

Introducción de los editores

Mario Gensollen, Alejandro Mosqueda y Alger Sans Pinillos¹

Desde siempre las personas inteligentes han observado que la felicidad es como la salud: cuando la tienes, no lo sabes. Pero, cuando pasan los años, cómo recuerdas la felicidad, ¡ah, cómo la recuerdas!

Mijaíl Bulgákov, “Morfina”.

¹ El orden de los editores es estrictamente alfabético.

La filosofía y la medicina

Todos hemos padecido alguna enfermedad o la padeceremos en algún momento de nuestra vida. Nuestra salud se verá menguada. Acudiremos a algún hospital y nos atenderá algún médico y otros profesionales de la salud. Seremos sometidos, con mucha probabilidad, a alguna cirugía, aunque sea menor. Tomaremos medicamentos. Dado que la salud y la enfermedad ocupan un lugar central en la vida humana, no resulta extraño que desde hace siglos hayamos reflexionado sobre ellas. Pero las reflexiones no siempre han sido las mismas ni sobre las mismas cuestiones. El contexto histórico resulta determinante: nuestras concepciones sobre la salud, la enfermedad y la medicina, han cambiado de manera radical a través del tiempo.

La medicina, entendida como arte de curar, es una práctica humana antiquísima: ha sido la manera mediante la cual, entre otras cosas, hemos tratado de hacer frente a las enfermedades que aquejan a nuestra especie. Los antiguos médicos hacían lo mejor que podían con las herramientas –tanto teóricas como prácticas– de las que disponían. La historia de la medicina premoderna escandalizaría a los lectores contemporáneos (*e.g.*, González Crussí, 2012): sangrías, trepanaciones craneales, administración de mercurio, aplicación de estiércol, entre otras intervenciones que hoy nos sorprendería menos encontrar en una historia de la tortura que de la medicina. No resulta extraño que, desde una perspectiva histórica, en ocasiones se afirme que la medicina premoderna causó mucho más daño que beneficio a la humanidad (Wootton, 2006). Esta situación comenzó a cambiar hasta pasada la mitad del siglo XIX: a nivel teórico, con la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, y, a nivel práctico, con la introducción de las técnicas antisépticas (López Cerezo, 2008). A ello le siguieron un torrente de descubrimientos con exitosas aplicaciones prácticas. A nivel institucional los cambios también fueron revolucionarios: se empezó a enseñar medicina en las universidades, se expidieron licencias médicas, se creó todo un andamiaje de instituciones que permitieron estabilizar y sistematizar el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad (Starr, 1982).

En la actualidad, principalmente en Occidente, se ha consolidado un marco teórico general para la mayor parte del trabajo en ciencias y tecnologías sanitarias realizado en entornos académicos y gubernamentales: la biomedicina. Como señala Valles (2020), la biomedicina no sólo indica lo que manifiesta el término: el cruce entre dos disciplinas, la biología y la medicina, sino un

marco teórico y práctico, una serie de compromisos filosóficos y un conjunto de instituciones culturales (económicas, políticas, sociales, morales, etc.) que repercuten en la investigación científica, en la práctica clínica, en la infraestructura sanitaria, en la política pública, en la estructura básica de nuestras sociedades y en distintas instituciones globales.

A la medicina, por tanto, hay que estudiarla al menos desde tres perspectivas que, con límites difusos, interactúan de diversas maneras: la investigación biomédica, la práctica clínica y la institucional. Veamos algunos ejemplos. Hoy la práctica médica no es sólo una actividad cuyo fundamento epistémico sea en exclusiva la experiencia y la pericia de los médicos. Ahora disponemos de conocimientos para las intervenciones médicas cuyo fundamento principal es la bioestadística. La medicina es hoy una práctica fuertemente informada por la ciencia y regulada tanto gubernamentalmente como a partir de la comunidad científica. Los avances en la investigación biomédica influyen, muchas veces con un retraso justificado por las regulaciones, tanto en la práctica clínica como en las instituciones médicas. La práctica clínica muchas veces suministra insumos a la investigación, a la vez que conduce a refinamientos de nuestras instituciones. Por último, las instituciones médicas restringen a la práctica clínica y a la investigación biomédica. Todo este entramado de interacciones hace que la reflexión filosófica sobre la medicina tenga tintes completamente novedosos en la actualidad.

Así, mientras las reflexiones filosóficas premodernas sobre la medicina se centraron sobre todo en desentrañar la naturaleza de la enfermedad y la salud, y en hacer críticas a la práctica médica de su momento, en la actualidad surgen muchas otras cuestiones, tanto generales como específicas, que llaman la atención de la filosofía. Tres disciplinas resultan, a este respecto, de mucha relevancia: la filosofía de la medicina, la filosofía de la epidemiología social y la ética médica.

La filosofía de la medicina es un campo relativamente reciente, en profundo desarrollo, de actualidad y relevancia. Quienes se dedican a la filosofía de la ciencia suelen realizar una distinción entre la *filosofía de la ciencia general* y la *filosofía de las ciencias especiales*. Mientras la filosofía de la ciencia general atiende a problemas que son comunes a las distintas ciencias –e.g., a la naturaleza de la explicación científica, al debate entre los realismos y anti-realismos científicos, al cambio científico, etc.–, las filosofías de las ciencias especiales trabajan problemas que son propios de ciencias específicas. Estos

últimos se caracterizan por ser problemas que dependen tanto de consideraciones filosóficas como de hechos empíricos, lo que los hace tan interesantes (Okasha, 2016: 89). Suele considerarse que la filosofía de la medicina explora cuestiones tanto *metafísicas* como *epistemológicas* de las ciencias de la salud.

De este modo, la actual filosofía de la medicina suele ocuparse de problemas como los siguientes: el análisis y definición de los conceptos de salud y enfermedad; la clarificación de algunas categorías de enfermedad controversiales –*e.g.*, la fibromialgia (Hazemeijer y Rasker, 2003) y el síndrome de fatiga crónica (Blease, Carel y Geraghty, 2016)–; la naturaleza de las teorías, causas y las explicaciones en las ciencias de la salud (Thompson, 2011); el estudio del uso de la probabilidad y la aleatoriedad en la investigación biomédica (Gillies, 2019); el análisis y evaluación del debate entre reduccionistas y holistas tanto en la investigación biomédica como en la práctica clínica (Beresford, 2010); el análisis epistemológico de las nuevas variedades de la medicina moderna (Howick, 2011; Thompson y Upshur, 2018: 170-181); la evaluación epistemológica del uso de modelos animales en la investigación biomédica (LaFollette y Shanks, 1997; Font y Kramer, 2017); el estudio y aplicación de la lógica al diagnóstico médico (Aliseda y Leonides, 2013); el análisis epistemológico del uso de la perspectiva de la primera persona en la investigación y práctica médicas –fenomenología, conocimiento narrativo y enfoques cualitativos–, entre muchísimos otros. Así, para quienes se dedican a la filosofía de la medicina, la discapacidad, el nacimiento, la muerte, el dolor, el dolor crónico, el sufrimiento, el efecto placebo, las enfermedades genéticas, el diagnóstico y sus categorías, los ensayos clínicos, la evidencia estadística, los estudios observacionales, los distintos métodos de investigación, los métodos clínicos, etc., son todos temas de interés filosófico. Pero, dado que muchas de estas cuestiones están imbricadas de otros tipos de normatividad (*e.g.*, moral o pragmática), no sólo son objeto de estudio por parte de epistemólogos y metafísicos. También suele hacerse una distinción demasiado robusta entre estas disciplinas y la filosofía de la epidemiología social. Quienes se dedican a ella exploran, a partir de la correlación positiva entre las desigualdades en salud y el estatus social de las personas enfermas, por ejemplo, el papel de la justicia social en la investigación médica y la intervención clínica, así como los factores sociales que influyen en la salud y en la enfermedad de las personas (Estany y Puyol, 2016; Dieterlen, 2015).

Sumado a lo anterior, aunque pocos profesionales de la salud consideran que la reflexión filosófica sobre sus actividades cotidianas deba ser una parte importante de su práctica o de la investigación biomédica, se comienza a reconocer que las humanidades en general podrían tener un papel potencialmente importante que desempeñar en las ciencias de la salud y en la práctica clínica. Alexander Bird (2011: 642), por ejemplo, sugiere que la filosofía puede situar a las actividades y a las afirmaciones que se realizan en la investigación biomédica y la práctica médica en un contexto crítico más amplio. La filosofía también puede cuestionar, exponer y examinar los fundamentos y los supuestos en los que se basan estas actividades. Por último, la filosofía puede aclarar cuestiones y desenredar confusiones que están presentes en algunos debates que parecen no poder resolverse de manera normal por los especialistas médicos y demás profesionales de la salud.

Por otro lado, tenemos a la ética médica. En el ejercicio de su profesión, los profesionales de la salud a menudo se enfrentan a problemas clínicos que van acompañados de problemas éticos para los cuales no existe una respuesta clara. La ética se ha ocupado históricamente de estudiar el esfuerzo de los seres humanos para guiar su conducta a partir de razones. ¿Cómo podría la ética ayudar en la resolución de problemas éticos que surgen en la práctica médica? Para responder a esta pregunta quisiéramos descartar tres ideas. La primera es la idea de que los filósofos, por el simple hecho de serlo, pueden ofrecer soluciones definitivas a cualquier problema moral práctico que surja en la medicina. La segunda es la idea de que basta con aconsejar a los médicos que estudien filosofía y que acudan a alguna teoría normativa en particular para resolver sus dificultades. Y, la tercera, es la idea de que la contribución de la ética consiste en elaborar un protocolo de conducta que indique el modo correcto de comportarse en cualquier situación con tintes morales que se presente en la práctica médica.

Estas tres ideas fracasan por la complejidad de los asuntos éticos involucrados en la práctica médica. En muchos casos no hay una solución definitiva, sino que se termina eligiendo el mejor curso de acción posible con base en las mejores razones disponibles. Y dada la particularidad de los casos, es muy probable que esa solución razonable no sea adecuada para un caso semejante. Incluso, en muchos casos difíciles no hay una manera única y enteramente confiable de resolver los desacuerdos. Por ejemplo, es posible que médicos conscientes y razonables no estén de acuerdo sobre las prioridades

morales en casos sobre si es correcto decirle la verdad a un paciente sobre su enfermedad terminal a pesar de su estado depresivo, o si se debe permitir a los menores de edad rechazar tratamientos de quimioterapia porque prefieren vivir sus últimos días sin someterse a tales tratamientos. En estos casos hay más de una opción razonable posible.

Las teorías normativas proporcionan reglas o principios que, de una manera general y abstracta, nos ayudan a reconocer lo que deberíamos de hacer. Sin embargo, aprender tales reglas o principios no basta para resolver problemas éticos prácticos. De hecho, la tarea de la ética práctica comienza cuando intentamos aplicar esas reglas o principios a situaciones particulares. Aprender de memoria el imperativo categórico o la regla utilitarista no sirve de nada si somos incapaces de evaluar su pertinencia en la situación que enfrentamos. Por ejemplo, sin más especificaciones, “no dañar a nadie”, “ayudar a la gente”, “dejar que la gente tome sus propias decisiones” o “ser justo” son puntos de partida demasiado generales para resolver los problemas morales que surgen en la práctica médica. Tenemos que especificar y ponderar todas las reglas y principios morales que proporcionan las teorías normativas y los códigos de ética médica (Beauchamp y Childress, 2012), puesto que la complejidad de los problemas éticos siempre supera nuestro esfuerzo por capturarlos en principios y reglas generales.

Por último, por útil que sea un protocolo que nos indique los modos correctos de comportarnos, sería imposible explicitar por completo lo que resultaría correcto en cualquier situación. Ni el juramento hipocrático ni el Código Internacional de Ética Médica son suficientes para resolver todos los problemas éticos que se pueden presentar en la práctica médica. Sin duda, en muchas situaciones basta con acudir a un principio señalado en algún código para saber qué es lo que debemos de hacer. Por ejemplo, el *principio de beneficencia* nos dice que los médicos deberían hacer lo que sea mejor para sus pacientes. En general, este principio debería resolver la mayoría de las situaciones donde el médico duda, por razones egoístas, cómo debería comportarse con su paciente. Sin embargo, en la realidad podemos encontrar situaciones donde este principio se opone a otro principio planteado en los códigos de conducta, como el *respeto a la autonomía*. En muchos casos, hacer lo que sea mejor para el paciente se opone a su derecho de controlar lo que ocurre con su propio cuerpo. No basta entonces con conocer los principios y aplicarlos a la situación. Ninguna teoría ética o código de ética médica proporciona un

sistema de reglas o principios libres de conflictos y excepciones. Se necesita algo más para resolver los problemas éticos generados en la práctica médica.

La ética médica trata fundamentalmente problemas planteados por la práctica médica. La ética no consiste simplemente en seguir los principios planteados por teorías normativas o códigos de ética, sino en determinar su pertinencia a la situación particular en la que surge el problema ético. En este sentido, la ética médica es esencialmente un asunto racional: se trata de analizar las circunstancias y encontrar razones que apoyen el curso de acción que se eligió para resolver el problema. La ética no es un asunto de opiniones ni de expresiones de gusto personal. Frente a un problema moral no es interesante saber lo que la gente piensa o prefiere, lo que queremos saber es la verdad del asunto (Rachels, 2007). Si queremos descubrir la verdad, tenemos que evaluar las razones o argumentos que pueden darse en favor y en contra de los cursos de acción disponibles. El curso de acción correcto será aquel para el que se puedan dar las mejores razones. Si alguien afirma que un curso de acción es moralmente incorrecto, necesita dar razones, y si sus razones son sólidas, debemos reconocer su fuerza.

La ética es entonces el esfuerzo de guiar nuestra conducta a partir de razones, es decir, hacer aquello para lo que hay las mejores razones, considerando también de manera imparcial los intereses de cada persona que será afectada por el curso de la acción que realicemos. Bajo esta idea, la ética médica se ocupa de los asuntos de orden práctico que surgen de la relación de atención entre médico y paciente, así como de otras situaciones complejas como el control de las adicciones, el trato digno a los pacientes, el alcance normativo de los deberes preventivos para la salud, las narrativas sobre la muerte que se utilizan para entender el final de la vida, los sobrediagnósticos causados por la utilización de alta tecnología, la deshumanización del personal sanitario, etc. Pero si el papel de la ética en los problemas prácticos de la medicina no es recopilar una serie principios de acción en códigos de conducta que solucionen cada uno de estos problemas, entonces ¿cuál es?

La contribución de la ética a la resolución de problemas prácticos morales que se presentan en la práctica médica consiste, en primer lugar, en aumentar nuestra capacidad de reflexión crítica sobre los conceptos que usamos cotidianamente. El uso cotidiano del lenguaje no es reflexivo. Manifestamos nuestra comprensión del lenguaje por el éxito práctico al usarlo, para lo cual no es necesario reflexionar acerca de los conceptos que usamos ni en sus implicaciones.

Sin embargo, gran parte de lo que está en duda en muchos debates contemporáneos sobre los problemas morales prácticos en medicina es el uso correcto de ciertos conceptos en relación con nuevas circunstancias, o circunstancias ya existentes pero recién conocidas (Platts, 2020). Pensemos, por ejemplo, en el concepto de *salud*. Es uno de los primeros conceptos que adquirimos: “me siento saludable”, “debes comer saludablemente”, “no quiero afectar mi salud”, “tengo que cuidar de mi salud”, son expresiones que aprendemos en la infancia para comunicarnos. Este concepto también es uno de los que con mayor frecuencia empleamos como adultos y sin duda tiene un papel fundamental dentro de nuestra vida. El uso de este concepto en nuestra vida cotidiana no es reflexivo, pero si intentamos reflexionar sobre esos usos para definir el concepto, descubriremos que la tarea no es nada fácil; por ejemplo, si acaso la salud es la ausencia de enfermedad, si la salud es un estado objetivo y observable, si consiste simplemente en el buen funcionamiento de nuestro organismo, si depende de factores sociales o biológicos, o si depende también de la interacción de organismo con el entorno, o si la salud es un bien de consumo. En este libro podemos encontrar varios capítulos que ejemplifican este tipo de contribución de la filosofía a la medicina.

La segunda contribución de la ética en el contexto de los problemas morales que surgen de la práctica médica es evaluar los argumentos para encontrar resoluciones razonables. Dado que no podemos simplemente acudir a los principios recolectados en los códigos de ética, la solución a los problemas éticos tiene que involucrar razonamientos, argumentos en favor o en contra de las presuntas soluciones. La filosofía puede contribuir en la tarea de evaluar los argumentos ofrecidos, sus consecuencias reconocidas y no reconocidas, y las posibles modificaciones de tales argumentos. En este sentido, el propósito de la ética médica es aumentar nuestra sensibilidad hacia los cursos de acción que son objetivamente razonables.

La contribución de la ética a la resolución de problemas prácticos en la medicina no consiste entonces en proporcionar teorías o principios generales que solucionen todos los posibles problemas, sino en la debida utilización de las capacidades de análisis conceptual y evaluación de argumentos.

Quizá el propósito razonable de las intervenciones de los filósofos en los debates sobre los problemas prácticos debería ser el propósito modesto de tratar de ayudar en sus deliberaciones a las personas más o menos morales, a las personas

a quienes les importa la moralidad y quieren hacer lo moralmente correcto, pero que se encuentran en una situación en que no saben qué es lo moralmente correcto (Platts, 2020: 141).

La ética pretende entonces proporcionarnos capacidades que nos ayuden a formar juicios razonables frente a las situaciones éticas que surgen en la práctica médica. Montaigne insistió en que instruir es ante todo enseñar a pensar bien. Pensar bien, en este contexto, significa preocuparse imparcialmente por los intereses de las personas que serían afectadas por la decisión que se toma, aceptar principios de conducta sólo después de analizarlos con cuidado para reconocer su pertinencia en la situación, estar dispuesto a revisar críticamente convicciones previas sobre el tema, y, finalmente, estar dispuesto a actuar siguiendo los resultados de la deliberación (Rachels, 2007). Sin embargo, pensar bien no es fácil porque las distracciones son muchas y muy tentadoras: poder, ambición, vanidad, dogmatismo, jerarquías, autoridad, etc. (Sitges-Serra, 2020: 232). Todas estas distracciones normalmente se interponen entre la realidad y nuestro razonamiento sesgando nuestras decisiones. Esta complejidad muestra la pertinencia de la ética médica. Su propósito es el de contribuir con las capacidades mencionadas para estar constantemente alerta frente a esta clase de distracciones.

Una parcela enormemente importante de la labor de la ética médica es tratar de crear una comprensión práctica en el personal de salud que les permita enfrentar y resolver los problemas éticos que surgen en el ejercicio de su profesión. La ética médica busca que el personal de salud analice y reconozca las razones que están detrás de cada decisión. Por particular y aparentemente único que sea el problema ético que enfrente un médico, “preguntar, en sentido ético, ‘¿qué voy a hacer?’ siempre puede, más o menos, traducirse con la siguiente pregunta: ‘¿qué ha de hacer uno?’” (Warnock, 2002: 165). Al decidir finalmente lo que es lo correcto hacer en tal situación, tengo que ser capaz de justificar tal decisión en términos generales. El papel de la filosofía de exigir razones y someterlas a un cuidadoso análisis crítico es fundamental en la ética médica, ya que hace que la discusión moral sea una discusión razonable, una discusión que va más allá de cuestiones meramente subjetivas.

Con esta publicación, tanto los editores como los colaboradores hemos buscado contribuir a la discusión de varias de estas cuestiones en el ámbito iberoamericano y para los lectores del castellano. Existen pocas publicaciones de

este tipo en nuestra lengua, aunque las disponibles son excepcionales (e.g., Casacuberta y Estany, 2021; y Aliseda, Calderón y Villanueva, 2022). Así, esperamos que esta nueva contribución a estos debates enriquezca la conversación y la discusión académica en las disciplinas que hemos perfilado en la sección anterior.

El libro inicia con cuatro capítulos que buscan discutir cuestiones generales de la filosofía de la medicina: la condición científico-práctica de la medicina; la definición salud; el alcance metafísico de nuestras teorías científicas en biomedicina; y si es posible confiar, y en qué grado, en la propia medicina. En el primer capítulo, Anna Estany defiende una perspectiva particular sobre la medicina: la de la medicina como una ciencia de diseño. Como arte, la medicina se entiende no en el sentido artístico, sino como habilidad para curar, en el mismo sentido del arte de educar, de cultivar o de contar. Para Estany, su evolución ha dado lugar a que se constituya como disciplina científica y, debido a su vertiente práctica, a su consideración como profesión médica. La normatividad de la medicina está, por un lado, en la justificación epistémica y metodológica del conocimiento; y, por otro, en las normas morales de la profesión médica, tanto el código deontológico, como el impacto de la investigación médica en la sociedad. Estany toma como referencia el marco teórico de las ciencias de diseño para el análisis de la medicina, a partir de las aportaciones de Herbert Simon, Ilka Niiniluoto y Tadeusz Kotarbinsky. Estany aborda también algunas cuestiones de la filosofía de la ciencia, como los valores epistémicos y contextuales, la representación del conocimiento y la colaboración cognitiva, los cuales convergen en las ciencias de diseño.

En el segundo capítulo, Jorge Oseguera Gamba, Maximiliano Martínez Bohórquez y Ximena A. González Grandón buscan sumarse a los esfuerzos por reformular y reconceptualizar la definición de salud propuesta a mediados del siglo pasado por la OMS, debido a los diversos inconvenientes que presenta. Los autores defienden que, para comprender y promover la salud o el bienestar en los escenarios actuales, es preciso introducir en la definición elementos que permitan un relato sistémico, situado y relacional. Para ello, explican primero el contexto histórico y la definición de la OMS, así como sus aciertos. Después explican las críticas que se le han hecho, las respuestas que se le han dado y las definiciones alternativas que han sido ofrecidas. Finalmente, desarrollan su propuesta: entender la salud como procesos de homeostasis-alostasis del cuerpo humano –es decir, la estabilidad y adaptación continua del funcionamiento del

sistema humano y sus subsistemas en interacción con un entorno cambiante—, y argumentan que ello les permite tener en cuenta la relación dinámica entre formas de adaptabilidad de los sistemas que mantienen la vida, en constante interacción con su entorno (el medio social, cultural, económico y ambiental). La evidencia contemporánea acerca del mantenimiento y regulación del bienestar de la vida plantea la necesidad de un diálogo continuo entre procesos homeostáticos y alostáticos —entre el orden regulatorio de los sistemas y su continua adaptación—, con el ambiente material y sociocultural. Esta base empírica la consideran fundamental para la conceptualización del proceso salud/enfermedad en la actualidad.

En el tercer capítulo, Marc Jiménez-Rolland realiza una defensa del realismo *carte blanche* en biomedicina. Si consideramos seriamente las afirmaciones científicas en las que se basa la práctica médica y les damos crédito, se pregunta cuáles serían sus implicaciones metafísicas, qué nos dicen acerca de lo que existe y cómo se conecta. Para responder a estas cuestiones, Jiménez-Rolland presenta un panorama del debate sobre el realismo científico aplicado a la biomedicina. Para ello, comienza esbozando una caracterización de la biomedicina como la aplicación de los resultados de la investigación científica a la práctica médica. A continuación, ofrece un panorama sucinto del debate en filosofía general de la ciencia en torno al realismo científico, identificando algunas de las principales posiciones y argumentos que ahí se presentan. Jiménez-Rolland también explora consideraciones propias de la biomedicina relevantes para decidir entre las diversas posiciones en torno al realismo científico, así como algunas presuntas consecuencias de adoptar varias de estas posiciones en dicho ámbito.

En el cuarto capítulo, Mario Gensollen y Alejandro Mosqueda se preguntan si es posible confiar en la medicina y en qué medida. A lo largo de la historia, en diversas ocasiones la práctica médica hizo mucho daño a la humanidad. Esto ha generado varias formas de desconfianza hacia la medicina, que se denominan *nihilismo médico*. El objetivo de los autores es examinar diversas versiones de esta tesis. Gensollen y Mosqueda defienden que, aunque algunos nihilismos médicos son razonables, una posición nihilista universal mucho más robusta resulta problemática. Para ello, distinguen una amplia variedad de posibles posiciones nihilistas. A continuación, aíslan aquellas que, por diversas razones, resultan tanto contenciosas como interesantes desde un punto de vista filosófico. En un momento posterior, presentan y evalúan varias

críticas comunes que se han realizado a un aspecto de la medicina actual, que involucran consideraciones metodológicas de la investigación biomédica contemporánea, implicaciones epistemológicas de su práctica institucionalizada y el uso de la tecnología en la práctica clínica. Concluyen extrayendo algunas lecciones de dicha evaluación, se decantan por una defensa de la medicina suave y por dos versiones específicas del nihilismo médico.

En el quinto capítulo del libro, los médicos Francesc Borrell-Carrió y Eva Peguero-Rodríguez exploran los beneficios del pensamiento crítico en la medicina. Para los autores, los años de práctica profesional no aseguran una mejor excelencia. Además, una rápida expansión de conocimientos y habilidades en el campo de la medicina conllevan la necesidad de actualizarse de manera permanente. El profesional fácilmente se refugia en pruebas diagnósticas como estrategia para prevenir errores y reclamaciones, debilitando su propio criterio clínico. Borrell-Carrió y Peguero-Rodríguez presentan el modelo de pensamiento crítico –cognición educada– para la práctica clínica como un modelo epistémico capaz de integrar la Medicina Basada en Evidencias (MBE) y la Práctica Clínica Centrada en el Paciente (PCCP). Para los autores, este modelo propone educar percepción, juicio, creencias, actitudes y hábitos mediante el uso de diferentes estrategias, entre las que destaca el desarrollo de la mirada semiológica, los guiones de enfermedad y de situaciones clínicas, el supervisor de tareas y los escenarios de rectificación. El resultado esperado es que el profesional desarrolle una independencia e interdependencia de criterio, sepa bascular de una atención focal a otra general, y cultive la empatía, la curiosidad y la perplejidad.

En el sexto capítulo, Cecilia M. Calderón Aguilar atiende a un aspecto de la medicina que ha sido evadido en la mayoría de las discusiones filosóficas actuales sobre la medicina: la cirugía. Debido a su naturaleza eminentemente práctica, una indagación sistemática sobre la cirugía, defiende Calderón Aguilar, nos permitirá, entre otras cosas, dilucidar rasgos generales de las prácticas científicas en las que el conocimiento tácito es esencial. La autora estudia con profundidad la relación de mentorazgo en la enseñanza histórica de la cirugía, y propone también atender a ella en la actualidad.

El siguiente par de capítulos del libro toman como caso de estudio el cáncer para defender dos perspectivas particulares, una en filosofía de la ciencia, otra en el estudio del diagnóstico médico. En el séptimo capítulo, Ana Cuevas Badallo y Mariano Martín Villuendas abordan algunos de los problemas

derivados de la tradicional dicotomía hecho/valor en la filosofía de la ciencia. Argumentan que esa dicotomía tiene implicaciones en la práctica biomédica. Tanto las consideraciones realistas como las no realistas han sostenido esta separación entre hechos y valores, dificultando la inteligibilidad de determinados episodios de la historia de la ciencia, como aquellos en los que coexisten varias teorías que gozan de una misma aceptación empírica y comunitaria. Cuevas Badallo y Martín Villuendas defienden que es necesario disolver la dicotomía, tal y como hizo John Dewey con sus nociones de situaciones problemáticas y de experiencia. Esta solución la aplican a los dos principales modelos actuales que tratan de dar cuenta del cáncer, y muestran cómo la coexistencia es perfectamente posible porque cada uno de ellos considerará como problemática aspectos distintos del fenómeno de estudio.

En el octavo capítulo, Alger Sans Pinillos atiende a un caso más específico: el cáncer de páncreas. El proceso diagnóstico en la práctica médica contemporánea es un punto crucial donde convergen diversas dimensiones. Más que una simple identificación de enfermedades y causas potenciales, para Sans Pinillos el diagnóstico es un proceso dinámico y sistematizado, marcado por la persistente incertidumbre. En este contexto, el ojo clínico emerge como una habilidad insoslayable para guiar en estas circunstancias. Va más allá de la mera interpretación de datos objetivos, incorporando la sensibilidad y la intuición del profesional de la salud. El autor inicia destacando que la tarea fundamental del personal sanitario es interpretar los datos del paciente, reconociendo la importancia de la información subjetiva para comprender las causas y el pronóstico de la enfermedad. En un segundo momento, Sans Pinillos presenta la semiótica como un marco conceptual para entender la interpretación de la información del paciente, identificando signos que pueden ser iconos (similares visualmente al objeto) o índices (que establecen una relación causal). Esta interpretación requiere mediar entre la experiencia del paciente, la observación clínica y el marco conceptual del profesional. Posteriormente, el autor explora el papel del ojo clínico en el proceso diagnóstico, destacando su importancia para interpretar y contextualizar los datos del paciente. Finalmente, aborda el concepto de abducción en el diagnóstico médico, resaltando su función en la generación y selección de hipótesis frente a situaciones novedosas, y de transformar el conocimiento fiable en nuevas hipótesis que guían la investigación hacia nuevos enfoques, enfatizando, así, la importancia de considerar múltiples perspectivas en el proceso diagnóstico.

En el noveno capítulo, David Casacuberta y Ariel Guersenzvaig exploran la distinción filosófica entre intimidad e integridad de Thomas P. Kasulis aplicada al campo de la epidemiología. A partir de reflexiones generales de cómo entender las diferencias culturales, Kasulis plantea que cualquier proyecto epistémico de conocimiento puede organizarse desde dos lentes diferenciadas. La primera de ellas recibe el nombre de “integridad”, y se estructura desde premisas de información pública y de análisis de componentes que forman el sistema a entender. La segunda, que Kasulis bautiza como “intimidad”, es un acercamiento más personal y busca entender el sistema de una forma relacional, más holística. Mediante la integración del marco de Kasulis, Casacuberta y Guersenzvaig buscan comprender cómo un paradigma de intimidad puede transformar la forma en que se analizan los determinantes sociales de la salud y cómo puede transformar la práctica de la epidemiología. Su investigación contrasta un enfoque biomédico basado en la integridad, que típicamente enfatiza factores discretos, individualistas y objetivos en la salud, con un enfoque basado en la intimidad, que se centra en la interconexión, las experiencias subjetivas y los aspectos de salud comunitarios. Los autores argumentan que adoptar una perspectiva de intimidad en epidemiología podría conducir a estrategias de salud más holísticas, especialmente al abordar problemas de salud complejos y socialmente integrados. Este enfoque, piensan, puede ofrecer perspectivas innovadoras en políticas de salud pública e intervenciones, particularmente en la gestión de pandemias y enfermedades crónicas influenciadas por determinantes sociales.

En el décimo capítulo, Cristian Moyano argumenta que las zoonosis surgen de procesos interdependientes que no deberían comprenderse sólo como una enfermedad derivada de una causalidad directa y binaria, sino que hay otras causas sistémicas como la desregulación de las cadenas tróficas en los ecosistemas naturales que propician su propagación. Moyano señala que hacer esta revisión epistemológica del proceso de contagio interespecífico implica una gestión médica y sanitaria no centrada únicamente en la eliminación antropogénica de los potenciales reservorios que hospedan vectores de la enfermedad, o en modificar nuestros hábitos de higiene, consumo alimentario e interacción con sólo aquellos animales no humanos que pueden ser potenciales reservorios. Desde una epistemología multiprocesual de la zoonosis, el autor argumenta que es necesario exigir también nuevas responsabilidades

preventivas con respecto a la recuperación de los animales silvestres, y un tipo de gestión intervencionista y más basada en las soluciones naturales.

En el undécimo capítulo, Jordi Vallverdú examina el impacto de la inteligencia artificial (IA) y las políticas de vigilancia en la salud menstrual y procreativa desde una perspectiva filosófico-antropológica y ética. La convergencia de la IA y la salud ha generado avances sin precedentes en el diagnóstico, tratamiento y gestión de la salud, pero también plantea desafíos éticos y sociales. Vallverdú analiza las implicaciones de la IA y las políticas de vigilancia en estas áreas específicas, explorando sus aplicaciones, desafíos y posibilidades. El autor discute la importancia del consentimiento informado, la protección de datos personales, la equidad en el acceso a la tecnología y la sensibilidad cultural en la implementación de estas herramientas. Vallverdú concluye enfatizando la necesidad de abordar las preocupaciones éticas y de privacidad para garantizar que la tecnología actúe como una herramienta de empoderamiento y no de explotación en la salud menstrual y procreativa.

En el duodécimo capítulo, Federico Burdman aborda un desafío conceptual central para toda teoría de las adicciones: caracterizar la particularidad ambivalencia que encontramos en la adicción respecto de la capacidad para controlar la propia conducta. El desafío consiste en hacer inteligible un tipo de estatus agencial que presenta, por un lado, rasgos que lo emparentan con la acción intencional ordinaria y que, al mismo tiempo, es caracterizado centralmente por una forma conceptualmente elusiva de pérdida de control. La solución que propone el autor para este problema se centra en la introducción de un concepto de grados de control. Desde la perspectiva defendida por Burdman, los grados de control son caracterizados fundamentalmente en términos de sensibilidad a razones. Esta propuesta supone que el grado de control que una persona tenga sobre su conducta puede entenderse fructíferamente en términos del conjunto de razones suficientes para modificar su conducta a las que la persona respondería en diversos escenarios potenciales o contrafácticos. Burdman explora algunos de los factores que pueden incidir en la disminución de la sensibilidad a razones, enfocándose particularmente en algunos rasgos característicos de los deseos por consumir drogas que experimentan quienes sufren adicciones, de los que se argumenta que se caracterizan por ser especialmente impermeables a ciertos tipos relevantes de influencias. Finalmente, el autor enfatiza la importancia que adquieren, dadas las características propias de la agencia adictiva, las estrategias externistas que

buscan favorecer el autocontrol a través de la selección y manipulación de las condiciones del entorno del agente.

Finalmente, en el último capítulo del libro, Julia Muñoz Velasco analiza las injusticias epistémicas que pueden presentarse en pacientes terminales. La autora señala que el término de “injusticia epistémica” ha cobrado gran importancia en la filosofía de la medicina y la práctica médica en general, no sólo para visibilizar las condiciones de posibilidad de las injusticias epistémicas en la relación médico-paciente, sino también para formular herramientas que ayuden a aminorar este problema. Muñoz se enfoca en el tipo de injusticia epistémica que puede presentarse en los casos de pacientes terminales que deciden narrar su propio proceso de muerte. Para ello, entreteje las discusiones teóricas sobre la injusticia epistémica patocéntrica con dos relatos. El primero de ellos de ficción, presente en la obra de teatro llamada *Wit* de Margaret Edson. El segundo es el relato autobiográfico que ofrece Cory Taylor en su libro *Morir, una vida*. El objetivo de Muñoz es doble. Primero, pretende mostrar en qué condiciones se desacredita el testimonio de una persona sobre su propia muerte y cómo esto podría constituir un caso de injusticia epistémica testimonial. Segundo, argumenta que la injusticia epistémica hermenéutica implicada en este escenario responde a condiciones sociales que exceden la práctica médica y que nos remiten, en cambio, a una reticencia social para hablar de la muerte.

Agradecimientos

Los editores desean agradecer a Anna Estany por su motivación y ayuda en la gestión editorial de este libro. Sin ella esta publicación no existiría, o al menos sería muy distinta de la que es. De igual manera, deseamos agradecer a Marc Jiménez-Rolland su ayuda en la edición, lectura y corrección de este libro. Mario Gensollen desea agradecer el financiamiento para esta edición a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, a través del proyecto “Autoridad y confianza en la ciencia” (PIF24-1).

Referencias

- Aliseda, A., y Leonides, L. (2013). "Hypothesis testing in adaptive logics: an application to medical diagnosis". *Logic Journal of the IGPL* 21(6): 915-930.
- Aliseda, A., Calderón, C. y Villanueva, M. (eds.). (2022). *Filosofía de la medicina: Discusiones y aportaciones desde México*. Ciudad de México: UNAM/ Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beresford, M. (2010). "Medical reductionism: lessons from the great philosophers". *QJM: An International Journal of Medicine* 103(9): 721-724.
- Bird, A. (2011). "What can philosophy tell us about Evidence-Based Medicine? An assessment of Jeremy Howick's *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*". *International Journal of Person-Centered Medicine* 1(4): 642-648.
- Blease, Ch., Carel, H. y Geraghty, K. (2016). "Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome". *Journal of Medical Ethics* 43(8): 549-557.
- Bulgákov, M. (2016). "Morfina". En *Diario de un joven médico*. Tr. S. Casanova. Madrid: Alianza Editorial.
- Casacuberta, D. y Estany, A. (eds.). (2021). *Epistemología e innovación en medicina*. Madrid: Plaza y Valdés Editores.
- Dickenson, D., Huxtable, R. y Parker, M. (2010). *The Cambridge Medical Ethics Workbook*. New York: Cambridge University Press.
- Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. Ciudad de México: FCE-UNAM.
- Estany, A. y Puyol, A. (eds.). (2016). *Filosofía de la epidemiología social*. Madrid: Plaza y Valdés-CSIC.
- Font, E. y Kramer, M. (2017). "Menos animales, más ciencia: estrategias para reducir el número de animales en la investigación experimental". *Mètode* 95: 5-9.
- Gillies, D. (2019). *Causality, Probability, and Medicine*. New York: Routledge.
- González Crussí, F. (2012). *Remedios de antaño. Episodios de la historia de la medicina*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Harris, J. (1990). *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*. New York: Routledge.

- Hazemeijer, I. y Rasker, J. (2003). "Fibromyalgia and the therapeutic domain: a philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting". *Rheumatology* 42: 507-515.
- Hope, T. (2004). *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Howick, J. (2011). *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lafollette, H., y Shanks, N. (1997). *Brute Science: Dilemmas of Animal Experimentation*. London: Routledge.
- López Cerezo, J.L. (2008). *El triunfo de la antisepsia. Un ensayo en filosofía naturalista de la ciencia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Okasha, S. (2016). *Philosophy of Science: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press (2a edición).
- Platts, M. (2020). *Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad*. Ciudad de México: UNAM/Fondo de Cultura Económica.
- Rachels, J. (2007). *Introducción a la filosofía moral*. Tr. G. Ortiz-Millán. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Sitges-Serra, A. (2020). *Si puede, no vaya al médico*. Barcelona: Debate-Libros del Zorzal.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession & the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books.
- Thompson, P. (2011). "Causality, theories, and medicine". En McKay, P., Russo, F., y Williamson, J. (eds.), *Causality in the Sciences*. Oxford: Oxford University Press.
- Thompson, P., y Upshur, R. (2018). *Philosophy of Medicine: An Introduction*. New York: Routledge.
- Valles, Sean. (2020). "Philosophy of biomedicine". *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/bio-medicine/>>.
- Warnock, M. (2002). *Guía ética para personas inteligentes*. Tr. P. Tena. Madrid: Turner/Fondo de Cultura Económica.
- Wootton, D. (2006). *Bad Medicine. Doctors Doing Harm Since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press.