el objetivo de producir beneficios para la sociedad en general.

Estos y otros conflictos entre los cuatro principios que propone el principalismo son comunes en la práctica médica. Quienes defienden este enfoque, normalmente acuden a procesos racionales como el equilibrio y la especificación —en el siguiente capítulo los explicaremos con detalle— para solucionar esta clase de conflictos. Aunque estos cuatro principios pueden resultar ser una buena guía para resolver algunos problemas éticos que surgen en la práctica médica, creemos que —nuevamente— la ausencia de los propósitos de la medicina puede llevar a que se tomen decisiones médicas con base en razones personales, religiosas o que están basadas en principios de la ética general.

Hemos argumentado que la medicina es una práctica social institucionalizada, en la que se integran el conocimiento biológico y práctico. De acuerdo con esta concepción de la medicina, hemos establecido que sus propósitos son promover y preservar la salud; combatir y curar las enfermedades —o, cuando no se puede, aliviar, consolar y acompañar al enfermo—; y evitar muertes prematuras e innecesarias. Tener en cuenta estos propósitos puede

ayudar a solucionar los conflictos de principios señalados anteriormente. Además de deliberar cuál de los principios está mejor respaldado en la situación particular que enfrenta el médico, también es conveniente que involucre en su deliberación cuál de ellos cumple con los propósitos de la medicina. Es decir, cuál de ellos promueve la salud del paciente, cuál de ellos combate la enfermedad del paciente —o lo consuela y alivia—, y cuál de ellos evita su muerte prematura e innecesaria. Aunque sin duda esto no soluciona mágicamente los conflictos —por algo son *dilemas*—, creemos que involucrar los propósitos de la medicina en las deliberaciones de los médicos que enfrentan tales conflictos puede ayudarlos a tomar una decisión razonable.

En el ejemplo del conflicto entre los principios de beneficencia y no maleficencia, podemos argumentar que un tratamiento agresivo está justificado porque combate la enfermedad del paciente y preserva, a largo plazo, su salud. En el caso de las decisiones sobre el final de la vida, también es de ayuda involucrar el propósito de la medicina de aliviar y acompañar al enfermo cuando no es

posible curarlo. No hay una exigencia médica de mantener con vida al paciente a toda costa. La medicina sólo tiene como uno de sus propósitos evitar las muertes prematuras e innecesarias. Tenerlo en cuenta puede ayudar a los médicos a tomar una decisión razonable en este tipo de situaciones.

Los cuatro principios que postula el principalismo pueden ser una herramienta importante para las decisiones éticas que toman los médicos en su práctica. Sin duda podríamos sumarlos a los principios que hemos planteado para orientar a los médicos en sus decisiones y acciones cuando enfrentan algún problema ético. Sin embargo, creemos que los principios estipulados por el principalismo deben de ceñirse a los propósitos de la medicina para evitar extraviarse, como sucedió con los códigos de ética que hemos analizado en este capítulo.

## ¿Por qué hablar de ética médica en la sociedad actual?

El contexto actual bajo el que se ejerce la medicina

Sería un error considerar a la medicina como una ciencia aislada de los rasgos culturales característicos de nuestra sociedad. La medicina, como la filosofía, forma parte de un entramado cultural complejo caracterizado por el consumismo hedonista, el desinterés por el sentido de la vida y del mundo en general, por la comercialización de la salud, por el culto a la tecnociencia y por la omisión de la muerte como tema importante de la vida (Sitges-Serra 2020: 18; Bauman, 2007: 26; Muñoz, 2024). Sería increíble que la medicina no se viera

mermada por estas características. Cuando hablamos de medicina, cuando reflexionamos sobre el sentido, el objetivo o la utilidad de las profesiones de la salud, debemos tener en cuenta este complejo entramado cultural, tecnológico y económico en el cual se ejerce. No podemos comprender muchos de los problemas éticos de la práctica médica actual sin situarlos dentro de este entramado.

Desafortunadamente, el perfil humano del profesional de salud estándar suele ser el de un profesional poco crítico y consciente del entorno cultural en el que desempeña su profesión (Sitges-Serra, 2020: 217). Las quejas más frecuentes hacia el personal sanitario giran en torno a su poca sensibilidad personal y moral, que en buena parte consiste en la desatención hacia el paciente, en el desinterés mostrado hacia sus padecimientos, y en la ausencia de un trato humano y empático exhibido por el personal de salud (Pérez Tamayo, 2002: 88). Hay varios factores que podrían explicar esta falta de sensibilidad:



[...] el hecho de que, como estudiantes, sus primeros contactos con “pacientes” sean con cadáveres, el hecho de que su entrenamiento médico no los prepare para enfrentar su primer caso de un paciente moribundo por quien no se puede hacer nada, el hecho de que su educación médica suela pasar por alto toda reflexión sobre temas de ética médica (por lo menos cuando tal reflexión no se basa en doctrinas religiosas), el hecho de que la educación médica en cuanto a la verticalidad de sus estructuras de “poder”, sólo pueda equipararse con la educación militar (Platts, 2020: 107).

A esto, podemos sumar otros hechos. Si analizamos un poco la historia de la práctica médica en los hospitales, encontraremos que históricamente los enfermos no han sido tratados con respeto.

Los enfermos han estado sometidos desde tiempo inmemorial al paternalismo más autoritario, irracional

y humillante, al principio por parte de las monjas y clérigos, después por médicos, estudiantes y enfermeras, y desde siempre por autoridades civiles y administradores” (Pérez Tamayo, 2002: 80).

Las actitudes condescendientes hacia el enfermo, y las prácticas que se derivan de ellas, han concebido tradicionalmente al enfermo como una persona disminuida en su calidad humana debido a su padecimiento. Incapaz de valerse por sí misma, la persona enferma solicita ayuda a los que poseen los medios para proporcionársela: en el inicio a la caridad cristiana, después a la seguridad social y la atención de los profesionales e instituciones de la salud, y hoy a la tecnología. Es importante notar que en todos estos escenarios el “papel del paciente siempre ha sido el del receptor pasivo de los beneficios concedidos por personajes con una pátina de autoridad derivada al principio de su relación especial con Dios, después con el conocimiento médico, y hoy con la tecnociencia” (Pérez Tamayo, 2002: 81).

Otro hecho que explica la poca o nula sensibilidad de los médicos hacia los pacientes es la injerencia de la tecnología en la práctica médica. La dependencia a la tecnología es una de las principales características de nuestra sociedad que ha impactado en la práctica de la medicina. Sin duda, la digitalización de las historias clínicas ha representado ventajas como la reducción de papel y el fácil acceso a la historia clínica de los pacientes. Sin embargo, también ha provocado que los médicos cada vez miren menos al paciente, que no reconozcan en el comportamiento del paciente síntomas importantes para el diagnóstico, y ha sido un pretexto para enmascarar su desinterés. Podemos reconocer los siguientes tres cambios significativos en la relación tradicional entre médico y paciente que ha provocado la tecnología diagnóstica:

1. La obtención de datos por el médico sin la participación subjetiva del paciente, que hasta entonces había sido la principal o única fuente de información que usaba para establecer su diagnóstico.

2. La interposición de un instrumento entre el médico y el paciente, que le revela al médico hechos nuevos que el enfermo desconoce y sobre los que no tiene control alguno.
3. Aumento de la confianza en los datos recogidos directamente por el médico a través del instrumento y escepticismo sobre las opiniones subjetivas y hasta sobre la exploración física del paciente (Pérez Tamayo, 2002: 126).

Estos cambios perjudican la práctica médica porque marginan el testimonio del paciente sobre sus padecimientos, lo cual es una fuente importante de información para el diagnóstico. Estos cambios van en contra del principio de información que analizamos en el capítulo anterior, y obstaculizan los propósitos de la medicina. La exclusión de la información subjetiva y de la explicación física del paciente no ayudan a preservar su salud, ni a curarlo y/o acompañarlo. La tecnología diagnóstica ha desplazado herramientas básicas y

efectivas para un buen diagnóstico como la información que pueda ofrecer el paciente y la exploración física. Se debería utilizar la tecnología para sumar información que contribuya a un diagnóstico acertado, y no para usurpar prácticas médicas que han sido fundamentales por su efectividad para realizar diagnósticos.

Además, la tecnología diagnóstica agrega información que en muchos casos resulta innecesaria para el diagnóstico del paciente, ya que no tiene ninguna relación con sus síntomas. Con frecuencia, esto genera casos de sobrediagnóstico y sobretratamiento —más adelante veremos un caso que ejemplifica este problema—. El uso excesivo de métodos diagnósticos de alta tecnología en revisiones médicas periódicas ha provocado la aparición de falsos enfermos. El sobrediagnóstico se define como “el aumento del número de diagnósticos de una enfermedad que no va acompañado de un descenso de la mortalidad y la morbilidad a causa de aquella” (Sitges-Serra, 2020: 95). Por ejemplo, el uso excesivo de pruebas de antígeno prostático específico (PSA) para descartar cáncer de próstata ha incrementado dramáticamente el número de cánceres diagnosticados, pero

sin una disminución paralela de la mortalidad para esta enfermedad. Al sobrediagnóstico se le asocia un tratamiento normalmente farmacológico. Lo que ha generado un fenómeno que se ha convertido en una fuente inagotable de *iatrogenia* y de derroche de recursos sanitarios: la *medicalización* de individuos asintomáticos.

Los daños iatrogénicos han aumentado por el uso de la tecnología en la práctica médica. En 2013, el Economic Cycle Research incluía el uso del teléfono móvil entre los diez mayores riesgos relacionados con la tecnología en el ámbito hospitalario. Entre estos riesgos también se incluían las alarmas de los monitores, los errores en las medicaciones que son administradas mediante bombas de inyección endovenosa, la confusión por parte del personal de la salud de la identidad de los pacientes debida a errores informáticos, y la excesiva irradiación durante las pruebas de imagen (Sitges-Serra 2020: 79). Podemos entonces considerar la interposición de la tecnología entre el médico y el paciente como otro factor determinante para entender la desatención del personal de salud hacia los pacientes; y como otro obstáculo para que, en

su práctica, los médicos cumplan con los propósitos de la medicina.

Un hecho más: el analfabetismo cultural de los estudiantes de medicina. Se ha desestimado en la formación de los profesionales de la salud la importancia de que sean conscientes de la complejidad de la profesión que han escogido y del entramado social en el que ejercerán. Ya hemos mencionado que el perfil del médico estándar suele ser el de un profesional poco crítico, poco consciente del entorno cultural en el que desempeña su profesión, más estadístico que clínico, con escasa perspectiva global de su profesión (Sitges-Serra, 2020: 217). La responsabilidad de que la universidad se haya convertido en un páramo cultural no es sólo de los estudiantes, sino también de los profesores, de los coordinadores de academia y de las autoridades administrativas universitarias. Es entonces necesario revisar críticamente qué se enseña, cómo se enseña y quién enseña. Porque la mayoría de los planes de estudio no fomentan el pensamiento crítico ni la atención al entorno cultural e histórico en el que se practica la medicina.

Las deficiencias culturales en la formación de los profesionales de los médicos también son responsabilidad de quienes diseñan y rediseñan los planes de estudio. Hay un enfoque excesivo a la ciencia y una desatención a las humanidades. La carrera de medicina se ha convertido en un páramo cultural en el que sólo existe una perspectiva sobre la medicina. Los médicos no reciben las herramientas necesarias en su formación para polemizar sobre las relaciones de su práctica con la industria sanitaria, ni para cuestionar el uso de la tecnología para hacer diagnósticos de pacientes que están ensimismados en su salud, ni para reconocer violencias y malas prácticas normalizadas en las instituciones médicas.

Recientemente se ha empezado a cuestionar el modelo tecnobiológico, cientificista y poco humanista con el que se prepara a los estudiantes de medicina. Se ha intentado impulsar la inclusión de algunos rasgos que son esenciales para afrontar los problemas éticos que genera la práctica médica actual, como el pensamiento crítico, la capacidad para ofrecer soluciones razonables ante dilemas éticos, la capacidad de comunicación y la



capacidad de síntesis. Para muchos críticos, los planes de estudio de medicina deberían abrirse a las humanidades para incluir en sus programas una mayor cantidad de carga de materias relativas a la salud global, la ética médica, las políticas sanitarias, la historia de la medicina, la filosofía de la medicina, y las bases socioculturales de las prácticas médicas (Sitges-Serra, 2020: 218).

A diferencia de los modelos que son representados y difundidos socialmente en los medios de comunicación, y que reflejan mucho de nuestra forma cultural de entender el mundo de la medicina —pensemos, por ejemplo, en *Dr. House*—, conviene que los estudiantes sepan que la práctica médica diaria es mucho más prosaica. Los profesionales de la salud tendrán que despertarse en medio de la noche cuando sean requeridos para tratar una urgencia, tendrán que redactar historias clínicas de personas desmemoriadas, descuidadas o mentirosas, tendrán que llenar miles de informes y demás formatos burocráticos, tendrán que negociar un quirófano para ayudar a un paciente en situaciones de emergencia, tendrán que soportar la burocracia de las

instituciones, tendrán que aguantar el comportamiento adolescente e irrespetuosos de personas alcoholizadas, y tendrán que soportar las prácticas jerárquicas de sus colegas que han caracterizado históricamente a la medicina. También tendrán que explorar cuerpos desnudos malolientes, soportar los reclamos histéricos de padres primerizos que llevan a consulta a su hijo por un salpullido, tratar con personas agresivas, y tendrán que vivir un sin número de experiencias que sería imposible manejar y resolver por medio de la tecnología (Sitges-Serra 2020: 218). Lo que estas experiencias exigen del profesionalista médico son cualidades como la generosidad, la atención, la disponibilidad, la compasión, el desapego y el discernimiento. Ni la tecnología ni la ciencia son de mucha ayuda para entrenar y promover estas cualidades en los estudiantes de las ciencias de la salud, las cuales son fundamentales para su trato con los pacientes y para cumplir con los propósitos de la medicina.

Ante este panorama actual de la práctica médica caracterizado por la falta de sensibilidad, el consumismo hedonista, la ausencia de discusión pública sobre la muerte,

la dependencia tecnológica, el analfabetismo cultural y la formación de los profesionistas de la salud bajo un modelo tecnobiológico y científico, ¿en qué podría ayudar la ética? Sin duda la filosofía no tiene fama de solucionar problemas prácticos. Aunque esta fama no es gratuita —los filósofos hemos contribuido bastante a ella—, no está justificada. La ética, aunque te sorprenda esta noticia, puede proporcionar herramientas fundamentales para ayudar a los profesionales de la salud a contrarrestar todo este entramado cultural que afecta su práctica y que genera más daños que beneficios a los pacientes. Como hemos visto en los primeros capítulos de este libro, desde sus orígenes la medicina ha sido un saber íntimamente vinculado con la filosofía. Hipócrates analizó, criticó y rechazó los puntos de vista de sus contemporáneos que consideraban que las enfermedades eran producidas por supersticiones y sostuvo que había una explicación física y racional. Aunque en retrospectiva la teoría de los humores no se caracterizó por ofrecer tratamientos exitosos, las herramientas que utilizó Hipócrates para hacer este cambio de paradigma son

propiamente filosóficas. Veamos entonces qué herramientas filosóficas podría aportar la ética para la medicina.

### Pensamiento crítico

La primera herramienta filosófica importante que puede aportar la ética es el pensamiento crítico. El pensamiento crítico es fundamental para desarrollar una comprensión fundamentada del mundo. Somos seres sociales cuya visión del mundo está condicionada por los conceptos y argumentos que hemos aprendido socialmente de manera explícita o implícita. Por un lado, los criterios para saber si usamos apropiadamente un concepto son prácticos, no reflexivos. Sabemos que aprendimos el concepto de *puerta* si alguien nos dice “¡Cierra la puerta!” y cerramos la puerta. Si hubiéramos cerrado la ventana o la cortina, entonces los demás nos harían saber que no sabemos qué significa “puerta”, ni “ventana”, ni “cortina”. Es el uso de los conceptos lo que evidencia nuestro dominio de los mismos. Esto tiene ventajas prácticas y es económico

para nuestra cognición. Sin embargo, hace que no reflexionemos sobre la mayoría de los conceptos que usamos cotidianamente. Mientras sigamos teniendo éxito práctico, parece que no es necesario reflexionar sobre lo que significan los conceptos y sus implicaciones.

Por otro lado, suponemos como válidos una serie de argumentos que son aceptados socialmente y ratificados por ciertas autoridades epistémicas. Obviamente tenemos que partir de algo, e intuitivamente parece una buena idea partir de argumentos que son validados por la sociedad y por las personas que son consideradas como autoridades en ese ámbito. Pero al igual que en el caso de los conceptos, esto hace que no reflexionemos críticamente sobre las razones que involucran tales argumentos. Las cosas se complican si sumamos el papel de los sesgos. Los sesgos o distorsiones cognitivas son atajos mentales que evolutivamente han sido útiles porque nos permiten tomar decisiones de forma rápida y efectiva. Sin embargo, los sesgos entorpecen el pensamiento. Por ejemplo, el “efecto arrastre” es la tendencia cognitiva a creer en algo porque muchas personas lo creen; el “ses-

go de confirmación” es la tendencia cognitiva a encontrar y recordar sólo la información que confirma nuestras opiniones; el “sesgo de creencia” hace que juzguemos la fuerza de un argumento no por la fuerza con que sus premisas apoyan la conclusión, sino por lo plausible que es la conclusión; y la “cascada de disponibilidad” hace que las creencias colectivas ganen más plausibilidad en cuanto más se repiten en el discurso público. Estos son algunos de los sesgos que hacen que validemos, conservemos, repitamos, y no cuestionemos ni reflexionemos sobre una serie de argumentos que aprendemos socialmente y en las instituciones educativas.<sup>30</sup>

Tanto el uso irreflexivo de los conceptos que utilizamos para comprender el mundo, como el que demos por válidos una serie de argumentos sobre el mundo, son dos condiciones epistémicas humanas que pasan desapercibidas pero que pueden distorsionar y

---

30 Si te interesa profundizar un poco más sobre los sesgos cognitivos, ve el video “Las distorsiones cognitivas”, de Roxana Kreimer: < [https://www.youtube.com/watch?v=oIoOtmxwmR8&ab\\_channel=RoxanaKreimer](https://www.youtube.com/watch?v=oIoOtmxwmR8&ab_channel=RoxanaKreimer)>.

obstruir nuestro pensamiento. Las sociedades complejas como las nuestras cuentan, bajo su superficie, con un sistema bastante intrincado de conceptos, argumentos, ideas y relaciones que pasa inadvertido, pero que a veces no funciona adecuadamente. Cuando esto sucede, debemos “reajustar [...] nuestros conceptos fundamentales; es preciso que cambiemos el conjunto de supuestos con los que hemos creído. Tenemos que volver a plantear los supuestos dados, generalmente desordenados e implícitos, de manera que consigamos hallar el origen del problema” (Midgley, 2002: 14). Por eso es importante el pensamiento crítico, porque nos permite poner un alto en estas dinámicas epistémicas y sociales, que obviamente también se traducen en acciones, para revisar los conceptos, y replantear los argumentos y conceptos que utilizamos para comprender el mundo. El pensamiento crítico, por ejemplo, nos puede ayudar a analizar las “nobles tradiciones” de la práctica médica que van en contra de los propósitos de la medicina.

El pensamiento crítico es un proceso que implica analizar conceptos, evaluar la validez de los argumentos y cuestionar la verdad

de las afirmaciones, con el fin de tener una mejor comprensión del mundo. Este proceso también implica estar dispuestos a revisar y modificar las creencias que hemos asumido en nuestra educación social en función de nueva evidencia. El pensamiento crítico sirve para pensar la medicina, para aclarar el significado de conceptos que con mayor frecuencia empleamos en nuestra vida cotidiana de manera no reflexiva y que adquirimos en nuestra infancia, como los de *salud* y *enfermedad*, que ya hemos discutido en capítulo 3 de este libro.<sup>31</sup>

Pensar críticamente también nos ayuda a revisar las razones a favor y en contra de prácticas médicas que tienen respaldo social pero que, tal vez, después de examinarlas a detalle, no están realmente justificadas dado que generan más daños que beneficios. Pensemos, por ejemplo, en el siguiente caso:

Una mujer de setenta y seis años en perfecto estado de salud acude a su

---

31 Pare reconocer la dificultad de definir e analizar este par de conceptos, te recomendamos revisar Pérez Tamayo (1988); y Oseguera *et al.* (2024).



médico de cabecera por molestias abdominales vagas y éste le solicita un escáner en el que se aprecia un nódulo de quince milímetros en el centro del páncreas, sin relación alguna con sus síntomas. La paciente es remitida al especialista, que solicita una endoscopia con biopsia de la lesión, que resulta ser un tumor benigno. Se debate el caso en un comité multidisciplinario de un hospital público, al que asisten una docena de especialistas, que deciden, basándose en criterios más que cuestionables, que debe ser operada, lo que se hace mediante técnica laparoscópica, también cuestionable. En la operación se lesiona el conducto central del páncreas y en el posoperatorio aparece una fuga externa de líquido pancreático de medio litro al día. Pero como la enferma “ha de ir bien” y el procedimiento empleado es lo más de lo más porque “acorta la estancia posoperatoria”, se le da el alta sólo para reingresarla unos días más tarde con una grave infección. A

partir de ese momento todo se tuerce y la paciente fallece tras tres meses de estar ingresada en el hospital y de ser visitada y/o tratada por más de sesenta médicos, y después de haber recibido más de cien dosis de antibióticos y habersele realizado cinco TAC y dos endoscopias, amén de diversas estancias en cuidados intensivos. Era una enferma asintomática (Sitges-Serra, 2020: 76-77).

Podríamos pensar que en este caso el médico simplemente actuó conforme a la manera en que actualmente la mayoría de los médicos realizan diagnósticos. Temerosos de ser demandados o de utilizar estrategias pasadas de moda para hacer diagnósticos, los médicos recurren cada vez más a la alta tecnología para tener certeza sobre el diagnóstico del paciente. Nadie ve mal el uso de la tecnología. Vivimos en una sociedad donde la dependencia de la tecnología impregna todos sus ámbitos. En este caso, el escáner que se le hizo a la paciente fue por medio de una tomografía por emisión de positrones que se

conoce como PET Digital, y que permite visualizar los procesos moleculares que se producen en los tumores y caracterizar con gran precisión diagnóstica las lesiones tumorales. Dada su capacidad para generar imágenes de precisión a nivel molecular, esta tecnología se utiliza cada vez más para el diagnóstico precoz de tumores. El problema fue la falta de criterio del médico para considerar si el nódulo de quince milímetros, que no tenía ninguna relación con los síntomas de la paciente ni con sus padecimientos, era una razón suficiente para derivarla con un especialista y ser tratada agresivamente por una lesión asintomática benigna, o si era suficiente con darle seguimiento y observarla.

Este caso nos obliga a reflexionar sobre las solicitudes de pruebas y análisis por medio de aparatos de alta tecnología: ¿son necesarias?, ¿están justificadas?, ¿aportarán información susceptible de alterar el diagnóstico o el tratamiento? (Sitges-Serra, 2020: 77). En este caso, podríamos reconocer que solicitar un escáner no era necesario ni justificado, y alteró de manera negativa el diagnóstico y el tratamiento. La desgracia de esta paciente debería

hacernos pensar en la conducta que hay que seguir a partir de los hallazgos casuales que se encuentran por medio del PET Digital. Parece que el personal de salud debería de actuar de manera prudente ante estos hallazgos, más cuando se trata de un paciente asintomático y los hallazgos no tienen ninguna relación con sus padecimientos.

Nuestra insistencia en que hay que tener en cuenta de manera clara cuáles son los propósitos de la medicina se debe a que creemos que pueden ayudar a que el médico tome mejores decisiones y tenga mejor trato a pesar del peso y de la inercia de cierto tipo de prácticas y presupuestos que socialmente se promueven. Si tenemos en mente que los propósitos de la práctica médica son preservar la salud, curar o aliviar y consolar, y evitar muertes prematuras e innecesarias, entonces tal vez podamos calibrar las tendencias sociales y revertirlas a favor del cumplimiento de estos propósitos. Lo cual, creemos, evitaría muchos de los daños iatrogénicos de la medicina actual. Los principios éticos que hemos discutido en el capítulo anterior también tienen como objetivo ayudar a los médicos a

salirse un poco de la presión de las dinámicas médicas socialmente normalizadas. Los principios sobre el estudio continuo, la obtención de información y el manejo integral podría haber tenido un peso importante en la deliberación del médico y del comité y, quizá, hubieran modificado sus decisiones y evitado la desgracia que sufrió la paciente.

Pensar críticamente sobre las prácticas normalizadas y aceptadas socialmente también sirve para determinar los límites de la medicina, para cuestionar la intromisión de la tecnología en la práctica clínica, para analizar ideales médicos socialmente exitosos como el de que el mantenimiento de la vida a cualquier precio es el objetivo principal de los cuidados médicos, para analizar críticamente sus métodos y para valorar las repercusiones de la práctica médica en los pacientes y en la sociedad en su conjunto. Todo ello con el único propósito de comprender mejor la medicina, reafirmando sus aspectos positivos y ofreciendo razones para atenuar sus deficiencias. En pocas palabras, el pensamiento crítico nos ayuda a pensar mejor la medicina y contribuye a mejorar sus prácticas.

## Ética médica aplicada

En la práctica médica, los profesionales de la salud a menudo se enfrentan con problemas clínicos que van acompañados de problemas éticos para los que no existe una respuesta clara. La ética se ha ocupado históricamente de analizar normativamente la conducta humana. En filosofía hay una distinción básica entre *enunciados descriptivos* y *enunciados normativos*. A grandes rasgos, esta distinción consiste en que los enunciados descriptivos solamente describen cómo es el mundo. Por ejemplo, el enunciado “el uniforme de la selección mexicana de fútbol es verde”, es un enunciado descriptivo que nos informa sobre el color del uniforme. En cambio, el enunciado “el uniforme de la selección mexicana de fútbol es espantoso”, no sólo describe el uniforme, sino que también lo está evaluando, o está emitiendo un juicio de valor sobre el uniforme. Cuando decimos que la ética se ha preocupado por analizar normativamente la conducta humana, lo que buscamos precisar es que a la ética no le interesa sólo describir el comportamiento humano, sino evaluarlo a partir de nociones

morales. Por ejemplo, en el caso anterior podemos decir que “el médico fue desconsiderado con la paciente”, o que “el comité fue irresponsable al decidir que la paciente fuera operada mediante la técnica laparoscópica”. Con estos juicios no sólo estamos describiendo lo que pasó, sino evaluando negativamente la conducta del médico y del comité.

La ética médica se ocupa de los asuntos de orden práctico que surgen de la relación entre el personal de salud y los pacientes, así como de otras situaciones complejas como la reproducción asistida, los casos de eutanasia, los trasplantes de órganos, el uso de placebos, las órdenes de no reanimación, la adecuación terapéutica, la terapia genética, etc. Pero el papel de la ética no es elaborar códigos de conducta, sino analizar la pertinencia de los principios morales en las situaciones particulares en las que surgen los problemas éticos a la luz de los propósitos de la medicina. La ética médica es un asunto de racionalidad práctica: se trata de analizar las circunstancias y actuar a partir de las mejores razones disponibles para resolver el problema. Nos gustaría remarcar que la ética no es un asunto de opiniones ni de

expresiones de gusto personal. No nos interesa saber lo que la gente piensa o prefiere en relación con un problema moral, lo que queremos saber es la verdad del asunto (Rachels, 2007: 17). Si queremos descubrir la verdad, tenemos que evaluar las razones o argumentos que pueden darse en favor y en contra de los cursos de acción disponibles. El que un curso de acción sea correcto no depende de la opinión o aprobación de las personas o de la sociedad, sino de las razones que justifican tal acción. Tal vez solicitar una tomografía por medio de un PET Digital sea un procedimiento que se ha normalizado en la comunidad médica, pero tal aprobación social no hace que en el caso relatado anteriormente sea correcto. Dadas las características del caso, hay razones para afirmar que el médico fue desconsiderado con la paciente, y no hay razones para afirmar que hizo lo correcto. De hecho, hay razones para argumentar que el médico no cumplió con el primer propósito de la medicina que es preservar la salud de los pacientes. En este sentido, las acciones correctas son aquellas para las que hay las mejores razones, considerando también de manera imparcial los intereses de



cada persona que será afectada por el curso de acción que realicemos, y teniendo siempre en cuenta los propósitos de la medicina.

El objetivo de la ética frente a los problemas morales que surgen en la práctica médica es el de tratar de ayudar al personal de salud en sus deliberaciones por medio de la capacidad de análisis conceptual, la evaluación de argumentos y ciertos principios morales. La ética puede ayudar al personal de salud que le importa la moralidad y que quiere hacer lo correcto, pero que se encuentra en una situación en que no sabe o no es claro qué es lo moralmente correcto. Una persona a la que le importa la moralidad es una persona que se preocupa imparcialmente por los intereses de quienes serían afectados por la decisión que toma, que analiza con cuidado los principios de conducta disponibles para reconocer su pertinencia en la situación, que está dispuesta a revisar críticamente convicciones previas sobre el asunto, y, finalmente, que está dispuesta a actuar en correspondencia con los resultados de su deliberación (Rachels, 2007: 36). Esto en muchas ocasiones no es fácil, dada una serie

de distracciones humanas que son muy tentadoras como el poder, la ambición, la vanidad, el egoísmo, el dogmatismo, la apatía, las jerarquías, la desidia moral, la autoridad, etc. (Sitges-Serra, 2020: 232). Estas distracciones normalmente se interponen entre la realidad y nuestras deliberaciones sesgando nuestras decisiones prácticas. Pero estas distracciones muestran la pertinencia de la ética en la medicina: el objetivo de la ética es el de estar constantemente alerta frente a esta clase de tentaciones (Warnock, 2002: 11).

De esta manera, podemos ver que una labor de enorme importancia de la ética médica es la de tratar de crear una comprensión práctica que contribuya a resolver de manera razonable los problemas éticos que surgen en el ejercicio de la medicina. La ética busca que el personal de salud analice y reconozca las razones que están detrás de las prácticas y de las decisiones tomadas en cada situación ética. Por circunstancial y aparentemente único que sea el problema ético al que enfrente un médico, la pregunta acerca de cuál sería el curso correcto de acción en esa situación particular podría traducirse siempre con la pregunta

acerca de cuál sería el curso de acción correcto que cualquier persona podría tomar en esa situación. Exigir razones y someterlas a un cuidadoso análisis crítico es fundamental en la ética médica, y hace de la discusión moral una discusión razonable que va más allá de cuestiones meramente subjetivas.

Como argumentamos en el capítulo anterior, ninguna teoría normativa ni ningún código de ética médica están lo suficientemente equipados para abordar los nuevos problemas que surgen en la práctica médica. Ni la teoría deontológica de Kant, ni el utilitarismo de Mill, ni la ética de la virtud de Aristóteles, ni el juramento hipocrático, ni el Código internacional de ética médica están bien equipados para resolver todas las situaciones problemáticas posibles sobre el consentimiento informado, la privacidad, la autonomía, el acceso a la atención médica, etc. Ninguna teoría normativa ni ningún código de conducta profesional proporciona un marco adecuado para abordar los problemas éticos emergentes en sociedades pluralistas como las nuestras. Y entonces, te preguntarás, ¿en qué consiste la contribución de la ética para

la resolución de problemas prácticos en la medicina?

La ética médica es un tipo de ética aplicada. En filosofía se suelen distinguir tres modos de estudiar la ética: la ética teórica, la ética aplicada y la metaética. La ética teórica consiste en elaborar teorías éticas, como lo hicieron Immanuel Kant, John Stuart Mill y Aristóteles.<sup>32</sup> Todos ellos elaboraron teorías generales sobre el comportamiento humano basadas en una serie de principios o reglas que les permitían evaluar ciertas acciones como correctas y otras como incorrectas. La metaética, en cambio, consiste en el análisis de todos los aspectos no éticos de la ética. Es decir, la metaética se enfoca en las cuestiones semánticas, epistémicas y ontológicas implicadas en las discusiones éticas. ¿Existen los hechos morales?, ¿los juicios morales pueden ser verdaderos o falsos o sólo expresan emociones?, ¿la moral es objetiva o es subjetiva?, son algunas de las principales preguntas en

---

32 Para conocer las teorías éticas de estos autores te recomendamos leer Kant (2003), Mill (2007) y Aristóteles (1985).

metaética.<sup>33</sup> A diferencia de estos acercamientos, en la ética aplicada se busca colaborar en la resolución de problemas prácticos morales. La ética aplicada o práctica analiza y emplea conceptos y principios generales para abordar problemas particulares. “El término práctico se refiere al uso de normas y otros recursos morales al deliberar sobre problemas, prácticas y políticas en profesiones, instituciones y políticas públicas” (Beuchamp y Childrees, 2012: 2). Pero las cosas no son así sencillas. No se trata sólo de revisar un código de ética médica para encontrar el principio que en la situación específica en la que te encuentras resuelva el dilema que enfrentas. La ética práctica no es un manual de usuario para resolver problemas morales. El asunto es un poco más complicado.

El conjunto de principios que hemos propuesto en el capítulo anterior funciona como un marco analítico de guías generales que forman un punto de partida para

---

33 Lamentablemente hay muy poca literatura en español sobre metaética. Así que sólo te podemos recomendar Fisher (2011).

resolver los problemas que se presentan en la práctica médica. Estos principios de ética médica no están libres de conflictos y excepciones. Es decir, no basta con memorizarlos o tenerlos pegados en la pared del consultorio para resolver todos los problemas prácticos que surgen en la práctica médica. Pero este hecho no debería ocasionarte desconfianza ni alarmarte. Los principios morales suelen ser demasiado generales y abstractos como para atender a las peculiaridades de las situaciones concretas a las que se enfrentan los profesionales de la salud. El principio “Respetar siempre la autonomía de los pacientes y no realizar ninguna práctica médica sin su consentimiento”, puede no ser una buena guía cuando el personal de salud tiene que atender de urgencia a un paciente gravemente herido que no puede comunicarse debido a su estado. Aunque en general es un buen principio, podemos pensar en muchas situaciones especiales en las que este principio no brinda el mejor apoyo para que el personal de salud decida qué curso de acción sería el correcto. Recuerda que hacer lo correcto es hacer aquello para lo que tengamos las mejores razones.

En este sentido, no hay acciones que sean en sí mismas correctas o incorrectas. Todo depende de las razones detrás de las acciones.

Si nos interesa actuar moralmente, lo que tenemos que hacer es someter los principios de ética médica a dos procesos racionales: la *especificación* y el *equilibrio*. La especificación es un proceso que consiste en reducir la indeterminación de las normas abstractas y generar principios con contenido preciso que guíen la acción (Beauchamp y Childrees, 2012: 17). Por ejemplo, sin someterlo a un proceso de especificación, el principio moral de “no hacer daño” es un principio demasiado simple para resolver problemas prácticos, como si es correcto o no omitir un tratamiento médico a un paciente que se negó a recibirlo por sus creencias religiosas a sabiendas que esta omisión dañará su salud. Aquí hay dos principios en conflicto: “no dañar” y “respetar la autonomía del paciente”. Buscar en los códigos de ética la solución a este asunto sería una pérdida de tiempo. La complejidad de los problemas éticos que surgen en la práctica médica siempre va a superar la capacidad

de capturarlos en normas abstractas como las que aparecen en los códigos de ética.

Mediante el proceso de especificación lo que buscamos es agregar contenido a los principios morales. Todos los principios de ética médica necesitan un contenido adicional para resolver los problemas prácticos; incluso es posible que normas que ya han sido especificadas necesiten mayor especificación para manejar nuevas circunstancias de conflicto. Pensemos ahora en el principio de consentimiento informado. Podríamos ir del principio: “el médico debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente”, a “el médico debe obtener siempre el consentimiento informado oral o escrito para intervenciones médicas con pacientes competentes, excepto en emergencias, exámenes forenses, situaciones de bajo riesgo o cuando los pacientes hayan renunciado a su derecho a recibir información adecuada”. Y si hay una nueva circunstancia que no está contemplada por esta especificación, entonces tendremos que especificar aún más el principio para incluirla. Pero como seguro habrás notado, llegará un punto en que tales especificaciones dejarían de ser prácti-



cas. Los principios éticos se convertirían en algo demasiado extenso y específico como para abarcar la generalidad de los casos. La ventaja de los principios abstractos es que abarcan más casos, pero su desventaja es que resultan ser una guía muy poco eficiente para casos especialmente problemáticos, con características específicas. De ahí la importancia de que los principios éticos sean especificados para contemplar todos los aspectos que exige la situación y así puedan ser de utilidad para la persona involucrada.

Además de especificar los principios de ética médica, muchas situaciones problemáticas exigirán que también equilibremos las razones a favor y en contra de los cursos de acción disponibles. El proceso de equilibrio consiste en reconocer las razones que respaldan la decisión sobre qué principio debería de imponerse en una situación en la que más de uno de ellos es pertinente. El equilibrio consiste en deliberar y juzgar sobre los pesos y fortalezas de los diferentes principios que son pertinentes en una situación. El equilibrio se ocupa entonces de ponderar los pesos y fortalezas de los diferentes principios morales que son relevantes

en una situación, mientras que la especificación se enfoca en el alcance de tales principios (Beuchamp y Childrees, 2012: 20).

Pensemos en un caso donde un paciente expresa al médico su deseo de no ser entubado en caso de ser necesario. Cuando el paciente sufre una insuficiencia respiratoria aguda, el médico se encuentra frente al dilema de respetar la decisión del paciente o preservar su salud y evitar su muerte. En esta situación, no se pueden cumplir con todos los principios éticos al mismo tiempo, así que el médico tiene que especificarlos y equilibrarlos para enfrentar este dilema. Al analizar la situación, es posible que el médico argumente que entubarlo salvará la vida del paciente, hará posible que reciba el tratamiento por la enfermedad por la que está hospitalizado, y el pronóstico de que el tratamiento sea efectivo es alto. Es decir, entubar al paciente producirá mejores consecuencias a largo plazo. En esta situación en específico, estas razones tienen más peso para el médico que respetar la decisión del paciente. Es importante que insistamos en que este tipo de ponderaciones justifican casos concretos, pero no casos en general.

El que el médico crea que en esta situación tiene más peso el principio de beneficencia por las razones señaladas, no significa que en todos los casos tenga más fuerza que el principio de respetar la autonomía del paciente.

El que a los médicos que les importa la moralidad puedan o no estar de acuerdo sobre el resultado de algún equilibrio de razones, no indica un defecto moral en ellos. Puede haber desacuerdo sobre si era mejor respetar la autonomía del paciente en lugar de la beneficencia, o podría haber desacuerdo moral sobre si es apropiado o no violar la confidencialidad del paciente seropositivo para informar a su pareja sexual actual sobre su condición, o sobre si los valores religiosos son suficientes para rechazar tratamientos médicos, etc. Los desacuerdos que estas situaciones pueden generar sólo exhiben que carecemos de una manera única y enteramente confiable de resolver muchos de los problemas éticos de la práctica médica, a pesar de los procesos racionales de especificación y equilibrio (Beuchamp y Childrees, 2012: 24).

Hemos tratado de señalar que la ética no es una lista de lo que está bien y lo que está mal.

Ni su contribución en la práctica médica consiste en elaborar códigos de conducta que resuelvan todos los problemas éticos que surgen en el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud. Lo que busca la ética médica es más bien sensibilizar a los estudiantes de medicina sobre la importancia de tomar decisiones razonables y evitar decidir de manera parcial y arbitraria en el ejercicio de su profesión. Para ello hemos insistido en la importancia de tener siempre en cuenta los propósitos de la medicina y utilizar, cuando sean pertinentes, los principios éticos que podrían orientar al médico para cumplir con tales propósitos. Y también hemos recuperado algunas herramientas filosóficas que creemos que pueden ser de apoyo para el personal de salud como el pensamiento crítico, y los procesos racionales de especificación y equilibrio. Algunas preguntas sobre cómo debería de comportarse el personal de salud en ciertas situaciones tienen respuestas fáciles, porque existe un consenso sobre la manera correcta de actuar ante tal situación. Este tipo de consensos son los que son recuperados en los protocolos médicos. Los protocolos reflejan el consenso

general sobre cómo deben actuar los médicos y deben seguirse a menos de que existan buenas razones para actuar de otra manera. Pero hay otras preguntas que son difíciles porque no hay un consenso al respecto o porque todas las alternativas disponibles tienen desventajas. La ética médica trata de ayudar al personal de salud a encontrar criterios racionales para que decidan o se comporten de cierta manera en lugar de otra.

La contribución de la ética en la medicina es entonces la de colaborar en la formación de los estudiantes de medicina para ayudarlos a reconocer las situaciones difíciles y a abordarlas de manera racional. En este sentido, la ética médica es un asunto de dar razones que ayuden a mejorar la forma en que decidimos, solucionamos y deliberamos sobre las cuestiones morales que se generan en casos particulares de la práctica médica. Todas las herramientas de apoyo que puede ofrecer la ética tienen como único objetivo ayudar a que los médicos cumplan con los propósitos de la medicina: promover y preservar la salud; combatir y curar enfermedades —o, cuando no es posible, aliviar,

consolar y acompañar al enfermo—; y evitar muertes prematuras e innecesarias. Además de los procesos racionales de especificación y equilibrio, creemos que los principios que hemos señalado en este libro son herramientas útiles para satisfacer tal objetivo.

## Agradecimientos

Mario Gensollen desea agradecer a Anna Estany, por motivarlo a trabajar sobre estos temas y a Marc Jiménez-Rolland por leer, criticar de manera constructiva y brindar innumerables sugerencias para que varias secciones del libro mejoraran sustantivamente. Muchas ideas expuestas en este libro fueron debatidas con sus colegas —médicos y filósofos— de la Universidad de Barcelona, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Salamanca, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad de Guadalajara. Este texto forma parte del proyecto “Autoridad y confianza en la ciencia” (PIF 24-1), financiado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes.





## Referencias

- Al-Khalili, J. (2012). *The House of Wisdom: How Arabic Science Saved Ancient Knowledge and Gave Us the Renaissance*. Nueva York: Penguin.
- American Medical Association. (1847/2012). Code of medical Ethics of the American Medical Association. American Medical Association.
- Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea*. J. Pallí Bonet (trad.) Madrid: Editorial Gredos.
- Bærøe, K. (2015). Medicine as Art and Science. In Schramme, T., y Edwards, S. (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine* (pp. 1-14). Dordrecht: Springer.
- Baylis, F. (2019). *Altered Inheritance: CRISPR and the Ethics of Human Genome Editing*. Cambridge: Harvard University Press.

- Beauchamp, T. y Childress, J. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beck, H. (2016). *Otra modernidad es posible. El pensamiento de Iván Illich*. Barcelona: Malpaso Ediciones.
- Berger, J. (2017). *Un hombre afortunado*. P. Vázquez (trad.) Madrid: Alfaguara.
- Bhatt, A. (2010). Evolution of Clinical Research: A History Before and Beyond James Lind. *Perspectives in Clinical Research*, 1(1): 6-10.
- Boorse, Ch. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44: 542-573.
- Broadbent, A. (2019). *Philosophy of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Brody, B. A. (1998). *The Ethics of Biomedical Research: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Bunge, M. (1966). Technology as Applied Science. *Technology and Culture*, 7: 329-347.
- Bynum, W. (2008). *The History of Medicine: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

- Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological*. Tr. C.R. Fawcett. Nueva York: Zone Books.
- Cartwright, N., y Hardie, J. (2012). *Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing it Better*. Oxford: Oxford University Press.
- Chan, A.-W., Altman, D. G. (2005). Epidemiology and Reporting of Randomised Trials Published in PubMed Journals. *The Lancet*, 365(9465): 1159-1162.
- Cooper, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33: 263-282.
- Cyranoski, D. (2019). What's Next for CRISPR Babies? *Nature*, 566: 440-442.
- Dubos, R. (1965). *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dunn, M., y Hope, T. (2018). *Medical Ethics: A Very Short Introduction* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining 'Health' and 'Disease'. *Studies in the History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 40: 221-227.

- Estany, A. (2024). La medicina como ciencia de diseño. En Gensollen, M., Mosqueda, A., y Sans Pinillos, A. (eds.), *La medicina en vivo. Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad* (pp. 33-47). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17): 2420-2425.
- Farkas, Z. (2019). The Concept and Coverage of Institution. *Rationality and Society*, 31(1): 70-97.
- Fisher, A. (2011). *Metaethics. An Introduction*. Durham: Acumen.
- Frenk, J., Gómez, O., Knaul, F. M., y Arreola, H. (2020). *Salud: focos rojos. Retroceso en los tiempos de la pandemia*. Ciudad de México: Debate.
- Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D. L., Reboussin, D. M., y Granger, C. B. (2015). *Fundamentals of Clinical Trials* (5th ed.). Nueva York: Springer.

- Galen. (2024). *How to be Healthy: An Ancient Guide to Wellness*. Selected, translated and introduced by Katherine D. van Schaik. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Gensollen, M. (2021). Epistemología aplicada a la medicina: la medicina basada en la evidencia. En Casabuberta, D., y Estany, A. (2021), *Epistemología e innovación en medicina* (pp. 23-42). Madrid: Plaza y Valdés Editores.
- Gisborne, Th. (1797/2019). *An Enquiry Into the Duties of Men in the Higher and Middle Classes of Society in Great Britain, Resulting from Their Respective Stations, Professions, and Employments*. Alemania: Hansebooks.
- Glasziou, P., Meats, E., Heneghan, C., y Shepperd, S. (2008). What is Missing from Descriptions of Treatment in Trials and Reviews? *BMJ*, 336(7659): 1472-1474.
- González-Crussí, F. (2007). *A Short History of Medicine*. Nueva York: The Modern Library.
- Goodin, R. E. (1996). Institutions and Their Design. In Goodin, R. E. (ed.), *The*

- Theory of Institutional Design* (pp. 1-53).  
Cambridge: Cambridge University Press.
- Hausman, D. (2015). *Valuing Health: Well-Being, Freedom, and Suffering*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hempel, C. G. (1966). *Philosophy of Natural Science*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Hipócrates (c. 500 a.C.). *Tratados*. Trad. M.a D. Lara Nava, C. García Gual, J.A. López Férez, B. Cabellos Álvarez, A. Esteban y E. García Novo. Madrid: Gredos, 1982.
- Hitt, J. (December 9, 2001). The Year in Ideas: A to Z; Evidence-Based Medicine. *The New York Times*: 68.
- Howick, J. (2011). *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., y Newman, T. B. (2013). *Designing Clinical Research* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.

- Jansen, L.A. (2000). The Virtues in their Place: Virtue Ethics in Medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21: 261-275.
- Jiménez-Rolland, M. (2024). Realismo científico en biomedicina: la metafísica de la medicina. En Gensollen, M., Mosqueda, A., y Sans Pinillos, A. (eds.), *La medicina en vivo. Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad* (pp. 69-88). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Kant, I. (2003). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. M. García Morente (trad.) Madrid: Ediciones Encuentro.
- Kim, D.T., Applewhite, M.K., y Shelton, W. (2023). Professional Identity Formation in Medical Education: Some Virtue-Based Insights. *Teaching and Learning in Medicine*, 4: 1-11.
- Kingma, E. (2007). What is to be Healthy? *Analysis*, 67(294): 128-133.
- Kingma, E. (2010). Paracetamol, Poison and Polio: Why Boorse's Account of Function Fails to Distinguish Health and Disease. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 61: 241-264.

- Kitcher, P. (1997). *Lives to Come: The Genetic Revolution and Human Possibilities*. New York: Simon & Schuster.
- Ledford, H. (2015). Caution urged over editing DNA in wildlife (intentionally or not). *Nature*, 524: 16.
- Levine, R. J. (1988). *Ethics and Regulation of Clinical Research* (2nd ed). New Haven: Yale University Press.
- Ligon, L. (2004). Penicillin: Its Discovery and Early Development. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 15(1): 52-57.
- López Cerezo, J. A. (2008). *El triunfo de la antisepsia. Un ensayo en filosofía naturalista de la ciencia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Marsh, H. (2020). *Ante todo, no hagas daño*. P. Antón de Vez (trad.) Barcelona: Ediciones Salamandra.
- Marshall, B. J., y Warren, J. R. (1984). Unidentified Curved Bacilli in the Stomach of Patients with Gastritis and Peptic Ulceration. *The Lancet*, 323(8390): 1311-1315.
- Marshall, B. J. (2001). One Hundred Years of Discovery and Rediscovery of *Helicobacter pylori* and Its Association with



- Peptic Ulcer Disease. In Mobley, H. L. T., Mendz, G. L., y Hazell, S. L. (eds.), *Helicobacter pylori: Physiology and Genetics* (pp. 3-14). Washington: ASM Press.
- McIntyre, L. (2019). *The Scientific Attitude: Defending Science from Denial, Fraud, and Pseudoscience*. Cambridge: MIT Press.
- McKeown, Th. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* New Jersey: Princeton University Press.
- Midgley, M. (2002). *Delfines, sexo y utopías*. J. Izquierdo (trad.) Madrid: Turner-Fondo de Cultura Económica.
- Mill, S. (2007). *El utilitarismo*. E. Guisán (trad.) Madrid: Alianza Editorial.
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D. G., y the CONSORT Group. (2001). The CONSORT Statement: Revised Recommendations for Improving the Quality of Reports of Parallel-Group Randomised Trials. *The Lancet*, 357(9263): 1191-1194.
- Muñoz, J. (2024). “Mientras agonizo”: la injusticia epistémica al final de la vida. En Gensollen, M., Mosqueda, A., y Sans Pinillos, A. (eds.), *La medicina en vivo. Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad*

- (pp. 287-305). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Nordenfelt, L. (2006). Establishing a Middle-Range Position in the Theory of Health: A Reply to My Critics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1): 29-32.
- Oseguera, J., Martínez, M., y González, X. A. (2024). Hacia una definición sistémica de la salud. En Gensollen, M., Mosqueda, A., y Sans Pinillos, A. (eds.), *La medicina en vivo. Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad* (pp. 49-68). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Pereda, C. (2022). *Las culturas de la argumentación. Una tradición del pensar nómada*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Pérez Tamayo, R. (1988). *El concepto de enfermedad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez Tamayo, R. (2002). *Ética médica laica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica-El Colegio Nacional-UNAM.

- Pérez Tamayo, R. (2003). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D., y Rogers, A. (eds.). (2011). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. Dordrecht: Springer.
- Platts, M. (2020). *Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad*. Ciudad de México: UNAM-Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. New York: W. W. Norton & Company.
- Porter, R. (2002). *Blood and Guts: A Short History of Medicine*. New York: W. W. Norton & Company.
- Rachels, J. (2007). *Introducción a la Filosofía Moral*. G. Ortiz-Millán (trad.). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Reiss, J., y Ankeny, R. A. (2016). Philosophy of Medicine. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <<https://plato.stanford.edu/entries/medicine/#TheoCausExplMedi>>.
- Rodríguez Sendín, J.J. (2010). Definition of 'Medical Profession', 'Medical Professional'

- and 'Medical Professionalism'. *EDUC MED*, 13(2): 63-66.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Madrid: Tecnos.
- Sacks, O. (2013). *Un atropólogo en Marte*. D. Alou (trad.) Barcelona: Anagrama.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., y the CONSORT Group. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *BMJ*, 340: c332.
- Shapiro, J., Rucker, L., y Beck, J. (2006). Training the Clinical Eye and Mind: Using the Arts to Develop Medical Students' Observational and Pattern Recognition Skills. *Medical Education*, 40(3): 263-268.
- Shiner, L. (2001). *The Invention of Art*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sitges-Serra, A. (2020). *Si puede, no vaya al médico*. Barcelona: Debate-Libros del Zorzal.
- Sitges-Serra, A. (2023). Ética de la innovación médica. *Euphyía. Revista de Filosofía*, 17(32): 150-182.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sove-*

- reign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books.
- Stegenga, J. (2015). Effectiveness of Medical Interventions. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 54: 34-44.
- Stegenga, J. (2018). *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., y Haynes, R. B. (2005). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Szczeklik, S. (2013). *Catarsis*. J. Slawomirski y A. Rubió (trads.) Barcelona: Acantilado.
- Valles, S. (2020). Philosophy of Biomedicine. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/biomedicine/>>.
- Tolstoi, L. (2011). *La Muerte de Iván Ilich*. J. López-Morrillas (trad.). Madrid: Alianza editorial.
- Warnock, M. (2002). *Guía ética para personas inteligentes*. P. Tena (trad.). Madrid: Turner-Fondo de Cultura Económica.

- Wendler, D. (2021). The Ethics of Clinical Research. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. < <https://plato.stanford.edu/entries/clinical-research/>>.
- Wootton, D. (2016). *The Invention of Science: A New History of the Scientific Revolution*. New York: Harper.
- World Health Organization. (1968). Physician's Pledge. En *World Health Organization Handbook*. World Health Organization.
- World Medical Association. (1983). International Code of Medical Ethics. En *World Medical Association Handbook*. World Medical Association.
- Wright, T. (2012). *Circulation: William Harvey's Revolutionary Idea*. London: Chatto & Windus.
- XXII Asamblea Médica Mundial. (1968). *Juramento del médico*. Sidney, Australia.



# Ética médica

Primera edición 2024

El cuidado y diseño de la edición estuvieron a cargo del Departamento Editorial de la Dirección General de Difusión y Vinculación de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.