

## Capítulo 4

# Nihilismo médico: ¿podemos confiar en la medicina?<sup>1</sup>

*Mario Gensollen y Alejandro Mosqueda*

### **Introducción**

La percepción ambivalente hacia la medicina ha sido una constante en las sociedades a lo largo de la historia. Tal fenómeno no sorprende, considerando que las prácticas médicas premodernas evocan un pasado sombrío donde, en vez de sanar, los tratamientos médicos a menudo infligían daño a los pacientes. Este legado se remonta a tiempos antiguos, desde los días de Hipócrates hasta al menos la primera mitad del siglo diecinueve.

---

1 Una versión previa de este capítulo se publicó en Gensollen, M. (2021). Epistemología aplicada a la medicina: el nihilismo médico. *Revista Folia Humanística*, 5(2), 1-18. <https://revista.proeditio.com/foalihumanistica/article/view/2818>

Durante siglos, la práctica médica se basó en técnicas como la sangría, un procedimiento que implicaba la extracción de sangre a través de la apertura de una vena en el brazo con una lanceta, o mediante el uso de ventosas o sanguijuelas, resultando en el debilitamiento o incluso la muerte de los pacientes en el peor de los casos (Wootton, 2006: 2). Galeno, por ejemplo, empleaba la sangría incluso para tratar el sangrado, y estableció criterios sobre dónde y cuándo aplicarla, así como de la cantidad precisa de sangre a extraer (Porter, 1999: 76). Además de la sangría, se practicaban intervenciones como la trepanación craneal, la administración de mercurio, la aplicación de estiércol animal y otros remedios que hoy resultarían cuestionables (McIntyre, 2019: 117). La evolución de la medicina no mitigó su peligrosidad a lo largo de los siglos; de hecho, en los hospitales del siglo diecinueve, una multitud de mujeres perecían durante o después del parto debido a la propagación de infecciones por parte de médicos con prácticas higiénicas deficientes. Paradójicamente, en épocas precedentes, las madres y sus hijos hallaban mayor seguridad en manos de parteras con capacitación informal. Aunque los historiadores de la medicina tienden a evitar valoraciones anacrónicas, resulta innegable que la práctica médica histórica causó un daño significativo a la humanidad durante largos períodos. La postura de desconfianza hacia la práctica médica ha sido identificada como “nihilismo terapéutico”.<sup>2</sup>

Destellos de claridad ocurrieron en 1860 con el descubrimiento de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, y en 1867 con la introducción de las técnicas antisépticas. El optimismo generalizado se produjo con una oleada de descubrimientos y aplicaciones clínicas: la penicilina en 1928 y su primer uso clínico en 1941, la sulfamida en 1935, la diálisis en 1944, la radioterapia en 1947, la cortisona en 1949, la estreptomina en 1950, la cirugía a corazón abierto y la vacuna contra la poliomielitis en 1955, el trasplante de riñón en 1963, y la lista sigue (Le Fanu, 1999: vii). No obstante, las críticas a la medicina actual siguen vigentes, y muchas veces proceden del interior de la comunidad médica. Se ha señalado, *e.g.*, que la mayoría de los hallazgos de investigación publicados son falsos (Ioannidis, 2005), que muy pocos medicamentos en la actualidad son benéficos (Angell, 2004), y que la medicina ha favorecido la cronificación de enfermedades incurables (Sitges-Serra, 2020).

---

2 Algunos de los argumentos que se presentan en este capítulo son una reelaboración de ideas que se presentaron y discutieron en Gensollen (2021). El lector puede acudir a tal artículo para una discusión más enfocada en los nihilismos terapéutico y metodológico.

Estas críticas han motivado posturas nihilistas con respecto a la medicina: aquellas que consideran que ésta carece de valor, y que suelen venir acompañadas de actitudes negativas con respecto a la investigación biomédica y práctica clínica.

Nuestro objetivo en este capítulo es someter a escrutinio diversas versiones del nihilismo médico para valorar su pertinencia en la medicina contemporánea. En un primer momento realizaremos algunas distinciones –a partir de consideraciones tanto históricas, como de grado y alcance– que permitirán distinguir una amplia diversidad de posibles posiciones nihilistas. Dejaremos de lado aquellas que, o bien son claramente posiciones justificadas, o bien son claramente posiciones indefendibles, o bien dependen más de consideraciones históricas que filosóficas. Aislaremos tres que son tanto contenciosas como interesantes desde un punto de vista filosófico. En un segundo momento atenderemos a las críticas más comunes que se han realizado a un aspecto de la medicina actual, que tiene que ver tanto con la metodología de la investigación biomédica contemporánea como con algunas implicaciones epistemológicas de su práctica institucionalizada. Evaluaremos dichas críticas y extraeremos algunas lecciones de dicha evaluación. Defenderemos que, pese a que algunos nihilismos médicos contenciosos podrían disponer de buenas razones en su favor, una posición nihilista mucho más robusta es cuestionable. En un tercer momento, analizaremos el impacto que tiene en la práctica médica el sistema económico predominante propio de nuestra sociedad tecnológica. Resaltaremos algunos problemas en la salud de los pacientes que genera el abuso de la tecnología para hacer diagnósticos y la ambición económica de la industria médica. Evaluaremos si dichas críticas son suficientes para sostener alguna postura nihilista hacia la medicina contemporánea. Por último, señalaremos que algunas posturas del nihilismo médico son pertinentes y que además nos pueden ayudar a encauzar la práctica médica en beneficio de la salud de los pacientes.

## **Nihilismos médicos**

En términos generales, el nihilismo médico plantea una crítica fundamental hacia la práctica de la medicina, sugiriendo que existen serias deficiencias en su desempeño. Esta postura no se limita a meros cuestionamientos sobre la

eficacia de la medicina, sino que abarca una gama de grados, desde la percepción de que la medicina podría ser menos beneficiosa de lo que comúnmente se cree, hasta la afirmación de que carece por completo de valor o incluso puede ser perjudicial. Es importante destacar que el nihilismo médico no se reduce a un simple escepticismo sobre la utilidad de la medicina; más bien, implica una convicción firme de su falta de valor. Además, a diferencia del escepticismo que permanece abierto a nuevas evidencias, el nihilismo médico ya ha llegado a una conclusión definitiva y ha formado una creencia arraigada en la mente del nihilista. Esta postura suele ir acompañada de una respuesta emocional negativa, manifestada en sentimientos de desilusión, desesperación y desaliento (Broadbent, 2019: 157).

Una razón fundamental que justifica la adopción de una postura nihilista se encuentra en la propia naturaleza de la medicina: ¿debe considerarse como una *ciencia* o como un *arte*? ¿O acaso se define mejor como una *ciencia* o como una *profesión*? Si nos basamos en las distinciones propuestas por Simon (1969) y Niiniluoto (1993), podríamos argumentar que la medicina se caracteriza como una *ciencia de diseño*, ya que su enfoque principal es transformar la realidad más que simplemente describirla. Sus objetivos abarcan desde el mantenimiento de la salud hasta la cura de enfermedades. Asimismo, podemos diferenciar entre la investigación médica y la práctica terapéutica. A partir de esta distinción, resulta comprensible el habitual retraso en la aplicación práctica de los avances científicos y médicos en comparación con su descubrimiento: no siempre es factible o viable traducir el conocimiento disponible en una práctica terapéutica más eficaz y beneficiosa de inmediato. Este desfase entre el conocimiento y su aplicación puede generar escepticismo y eventualmente conducir al nihilismo (Broadbent, 2019: 158). Porter, en su detallada y amplia historia de la medicina, relata cómo estos retrasos preocuparon a algunos médicos del siglo XIX en Europa y América, llevándolos a abrazar una postura nihilista respecto a la terapia. En sus propias palabras:

La curación siguió siendo una consideración subordinada. Los médicos sabían que sus medicinas eran en gran parte patrañas, que es una de las razones por las cuales el nihilismo terapéutico asociado a París era una opinión honesta. “La medicina como ciencia natural no puede tener la tarea de inventar panaceas y descubrir curas milagrosas que destierren la muerte”, pronunciaba el

vienes Joseph Dietl en 1841; su trabajo consiste en “descubrir las condiciones en las que las personas se enferman, se recuperan y mueren” (1999: 680).<sup>3</sup>

Un nihilismo terapéutico robusto –que considera que los tratamientos médicos no sólo no son benéficos, sino que causan daño a los pacientes– suele atribuírsele a Oliver Wendell Holmes –decano de la Escuela de Medicina de Harvard en el siglo diecinueve y férreo crítico de la homeopatía–, a quien Porter atribuye la siguiente afirmación: “estoy firmemente convencido de que, si la totalidad de la *materia médica*, tal como se usa ahora, se arrojase al fondo del mar, sería lo mejor para la humanidad y lo peor para los peces” (1999: 680).

En el siglo XIX, persistía una notable preocupación respecto a los tratamientos médicos. Por ejemplo, Benjamin Rush defendía aún las sangrías como una medida terapéutica adecuada, llegando incluso a fallecer a causa de una de ellas mientras intentaba combatir el tifus (Rutkow, 2010: 19-44). En sus memorias, Thomas, al evocar a su padre, compara la práctica médica del siglo XX con la que prevalecía en el XIX, caracterizada por métodos que ahora parecen crueles, lo que llevó a muchos a adoptar comprensiblemente una postura nihilista respecto a la terapia. Resulta esclarecedor citarlo extensamente:

Mi padre fue a P&S en 1901, el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, dos años después de graduarse de Princeton. La educación que recibió ya estaba siendo influenciada por la escuela del nihilismo terapéutico de la que Sir Williams Osler y sus colegas de John Hopkins habían sido los principales responsables. Ésta fue una reacción al tipo de medicina enseñada y practicada en la primera parte del siglo diecinueve, cuando cualquier cosa que se le ocurriera al médico se probaba para el tratamiento de la enfermedad. La literatura médica de esos años hoy resulta una lectura espantosa: en un artículo tras otro se relatan los beneficios de sangrar, de ventosas, de purgas violentas, de la aparición de ampollas con ungüentos vesicantes, de la inmersión del cuerpo en agua helada o agua intolerablemente caliente, de una lista interminable de extractos botánicos cocinados y mezclados bajo la influencia de nada más que el puro capricho, y todas estas cosas perforaron la cabeza de los estudiantes de medicina, la mayoría de los cuales aprendieron su oficio como aprendices en los consultorios de médicos más veteranos y establecidos.

---

3 Todas las traducciones de las citas textuales en inglés son propias.

Osler y sus colegas introdujeron una revolución en la medicina. Señalaron que la mayoría de los remedios de uso común tenían más probabilidades de hacer daño que bien, que había solo una pequeña cantidad de medicamentos terapéuticos genuinos, las dedaleras y la morfina los mejores de todos, y establecieron un nuevo plan de estudios altamente conservador para la formación de los estudiantes de medicina (1983: 19-20).

Sin embargo, el nihilismo médico no se limita únicamente al ámbito terapéutico. Las preocupaciones suscitadas por la medicina abarcan una variedad de aspectos más allá del posible daño causado por sus intervenciones. Para comprender mejor su alcance, resulta necesario realizar varias distinciones. Broadbent (2019: 160-163) propone las siguientes categorías: nihilismo curativo, nihilismo terapéutico, nihilismo universal, nihilismo histórico, nihilismo Whig,<sup>4</sup> nihilismo contemporáneo, nihilismo débil, nihilismo moderado y nihilismo robusto. Los primeros dos se centran en fallos respecto a diferentes métricas de evaluación. Así, el nihilismo curativo cuestiona la capacidad de la medicina para lograr la curación, mientras que el nihilismo terapéutico duda de su capacidad para ofrecer intervenciones efectivas en general. Si la métrica de evaluación es la curación completa, el nihilismo curativo conduce al nihilismo médico; si la métrica es la efectividad de la intervención, el nihilismo terapéutico lleva al nihilismo médico. Por el contrario, si se considera que la medicina es exitosa incluso si no ofrece intervenciones efectivas, ni el nihilismo curativo ni el terapéutico resultan en nihilismo médico, y se necesitan argumentos adicionales para sostenerlo. El nihilismo universal sin calificaciones representa la postura nihilista más extrema, argumentando que todos los aspectos de la medicina carecen de valor y que ésta falla en alcanzar sus objetivos. Sin embargo, como señala A. Broadbent (2019: 160), esta posición no ha sido defendida por ningún crítico de la medicina, ni siquiera por sus más fervientes opositores. El nihilismo histórico puede ser tanto Whig como contemporáneo. El enfoque Whig dirige sus críticas hacia la medicina del pasado, como lo hace Wootton (2006) al referirse a la medicina previa a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE, de aquí en adelante). Por otro lado, el nihilismo contemporáneo, ejemplificado por Stegenga (2018b), critica princi-

---

4 Denominado así por Broadbent (2019: 161) en referencia al partido político británico que se opuso al poder real durante la Restauración.

palmente la medicina contemporánea, salvando sólo algunas intervenciones médicas recientes de sus críticas. Es importante destacar que todas estas formas de nihilismo pueden manifestarse en diversos grados, como mencionamos al principio de la sección: el nihilismo débil considera que la medicina es menos beneficiosa de lo que comúnmente se piensa; el nihilismo moderado sostiene que no es beneficiosa en absoluto; y el nihilismo robusto argumenta que causa más daño que beneficio. Teniendo en cuenta estas distinciones, se pueden identificar múltiples combinaciones. Dado que sería inadecuado no considerar tanto las consideraciones históricas como las de grado, y dado que la efectividad de las intervenciones médicas no es el único aspecto por evaluar de la medicina (aunque quizás sea el más importante), el nihilismo médico general puede dividirse en al menos 12 posturas distintas.

1. *Nihilismo Whig débil particular*: al menos algún aspecto de la medicina del pasado (curativo, terapéutico o de otro tipo) fue menos benéfico de lo que se pensaba.
2. *Nihilismo Whig moderado particular*: al menos algún aspecto de la medicina del pasado (curativo, terapéutico o de otro tipo) no fue benéfico en absoluto.
3. *Nihilismo Whig robusto particular*: al menos algún aspecto de la medicina del pasado (curativo, terapéutico o de otro tipo) fue más dañino que benéfico.
4. *Nihilismo contemporáneo débil particular*: al menos algún aspecto (curativo, terapéutico o de otro tipo) de la medicina actual (y quizá del pasado) es menos benéfico de lo que se piensa.
5. *Nihilismo contemporáneo moderado particular*: al menos algún aspecto (curativo, terapéutico o de otro tipo) de la medicina actual (y quizá del pasado) no es benéfico en lo absoluto.
6. *Nihilismo contemporáneo robusto particular*: al menos algún aspecto (curativo, terapéutico o de otro tipo) de la medicina actual (y quizá del pasado) es más dañino que benéfico.
7. *Nihilismo débil Whig universal*: todos los aspectos de la medicina del pasado fueron menos benéficos de lo que se pensaba.
8. *Nihilismo moderado Whig universal*: todos los aspectos de la medicina del pasado no fueron benéficos en absoluto.
9. *Nihilismo robusto Whig universal*: todos los aspectos de la medicina del

pasado causaron más daño que beneficio.

10. *Nihilismo débil contemporáneo universal*: todos los aspectos de la medicina actual (y quizá del pasado) son menos benéficos de lo que se piensa.
11. *Nihilismo moderado contemporáneo universal*: todos los aspectos de la medicina actual (y quizá del pasado) no son benéficos en absoluto.
12. *Nihilismo robusto contemporáneo universal*: todos los aspectos de la medicina actual (y quizá del pasado) son más dañinos que benéficos.

No obstante, también estas distinciones pueden resultar engañosas. En primer lugar, con respecto a todos los nihilismos débiles, podríamos preguntarnos ¿qué significa que un aspecto de la medicina ha sido menos *benéfico* de lo que *se pensaba* o de lo que *se piensa*? Una forma de caracterizar a las distintas posiciones débiles del nihilismo médico sería la siguiente: aunque un aspecto de la medicina sea en general más efectivo que perjudicial, sus beneficios no superan cierto umbral.<sup>5</sup> Este umbral, a su vez, queda definido por los beneficios que la sociedad en general o algún sector de la comunidad médica han atribuido o esperado de la medicina en cualquier época. En segundo lugar, en lo que concierne a los nihilismos particulares, estos contemplan no solo el hecho de que se puede cuestionar la efectividad de la medicina en diversos aspectos (*e.g.*, nihilismo curativo, terapéutico, etc.), dado que la medicina tiene muchos más aspectos que las intervenciones médicas (Stegen-ga, 2018a: 163), sino también que este cuestionamiento puede restringirse a dominios específicos.

Hechas las aclaraciones anteriores, ahora habría que descartar algunos nihilismos de nuestra consideración por diversas razones. En primer lugar, las posiciones nihilistas (1-3) están indudablemente justificadas. Basta con leer cualquier libro de historia de la medicina –incluso alguno de los más optimistas– para saber que al menos un aspecto de la medicina del pasado no fue lo benéfico que se pensaba, que no lo fue en lo absoluto, o que causó más daños que beneficios. En segundo lugar, y por razones similares, (4) está fuera de discusión: es innegablemente cierto que al menos un aspecto de la medicina actual no es tan benéfico como se piensa. En tercer lugar, con respecto a (7), aunque contenciosa, es probable que sea una posición verdadera: todos

---

5 A partir de esta aclaración, una versión débil de nihilismo médico interesante, por ejemplo, sería aquella que sostuviera que la inversión en medicina tiene una utilidad marginal decreciente. Aunque pienso que se debería considerar esta posición con detalle y seriedad, no se explorará en este artículo.

los aspectos de la medicina del pasado, incluso los que fueron benéficos, no superaron cierto umbral de beneficios atribuidos o esperados por la sociedad o algún sector de la comunidad médica. En cuarto lugar, con respecto a las posiciones (7-9) su evaluación depende de consideraciones más históricas que filosóficas. Esto no cancela su interés, pero no es el tipo de examen que pretendemos realizar en este momento. En quinto lugar, (11 y 12) son el tipo de posiciones que Broadbent tiene en mente cuando sostiene que no ha “[...] encontrado a ningún nihilista universal. La mayoría de los nihilistas médicos eximen a ciertas áreas de la medicina de su desconfianza” (2019: 160). Así, (11 y 12) son posiciones nihilistas que resultan cuando menos muy difíciles de sostener. Por último, (5-6 y 10) son candidatas serias para la discusión filosófica. Así, tenemos tres posiciones que merecerían una evaluación detallada: el *nihilismo contemporáneo moderado particular*, el *nihilismo contemporáneo robusto particular* y el *nihilismo débil contemporáneo universal*.

En lo que sigue nos gustaría concentrarnos en dos aspectos de la medicina actual que han sido el blanco de críticas nihilistas: el nihilismo metodológico y el uso de la tecnología para hacer diagnósticos. Para hacerlo, primero presentaremos las críticas más comunes que se han realizado en contra el aspecto metodológico. Evaluaremos las críticas y después ponderaremos a qué tipo de nihilismo específico podrían apoyar. Después, analizaremos algunos rasgos del entorno social bajo el que se desarrolla la medicina actual, y resaltaremos el impacto que tiene en la práctica médica. Evaluaremos cómo este impacto justifica un nihilismo robusto particular hacia la medicina contemporánea. Extraeremos de esto algunas lecciones que pueden moderar los juicios y actitudes nihilistas contra la medicina actual.

## **Nihilismo metodológico**

En la actualidad, ciertos sectores de la comunidad científica y humanística muestran un optimismo notable con respecto a la nueva dirección que está tomando la medicina. Este optimismo se manifiesta incluso en variantes modificadas de posiciones nihilistas, las cuales reconocen que la medicina enfrentó desafíos en el pasado, pero afirman que en el presente ha superado las sombras de su historia turbulenta. Algunas formas de nihilismo Whig, como las identificadas por Broadbent, tienen un propósito claro: sugieren que aun-

que la nueva medicina se promocióne como un paradigma emergente en las ciencias de la salud, aún no ha alcanzado una base sólida y que esto debe cambiar. Desde un punto de vista metodológico, estas perspectivas sugieren que las prácticas médicas actuales siguen influenciadas por métodos que deberían ser abandonados.<sup>6</sup> Un defensor destacado de esta visión es un nihilista Whig robusto en particular, como el historiador David Wootton (2006), quien argumenta que la medicina del pasado causó más daño que bien con sus intervenciones, centrándose en su aspecto terapéutico. Es importante destacar que, si bien esta postura puede ser plausible, la posición de Wootton no se limita a señalar los errores del pasado, sino que también sostiene el éxito actual de la medicina. Sin embargo, al trazar una línea nítida entre un pasado problemático y un presente beneficioso, Wootton puede estar simplificando en exceso la complejidad de la historia médica. Más allá de esto, es crucial no ser excesivamente críticos con el pasado de la medicina y al mismo tiempo moderar nuestro optimismo sobre su estado actual. Esto se vuelve más evidente cuando consideramos las críticas comunes hacia la MBE y extraemos lecciones valiosas de nuestro contexto actual. Además de suavizar la distinción entre la medicina pasada y la actual, que es enfatizada por el nihilismo Whig robusto de Wootton, estas críticas proporcionan el fundamento para sostener otras formas de nihilismo contemporáneo, tanto moderadas como robustas en sus planteamientos particulares.<sup>7</sup>

En 1992, David Sackett y otros epidemiólogos de la Universidad McMaster en Ontario, Canadá, publicaron el primer manifiesto de la MBE. En este documento, se postulaba que había surgido un nuevo paradigma para la práctica médica, uno que reducía la importancia de la intuición, la experiencia clínica no sistemática y el razonamiento fisiopatológico, y que abogaba por basar las decisiones clínicas en la evidencia proveniente de la investigación

---

6 Dado que Wootton (2006) considera que en el pasado la medicina fue ante todo terapéutica, y parece que desestima a la investigación anterior a la MBE, podría afirmarse que su posición es más bien un nihilismo robusto Whig universal.

7 *E.g.*, Stegenga (2018b) afirma que la presunta evidencia en favor de las intervenciones médicas es el resultado esperable de otros factores externos a la investigación biomédica (*e.g.*, conflictos de interés). Por tanto, dicha evidencia no debería incrementar nuestra confianza en la efectividad de dichas intervenciones. Dado que su argumento depende de asumir que este tipo de factores son ubicuos en la práctica institucional de la medicina, considero que su posición es problemática. Sin embargo, examinar los detalles particulares de su argumento me desviaría de los objetivos de este artículo, por lo que no discutiré su posición aquí.

(Evidence-Based Medicine Working Group, 1992: 2420). Estas afirmaciones resonaron profundamente en la comunidad médica. En 2001, *The New York Times* la consideró una de las ideas destacadas del año, ya que apoyaba la medicina en una evidencia rigurosa derivada de la investigación, en lugar de en meras creencias populares. Uno de los pilares fundamentales de la MBE es de índole metodológica: las decisiones clínicas ya no se basan en la comprensión de las causas subyacentes de la salud y la enfermedad, ni en las opiniones autorizadas de expertos clínicos; en su lugar, se requiere evidencia directa de la efectividad de una intervención para fundamentar las decisiones clínicas (Howick, 2011: 3-4). El método más común para lograr esto es mediante la comparación de grupos de personas que reciben el tratamiento con aquellos que no lo reciben, como se lleva a cabo en los ensayos clínicos aleatorizados (ECAS, en adelante). Además, la MBE aboga por establecer jerarquías estrictas de evidencia para guiar la toma de decisiones clínicas. Así, mientras que los ECAS (y sus metaanálisis y revisiones sistemáticas) ocupan el lugar más alto en la pirámide de evidencia, los estudios observacionales tienen un peso menor, y la MBE no otorga peso evidencial a otros factores como el razonamiento fisiopatológico, el juicio de los expertos (ya sea individual o colectivo), más allá de su relevancia estadística. Estos fundamentos epistemológicos de la MBE son los que han sido objeto de las principales críticas, y a continuación se presentan las más comunes:

- i. La aleatoriedad no es una condición necesaria para la relevancia estadística (Worrall, 2007a). Los ECAS no son la única manera de obtener resultados correctos (Worrall, 2007b). Los EOs que identifican variables instrumentales serían igualmente correctos bajo un determinado conjunto de supuestos.
- ii. La aleatoriedad no es suficiente para controlar todos los sesgos y confundidores, tanto conocidos como desconocidos (Worrall, 2002). La validez de un ECA depende de innumerables supuestos, y resulta cuando menos complicado asegurarse de que todos se han cumplido (Worrall, 2007b).
- iii. Los ECAS generan fenómenos de caja negra. Por ello, se ha considerado que las afirmaciones causales requieren tanto evidencias estadísticas como evidencias sobre los mecanismos que vinculan a una intervención con la variable de resultado para poder establecerse (Russo y Williamson, 2007). También se ha considerado que los conocimientos mecanicistas

o fisiopatológicos desempeñan un papel importante tanto en el diseño de un ECA como en la interpretación y la aplicación de sus resultados (La Caze, 2011; Solomon, 2015). Por último, se ha señalado que los conocimientos mecanicistas son de vital importancia cuando se requiere extrapolar un ECA a una población distinta a la estudiada (Steel, 2008).

- iv. La realización de ECAs muchas veces no es viable por razones éticas, prácticas o financieras. Los EOS podrían suplirlos en estos casos, y no es cierto que no brinden resultados fiables. De hecho, es probable que el conocimiento médico establecido observacionalmente, y que produce intervenciones eficaces y benéficas, exceda cuantitativamente por mucho al conocimiento que hemos obtenido por los ECAs. Existen múltiples ejemplos de intervenciones médicas ampliamente aceptadas por la comunidad científica, cuya efectividad no ha sido respaldada por ECAs: la penicilina en el tratamiento de la neumonía, la aspirina para aliviar el dolor de cabeza leve, los diuréticos para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (Worrall, 2007a: 986), la desfibrilación externa automática para iniciar un corazón detenido, la traqueostomía para abrir un pasaje de aire bloqueado, la maniobra de Heimlich para desalojar una obstrucción en los conductos respiratorios, la epinefrina en el tratamiento del shock anafiláctico, etc. (Howick, 2011: 5). Por último, no está claro que los ECAs sean siempre más fiables que los EOS para responder preguntas que ambos son capaces de abordar. La fiabilidad de un estudio depende de si se han o no eliminado confusores y sesgos, y no del método con el que se hayan eliminado (Reiss y Ankeny, 2016).
- v. El uso clínico de los ECAs por medio de la MBE puede dar saltos indebidos de las poblaciones sometidas a un ensayo clínico (*test populations*) a las poblaciones objetivo del tratamiento (*target populations*), y de las poblaciones a los individuos (Reiss y Ankeny, 2016). Si estos saltos fuesen indebidos, existe la posibilidad de que alguna intervención médica sea ineficaz o perjudicial para algunos individuos.
- vi. La investigación biomédica también puede verse afectada por el tipo de afecciones o enfermedades que se seleccionan para la investigación (Reiss y Kitcher, 2009). Así surgen las “enfermedades huérfanas”, comunes en poblaciones minoritarias o en países en desarrollo, y los “medicamentos huérfanos”, que no son desarrollados por la industria farmacéutica por razones económicas, pero que responden a necesidades de salud pública.

Un problema con esto es que, en algunos casos, los pacientes podrían hacer un uso “no indicado en la etiqueta” de medicamentos que están aprobados para una afección diferente a la que tienen. Este uso podría poner potencialmente en riesgo su salud (Reiss y Ankeny, 2016).

- vii. La investigación biomédica actual está influida por diversos valores externos —*no epistémicos* (Gensollen y Jiménez-Rolland, 2018)—, muchos de los cuales crean tanto dilemas éticos relacionados con la equidad de acceso a la salud, como tienen implicaciones epistémicas que pueden afectar los resultados (*e.g.*, a partir de la exclusión sistemática de ciertos tipos de individuos o grupos de la investigación). Este ha sido el caso generalizado de las mujeres de la investigación biomédica (Dresser, 1992; Inhorn y Whittle, 2001; Dodds, 2008), y de los afroamericanos en EE. UU. (Huang y Coker, 2010). El problema con estas exclusiones es que pueden dar lugar a intervenciones potencialmente perjudiciales para determinados grupos.
- viii. La investigación biomédica también puede verse afectada por los patrones de financiación. Dado que las empresas farmacéuticas patrocinan una parte considerable de los ECAs y tienen diversos intereses no epistémicos en juego en estas inversiones, muchas veces los resultados negativos de la investigación se suprimen u ocultan, lo que también puede poner en un riesgo potencial a las personas (Lexchin, 2012a, 2012b).

¿Qué lecciones podemos extraer de estas críticas? Por un lado, si al menos alguna de las críticas (i-iv) dan en el blanco, esto apoyaría a un nihilismo contemporáneo débil particular, que había sugerido que es una posición que parece innegablemente justificada. No obstante, que se hayan formulado de cualquier manera me parece indicativo de algo más profundo. La crítica (i) solo flexibiliza las estrictas jerarquías de la MBE, pero no nos da razones especiales para desconfiar de la investigación biomédica actual. La crítica (ii) puede estar desencaminada: indica que quienes las esgrimen esperan algo que la investigación biomédica no ha prometido. Las críticas (iii-iv) señalan algo importante: que la MBE debe reconsiderar el rol evidencial que asigna tanto a los EOS como al razonamiento fisiopatológico, pero estas también podrían apoyar a un nihilismo contemporáneo moderado particular, pues las jerarquías evidenciales estrictas de la MBE pueden obstaculizar los beneficios que la medicina actual puede ofrecer. De manera adicional, si alguna de las críticas

(v-viii) dan en el blanco, esto podría apoyar a un nihilismo contemporáneo robusto particular, al indiciar posibles riesgos de la toma de decisiones clínicas a partir de ECAS. No obstante, la crítica (v) solo señala lo que sucedería si un ECA no se realiza correctamente, pero los ECAS buscan de hecho que esas posibilidades no sucedan. La crítica (vi), aunque señala una problemática inquietante, apunta a que muchas veces resulta inevitable –debido a la carencia de medicamentos para tratar afecciones que aquejan a grupos minoritarios o a poblaciones de países en desarrollo– prescribir medicamentos no aprobados para el tratamiento de dichas enfermedades. Por último, las críticas (vii-viii) señalan una problemática que puede apoyar a un nihilismo contemporáneo robusto particular.

La principal lección que deberíamos extraer es que debemos tanto mitigar nuestro optimismo con respecto a la medicina actual, como nuestras consideraciones negativas sobre su valor. Si hacemos esto, aunque podríamos considerar que el nihilismo contemporáneo moderado particular y el nihilismo contemporáneo robusto particular pueden gozar de cierto apoyo, deberíamos tener serias sospechas con respecto a que el nihilismo débil contemporáneo universal sea una posición justificada.

Por último, un par de lecciones mucho más generales tienen que ver tanto con el alcance de la MBE y sus jerarquías evidenciales, como con la línea gruesa que Wootton trazaba entre la medicina del pasado y la actual. Con respecto a la primera, coincido con Howick: “[...] las jerarquías estrictas [de la MBE] deben ser reemplazadas por el requisito de que toda la evidencia de calidad suficientemente alta debe ser admitida como evidencia de apoyo” (2011: xiv). Con respecto a la segunda, pienso que trazar una línea gruesa entre el pasado y el presente de la medicina resulta cuando menos engañoso. Quizá también puede llevarnos a sobreestimar la meta de la medicina (la cura), y a subestimar su tarea (la investigación que nos lleve a la cura). Si el argumento de Wootton (2006) es de hecho histórico, ésta es una muy mala noticia para él: lo lleva a representar injustamente la historia de la medicina.

En el siguiente apartado analizaremos algunos rasgos culturales de la práctica médica contemporánea que también pueden llevarnos a adoptar un nihilismo robusto particular.

## **Nihilismo robusto particular en la práctica médica contemporánea**

Además de las preocupaciones en relación con la MBE señaladas en el apartado anterior, que apoyan un nihilismo contemporáneo moderado particular y un nihilismo contemporáneo robusto particular, en la medicina actual persisten otras condiciones relacionadas con rasgos económicos y culturales de la sociedad que también nos hacen desconfiar de ella. Para Jacob Stegenga los beneficios de la mayoría de los medicamentos son mínimos, la investigación clínica suele exagerar tales beneficios y subestimar sus daños, y la investigación clínica se ha sesgado para favorecer los intereses de la industria y no de los pacientes (Stegenga, 2021). Estos problemas surgen a partir de, al menos, un rasgo estructural de la medicina actual: el incentivo de lucrar.

La industria farmacéutica es extremadamente rentable. Las increíbles ganancias financieras que tal industria obtiene con la venta de medicamentos son un gran incentivo para sesgar las investigaciones clínicas y favorecer la venta de medicamentos. La medicina actual es un gran negocio para la industria farmacéutica y tecnológica, y un lastre para la salud y la economía de los pacientes. “La medicina es en la actualidad un negocio depredador perfectamente asimilado al entorno neoliberal desregulado propio de nuestra sociedad tecnológica” (Sitges-Serra, 2020: 14). Sería un error considerar a la medicina como una ciencia aislada y ajena a los rasgos culturales característicos de nuestras sociedades globalizadas. La medicina está permeada por el consumismo hedonista, el desinterés por el sentido de la vida y del mundo en general, por la comercialización del miedo a enfermarse, por el culto a la tecnociencia y por la ausencia de la muerte en el debate público sobre la vida. Esto ha provocado que en la medicina actual se encubran las condiciones sociales de desigualdad que afectan la salud de las personas y se relativicen la importancia de elementos básicos de cuidado médico como la higiene, las vacunas, los antibióticos, la cirugía simple, la buena alimentación y las medidas básicas de autocuidado y autocuración.

Actualmente siguen vigentes las denuncias que Iván Illich había hecho a la industrialización de la salud: “la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que anima a sus miembros a convertirse en consumidores de medicina curativa, preventiva, industrial y ambiental” (Illich, 2006: 559). Uno de los principales objetivos de los cuidados médicos de la medicina contemporánea es el mantenimiento de la vida a cualquier coste.

Este aspecto cultural ha hecho que la medicina sea invasiva y técnicamente agresiva con los pacientes. Por ejemplo, actualmente más de la tercera parte de las personas que mueren por cáncer siguen recibiendo quimioterapia durante su agonía (Sitges-Serra, 2020: 61). Aunado a esto, el desarrollo tecnológico desenfrenado en la medicina ha creado una confusión acerca de la necesidad y pertinencia de realizar estudios diagnósticos con tecnologías avanzadas como las ultrasonografías magnéticas o el PET digital, un rastreador capaz de detectar lesiones milimétricas en cualquier región del cuerpo humano.

El término VOMIT (Victims of Modern Imaging Technology) es el acrónimo que se ha acuñado para reconocer los daños que genera actualmente la intervención tecnológica en la práctica médica. El PET digital ha multiplicado los casos de VOMIT. Un claro ejemplo de ello es el siguiente caso:

Una mujer de setenta y seis años en perfecto estado de salud acude a su médico de cabecera por molestias abdominales vagas y este 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).

La dependencia a la tecnología que caracteriza nuestra cultura tiene un impacto potente en la práctica médica. Desgraciadamente el abuso de la tecnología no ha beneficiado la salud de los pacientes, sino que ha favorecido la

iatrogenia y encarecido la asistencia sanitaria. Los resultados de los beneficios obtenidos por las intervenciones de tecnología avanzada en la práctica clínica son, al menos, cuestionables. Por lo que parece que la motivación de su amplio uso reside más bien en cuestiones económicas. El uso excesivo de métodos de diagnóstico que involucran alta tecnología ha conducido a la aparición de falsos enfermos, es decir, al sobrediagnóstico. El sobrediagnóstico conlleva un tratamiento por medio de medicamentos. De esta manera se mantiene un ciclo económico bastante estable. La medicalización de individuos con base en los resultados que arrojan los análisis hechos por medio de ultrasonografías, resonancias magnéticas y rastreadores como el PET digital, ha sido una fuente inagotable de derroche de recursos sanitarios en beneficio de la industria y los médicos involucrados y en perjuicio de los pacientes, como vimos en el caso citado.

Desde luego que no se trata de condenar la intervención de la industria en la medicina por sus abusos y de minimizar sus beneficios. Una de las lecciones que señalamos en el apartado anterior fue que debemos ser prudentes tanto en nuestro nihilismo como en nuestro optimismo con respecto de la medicina actual. Sin duda, es importante también reconocer que la industria ha sido un actor esencial para el progreso médico. La industria ha hecho posible trasladar los descubrimientos de la investigación médica a la práctica clínica. Ha invertido en investigaciones que resultan en el diseño de fármacos con gran potencial. Nos ha dotado de dispositivos que nos permiten monitorizar los signos vitales de los pacientes. Gracias a los aportes de la industria también contamos con un aparataje radiológico que nos permite identificar con alta resolución lesiones en órganos internos del cuerpo humano. Tampoco podemos olvidar el apoyo de la industria en la producción de instrumentos quirúrgicos, materiales estériles, vacunas, etc., que son esenciales para llevar de manera exitosa una serie de medidas sanitarias básicas. Lo que intentamos hacer al exponer los problemas que genera la industria en la práctica médica es exponer con claridad cómo sus intereses mercantiles en el complejo contexto cultural actual afectan a los pacientes.

La intervención de la tecnología en la práctica clínica es una nueva fuente de recelos y sospecha hacia la medicina. El sobrediagnóstico, el abuso de la alta tecnología en los diagnósticos, la medicalización, los incentivos económicos de la industria médica, son consideraciones que justifican una actitud de desconfianza hacia la medicina contemporánea. De acuerdo con la clasificación hecha en este capítulo, el nihilismo robusto particular sería la postura más

adecuada. El nihilismo robusto particular señala que al menos algún aspecto de la medicina actual es más dañino que benéfico. El impacto que tiene en la práctica médica el sistema económico propio de nuestra sociedad tecnológica genera actualmente más daño que benéfico para los pacientes.

## **Conclusiones: nihilismo médico y medicina suave**

En este capítulo hemos defendido que no existen buenas razones para suscribir versiones agrias del nihilismo médico que socaven nuestra confianza tanto en el valor de la investigación biomédica como en el de la práctica clínica contemporáneas. No obstante, también hemos defendido que versiones menos poderosas del nihilismo pueden estar justificadas. Pensamos que estas dos tesis se deben a un principio más general: no debemos ser ni exageradamente optimistas ni pesimistas. Aunque en el pasado remoto la medicina transitaba por algunos caminos incorrectos, la medicina ha progresado gradualmente hasta la situación en la que se encuentra en la actualidad. Dicha situación, más que inclinarse hacia el nihilismo, se inclina hacia una valoración positiva moderada de las ciencias de la salud.

El nihilismo robusto particular hacia el uso de la tecnología en la práctica médica nos invita a mitigar nuestro optimismo con respecto a la medicina actual y a ser prudentes respecto a las solicitudes de pruebas y análisis para el diagnóstico. La “alta tecnología no debería pensarse como una descripción de lo que se puede hacer sino como una ayuda para alcanzar ciertos objetivos bajo condiciones claramente definidas” (Sitges-Serra, 2020: 82). Pero no debemos ser demasiado pesimistas, como sugiere la posición del nihilismo débil contemporáneo universal. Tanto la MBE como la intervención de la tecnología en la práctica médica tienen grandes ventajas que habría que encauzar al beneficio de la salud del paciente y alejarlas de los fines del mercado.

En este sentido, creemos que conviene hacer una serie de cambios tanto a nivel institucional como en la práctica rutinaria con el fin de mitigar los problemas de la medicina actual con miras a lo que Stegenga llama “medicina suave” (Stegenga, 2021). En relación con la práctica clínica, los médicos podrían ser menos invasivos y las exigencias de los pacientes deberían de moderarse. Como señala el médico William Osler, “uno de los primeros deberes del facultativo es educar a las masas para que no tomen medicinas” (Stegenga,

2021: 117). Cuando sea posible, el tratamiento médico debe ser menos agresivo y más suave. Eso no significa que sea más fácil. Aunque reconozcamos que hacer ejercicio con regularidad y llevar una dieta más sana son factores más eficaces que muchos medicamentos para una amplia variedad de enfermedades, tales hábitos no son fáciles de adquirir. Sin embargo, deberían de promoverse.

También habría que priorizar los elementos básicos del cuidado médico antes que promover estudios y prácticas invasivas que son posibles gracias a los avances tecnológicos. La higiene, las vacunas, los antibióticos, las cirugías simples y las medidas básicas de autocuidado y autocuración siguen teniendo más beneficios que daños en los pacientes. En este sentido, el nihilismo médico moderado particular y robusto particular son posturas pertinentes porque nos permiten cuestionar la práctica médica con el objetivo de promover los aspectos que benefician a los pacientes y descartar aquellos que generan más daños que beneficios a su salud.

## Financiación

Este texto forma parte del proyecto “Autoridad y confianza en la ciencia” (PIF24-1), financiado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

## Referencias

- Angell, M. (2004). *The Truth About the Drug Companies: How they Deceive us and What to Do about It*. New York: Random House.
- Broadbent, A. (2019). *Philosophy of Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Dodds, S. (2008). “Inclusion and exclusion in women’s access to health and medicine”. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 1(2): 58-79.
- Dresser, R. (1992). “Wanted: single, white male for medical research”. *The Hastings Center Report* 22(1): 24-29.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). “Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine”. *JAMA* 268(17): 2420-2425.

- Gensollen, M. y Jiménez-Rolland, M. (2018). “La ciencia como un punto de vista: algunos desafíos a la objetividad científica”. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía* 75: 43-57.
- Gensollen, M. (2021). “Epistemología aplicada a la medicina: El nihilismo médico”. *Folia Humanística* 2(5): 1-18.
- Hitt, J. (9 de diciembre de 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.
- Huang, H. y Coker, A. (2010). “Examining issues affecting african-american participation in research studies”. *Journal of Black Studies* 40(4): 619-636.
- Inhorn, M. y Whittle, L. (2001). “Feminism meets the ‘new’ epidemiologies: towards an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health”. *Social Science & Medicine* 53: 553-567.
- Ioannidis, J. (2005). “Why most published research findings are false”. *PLoS Medicine* 2(8): 696-701.
- La Caze, A. (2011). “The role of basic science in Evidence-Based Medicine”. *Biology and Philosophy* 26(1): 81-98.
- Le Fanu, J. (1999). *The Rise and Fall of Modern Medicine*. New York: Carroll and Graf.
- Lexchin, J. (2012a). “Those who have the gold make the evidence: how the pharmaceutical industry biases the outcomes of clinical trials of medications”. *Sci Eng Ethics* 18: 247-261.
- Lexchin, J. (2012b). “Sponsorship bias in clinical research”. *Int J Risk Saf Med* 24(4): 233-242.
- McIntyre, L. (2019). *The Scientific Attitude: Defending Science from Denial, Fraud, and Pseudoscience*. Cambridge: MIT Press.
- Niiniluoto, I. (1993). “The aim and structure of applied research”. *Erkenntnis* 38: 1-21.
- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit of Mankind: A Medical History of Humanity*. New York: Norton.
- Reiss, J. y Ankeny, R. (2016). “Philosophy of Medicine”. In E. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, URL: <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/medicine/>>.

- Reiss, J. y Kitcher, P. (2009). “Biomedical Research, Neglected Diseases, and Well-Ordered Science”. *Theoria. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science* 66: 263-282.
- Russo, F. y Williamson, J. (2007). “Interpreting causality in the health sciences”. *International Studies in the Philosophy of Science*, 21(2): 157-170.
- Rutkow, I. (2010). *Seeking the Cure: A History of Medicine in America*. New York: Scriber.
- Simon, H. (1969). *The Sciences of the Artificial*. Cambridge: MIT Press.
- Solomon, M. (2015). *Making Medical Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.
- Steel, D. (2008). *Across the Boundaries: Extrapolation in Biology and Social Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Stegenga, J. (2018a). *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Stegenga, J. (2018b). *Medical Nihilism*. New York: Oxford University Press.
- Stegenga, J. (julio de 2021). “La medicina suave podría transformar radicalmente la práctica médica”. *Revista de la Universidad de México*: 116-119. URL: <<https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/634b4e4a-35c5-41d2-8759-256365829b1d/la-medicina-suave-podria-transformar-radicalmente-la-practica-medica>>.
- Sitges-Serra, A. (2020). *Si puede, no vaya al médico*. Barcelona: Debate-Libros del Zorzal.
- Thomas, L. (1983). *The Youngest Science: Notes of a Medicine Watcher*. New York: Viking.
- Wootton, D. (2006). *Bad Medicine: Doctors Doing Harm Since Hippocrates*. New York: Oxford University Press.
- Worrall, J. (2007a). “Evidence in medicine and Evidence-Based Medicine”. *Philosophy Compass* 2(6): 981-1022.
- Worrall, J. (2007b). “Why there’s no cause to randomize”. *British Journal for Philosophy of Science* 58(3): 451-488.
- Worrall, J. (2002). “What evidence in Evidence-Based Medicine”. *Philosophy of Science* 69(S3): S316-330.

