



## SUMARIO

---

PÁGINA

### TEMA DEL DÍA

#### EPISTEMOLOGÍA APLICADA A LA MEDICINA: EL NIHILISMO MÉDICO

- MARIO GENSOLLEN MENDOZA ..... 1

### PENSAMIENTO ACTUAL

#### LA CIENCIA CUESTIONA EL LUGAR DEL *HOMO SAPIENS* EN NUESTRA VISIÓN DEL UNIVERSO.

- PERE PUIGDOMÈNECH ..... 19

#### BREVES REFLEXIONES SOBRE LA CUESTIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

- RICARDO T. RICCI ..... 37

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

#### ¿CÓMO Y POR QUÉ SE LEE LA MÚSICA?

- ESTEVE MOLERO ..... 46



Fundació  
Letamendi-Forns

REVISTA

*FOLIA HUMANÍSTICA*

---

---

**Co-directores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Francesc Borrell (UB)

**Jefa de Redacción**

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

**Consejo científico**

Juan Carlos Hernández Clemente  
Juan Medrano Albéniz  
Vicente Morales Hidalgo

**Correspondencia**

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-  
li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-<br/>li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/)

**Información editorial**

*Folia Humanística* publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

**Distribución**

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

---

***Folia Humanística*** es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

***Folia Humanística*** is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

## EPISTEMOLOGIA APLICADA A LA MEDICINA: EL NIHILISMO MÉDICO<sup>1</sup>

**Mario Gensollen Mendoza**

**Resumen:** La práctica médica, en diversas ocasiones a lo largo de la historia, hizo mucho daño a la humanidad. Esto ha generado varias formas de desconfianza hacia la medicina que se conocen como “nihilismo médico”. Mi propósito es examinar diversas versiones de esta tesis con el objetivo de defender que, aunque algunos nihilismos médicos son razonables, una posición nihilista mucho más robusta resulta problemática. Para ello, comienzo distinguiendo una amplia variedad de posibles posiciones nihilistas. A continuación, aíslas aquellas que, por diversas razones, resultan tanto contenciosas como interesantes desde un punto de vista filosófico. En un momento posterior, presento y evalúo varias críticas comunes que se han realizado a un aspecto de la medicina actual, que involucra tanto consideraciones metodológicas de la investigación biomédica contemporánea, como implicaciones epistemológicas de su práctica institucionalizada. Concluyo extrayendo algunas lecciones de dicha evaluación.

**Palabras clave:** *investigación biomédica / filosofía de la medicina / escepticismo / medicina basada en la evidencia / práctica clínica.*

**Abstract:** *EPISTEMOLOGY APPLIED TO MEDICINE: MEDICAL NIHILISM*

*On several occasions medical practice throughout history did much harm to humanity. This gave rise to many forms of mistrust of medicine, known as “medical nihilism”. My aim is to examine some versions of this thesis and argue that while some medical nihilisms are reasonable, a more robust nihilistic position is problematic. In order to accomplish this, I begin by distinguishing a wide variety of possible nihilistic positions. Next, I isolate those that, for various reasons, are both contentious and interesting from a philosophical point of view. At a later point, I present and assess several common criticisms that have been leveled against an aspect of contemporary medicine, which involves both methodological considerations of recent biomedical research and epistemological implications of its institutionalized practice. I conclude by drawing some lessons from this evaluation.*

**Key words:** *biomedical research / philosophy of medicine / skepticism / evidence-based medicine / clinical practice.*

**Artículo recibido:** 15 enero 2021; **aceptado:** 15 abril 2021.

### I. INTRODUCCIÓN

La medicina siempre ha generado recelos y sospechas en las sociedades. Esto no debería sorprendernos, pues los tratamientos e intervenciones médicas

---

<sup>1</sup> Este artículo es un producto de investigación del proyecto “Ciencia y democracia” (PIF20-22) financiado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes (México). Tanto en su forma como en su contenido me han sido de enorme utilidad las críticas y comentarios de Marc Jiménez-Rolland.

premodernas representan hoy un pasado oscuro en el que los médicos, lejos de curar a sus pacientes, muchas veces les ocasionaban daño. Esta historia se remonta a Hipócrates y alcanza, al menos, a la primera mitad del siglo diecinueve. Durante siglos, la principal terapia usada por los médicos fue la sangría —*i.e.*, un procedimiento que consistía en extraer sangre abriendo una vena del brazo con una lanceta, o mediante el uso de ventosas o sanguijuelas—, lo que debilitaba a los pacientes en el mejor de los casos; y, en el peor, los mataba (Wootton, 2006: 2). Las sangrías eran utilizadas por Galeno incluso para tratar el sangrado. Todo dependía de saber dónde y cuándo hacerlo, así como de la cantidad de sangre que se debía extraer (Porter, 1999: 76). Además de las sangrías eran comunes las trepanaciones en el cráneo, la ingesta de mercurio, la aplicación de estiércol animal y demás remedios que hoy juzgaríamos como bárbaros (McIntyre, 2019: 117). La medicina no se hizo menos peligrosa a lo largo de los siglos. En los hospitales decimonónicos morían infinidad de mujeres durante el parto, debido a que los médicos propagaban infecciones de una madre a otra mediante sus antihigiénicas manos. Resulta cuando menos paradójico que, durante los siglos anteriores, las madres y sus hijos tuvieran más seguridad en las manos de las parteras capacitadas de manera informal. Los historiadores de la medicina rara vez capturan sus claroscuros, pues evitan lo que consideran evaluaciones anacrónicas (Wootton, 2006: 2). Pero la verdad es innegable: la práctica médica hizo mucho daño a la humanidad durante mucho tiempo. Esta actitud de desconfianza ante la práctica médica ha sido denominada “nihilismo terapéutico”.

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) y que muy pocos medicamentos en la actualidad son benéficos (Angell, 2004). Estas críticas han motivado posturas nihilistas con respecto a la medicina: aquellas que consideran que esta carece de valor y que suelen venir acompañadas de actitudes negativas con respecto a la investigación biomédica y práctica clínica.

Mi objetivo en este artículo es someter a escrutinio diversas versiones del nihilismo médico. En un primer momento realizaré algunas distinciones —a partir de consideraciones tanto históricas, como de grado y alcance— que permitirán distinguir una amplia diversidad de posibles posiciones nihilistas. Dejaré 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. Aislaré solo tres que son tanto contenciosas como interesantes desde un punto de vista filosófico. En un segundo momento atenderé 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. Evaluaré dichas críticas y extraeré algunas lecciones de dicha evaluación. Defenderé que, pese a que algunos nihilismos médicos contenciosos podrían disponer de buenas razones en su favor, una posición nihilista mucho más robusta es cuestionable.

## **II. NIHILISMOS MÉDICOS**

En un sentido muy general, el nihilismo médico sostiene que hay algo que va muy mal con la medicina. Esta tesis admite grados: o que la medicina es menos benéfica de lo que se piensa, o que no es benéfica, o que es dañina. No es un mero escepticismo acerca de si la medicina es o no útil. El nihilismo médico no concluye con una duda, sino con una afirmación: la medicina carece de valor. De manera adicional, el nihilismo médico no es mero escepticismo, dado que no está a la espera de una nueva evidencia o información para formar una creencia y tomar una decisión.

La decisión ya está tomada y la creencia ya está formada en la mente del nihilista. Esta tesis, además, suele venir acompañada de respuestas emocionales negativas como la desilusión, la desesperación y el desaliento (Broadbent, 2019: 157).

Una razón para adoptar una posición nihilista tiene que ver con la naturaleza misma de la medicina: ¿es una *ciencia* o es un *arte*?, ¿es una *ciencia* o es una *profesión*? Si partimos de las distinciones de H. Simon (1969) y I. Niiniluoto (1993), diríamos que la medicina es una *ciencia de diseño*: está más abocada a transformar la realidad que a describirla. Sus objetivos pueden ser tanto el mantenimiento de la salud como la cura de la enfermedad. O bien, podemos distinguir entre la *investigación médica* y la *práctica terapéutica*. A partir de esta distinción, podría considerarse natural el habitual retraso de la práctica con respecto a la investigación y el conocimiento médico: no siempre es fácil, o viable o posible traducir el conocimiento disponible en una práctica más eficaz y benéfica. También es comprensible que este retraso pueda generar sospechas y conducir al nihilismo (Broadbent, 2019: 158). R. Porter, en su extraordinaria y exhaustiva historia de la medicina, relata que estos retrasos ocuparon la mente de algunos médicos decimonónicos europeos y americanos, y los llevaron a sostener un *nihilismo terapéutico*. En sus 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 vienés 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>2</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

---

<sup>2</sup> Todas las traducciones de las citas textuales en inglés son propias.

en el siglo diecinueve y férreo crítico de la homeopatía—, a quien R. 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).

Así, todavía en el siglo XIX persistía una preocupación manifiesta con respecto a los tratamientos médicos. B. Rush, por ejemplo, defendía aún las sangrías como una medida terapéutica adecuada, al punto de que murió a causa de una a la que se sometió tratando de combatir el tifus (Rutkow, 2010: 19-44). En sus memorias, L. Thomas, mientras recuerda a su padre, compara la medicina del siglo veinte con aquella que se enseñaba y practicaba en el diecinueve; la que condujo a muchas personas a suscribir de manera comprensible el nihilismo terapéutico. Resulta ilustrativo citarlo en extenso:

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. Esta 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: 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. 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).

Pero el *nihilismo médico* no solo es terapéutico. La inquietud que ha generado la medicina no solo se refiere al posible daño que puedan causar sus intervenciones. Para obtener mayor claridad sobre su alcance se requieren diversas distinciones. Broadbent (2019: 160-163) ofrece las siguientes: nihilismo *curativo*, nihilismo *terapéutico*, nihilismo *universal*, nihilismo *histórico*, nihilismo *Whig*,<sup>3</sup> nihilismo *contemporáneo*, nihilismo *débil*, nihilismo *moderado* y nihilismo *robusto*. Los primeros dos atienden a fallos con respecto a distintas métricas de evaluación. Así, el *nihilismo curativo* sostendría el fallo de la medicina para curar, y el *nihilismo terapéutico* el fallo de la medicina para ofrecer intervenciones efectivas en un sentido más general. Si la métrica de evaluación es la cura completa, el *nihilismo curativo* llevaría al *nihilismo médico*; si la métrica es la intervención efectiva, el *nihilismo terapéutico* conduciría al *nihilismo médico*. En sentido opuesto, si la medicina puede considerarse exitosa, incluso si no ofrece intervenciones efectivas, ni el *nihilismo curativo* ni el *terapéutico* llevarían al *nihilismo médico*, y se requerirían más argumentos en su favor. El *nihilismo universal* sin cualificaciones es la posición nihilista más extrema: afirma que todos los aspectos de la medicina carecen de valor y que la medicina falla en alcanzar cualquiera de sus metas. Este tipo de nihilismo —piensa A. Broadbent (2019: 160)— no ha sido sostenido por ninguno de los críticos de la medicina, incluso por sus acérrimos rivales. El *nihilismo histórico*, por su parte, puede ser o *Whig* o *contemporáneo*. El *Whig* dirige sus críticas a la medicina del pasado —en el caso de Wootton (2006), a la medicina anterior a la medicina basada en la evidencia (MBE, en adelante)—. El *nihilismo contemporáneo* —e.g., el de Stegenga (2018b)— considera, por el contrario, que lo que va mal es la medicina contemporánea, y salva de sus críticas solo a unas cuantas intervenciones médicas del pasado reciente. Ahora bien, todos los nihilismos anteriores pueden darse en distintos grados, como señalé al inicio

<sup>3</sup> Denominado así por Broadbent (2019: 161) en referencia al partido político británico que se opuso al poder real durante la Restauración.

de la sección: el *nihilismo débil* considera que la medicina es menos benéfica de lo que se piensa; el *nihilismo moderado*, que no es benéfica en lo absoluto; y, el *nihilismo robusto*, que causa más daños que beneficios. Realizadas estas distinciones, pueden establecerse múltiples combinaciones. Dado que resultaría engañoso no atender a consideraciones tanto históricas como de grado. Y dado que la efectividad de las intervenciones médicas no es el único aspecto que podemos evaluar de la medicina (aunque sí quizá el más importante), el *nihilismo médico* general puede dividirse en al menos 12 posiciones 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 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>4</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*, etcétera.), dado que la medicina tiene muchos más aspectos que las intervenciones médicas (Stegenga, 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

---

<sup>4</sup> 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.

segundo lugar, y por razones similares, queda fuera de la discusión (4): 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 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 pretendo realizar en este momento. En quinto lugar, (11 y 12) son el tipo de posiciones que A. 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 me gustaría concentrarme en un aspecto de la medicina actual que ha sido el blanco de críticas nihilistas: el metodológico. Para hacerlo, primero presentaré las críticas más comunes que se han realizado contra este aspecto. En un momento posterior las evaluaré y, por último, ponderaré a qué tipo de nihilismo específico podrían apoyar. Extraeré de esto algunas lecciones que pueden moderar los juicios y actitudes nihilistas contra la medicina actual.

### III. NIHILISMO METODOLÓGICO

En la actualidad, ciertos sectores de la comunidad científica y humanística rezuman optimismo con respecto a la nueva medicina. Este optimismo se puede presentar incluso en seis versiones modificadas de posiciones nihilistas: todas aquellas que consideran que la medicina iba mal en el pasado, pero que también

afirman que en el presente ha dejado por fin atrás las penumbras de su atroz historia. Algunos nihilismos *Whig*, como los denomina A. Broadbent, tienen una agenda determinada: piensan que la nueva medicina, aunque sus defensores la consideren un nuevo *paradigma* en las ciencias de la salud, aun no se ha establecido de manera sólida y esto debe cambiar. Desde un punto de vista metodológico, parecen señalar que las ciencias de la salud en la actualidad siguen contaminadas por maneras de hacer medicina que deberíamos abandonar. Un promotor de esta perspectiva es un *nihilista Whig robusto particular*<sup>5</sup>. El historiador D. Wootton (2006) considera que en el pasado la medicina hizo más daño que bien con sus intervenciones (concentrándose en el aspecto *terapéutico* de la medicina). En este punto cabe hacer una aclaración: el *nihilismo Whig robusto particular* es una posición probablemente verdadera. No obstante, la posición de D. Wootton no se contenta con señalar los errores médicos del pasado, sino que afirma su éxito presente. Así, no solo es un nihilista que defiende una posición histórica sensata. Su argumento depende de tres premisas: (i) que en el pasado la medicina hizo más daño que bien con sus intervenciones, (ii) que en el presente la medicina hace más bien que daño con sus intervenciones, y (iii) que el éxito presente de la medicina se debe al surgimiento de la MBE. Aunque (i) es una premisa que basta para sostener un *nihilismo Whig robusto particular*, Wootton se equivoca al trazar una línea muy gruesa entre un pasado dañino y un presente benéfico (ii-iii). Sin embargo, no deberíamos ser tan severos al juzgar el pasado de la medicina, y también deberíamos mitigar nuestro optimismo con respecto a la medicina actual. Esto quedará más claro si señalamos las críticas más comunes que se han realizado contra la MBE y extraemos algunas lecciones valiosas de nuestro prometedor presente. Además de mitigar el contraste entre la medicina del pasado y la actual, que enfatiza el *nihilismo Whig robusto particular* de Wootton, esas críticas son la base para sostener otras versiones nihilistas contemporáneas moderadas y robustas particulares.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> 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*.

<sup>6</sup> E.g., Stegenga (2018b) afirma que la presunta evidencia en favor de las intervenciones médicas es el

En 1992, D. Sackett, junto a otros epidemiólogos canadienses de la McMaster University de Ontario, publicó el primer manifiesto de la MBE. En este se afirmaba que había surgido un nuevo paradigma para la práctica médica, uno que hacía menos hincapié en la intuición, en la experiencia clínica no sistemática y en el razonamiento fisiopatológico, y que consideraba que las decisiones clínicas debían fundamentarse en las pruebas de la investigación (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992: 2420). Sus pretensiones encontraron un fuerte eco. En 2001, J. Hitt considero a la MBE una de las ideas del año en *The New York Times*, puesto que se basaba en evidencia rigurosa resultado de la investigación, y ya no en el simple folclor. Uno de los puntos centrales de la MBE es metodológico: las decisiones clínicas ya no deberían basarse en la comprensión de las causas subyacentes (o *mecanismos*) de la salud y la enfermedad, ni en los pronunciamientos autorizados de expertos clínicos; para establecer que una intervención médica dará un resultado efectivo, y tomar una decisión clínica en concordancia, deberíamos poder observar los efectos de una intervención directamente (Howick, 2011: 3-4). La manera común de hacer esto último es mediante la comparación de grupos de personas que reciben el tratamiento con personas que no lo hacen. Esta metodología es la base de los actuales ensayos clínicos aleatorizados (ECAs, en adelante). De manera adicional, la MBE considera que resulta necesario establecer jerarquías de evidencia estrictas para orientar la toma de decisiones clínicas. Así, mientras que los ECAs (los meta-análisis y las revisiones sistemáticas de ECAs) están en la cima de la pirámide evidencial, los estudios observacionales (EOs) tienen menor peso, y la MBE no da peso evidencial, más allá de su relevancia estadística, ni al razonamiento fisiopatológico o mecanicista, ni al juicio (individual o colectivo) de los expertos. Estos supuestos en los que se funda

---

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.

la MBE son de corte epistemológico y son los que han sido sometidos a las principales críticas. Las siguientes son las que considero 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 confusores, 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 de evidencias estadísticas como de 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, muchas veces resulta necesario —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 correcta.

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 D. Wootton trazaba entre la medicina del pasado y la actual. Con respecto a la primera, coincido con J. 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 D. Wootton (2006) es de hecho histórico, esta es una muy mala noticia para él: lo lleva a representar injustamente la historia de la medicina.

## CONCLUSIONES

En este artículo he 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 he defendido que versiones menos poderosas del nihilismo pueden estar justificadas. Pienso 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, pienso, más que inclinarse hacia el nihilismo, se inclina hacia una valoración positiva moderada de las ciencias de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Angell, M. (2004). *The Truth About the Drug Companies: How they Deceive us and What to Do about It*, New York: Random House, ISBN: 0375508465.
- Broadbent, A. (2019). *Philosophy of Medicine*, New York: Oxford University Press, ISBN: 9780190612139.
- Dodds, S. (2008). "Inclusion and exclusion in women's access to health and medicine". *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 1(2), pp. 58-79. DOI: 10.1353/ijf.0.0036.
- Dresser, R. (1992). "Wanted: single, white male for medical research". *The Hastings Center Report*, 22(1), pp. 24-29. DOI: 10.2307/3562720.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). "Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine". *JAMA*, 268(17), pp. 2420-2425. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- 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, pp. 43-57. DOI: 10.6018/daimon/336151.
- Hitt, J. (9 de diciembre de 2001). "The year in ideas: A to Z; Evidence-Based Medicine", *The New York Times*, p. 68.
- Howick, J. (2011). *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*, Oxford: Wiley-Blackwell, ISBN: 9781405196673.
- Huang, H. y Coker, A. (2010). "Examining issues affecting african-american participation in research studies". *Journal of Black Studies*, 40(4), pp. 619-636. DOI: 10.1177/0021934708317749.
- 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, pp. 553-567. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00360-9.
- Ioannidis, J. (2005). "Why most published research findings are false". *PLoS Medicine*, 2(8), pp. 696-701. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020124.
- La Caze, A. (2011). "The role of basic science in Evidence-Based Medicine". *Biology and Philosophy*, 26(1), pp. 81-98. DOI: 10.1007/s10539-010-9231-5.
- Le Fanu, J. (1999). *The Rise and Fall of Modern Medicine*, New York: Carroll and Graf, ISBN: 9780316648363.

- 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, pp. 247-261. DOI: 10.1007/s11948-011-9265-3
- (2012b). "Sponsorship bias in clinical research". *Int J Risk Saf Med*, 24(4), pp. 233-242. DOI: 10.3233/JRS-2012-0574
- McIntyre, L. (2019). *The Scientific Attitude: Defending Science from Denial, Fraud, and Pseudoscience*, Cambridge: MIT Press, ISBN: 9780262039833.
- Niiniluoto, I. (1993). "The aim and structure of applied research". *Erkenntnis*, 38, pp. 1-21. DOI: 10.1007/BF01129020.
- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit of Mankind: A Medical History of Humanity*, New York: Norton, ISBN: 0393046346.
- Reiss, J. y Ankeny, R. (2016). "Philosophy of Medicine". In Zalta, E. (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, pp. 263-282. DOI: 10.1387/theoria.696
- Russo, F. y Williamson, J. (2007). "Interpreting causality in the health sciences". *International Studies in the Philosophy of Science*, 21(2), pp. 157-170. DOI: 10.1080/02698590701498084.
- Rutkow, I. (2010). *Seeking the Cure: A History of Medicine in America*, New York: Scriber, ISBN: 9781416538288.
- Simon, H. (1969). *The Sciences of the Artificial*, Cambridge: MIT Press, ISBN: 9780262193740.
- Solomon, M. (2015). *Making Medical Knowledge*, Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780198732617.
- Steel, D. (2008). *Across the Boundaries: Extrapolation in Biology and Social Science*, Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780195331448.
- Stegenga, J. (2018a). *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*, Chicago: The University of Chicago Press, ISBN-13: 9780226595030.
- (2018b). *Medical Nihilism*, New York: Oxford University Press, ISBN-13: 9780198747048.
- Thomas, L. (1983). *The Youngest Science: Notes of a Medicine Watcher*, New York: Viking, ISBN-13: 9780553340662.
- Wootton, D. (2006). *Bad Medicine: Doctors Doing Harm Since Hippocrates*, New York, Oxford University Press, ISBN-13: 9780192803559.
- Worrall, J. (2007a). "Evidence in medicine and Evidence-Based Medicine". *Philosophy Compass*, 2(6), pp. 981-1022. DOI: 10.1111/j.1747-9991.2007.00106.x.
- (2007b). "Why there's no cause to randomize". *British Journal for Philosophy of Science*, 58(3), pp. 451-488. DOI: 10.1093/bjps/axm024.

— (2002). “What evidence in Evidence-Based Medicine”. *Philosophy of Science*, 69(S3), pp. S316-330. DOI: 10.1086/341855.

### **Mario Gensollen Mendoza**

Departamento de Filosofía.

Universidad Autónoma de Aguascalientes. México

[mgenso@gmail.com](mailto:mgenso@gmail.com)

### **Cómo citar este artículo:**

Gensolleny, M., “Epistemología aplicada a la Medicina: el nihilismo médico”, *Folia Humanística*, 2021; 5 (2):1-18. Doi: <http://doi.org/10.30860/0077>

© 2021 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.