



**Título: ¿Un antagonismo ficticio?:
Complementariedad de los enfoques mecanicista y
holístico en el razonamiento médico.**

Trabajo Fin de Master

Master en Lógica y Filosofía de las Ciencias

Universidad de Valladolid

Estudiante de máster: Felipe Arancibia Cortés.

Profesora guía: Cristina Barés Gómez.



Contenido

<u>1.</u>Resumen.	3
<u>2.</u>Abstract.....	4
<u>3.</u>Introducción.	5
<u>4.</u>El caso de la medicina náhuatl antigua: Conglomerado de magia, herbolaria y conocimientos empíricos.	17
<u>5.</u>Inducciones, comprobaciones, cosmovisiones. Algunas consideraciones del problema constructivista.	33
<u>6.</u>Conclusiones	49
<u>7.</u>Bibliografía.	50



1. Resumen.

El presente artículo tiene por objetivo proporcionar un argumento crítico contra la perspectiva reduccionista en la ciencia médica actual, al tiempo que posibilitar un nexo que complemente las explicaciones causales y holísticas en el razonamiento médico. Primero, partiendo desde un enfoque constructivista, se analizarán aquellos puntos teóricos esenciales en filosofía de la medicina, en los cuales tiende a asumirse un modelo biologicista/mecanicista de conceptos como los de enfermedad, función, sistema o salud. Se desarrollará, en contraposición a este modelo, una explicación antropológica que dé cuenta de las posibilidades de aquellos conceptos, teorías e hipótesis como resultado de un paradigma científico condicionado social y culturalmente. En razón de ello, se espera demostrar que los modelos y explicaciones médicas están influenciadas, en gran medida, por las expectativas, valores, conocimientos y posibilidades de la cultura en la que se desenvuelve cada comunidad científica. La segunda parte del argumento, en línea con el primero, sin negar la validez ni fiabilidad del razonamiento médico tal como es esquematizado desde la perspectiva mecanicista, estará dirigido a demostrar que, a pesar de las aparentes contradicciones, es posible comprender el conocimiento empírico del razonamiento médico en concordancia con un enfoque holístico que considere igualmente el valor de las causas psicológicas y culturales en el diagnóstico. Se espera demostrar esto último a partir del análisis de un caso etnológico concreto; el del desarrollo empírico y teórico de la medicina náhuatl antigua, según es revelada en sus fuentes.

Palabras clave: medicina, contexto social, paradigma científico, constructivismo.



2. Abstract.

This article aims to provide a critical argument against the reductionist perspective in current medical science, while enabling a link that complements causal and holistic explanations in medical reasoning. First, starting from a constructivist approach, those essential theoretical points in the philosophy of medicine will be analyzed, in which a biologist/mechanistic model of concepts such as disease, function, system or health tends to be assumed. In contrast to this model, an anthropological explanation will be developed that accounts for the possibilities of those concepts, theories and hypotheses as a result of a socially and culturally conditioned scientific paradigm. For this reason, it is expected to demonstrate that medical models and explanations are influenced, to a great extent, by the expectations, values, knowledge and possibilities of the culture in which each scientific community operates. The second part of the argument, in line with the first, without denying the validity or reliability of medical reasoning as it is schematized from the mechanistic perspective, will be aimed at demonstrating that, despite the apparent contradictions, it is possible to understand the empirical knowledge of the medical reasoning in accordance with a holistic approach that equally considers the value of psychological and cultural causes in diagnosis. It is expected to demonstrate the latter from the analysis of a specific ethnological case; that of the empirical and theoretical development of ancient Nahuatl medicine, as revealed in its sources.

Key words: medicine, social context, scientific paradigm, constructivism.



3. Introducción.

Es bien sabido que las discusiones en torno a la naturaleza del conocimiento y razonamiento médicos son las que han tenido mayor trascendencia en el ámbito de la filosofía de la medicina. El delicado problema de dicha naturaleza estriba no tanto en la cuestión de la utilidad potencial que esta pueda tener para la práctica clínica, sino, sobre todo, a la búsqueda de la validez de los presupuestos más básicos que se ocupan en el área de las ciencias médicas, debiendo decidir si, dichos presupuestos reflejan realmente un conocimiento natural verídico, o si por el contrario, ellos se hayan en gran medida influidos por las instituciones y hechos sociales inherentes a la práctica médica (Saborido, 2020).

Estas dos últimas perspectivas, llamadas *naturalismo* y *constructivismo* respectivamente, han sido tratadas, desarrolladas, así como cuestionadas ampliamente en filosofía de la ciencia, ya sea desde una u otra perspectiva y desde campos de estudio que sobrepasan en gran medida el debate filosófico, integrando problemáticas que afectan el ámbito de las ciencias naturales y físicas, las humanidades, las ciencias sociales, las comunicaciones, las prácticas artísticas y ciencias empíricas, y un gran abanico de actividades condicionadas por la cultura (Boorse, 2004; Kuhn, [1962]2012; Szasz, 2004; Sontag, 1998).

En línea con estos últimos planteamientos, la teorización de un aspecto de tanta trascendencia humana como lo es la medicina no puede quedarse rezagada dentro del gran debate filosófico. La práctica médica, desde el primer cuarto del siglo pasado, ha ido pasando por una serie de reflexiones de parte de filósofos como de los mismos médicos y teóricos de la ciencia, intentando plantear, así como dilucidar, cuáles son los orígenes de los principios que sirven de fundamento para el desarrollo de esta profesión desde un enfoque



tan objetivo como les sea posible. Teniendo como referencia lo señalado por Cristián Saborido (2020), la gran mayoría de profesionales del área de la salud guían sus razonamientos en base a presupuestos de carácter pretendidamente universales y objetivos, que se adecúan al ideal biologicista/naturalista de la búsqueda de conocimiento infalible y exacto. Dentro y fuera de las instituciones médicas, el discurso oficial acerca de la medicina promueve una perspectiva de corte enteramente “naturalista”, al dar por sentado el hecho de que los profesionales médicos generan continuamente conocimiento empírico y demostrable y, por la misma razón, incuestionable sin dejar lugar a dudas (Saborido, 2020). Por otra parte, se presenta, como en contraposición a esta pretensión de concordancia científica con la realidad física en los principios científicos, la posición *constructivista*, que viene a destacar fuertemente que dichos principios, así como los modelos y el tipo de razonamiento metodológico utilizado por los expertos contemporáneos no escapan, de ningún modo, de las influencias que ejercen las imágenes preconcebidas y presupuestos inherentes que rodean a la misma práctica de la ciencia, es decir, del rol que el contexto o circunstancias sociales ejercen sobre el rol de la comunidad científica (Losee, 1981). Todo proceso de creación de conocimiento está regido por el contexto en el cual se desenvuelve una comunidad científica dada, la cual crea para sí las mismas condiciones requeridas para el desarrollo de sus modelos, hipótesis y teorías; los llamados *paradigmas* que encierran las bases de todos los principios de las prácticas de conocimiento se han presentado en todas las épocas y en todas las culturas, es decir, como hechos netamente sociales (Kuhn, [1962] 2012).

La necesidad de establecer el carácter de los primeros principios queda patente cuando se trata de una disciplina de tan vasta importancia como lo es la medicina. En lo que concierne a su rasgo particular de *dictar normas de vida*, Saborido es especialmente enfático al aclarar este aspecto:



La medicina es una disciplina normativa en un doble sentido: es una disciplina que sigue normas muy concretas acerca de lo que es correcto o incorrecto hacer, y es también un saber que impone normas en el mundo. Al mismo tiempo que nosotros podemos juzgar una práctica médica como correcta o incorrecta, esta misma práctica médica establece una distinción entre lo que es correcto o incorrecto con respecto a los pacientes. En otras palabras, nosotros podemos decir que un médico está actuando bien o mal y, a su vez, el médico también nos puede decir que nosotros estamos comportándonos de forma correcta o incorrecta. (Saborido, 2020, pp. 26-27).

Una revisión por la historia de la práctica médica puede revelar hechos de gran relevancia en cuanto al carácter eminentemente social de la misma, demostrando cómo ésta puede llegar a presentar una variabilidad enorme en cuanto a técnicas y razonamientos situados espacial y temporalmente. Sin embargo, a ello puede contraponerse igualmente una perspectiva de carácter marcadamente evolucionista, que quiera ver en los últimos siglos de la medicina el punto cúlmine de una serie de experimentos y prácticas que han ido superándose de forma continua en base a pruebas y errores. Esta forma de interpretar la acumulación de conocimiento médico (contrapuesta, como no puede ser de otra forma, a una perspectiva constructivista del conocimiento) tiende a afirmar, en base a la idea de conocimiento natural progresivo, que todo esfuerzo previo al de la medicina contemporánea por conocer y restaurar la salud se basa en concepciones inválidas y sin carácter objetivo al no guiarse por el camino correspondiente al del método científico, que según aseguran los naturalistas, debería ser el único para generar conocimiento verdadero y fiable (Cartwright, 2004). Así, por ejemplo, con gran frecuencia tiende a considerarse la acción negativa que tuvieron los siglos medievales para el desarrollo de la anatomía humana en Europa, cuando en gran parte de ella se prohibía hacer disecciones o estudiar de forma minuciosa los cadáveres, sirviendo como único referente por mucho tiempo el modelo anatómico trazado por Galeno, y que no sería reevaluado y ampliado hasta el siglo XVI por Andreas Vesalius en base a observaciones empíricas. Por supuesto, quienes sostienen



puntos de vista como estos no se detienen a considerar que, en cada contexto histórico, predominaba un paradigma y, con ello, una perspectiva diferente de lo que debía ser la práctica científica de generación de conocimiento, comparada con la mirada positivista que llegaría a adquirirse mucho después. Casos como estos abundan en el continuo desarrollo de la ciencia médica en general, y en todas sus especialidades en particular, siendo cada cierto tiempo utilizados como testimonios para menoscabar la validez de la medicina antigua (Park, 1899).

Por esto último y también por otras razones, el modelo predominante de la medicina actual ejerce en gran medida una suerte de *autoritarismo epistémico* en todas las esferas de la sociedad contemporánea, anunciándose a sí misma como promotora y poseedora de sistemas médicos, entre ellos clínicos, etiológicos y funcionales, que están siendo permanentemente corroborados experimentalmente y en base a principios que usualmente tienden a no ser cuestionados. Bien es cierto, que dichos presupuestos básicos no revisten necesariamente un carácter absoluto, ni que tampoco sean seguidos ciegamente, pero la naturaleza misma de la ciencia médica, en su doble vertiente normativa, condiciona en gran medida la instauración de una perspectiva naturalista en la práctica contemporánea, fundamentada en su propia metodología. La globalización de este modelo en medicina tiene dos consecuencias importantes, a saber; primero, presupone que los conocimientos que ella genera se corresponden perfectamente con los hechos *per se*, tal como son manifestados en la experimentación, es decir, no se guía por una mirada probable de la teoría sino por una *realista* en sí. En segundo lugar, en base a este modelo, los profesionales del área de la salud (o la mayor parte de ellos) aceptan sin ningún cuestionamiento los resultados obtenidos por experiencia, lo que lleva a presuponer para ellos que la forma de su razonamiento procede de forma desapasionada y sin conceptos forjados de antemano de ninguna índole, contribuyendo con ello a la formación de una mirada netamente naturalista de la ciencia médica y del razonamiento médico, que pretende elevarse a la objetividad e ignorando las circunstancias de contexto de sus propias prácticas. De esta



manera, el discurso científico oficial que trabaja en correspondencia con tales parámetros restringe la producción de conocimiento en medicina a todo experimento que siga de forma rigurosa los métodos científicos establecidos, entre ellos la repetición continua de cada caso inductivamente, la falsabilidad de los mismos en caso de que no se correspondan con los modelos o teorías predominantes, la limitación al máximo de hipótesis y presupuestos preconcebidos, entre otras cosas. Ello no solo se manifiesta en la negación de la validez de los experimentos y modelos médicos precedentes que han existido históricamente, sino además en el bajo o nulo reconocimiento que por las mismas razones adjudican a *distintas imágenes médicas* actuales, que no se ajustan al paradigma predominante y que no se caracterizan por el método y la exigencia de una técnica libre de subjetividad de la comunidad médica (Saborido, 2020, c. III). Para la mirada científica contemporánea, en el sentido más estricto, cualquier perspectiva médica que se aleje del estándar básico de comprobación empírica, queda excluida de la imagen paradigmática predominante y cae, invariablemente, dentro del círculo inválido de la pseudociencia o creencias. Más allá de los efectos negativos o positivos que resulten de ello, esto se extiende y se hace evidente en el ámbito médico y clínico.

Por otra parte, no dejan de ser relevantes las objeciones que el paradigma naturalista actual ha recibido desde sus mismos inicios, sobre todo si se tiene en cuenta que proceden de orígenes muy diversos: desde la filosofía constructivista, pasando por la sociología, hasta las evidencias etnográficas, históricas y antropológicas. No es este el espacio para exponer en detalle cada uno de los argumentos que han ido surgiendo en contra de la medicina naturalista/realista, pero, como se intentará explicar más adelante, pueden encontrarse evidencias a favor de cierta armonía entre ambos sistemas, que demuestran que la antítesis naturalismo/constructivismo en medicina puede llegar a ser más aparente que real.

Es necesario, en cualquier caso, mencionar algunos puntos importantes de la propuesta constructivista en medicina, y qué tipo de problemas ha suscitado en el desarrollo de dicho



ámbito científico. La crítica de mayor alcance en este sentido se basa en el hecho de que, como en todo proceso de razonamiento, el camino de inferencias que es necesario transcurrir para la obtención de resultados objetivos, en la forma en la que lo conciben los investigadores contemporáneos, no escapa de asunciones que los mismos dan por sentado, consciente o inconscientemente, derivadas de causas tanto individuales como circunstanciales, con lo cual no puede esperarse que algunos aspectos como la comprobación de hipótesis o el planteamiento de modelos científicos no pueda remitirse a otros principios; principios que descansan en última instancia en conjeturas, suposiciones, creencias preestablecidas e incluso los mismos valores que rigen la práctica del médico investigador. Como han destacado varios autores en este sentido (Sontag, 1998; Canguilhem, 2004), la gran mayoría del conocimiento que creemos poseer procede no de comprobaciones empíricas, sino del repertorio de cosas que nos ha sido transmitido desde nuestra niñez y que, debido a su carácter de hecho social, provee una interpretación particular de lo que conocemos, que difiere las más de las veces de otras formas de concebir la obtención de conocimiento.

Al respecto, es notable el trabajo de algunos autores que han propuesto la observación de ciertas enfermedades y de sus síntomas como reflejo de las impresiones y creencias que ellas suscitan en la cultura popular. Tal ha sido el trabajo de Susan Sontag en línea con esta área de investigación, en la cual ha tratado de demostrar que, los presupuestos que normalmente consideran las causas, manifestaciones y remedios de ciertas enfermedades no obedecen a criterios naturales y ni siquiera inductivos, sino a todo un universo de creencias compartidas que han sido heredadas desde generaciones anteriores, y que incluso es posible rastrear desde siglos tan remotos como en los que imperaban en la práctica médica medieval (Sontag, 1978). Así, por ejemplo, mediante casos documentados, la autora demuestra que, para la imaginación colectiva, quienes padecen cáncer o tuberculosis son vistos como “inmundos” o “poseídos” por una enfermedad maligna que se extiende conscientemente sobre el paciente y sus contactos cercanos, de ahí que estas enfermedades



hayan sido históricamente concebidas como una encarnación maligna y, por tanto, como razón para desplazar a sus enfermos.

Inversamente, y de la misma forma en que comprobamos que en el razonamiento científico subyace un cúmulo de presupuestos sociales y culturales, que demuestran la ausencia (en gran parte) de objetividad del discurso naturalista, así también toda imagen explicativa del mundo (y con ello toda imagen médica del mismo) se encuentra inherentemente anclada, en mayor o menor medida, en procesos de observación minuciosa, en inducciones repetidas de forma indefinida, en deducciones del funcionamiento de las cosas a partir de principios básicos, y en suma, un conjunto de inferencias sin los cuales no podría ser posible la instauración de una imagen explicativa de la realidad, más allá de qué tan estructurada y sistematizada se encuentre esta última. Y en entre estos últimos no sólo caben destacar teorías científicas ni paradigmas en el sentido kuhniano, sino igualmente todo derrotero de pensamientos que han llevado a la creación de sistemas subyacentes en ideologías, cosmovisiones, u otros modelos sociales compartidos. Basta con dar un solo ejemplo para esclarecer la magnitud que esto presupone.

En un universo simbólico tan distinto del nuestro como lo fue el de la cosmovisión andina antigua, la realidad se presenta como un entramado de conexiones entre la vida humana, la vida divina y la naturaleza tan inextricable que, a ojos de la mirada moderna occidental, difícilmente podría serle atribuido valor alguno a simple vista. Como en muchas culturas antiguas y también en algunos contextos actuales, las prácticas de curación entre los pueblos quechuas estaba regido en gran medida por la acción de hombres-medicina que buscaban extraer elementos nocivos o negativos en el cuerpo de los enfermos, sea que éstos resultaran de causas divinas, o relacionadas a brujerías por parte de alguien que les quisiera mal (Valdizán, 1944). Hasta aquí, nada podría ser notable y ni siquiera llamativo para el observador estricto de un paradigma científico realista. Ahora bien, todo lo anterior viene a cobrar una perspectiva totalmente diferente cuando se considera el aspecto inductivo de



muchos de los procedimientos médicos que demostraron haber hecho los antiguos peruanos. En primer lugar, no son raros los casos médicos que revelan un conocimiento certero de los principios de las causas, de inducción de casos controlados, o de profundas observaciones. Segundo, el conocimiento herbolario para tratamientos en estos pueblos alcanzó un desarrollo inesperado que, sin dejar de reconocer su valor científico hoy en día, se ajustaba perfectamente a los criterios religiosos de aquella época en aquel contexto. En tercer lugar, y no menos importante, los registros que demuestran interés excepcional en campos como la cirugía, la etiología de las enfermedades, o el conocimiento herbario, no hacen más que confirmar el hecho de que, al lado de una cosmovisión tan particular como lo fue la Inca, coexistieron elementos propios de su interpretación de la realidad (de la que indudablemente partieron todos sus presupuestos) y de principios, modelos e hipótesis que cumplen con el más riguroso razonamiento científico de los hechos. Fuera, sin embargo, de este caso en concreto, el mismo repertorio de conocimientos y métodos médico/clínicos se pueden encontrar en distintos contextos históricos y culturales (Flores y Troncoso, 1886). La medicina desarrollada en los nahuas de la época prehispánica, como se verá, es de los casos más particulares y dignos de estudio.

Casos como estos últimos abundan en la literatura etnográfica de todo el mundo, muy particularmente, en contextos culturales que han sido históricamente desplazados por el discurso científico imperante en Occidente, que parte en sus fundamentos desde una autoridad epistémica por sobre otro tipo de creación de conocimiento. Esto último atañe, de forma indudable, a los conocimientos médicos desarrollados en diversos tipos de culturas.

Sin embargo, cualquier punto de vista médico que considere el carácter constructivista de la medicina, o que trate de integrar las consideraciones que los mismos sujetos tengan sobre sus padecimientos (como en el último caso), choca con un argumento de gran peso desde la perspectiva biologicista: el de *la normatividad vital del cuerpo* como requisito para la



salud. Este último establece que los conceptos de “salud” y “enfermedad” pueden ser medibles al tener un correlato con procesos y estados objetivos biológicos. Cualquier error o fallo de un individuo a la adaptabilidad de su ambiente, produce en él riesgos que atentan contra su capacidad de sobrevivencia y, por tanto, de salud invariablemente. Las inadaptaciones al entorno se manifiestan en los síntomas que han afectado mayormente al organismo, con lo que es reconocible, de forma objetiva, el momento en el cual podemos hablar de la aparición de una enfermedad. Teniendo todo esto en cuenta, no tendría valor alguno incorporar la diversidad de principios e interpretaciones que puedan surgir a raíz de una anomalía médica, pues el criterio para separar los conceptos salud/enfermedad se corresponden bien a realidades biológicas y objetivas, en los que la interpretación de los sujetos no debería tener ninguna importancia.

Es ilustrativo en este último caso la idea de salud que está detrás de los experimentos de Walter Cannon, el fisiólogo americano que en los años 20s del siglo pasado propuso el exitoso concepto de *homeostasis*. Según Cannon (1929), un organismo equilibrado es saludable cuando contiene distribuidos diversos compuestos químicos dentro de un parámetro normalmente establecido, de otro modo solo encontraría la muerte. Entre estos elementos, los que son imprescindibles para la autorregulación del cuerpo tienen que ver con una adecuada temperatura corporal, una equilibrada distribución de fluidos internos, los niveles de azúcares en la sangre, la concentración de iones como sodio, potasio, etc., entre otro tipo de cosas. Es aquí donde, sin lugar a dudas, se bosqueja un modelo del funcionamiento del cuerpo humano que reduce a éste a un organismo sistematizado que, teóricamente, puede desarrollar sus funciones biológicas si se mantiene dentro de un estándar empíricamente comprobado. Cualquier cosa que este organismo piense sobre sí mismo o su salud, no tiene absolutamente ninguna relevancia.

Antes de proseguir con el estudio de caso, es de necesidad aclarar los límites del concepto de *salud* del que se hará uso aquí. Debido a que no nos atenemos al concepto somero de



salud como simple ausencia de enfermedad, ni tampoco exclusivamente con la noción de función natural correcta, seguimos la idea de salud de la OMS según la desarrolla Nordenfelt, es decir, como “estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolor”, a lo que él refiere como “noción del estado ideal y perfecto” (Nordenfelt, 2017, 30-1).

Health, thus, is a notion primarily applicable with the human being as a whole. On the other hand, there are more specific derivative notions. (...) The idea of spiritual health is also current in the health sciences and is evident in the current formulation of the health concept of WHO although it is not systematically recognized. (Nordenfelt, 2017, 31).

Ya que es fundamental tener en consideración el enorme influjo que ejercen las expectativas y valores sociales sobre diferentes conceptos de salud, siendo variables histórica y espacialmente, es que a esta definición debería agregarse, además, la capacidad de los individuos para adaptarse y llevar una vida satisfactoria de acuerdo con el contexto cultural en el cual se encuentren. Esto es especialmente importante cuando nos detenemos a analizar contextos médicos y clínicos de un orden social enteramente distinto al de la medicina moderna, como lo veremos en el caso de la medicina náhuatl.

Debido a que, al menos en un primer nivel, es posible reconocer la aparición de una enfermedad más allá de cualquier circunstancia (se insistirá sobre ello más adelante), ya fuese por dificultades funcionales o por escapar del “estándar” saludable promedio, hay razones para considerar que las dimensiones concretas y reales de una enfermedad son hechos válidos en cuanto a su existencia; en ese sentido serían apropiados los argumentos naturalistas en cuanto a la noción de salud. Pero, como se intentará desarrollar luego, el hecho de que seamos capaces de reconocer fenómenos patológicos de forma general e independiente de las circunstancias no evita, sin embargo, que en una etapa posterior nuestras hipótesis, inferencias y hasta conjeturas sobre los mismos síntomas no se vean influidas por el gran peso que ejercen los contextos sociales y valores que rigen la práctica



médica. En este sentido, la idea principal que esto puede sugerirnos es que, el hecho ontológico de las enfermedades con nuestro consiguiente enfrentamiento hacia ellas, por una parte, y la interpretación explicativa que hacemos sobre ellas en cuanto son observadas según nuestros valores, por otra parte, son fenómenos que podemos considerar como complementarios, más bien que como aspectos simplemente antitéticos o irreducibles uno al otro.

En concordancia con esto, Kingman explora más profundamente algunas razones de porqué esta división entre naturalismo y constructivismo en medicina peca de simplista:

... the opposition between naturalism and normativism is too simplistic. One very recent, metaethically informed proposal, for example, argues that normativists and naturalists do not differ on one but on two dimensions (Broadbent, manuscript under review). One dimension is value/value-free, but the other dimension is subjective/objective. At present, normativism tends to be characterized as “value-laden + subjective”, and naturalism as “value-free + objective”. If the two dimensions are placed in a matrix, however, there are other two positions that can be held. (Kingma, 2017, pp. 59-60).

Las otras dos dimensiones de las que habla Kingma, son por una parte una “cargada de valores y objetiva al mismo tiempo”, y por otra una “libre de valores y no obstante subjetiva”. No entraremos a exponer los detalles de cada una, pero darlas a conocer nos da una evidencia de la enorme complejidad que se esconde detrás del pretendido dualismo natural/constructivo. Siguiendo una línea bastante parecida a la de este último autor, la que seguirá nuestro argumento y concepto de salud tenderá a revelar cómo las premisas de ambas posturas filosóficas pueden encontrar cierta complementariedad empírica y epistemológica, al menos hasta cierto punto.

Aún con todo lo recién expuesto, en cuanto al esfuerzo del discurso científico por crear conocimiento que se ajuste al ideal de representar los hechos físicos en toda su exactitud y



realismo, el panorama es bastante más complejo que a como lo suelen concebir los médicos y filósofos naturalistas. A pesar de lo que pueda creerse a simple vista, el análisis de las prácticas médicas en diferentes contextos históricos y culturales pueden muy bien dar a conocer un repertorio de conocimientos inusitadamente empírico y exacto, lejos de la imagen oscura y errónea que muchas veces se le suele atribuir a la medicina antigua. A continuación, pasaremos a analizar uno de los casos más ilustrativos de la historia médica antigua; la de la medicina náhuatl de época prehispánica, es decir, anterior a la llegada europea del siglo XVI. Un atisbo de lo que esta solía ser ayudará a comprender el gran alcance del argumento constructivista en medicina, pero también algunas posibilidades de concordancia entre las perspectivas médicas constructivistas/naturalistas que usualmente plantean los filósofos de la ciencia.





Figura 1. Sangría con fines terapéuticos. Tomado de:

<http://www.rehabilitacionblog.com/2016/03/las-sangrias-y-la-medicina-basada-en-la.html>

4. El caso de la medicina náhuatl antigua: Conglomerado de magia, herbolaria y conocimientos empíricos.

Uno de los casos de estudio más notables para el ámbito de la contrastación con la medicina naturalista o científicista, es la tradición médica surgida siglos atrás en el seno de la cuenca de México en la época previa al contacto europeo en 1519, esto es, la medicina náhuatl prehispánica. El detenerse en su estudio puede aprovechar múltiples ventajas para los filósofos, sea de la ciencia, la historia, o la filosofía de la medicina, siendo esta última de las que más dará que reflexionar para este caso. Una de esas ventajas, de hecho, la principal, es que ofrece el conjunto de toda una tradición epistemológica concerniente a la práctica médica, clínica y terapéutica, aislada de su contraparte grecolatina por un espacio de cerca de dos mil años y, por ello, desarrollada fuera de la influencia teórica del viejo mundo hasta el siglo XVI. Junto a esto último, la medicina, tal como fue desarrollada en la antigua cultura de los nahuas, cristaliza y refleja, en parte, el estado de conocimientos que fueron capaces de alcanzar las poblaciones americanas de la época, gran parte de ellos resultando de una particular capacidad de razonar mediante observaciones, analogías, pruebas de ensayo/error e inducciones. Por todo ello, y por muchas otras razones, la práctica médica de los nahuas prehispánicos será un punto de referencia para la demostración de un argumento que no se base estrictamente en la dualidad médica naturalismo/constructivismo; antes bien, pueda proporcionar una solución al problema de conciliar ambas posiciones, dividiendo la construcción del conocimiento médico en dos niveles, como se verá más adelante.



Antes de proceder a la exposición de los aspectos clínicos y patológicos de su medicina, es conveniente señalar algunos pormenores de la cultura en la cual se inserta aquella. Los pueblos nahuas que habitaban el centro de México, y que a día de hoy persisten en gran parte del mismo, reciben tal nombre ya que comparten en común el uso de la lengua náhuatl, perteneciente al grupo nahuatlato de la familia uto-azteca; es realmente del náhuatl del que se derivan todos los nombres de los géneros, así como especies, de enfermedades, remedios, plantas, animales, partes del cuerpo, propiedades curativas, así como de los tipos de profesionales encargados de tratar un área patológica específica, dependiendo de su especialización. Es importante hacer notar esto último para tener en cuenta un aspecto importante de su medicina, y es que, habiendo sido dichas clasificaciones genéricas adoptadas en gran parte por la medicina europea, muchos de los términos nahuas concretos cuentan con su paralelo en latín, para el caso de la herbolaria, mas otro tanto no ocurre de esa forma, habiéndose mantenido muchos términos en el original náhuatl. Dentro de este grupo lingüístico, se encuentran los conocidos aztecas o mexicas, propiamente, junto con otros pueblos que tuvieron un lugar preponderante en la historia del contacto europeo, como los tlaxcaltecas, texcocanos, chalcas, acolhuas, etc. Todos estos pueblos-tribus heredaron un inusitado conocimiento cosmogónico, pero también empírico, de otras culturas que les habían precedido siglos atrás, particularmente la tolteca, alcanzando un repertorio de conocimientos técnicos, artísticos e intelectuales en todas las áreas del conocimiento, único en la América precolombina, sólo superado por los pueblos mayas que florecieron casi un milenio antes de los siglos XV y XVI.

Las fuentes de primera mano que han servido para acercarse a la comprensión de la medicina en la cultura náhuatl de antaño datan de fecha posterior al choque producido por la conquista en 1520, debidas principalmente a la recopilación de conocimientos indígenas por parte de los misioneros, pero también de algunos de sus estudiantes nativos que asistieron al convento de Tlatelolco, fundado por aquellos con motivo de propiciar la evangelización de la población. Es de este último colegio religioso del que procede el



documento médico más antiguo escrito en América, el Códice de la Cruz-Badiano. Dividido en trece capítulos, clasifica 227 plantas medicinales y sus efectos según diferentes secciones del cuerpo, 33 de las cuales cuentan con identificación del correspondiente nombre latino (De la Cruz, [1553]2000).

Igualmente, reconocida como fuente de información médica y herbolaria, es el libro VI de la monumental enciclopedia etnográfica de fray Bernardino de Sahagún, la llamada *Historia General de las Cosas de Nueva España*, en la que los intelectuales indígenas que trabajaron bajo la supervisión del fraile registraron a detalle una suma de las plantas y remedios que consideraban fructíferos para cierto grupo de enfermedades (Sahagún, [s.f.]2001). Junto a ello, es en el libro de Francisco Hernández, protomédico de Felipe II, en donde pueden extraerse la mayor parte de información respecto a la enorme cantidad de especímenes botánicos: yerbas, plantas y propiedades curativas de cada una, llegando a registrar en su colección no menos de 3000 especies de plantas (Hernández, [1615]2018).

El tratado histórico-médico de Flores y Troncoso es uno de los más profundos y detallados en la materia, el cual clasifica y describe centenares de enfermedades descritas en las fuentes históricas nahuas, cada una clasificada con su respectivo nombre indígena, origen etiológico, género, procedimiento de curación, y órgano al que afecta (Flores y Troncoso, 1886). Si bien fuerza de forma considerable las prácticas médicas nativas a la terminología contemporánea, sigue siendo una fuente práctica al tiempo que recoge todo lo anterior de los primeros documentos.

El primer hecho que debe tenerse en cuenta, tanto si se pretende investigar las prácticas y razonamiento médicos de los nahuas o de cualquier otro grupo cultural externos a Occidente en sus raíces de pensamiento, es que cualquier tipo de parámetro o concepto que se use para comprender las ideas de tal “sistema lógico-simbólico”, resultará irremediabilmente sesgado si viene cargado de ideas preconcebidas respecto a lo que se busca entender en un contexto específico. Así, por ejemplo, no es pertinente criticar a una



banda nómada histórica, en particular, que frente a una plaga de algún tipo decidan permanecer todos juntos, incrementando las posibilidades de contagio, simplemente porque desconocen cualquier tipo de teoría epidemiológica o bacteriológica, y en vez de ello recurran a sus propias creencias de curación según su contexto (Park, 1899). O bien, hablando más cercanamente, sería poco consecuente criticarle a Cannon el no haber planteado su concepto de *homeostasis* en un marco teórico más humanista, que considere no sólo el desequilibrio fisiológico del sujeto enfermo sino además las circunstancias locales y afectivas de su vida; simplemente porque en la segunda década del siglo pasado el paradigma predominante seguía manteniendo un carácter marcadamente positivista, y aquel investigador simplemente condujo sus investigaciones dentro de pruebas de carácter casi exclusivamente empírico (Cannon, 1929, p. 399).

En base a lo anteriormente mencionado, sabrá juzgarse en mejor medida la importancia del contexto de cualquier práctica científica en general, y médica en particular, con todas las áreas de especialidades que esta conlleva. Como ocurrió con el desarrollo de las primeras manifestaciones culturales humanas y, posteriormente, con el desarrollo técnico de todas las culturas antiguas, no ha existido una sola de ellas que no contuviera en sí los presupuestos básicos de su *visión de mundo*. Esta misma, que también puede entenderse como *cosmogonía*, ha permeado desde antiguo todas las manifestaciones de pensamiento humanas nacidas al amparo de la sociedad, sin ser una excepción siquiera lo que, actualmente, llamamos práctica científica. En este sentido, la medicina como hecho social no es ajena a los diversos contextos sociales en los que se ha desenvuelto: ya fuesen desde las prácticas chamánicas dentro de pequeños grupos nómadas (y que persisten hoy en día en ciertas comunidades), hasta la práctica médica-clínica institucionalizada formalmente por un aparato organizado de especialistas dependientes de un Estado.



Designaron los nahoas en sus primitivos tiempos con el nombre de cocoliztli, a cualquiera de los estados patológicos que nosotros llamamos enfermedad, y agrupándolos todos después, formando una gran familia, esa palabra vino a ser la raíz etimológica del tecnicismo de su nosología. Más tarde su acepción vino a ser más bien genérica, designando las enfermedades generales de las costas, entre ellas el vómito prieto, según lo afirma Herrera en su "Historia general de las Indias", hasta que, por fin, después de la conquista, limitándola a una especie, vino a ser el nombre que se dio entonces a la enfermedad devastadora, apenas naciente, la viruela, esa terrible plaga que tras de las desgracias de la conquista diezmó a la población indígena (Flores y Troncoso, 1886, 113-14).

El área médica que, sin lugar a dudas, dio los más grandes progresos fue el de la farmacología, y ligado a ella, lógicamente, el de la herbolaria.

Examinando un poco todas las nociones de su medicina, conservadas, queriendo el historiador encontrar entre sus conocimientos algo que parezca a una clasificación de las enfermedades por ellos conocidas, nada le será posible averiguar, nada que parezca a un ensayo nosológico de ellas, lo que es muy natural.

El último período de la historia de los aztecas apenas alcanza a los principios del primer tercio del siglo XVI, y en el Continente antiguo, cuna de la ilustración, en el Viejo Mundo, apenas, y muy apenas, en el siglo XVIII se intentó hacer esos ensayos de clasificación y empezaron a cultivarse los estudios de nosología (Flores y Troncoso, 1886, 113).



Tabla I. Algunos medicamentos nahuas antiguos, con sus respectivas cantidades.¹

POCIONES	DESCRIPCIÓN
Poción emética	-De zumo de yztauhyatl [Artemisia Mexicana] -Chichixíhuitl -Tomió (Thymus vulgaris,L.) Usos, dosis: Como emético a la dosis de 300 g. al interior.
Poción purgante	-De raíz de tezonpatli: 8.00 g. -De neutle: 12.00 g. Usos: como purgante.
Poción antidiarreica	- De raíz tostada de tzipipatli: 15.00 g. -De tlaolli (Zea mais, L.). -De chilli (Capcicum.....). - <i>Neutle</i> , suficiente cantidad para suspenderlos y propinarlos al interior.
Pasta profiláctica (¿)	Un médico cholulense preparaba este medicamento, el más noble y célebre de todo el imperio azteca. He aquí su composición: -De raíz de chichimecapatli: 120.00 g. -De raíz de cocoztic: 4.00 g. * Molían las raíces mezcladas con una de sus especies de azúcar, y exponían la pasta al sol hasta que se secaba.

¹ Todos los nombres de las recetas vienen con su nombre náhuatl, como podrá verse en la tabla. Sin embargo, solo algunos cuentan con su equivalente en latín debido a que estos han sido incorporados a la farmacología europea. Así, *Zea mais* y *Capcicum* son fácilmente reconocibles a nivel global por su generalización, lo que no puede decirse por completo de otros productos. Muchos términos de hierbas, plantas y pastas llevan su nombre original por diferentes motivos, ya sea por sus orígenes nativos en la región, por no haber sido clasificados exhaustivamente, entre otras razones. El autor de esta tabla tampoco entra en detalles al respecto, por lo que es necesario aclarar este punto desde ahora.



Uso y dosis: Especie de panacea considerada entre ellos como un magnífico profiláctico para precaverse de todas las enfermedades. Dice Hernández que la usaban a lo dosis de tres óbolos, poco más o menos, con gran éxito, según le constó de testimonios jurídicos.

Rapés

Con el picietl (*Nicotiana tabacum*, L.) preparaban una especie de rapé, del que hacían un uso semejante al que hoy le conocemos.

Usos: expectorante, antiséptico, disminución del sangrado.

De algunos polvos compuestos vale la pena mencionar dos que, para la curiosidad moderna, no refieren a ninguna dolencia física, sino más bien al ámbito de las relaciones interpersonales. Ambos dicen mucho, sin embargo, del concepto de enfermedad de los nahuas antiguos, el cual no se limitaba meramente a los síntomas biológicos, abarcando una experiencia humana mucho más amplia:

Polvos para ganar el amor de una mujer.

- De polvo de *tetechmamatiani*.
- De polvo de *tlapatli*.

Mezclados – al interior.

Polvos para la melancolía.

- De *Malinalli* (hierba).
- De médula de carrizo.
- De *tlaolli* (*Zea mais*, L.).

Mezclados y al interior.



Tanto los compuestos recién mencionados, como todos los demás de la gran mayoría del conjunto que no ha sido mencionado, conforman el vasto corpus de fármacos trabajados por el gremio de los antiguos herbolarios y médicos del México precortesiano. Como se ha dicho antes, el propósito de los brebajes, zumos, pociones simples y compuestas, pastas, rapés, emplastos, polvos y cataplasmas, no seguía otro criterio que el *del efecto por medio de contrarios o semejantes*, o igualmente probable, porque cualquiera de estas preparaciones se consideraba como remedios bajo la protección de alguna divinidad del panteón mesoamericano, por lo que no debe esperarse encontrar en ellos la mínima explicación biologicista, fisiológica o química (en el sentido actual de explicación puramente mecánica). Es evidente que haya sido así, como no podía ser de otra forma en cualquier sociedad que no contara con técnicas especializadas.

Y, sin embargo, es fácil entrever la gran especificidad de fármacos creados para tratar diferentes enfermedades, en la que los nahuas dividieron cada una de estas según sus síntomas, orígenes, región del cuerpo afectada, si son externas o internas, etc. Aun cuando toda su práctica médica se viera dominada dentro del marco de su religión, resulta interesante notar el grado de conocimientos que llegaron a alcanzar de las propiedades naturales del ambiente en el cual se desarrollaron; el hecho de que realmente fue así se constata no sólo porque la mayoría de ellas funcionen de forma efectiva para muchas de las enfermedades que conocieron, sino también porque la farmacología náhuatl fue incorporada a la europea a partir de los productos y clasificaciones llevadas desde América por Hernández en el siglo XVI.



Figura 2. Imágenes de flora nativa con sus correspondientes descripciones. Códice De la Cruz-Badiano. Tomado de: <https://www.gaceta.unam.mx/codice-de-la-cruz-badiano-el-texto-mas-antiguo-de-medicina-en-america/>

El ámbito clínico en esta cultura es de los más interesantes y uno de los que más vale la pena detenerse en analizar. La cirugía o *texoxotlaliztli* era un arte practicado por los antiguos mexicanos que, fuera de lo que pudiera parecer, era una curiosa combinación de prácticas mágicas con tratamientos quirúrgicos de calidad singular e inusitadamente empírica (Flores y Troncoso, 1886, 83)². Las curaciones conocidas (*tepatiliztli*) abarcaban, sobre todo, el área

² Entiéndase cirugía en un sentido amplio; aplicado a este contexto, la entendemos como intervención anatómica para diagnosticar, pronosticar o tratar enfermedades. Debido a que muchas operaciones hoy en día se ejecutan de forma abierta o “invasiva”, se hace necesario recalcar que muchos procedimientos, en este caso de estudio, no se trataban de la misma forma, si bien los nahuas no desconocieron las cirugías abiertas, como se señala aquí.



de las heridas, úlceras, luxaciones, fracturas y tumores. Según el autor de la Historia de la medicina en México, los nahuas solían emplear la reducción de fracturas y luxaciones, aplicando métodos de su manual operatorio como la contra-extensión, extensión y coaptación; para ello usaban del emplasto, tablillas de *huapaltontli*, plumas aplicadas para cubrir y acojinar entre la parte afectada y el emplasto; conocían el uso de sangrías (*teizminaliztli*) usando púas de puercoespín americano o puntas de la planta de maguey, práctica que además de médica fue también usada frecuentemente para mortificaciones o penitencias. Respecto a esto último, debe notarse que la función de la sangría no obedecía el mismo criterio ni propósito a como lo fue en Europa; en el sentido clínico, los nahuas la concebían como técnica para equilibrar aspectos contrarios que estuvieran desbalanceados (en el caso de los enfermos), pero no hay testimonio, al menos, de que se concibiera la anatomía humana como un conjunto de fluidos o humores de forma análoga a la Europa de la misma época. Por lo demás, cuando decimos que las usaban para penitencias o mortificaciones, debe entenderse en el sentido religioso de una sociedad profundamente creyente en la ambivalencia de su panteón politeísta; tenía la sangría igualmente el propósito de aplicar castigo o dolor como forma de expiación.





Figura 3. Extracción de sangre usando la punta de una hoja de maguey. Al igual que en el Viejo Mundo, la práctica de sangrías era un hecho generalizado en la práctica médica de Mesoamérica.

Sacado de: <https://www.mexicodesconocido.com.mx/remedios-ancestrales-sanar-corazon-roto.html>

Se presentarán ahora dos casos de intervención clínica que, en unión estrecha con el uso de las propiedades farmacológicas recién mencionadas, demuestran el alcance que tuvo la práctica quirúrgica en la sociedad náhuatl de entonces. Según se desprende de las fuentes históricas, es natural que los médicos cirujanos de antaño se especializaran en diferentes accidentes físicos o enfermedades según la parte del cuerpo que resultara afectada, si se tiene en cuenta que su práctica clínica surge y se desarrolla en un contexto cultural que centraba sus actividades en torno a las guerras constantes con otros pueblos, lo que propiciaba la necesidad alarmante de concedores y tratantes de las materias médicas.

El primer caso que se expondrá, reviste el mayor interés por cuanto pertenece enteramente al área práctica de la cirugía antigua tal como la practicaban los nahuas. Nos referimos al tratamiento clínico de una enfermedad que ha aquejado, en mayor o menor medida, en todas las épocas: los tumores cancerígenos, conocidos entre los nahuas antiguos como "*Cualocatl*" (Flores y Troncoso, 1886, 88).

Como se ha dicho antes, no debe esperarse encontrar en la etiología náhuatl de las enfermedades una explicación detallada de los orígenes o causas de todas las enfermedades que ellos conocían, proceder de esta forma significaría aplicar un marco metodológico totalmente fuera de contexto a la realidad médica que se pretende comprender en este caso. Si bien hubo ciertos grupos de enfermedades a los que se les reconocían sus orígenes en ciertos fenómenos naturales, a los que bien se los había correlacionado con la aparición



de ciertos padecimientos en estaciones particulares, la mayoría de aquellas se concebían como producto ya del desequilibrio conductual del que la padeciera, ya de intervención divina directamente. En el caso de las muertes por bubas o tumores, nos dicen los informantes de Sahagún, que en aquella época se pensaban producidas en el cuerpo del enfermo por designio de la deidad de la lluvia y el agua *Tláloc*, a los que, por un exceso de humedad o retención líquida, los escogía específicamente para ser destinados al *Tlalocan* o paraíso de la abundancia, a donde iban todos aquellos que sufrían muertes relacionadas con el ahogamiento o alguna circunstancia donde el agua estuviera presente en gran medida (Sahagún, [s.f.] 2001, lib. I).

- 1) El diagnóstico de los *cualocatl*, como el de cualquier enfermedad que tuviera relación con los tejidos en general, alcanzó una notable observación en todos sus detalles, distinguiendo cada uno de forma tan exacta como la respectiva parte del cuerpo que se veía afectada. Según Flores y Troncoso, lo anterior no ha impedido que actualmente sea difícil precisar cuántas clases de tumores distinguieron, así como las cualidades de cada clase o subgrupo que habían llegado a establecer dentro del género de las bubas o tumores (1886, 88). A modo de ejemplo, el mismo autor da una idea del modo en que los médicos nahuas reconocían los *cualocatl* según su aspecto y región específica: dentro de los malignos, podían encontrarse los *huey cualocatl*, tumores en los senos; el *tlapananaltliztli*, o tumor del pene, entre otros. Lamentablemente, para la detección de protuberancias por pura observación, el diagnóstico de síntomas que desarrollaran cáncer no podía ser más especializado en modo alguno; el diagnóstico a base del tamaño o forma de tumores podía eventualmente tener lugar cuando ya fuera demasiado tarde, estando la enfermedad en un estado de desarrollo bastante avanzado.
- 2) El tratamiento en general para abordar los tumores era el mismo sin importar el caso, fuesen estos benignos o malignos, aunque algunos de ellos podían seguir un tratamiento especial dependiendo de la región en la que se ubicara.



El tratamiento general consistía en la aplicación de hierbas y compuestos. Debía comenzarse por introducir al interior los polvos de la raíz de *zalichpahtli* en dosis de 4.00 g. en agua, o una poción de cocimiento de *pozahializpahtli* en dosis de 300.00 g., que se consideraban podían quitar el crecimiento de las bubas. También se usaba la raíz de *tuzpahtli* (*Dorstenia contrayerba*, L.). Posteriormente, debía procederse a colocar, tanto local como exteriormente, unas cataplasmas que podían ser de hojas machacadas de *chapol Xóchitl* o de *yoyohtli* (*Thebetia ioiotli*, D.C.), o podía usarse igualmente la raíz de *chilpantlatzollí* o de *tzatzatlepaztli* o de *tlalamatepahtli*, mezcladas con cal, o con raíz de *tlaxuicoquilitl* y *yohuayautzitzitzicaliztli* molidas en partes iguales, con las que creían combatir los tumores en general. Por último, se aplicaba en la parte externa el zumo lechoso del *chilpahtli* o el jugo de raíz de *axochiatl*, que según ellos podían disolverlos (Flores y Troncoso, 1886, 88).

En el caso de los tumores que afectaban a ciertas regiones, debían conocerse los remedios respectivos para cada área en específico. De esta forma, para los tumores maxilares aplicaban las hojas de *tlatlancuaye*; para los del abdomen cataplasmas de *cihuapahtli* (*Montaña floribunda*); y para los de las piernas, lociones de cocimiento de corteza de *mazacaxocotl* o de *xalxocotl* (*Psidium poliferum*, L.), o también de *mexixquilitl*.

- 3) En el caso de que hubiese sido necesaria una intervención quirúrgica sobre el/los tumores, se conocía también el uso de suturas hechas con cabellos muy limpios. Todo lo que atañe al seguimiento clínico de la enfermedad es una de las partes menos descritas en las relaciones y códices, pero se sabe, al menos, que posterior al uso de emplastos o cataplasmas aplicaban al enfermo los baños de *temazcalli* en forma diaria, el efecto del vapor hacía que la cataplasma se desprendiera y cayera espontáneamente (Flores y Troncoso, 1886, 85).

Se tienen también registros de tratamientos clínicos de otras enfermedades, entre las que se contaban las fracturas y luxaciones, gangrenas, tumores y cáncer,



quemaduras, contusiones, mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos, cicatrices, úlceras, enfermedades de los huesos, de las arterias, entre otras. Para el tratamiento quirúrgico de muchas de estas enfermedades, las técnicas más ampliamente usadas tenían que ver con la aplicación de cataplasmas, el uso de hierbas, raíces y plantas locales, sangrías, baños de vapor, narcóticos, control del régimen dietético, y para el caso de heridas profundas estaban las cauterizaciones con cáusticos, suturas con cabellos, ligaduras de arterias, amputaciones, o composición de huesos, dependiendo del tipo de problema a tratar (Flores y Troncoso, 1886, 149).

Un segundo caso, que se inserta dentro de la medicina herbal interna según el estándar de la época, y que a día de hoy requiere tratamiento clínico, es el de la litiasis renal o cálculos renales. Dícese que es según el estándar de la época porque, como era natural, la práctica clínica disponía de casi nulas herramientas para la identificación, operación, tratamiento y seguimiento de casos en los que intervendrían cuerpos tan minúsculos como los cálculos o cualquier tipo de elemento que obstruyese alguna vía de circulación anatómica.

Según Flores y Troncoso, el padecimiento de dolores repentinos por litiasis o piedras en los riñones se conocía en época prehispánica como *“Axixcocoliztli”* o *“Neaxitzacualiztli”* (1886, 144). No se ha podido averiguar si ambos términos diferencian entre los cálculos císticos y los renales o, por el contrario, son dos nombres de la misma enfermedad y no hacen distinción de la región afectada por dolor de sedimentos. Otro hecho que permanece oscuro en este sentido, es cuál hubiera sido la respectiva interpretación que el médico nahua diera frente a un dolor localizado que, aparentemente, no muestra el más ligero cambio físico en el afectado. En efecto, es sólo debido a las técnicas microscópicas modernas que es posible reconocer, sin miedo a error, cuando se presenta un paciente con un lito o cálculo imposible de detectar a no ser que supere una cierta cantidad de milímetros (Doizi y Traxer, 2018). Teniendo en cuenta la perspectiva indígena de la enfermedad, la explicación de un dolor



intenso tan repentino recaería en nada menos que una falta personal en el comportamiento del afectado, una acción de un tercero o la penitencia dada por el respectivo dios tutelar; y, sin embargo, esta explicación cosmológica no impidió que los *tlamatinime* o sabios nahuas no buscaran resolver el problema que tenían de frente mediante ensayos de prueba y error. Los pasos que siguen, son los que corresponden al diagnóstico, tratamiento terapéutico y seguimiento de *neaxitzacualiztli* tal como es más lógico suponer que siguieron los médicos nahuas:

- 1) Primero, el diagnóstico, en este caso, dependería exclusivamente de la experimentación intensa de dolor por parte de quien padeciera dicha enfermedad en la época, siendo este el único indicador que podía considerarse válido para que el médico decidiera ejecutar una operación clínica. El síntoma más característico en el problema de la litiasis tiene que ver con el dolor que siente quien lo padece, que puede producirse desde el riñón que esté obstruido, pasando por el uréter hasta llegar a la vejiga.
- 2) El tratamiento u operación, dependiendo de la urgencia e intensidad del dolor, tiene que conducir al problema de la *neaxitzacualiztli* al uso exclusivo de fármacos y líquidos que fueren por presionar el paso del cálculo a través del uréter. Se ha dicho que, de toda la medicación que usaban en esta enfermedad, las que tenían prioridad eran las que pudiesen actuar como sustancias disolventes de los cálculos, o *litotrípticas*. En este sentido, los compuestos para curación se formaban a partir de jugo de *metl* o *neutle* (maguey), yerba *iyauhtli*, la raíz de *cocoztic*, raíz de *aitztoli* macerada, el cocimiento de *phehuamé* y la piedra *iztliayotlique* (Flores y Troncoso, 1886, 141).

Obviamente, y como ya se ha venido insistiendo, es imposible que hayan podido lograr la eliminación de los sedimentos con operaciones invasivas o microscópicas; la obstrucción por piedras es difícilmente visible incluso para el médico que no cuente con la técnica requerida para lograr tal situación. Si actualmente, es posible



extraer cálculos por ureteroscopia, ingresando un catéter a través de la uretra, o por nefrostomía percutánea, ingresando al riñón por cirugía abierta para extraer los sedimentos, no podía ser lógico ni mucho menos prudente el intentar hacer una operación similar sin contar con técnicas avanzadas, a no ser que quisiera correrse el enorme riesgo de morir por desangramiento.

- 3) En el caso de que el brebaje compuesto resultara exitoso para eliminar los cálculos renales, es necesario considerar lo que debía proceder como medidas precautorias que recomendara el médico nahua frente al paciente que acababa de sanar. Puede decirse que es probable seguir en parte lo que debía esperarse en este caso: el paciente debía abstenerse, por algún tiempo recomendable, de acciones o actividades agotadoras que requirieran mucha fuerza; debía reponerse mediante el descanso continuo hasta que, gradualmente, fuera cediendo el dolor que producía anteriormente al intentar orinar; por último, lo que más cabe esperar es que, sin no fuera por voluntad propia, el curador lo sometiera a una estricta dieta que limitara al máximo cualquier elemento que podrían haber considerado como condicionante del dolor de riñón que le sobrevino tan repentinamente.

Este último paso, que es en lo que consiste el seguimiento posoperación, iría acompañado de forma inevitable por los cuidados y prevenciones externas al carácter de la enfermedad, cuidados que pertenecen al contexto de la profesión médica náhuatl: baños, uso de ciertas hierbas con propiedades particulares, oblacones y penitencias, pronosticación del desarrollo patológico en base al calendario ritual, etc.

Con todo lo anteriormente expuesto, es necesario pasar ahora a considerar los hechos. Se ha demostrado que el desarrollo médico en el contexto de la cultura náhuatl prehispánica, lejos de ser la imagen desorganizada e improductiva de remedios que



generalmente se ha tenido de la medicina indígena antigua, es por el contrario, el atisbo de una inusual tendencia a la clasificación etiológica, terapéutica y patológica de todas las enfermedades conocidas en ese entonces, dividiendo junto a ello su estado en internas o externas, o si requirieran intervención simple, herbal o quirúrgica. Aunque este tipo de divisiones, que podemos bien llamar clínicas, pudieron haber sido de un carácter más bien primigenio y tendiente a la sistematización, no deja de llamar la atención por demostrar la construcción de todo un enfoque teórico, metodológico y empírico que solamente podría haberse logrado luego de un considerable tiempo de experimentaciones tentativas. Dentro de este sistema médico/clínico, si bien lo anterior, no deja de tener una importancia primordial la creencia igualmente prevalente en causas y terapias extrahumanas, mágicas y cosmológicas, que curiosamente coexisten en armonía con el reverso empírico que manifiestan muchos tratamientos y seguimientos de las enfermedades en la medicina náhuatl.

5. Inducciones, comprobaciones, cosmovisiones. Algunas consideraciones del problema constructivista.

Se dijo recién que debían revisarse los hechos en sí mismos, tal como se presentaban. A lo largo del caso de estudio etnológico, puede comprobarse que, entre los nahuas, se hacía uso de divisiones etiológicas, nosológicas y clínicas de las enfermedades tal como se han registrado, pero lo que es quizás más notable, es que se puedan reconocer síntomas, curaciones y cirugías que, por lo general, concuerden casi en su totalidad con los síntomas y tratamientos que a día de hoy la medicina contemporánea juzga y reconoce dependiendo del género y origen de cada enfermedad. Aunque es cierto que esto puede no revestir mayor trascendencia en un estudio comparado, debido a la aparente “obviedad” que se pensaría que puede haber en reconocer cosas como los



síntomas en las mismas enfermedades de aquella época y la nuestra, el hecho en sí de que exista cierta identidad en los fenómenos patológicos, tal como lo registraban los nahuas y tal como los clasificamos nosotros como contemporáneos, no deja de ser un problema que suscita una cuestión epistémica de la mayor importancia.

La distinción categórica entre lo normal y lo patológico no se apoya solamente en consideraciones de índole epistemológica u ontológica, en la medida en que los estudios culturales proporcionan también los argumentos más evidentes a favor del relativismo en el “marco teórico” compartido, y dentro de este último el de tipo médico, claramente. Queda demostrado esto a partir del análisis ya esbozado, de la práctica médica entre los nahuas prehispánicos mostrada en sus rasgos más someros. Por supuesto, en cada contexto cultural pueden rastrearse otras diferencias que, en mayor o menor medida, se acentúen con respecto a la tradición médica clínica de Occidente. Desde hace poco más de un siglo las investigaciones etnográficas y antropológicas empezaron a dar cuenta que la diversidad de sistemas médicos entrañaban también, muchas veces, una comprensión distinta de lo que significa tener una enfermedad, de sus orígenes, sus tratamientos y seguimientos, y el rol que las personas ocupan junto a ella (Benedict, [1934]2006). En *El hombre y la cultura*, de 1934, Ruth Benedict, analizando las ideas de normalidad/anormalidad en tres culturas diferentes (los Zuñi, los Dobu y los Kwakiutl), llega a las mismas conclusiones que Canguilhem (2004), demostrando, por evidencias etnológicas, que las nociones de lo normal y lo anormal (dentro de esto, lo patológico) están sujetas a pautas culturales que se vinculan a los valores preservados por cada sociedad.

Pero, reconocer la relatividad de los sistemas médicos requiere salvar un problema intrínseco que debe resolver cualquier argumento que se incline por una posición constructivista, incluso si no se reconozca abiertamente. No es complicado detectar, en efecto, que cuando pretendemos validar todos los sistemas médicos como igualmente



capaces de cumplir con sus propósitos, respetando cada uno sus propios límites, eventualmente que entrarán en conflicto cuando dos o más de estos sistemas entreguen no sólo un diagnóstico, sino también un pronóstico, una terapia o una explicación de las enfermedades que sea contrapuestas la una con la otra, ya sea en su totalidad o en aspectos específicos. Una interpretación holística o humanista de una terapia para luchar contra la depresión, por ejemplo, no puede aceptar sin más un enfoque que se centre exclusivamente en la medicación recomendada por la farmacia; como también, en otro sentido, la explicación de que un espíritu maligno ingresó en un enfermo para explicar su locura puede no concordar con otra explicación que interprete la misma enfermedad como efecto de una persona malintencionada. En una u otra forma todas las teorías o sistemas médicos, que hayan existido o que persistan en la actualidad, encontrarán resistencia en alguno u otro aspecto de sus respectivas interpretaciones médicas y/o clínicas; el discurso científico constituye un reflejo de la imagen moderna de la medicina en nuestros días, al igual que lo hacen otros sistemas de sanación heterogéneos, con el gran privilegio que le confiere a aquel ser un sistema basado en la experimentación continua, la verificación de cada uno de los casos y de sus deducciones, y su alegación de objetividad desinteresada, si bien esta última idea siendo bastante controvertida (Saborido, 2020).

Ahora bien, a pesar del panorama complicado que se presenta al respecto, del irreductible debate entre las perspectivas naturalistas y constructivistas en medicina, podemos considerar que es posible buscar además de estas dos, una vía alternativa en la que sea posible complementar algunas de las presuposiciones de ambas. Por una parte, es necesario aceptar que es perfectamente factible la existencia de interpretaciones médicas divergentes, incluso en base al uso de *un mismo método*, en el cual tengan prioridad la experimentación empírica, las deducciones, los análisis de casos controlados, o cualquier otro aspecto mecánico que usualmente tiende a asumirse como atributo exclusivo del método científico y, más aún, naturalista. Esto ya se acaba



de demostrar en el caso etnológico que acabamos de analizar, a grandes rasgos. Por otra parte, tampoco es estrictamente necesario que exista contradicción alguna en ciertas interpretaciones, o sistemas médicos, que no se ajusten a la explicación naturalista “exacta”, tal como se pretende que sea esta. Cuando hablamos de *holismo*, en este sentido, no queremos significar el mero hecho de aceptar cualquier juicio o suposición que pueda ocurrirse para explicar o tratar cualquier cuestión del ámbito clínico; sino de que, más bien, podemos abrazar diferentes explicaciones/interpretaciones médicas desde el momento en que cumplen todas ellas con una *base empírica común*, que, más allá de lo que puedan decir acerca de las enfermedades, aceptan los mismos hechos en cuanto a reconocimiento y clasificación de la enfermedad, diagnóstico y/o tratamiento. Debido a esto último, lo que se propone aquí es trazar una división epistémica entre dos formas de construir el conocimiento en medicina; una, común a todos los sistemas médicos, basada en la observación, inducciones y experiencia, y otra forma, necesariamente heterogénea, construida a partir de deducciones, concepciones preconcebidas y aspectos sociales propios del contexto. Se debe asumir que todo sistema médico comparte ambas formas en la construcción teórica de sus teorías.

Una anomalía física de nacimiento es una anormalidad notada por el grupo social en el cual vive tal persona con dicha enfermedad, sea de donde sea, en Polinesia o en el México antiguo, en una sociedad industrial o una zona rural; de una u otra forma no se pasará por alto su evidente diferencia física. Un brazo gangrenado luego de una amputación mal ejecutada es fácilmente reconocible como un caso a tratar, sin importar la época o el contexto de donde provenga el desafortunado paciente; tampoco tiene mayores consecuencias si se cree que fue por causas naturales, sobrenaturales o de cualquier otro fenómeno, pues el hecho sigue siendo evidente como tal: una putrefacción de la piel. Un tumor maligno, desarrollado con el paso del tiempo, será tarde o temprano notado como una anomalía o problema a tratar, más cuando el malestar de quien lo sufre es más que evidente y, tarde o temprano, lo conduciría a una



muerte por esa causa. Frente a todos estos casos y a miles de síntomas a los que les basta con ser visiblemente evidentes para notar una diferencia en el estado físico de quien lo sufre, es que en todas las circunstancias y contextos sociales se reconoce cuando alguien adolece por una u otra causa; a diferencia del problema de los trastornos mentales de los que habló Benedict³, en aquellos casos físicos no se necesita interpretación alguna para saber que se está frente a un problema humano concreto. No se necesita, de momento, una interpretación o diagnóstico porque no hay nada que interpretar o diagnosticar; las anomalías físicas, sean congénitas o accidentales, se reducen a esto: hechos de la experiencia. Y los hechos, como tales, no nos revelan más conocimiento de lo que ellos mismos pueden proporcionar en cada caso individual, sin el peso de una interpretación en cuanto a las causas o los efectos de las anomalías a simple vista.

Algo muy distinto es lo que ocurre en un segundo paso: el de la interpretación de los hechos. No es necesario reducir este problema al de las explicaciones del discurso científico luego de haber experimentado e inferido tal hecho con la información de que se dispone. Puede muy bien ocurrir (como de hecho así lo ha demostrado sobradamente la antropología cultural) que, frente a un fenómeno como el de la gangrena o una diarrea, una interpretación de ese fenómeno recurra a una experiencia mística o mágica como causante del desastre físico; otra interpretación puede preferir explicar el mismo hecho debido a un exceso de sangrías de las que se abusó al tratar de equilibrar los humores del enfermo; y aún otra interpretación, la que nos resulta más familiar, puede explicar aquellos mismos padecimientos en base a la introducción de un virus particular dentro del enfermo, condicionado por una falta de condiciones higiénicas que

³ Para mayor comprensión de la teoría relativista cultural, y sus consecuencias con la relación cultura-psicología, véase Benedict, R. ([1934]2006). *Patterns of Culture*. Mariners Books Classics. A lo largo del texto, la autora desarrolla su propia concepción del problema de las enfermedades mentales en función de su significación cultural.



propiciaron la llegada de tal virus dentro de algún parásito en el cuerpo del afectado. Y así pueden seguirse tantas interpretaciones/diagnósticos como visiones de mundo existan. Frente al mismo fenómeno patológico concreto, sobra decir que existen tantas explicaciones y, con ello, terapias, como contextos culturales existen que propicien distintas formas de comprender una anomalía. Sin duda, que los modernos naturalistas de la medicina no dudarían ni un solo momento en asegurar cual les parece *la única explicación correcta*.

Hay buenos motivos para inclinarse a creer que, en realidad, el razonamiento clínico en particular (y puede deducirse que también el razonamiento de las ciencias en general) pasa por un proceso que involucra a las dos etapas mencionadas recién, una donde los hechos intervienen/ocurren por sí mismos alrededor de los médicos o sanadores, y otra, en un segundo nivel, donde entra en juego un sistema de deducciones e inferencias basado casi enteramente en las observaciones individuales, para producir una explicación que, a pesar de esperar que revista toda la objetividad posible, no deja de ser, no obstante, una interpretación condicionada por las necesidades y objetivos del contexto social en el cual surge. Por supuesto, estos planteamientos no expresan novedad alguna; la dualidad entre inducciones y deducciones tiene una historia tan larga como los inicios mismos de la reflexión lógica en filosofía. Losee indica, entre otros, la precisión de los dos conceptos de Grosseteste cuando, en el siglo XIII, afirma la existencia de una primera etapa inductiva o de “resolución” de fenómenos en sus elementos constituyentes, frente a una etapa deductiva o de “composición” en la que aquellos elementos se combinan para reconstruir proposiciones concluyentes, que, en cualquier caso, no generan conocimiento novedoso fuera de las premisas anteriores, precisamente en silogismos; la distinción entre simple inducción de casos individuales, e inferencias de fenómenos generales, se rastre según aquel desde Aristóteles (Losee, 1981, 41). Sin embargo, las dos caras del razonamiento inductivo y deductivo no se ajustan del todo a los dos niveles de conocimiento que ahora se proponen. Las dos



etapas del razonamiento médico que se mencionaron atrás, no refieren tanto a una *herramienta o método* formal para trazar el camino de generar conocimiento certero, como sí, más bien, a una cuestión cronológica que explicaría, en parte, la diversidad de interpretaciones de diagnósticos cuando hablamos de medicina en distintos contextos históricos o culturales. Aquí, ya se ha dicho, se plantean dos etapas; mas la primera no incluye razonamiento, inferencia o reflexión de ningún tipo, pues es simplemente el reconocimiento o “consciencia” de un problema o patología física cuando se lo tiene en frente. Es en la segunda etapa, del razonamiento médico, en donde se construyen los respectivos sistemas explicativos basados en las correspondientes observaciones, inferencias y deducciones del problema que se ha hecho consciente, y es aquí también cuando se producen las diferencias interpretativas sobre todo lo que atañe al problema de la salud y la enfermedad.

Se ha dicho, parcialmente en contraposición a esto, que algunos tipos de inferencia como la inducción, por norma general nunca inician el proceso de razonamiento, ocupando ese lugar privilegiado el uso de inferencias por abducción. Las inducciones, como razonamientos que comienzan por casos individuales, y las deducciones, que se derivan de principios más generales, vendrían a ser posibles sólo al final de que se haya llegado a un resultado comprobable luego del razonamiento abductivo. Según Barés y Fontaine (2022, p. 6), las abducciones implican la introducción de un tipo de “hipótesis no completamente corroborada”, que sin embargo puede llegar a ser útil para el proceso posterior de construcción de inferencias dentro del marco teórico utilizado, ya sea para explicar a grandes rasgos la etiología de una nueva enfermedad, como los síntomas, pronóstico, etc. Ello no implica, no obstante, que el uso de inducciones quede relegado a un segundo lugar, en la medida en que siempre es de primera importancia la comprobación empírica de cada caso. Ante esta propuesta, en la cual la fase de razonamiento inicial puede partir de un fundamento con falta de confirmación, es fácil reconocer en ella las características propias de muchos sistemas médicos heterodoxos,



en los que se refleja el hecho de que la abducción, como tipo de inferencia, está presente en los fundamentos de muchos de esos sistemas a los que se cuestiona por falta de comprobación o por afirmaciones aventuradas en diferentes aspectos clínicos. En el caso que acabamos de exponer en cuestión, de la medicina antigua náhuatl, efectivamente se encuentran no pocas hipótesis, que provienen en su mayoría de afirmaciones heredadas y aceptadas por el círculo social en el cual se movían los médicos de esa cultura, de carácter más religioso que empírico; de esto podría seguirse que, para los sistemas médicos tradicionales, la tendencia se concentra en introducir hipótesis explicadoras que sirvan de guía para casi todo el desarrollo de la teoría posterior. Ahora bien, como en este último caso nos ocupamos de cuestiones epistemológicas, y en parte antropológicas referentes al ámbito médico científico, es que asumimos que el primer paso en el desarrollo del conocimiento patológico consiste en el reconocimiento de los síntomas que son comunes a todo contexto, en orden de que se introduzcan luego las respectivas hipótesis para los marcos teóricos, sean aquellas comprobables o no. Es a esto cuando nos referimos que el análisis comienza por una fase de “reconocimiento” en el que, al menos al principio, no entra en juego algún tipo de inferencia que sea relevante; no nos referimos tanto a la esfera del razonamiento (que puede muy bien comenzar con el elemento de la abducción), como sí más bien a la esfera práctica de la experimentación.

Siguiendo esta línea del problema, el gran conflicto que supone el debate naturalismo/constructivismo se reduciría, al menos en filosofía de la medicina, a este punto: que las interpretaciones culturales de todo lo concerniente a las enfermedades suponen un conflicto epistemológico desde el momento en que se trata de comprenderlas según una correspondencia, lo más cercana posible, a los hechos naturales tal como se presentan. Esto último es en lo que precisamente se esfuerza por hacer el modelo científico contemporáneo, observando empíricamente, analizando casos, construyendo parámetros cuantitativos, y haciendo deducciones y



experimentaciones ya sea para encontrar las causas de una enfermedad, ya para seguir su tratamiento, o para cualquier aporte médico o clínico que merezca la pena su estudio. Pero las explicaciones científicas, como las explicaciones que pudiera ofrecer cualquier otro contexto sociocultural e histórico, se apoyan en última instancia en interpretaciones determinadas por su propio contexto, y ello conlleva tanto sus objetivos, como sus métodos e incluso sus propósitos. Decimos interpretaciones, y no explicaciones médicas/clínicas, porque estas últimas no son aisladas, sino que, nacen y se desarrollan dentro de una esfera cultural determinada; debido a que cada contexto o cultura tiene la facultad de ejercer influencia sobre la forma de comprender el mundo, es que esta comprensión es ,en última instancia, una *interpretación* del mismo, condicionada en gran medida por factores sociales, y que abarca todas las esferas de acción que involucran a una cultura en particular (Berger y Luckmann, 1900). Esto último es en lo que, realmente, se basa el discurso científico, pues es imposible desligarlo de la realidad social e histórica en la que ha surgido, y, como tal, puede llegar a ser una *explicación* de los hechos tan aceptada como las de cualquier otra circunstancia histórica o cultural. Es la “segunda etapa” explicativa, mencionada recién, la que plantea mayores problemas a la cuestión, al ser la que abre paso a la multitud de interpretaciones que podrían encontrarse al momento de explicar los hechos clínicos de las enfermedades.

Por otra parte, la explicación de los hechos médicos en una “primera etapa” debería ser más asequible en donde sea que fuesen las circunstancias: no se necesita construir una gran interpretación o sistema cuando se trata de reconocer los hechos más básicos a ser observados. Tómense en cuenta los casos mencionados atrás, como los cólicos, tumores o enfermedades a los huesos; ya sean estas enfermedades en su completitud, o los síntomas particulares que cada una manifiesta, son a grandes rasgos “caracteres” reconocibles para el médico entrenado, para el médico/sacerdote nahua de antaño, o incluso para un curandero moderno que no basa sus métodos en la medicina actual. No importan tanto, en un primer nivel, las ulteriores explicaciones que cada uno de estos



pueda ofrecer para un posible tratamiento y seguimiento; sí es notable, por el contrario, que en esta etapa todos puedan ser conscientes de reconocer los mismos síntomas o la misma enfermedad cuando se la tiene en frente.

En suma, lo que es necesario para reducir, al menos en parte, la dicotomía médica entre interpretaciones naturalistas-constructivistas, es establecer dos niveles diferentes de construcción de conocimiento en materias médicas o clínicas. Uno, en el cual se hace posible reconocer los fenómenos a tratar sin necesidad de agregar especulación o deducción alguna; comprende todo lo que se puede aprender y conocer por empirismo e inducción. El otro, de carácter bastante más deductivo y general, se eleva del conocimiento de los hechos aparentes para pasar a construir relaciones, inferencias, y toda una gama de sistemas que, no obstante, son dependientes del contexto en el que se trabaja sobre ellas. Dentro de este último nivel es válido situar todos los grandes sistemas explicativos, como lo son el científico, el religioso, el que está basado tanto en prácticas empíricas como tradicionales, etc. Ya que, en el segundo nivel de explicación de los fenómenos, es en donde comienza el conflicto inevitable por buscar la interpretación válida o correcta, es que afirmamos que un paso importante para la solución a este problema, en filosofía de la ciencia, debe buscarse en *un terreno epistémico en común*, es decir, en un nivel básico donde todos los esfuerzos por conocer desembocan necesariamente en las explicaciones más reconocibles para el estudio médico, sin necesidad de verse influenciado por las preconcepciones dadas por el contexto.

Puede decirse que, la distinción que aquí se plantea para un conocimiento de “primer y segundo nivel” para el área de filosofía de la medicina (aunque no afirmamos que esté restringida a ella), se corresponde con conceptos teóricos desarrollados por otros autores, en diferentes circunstancias (Broad, 1926). Así, por ejemplo, haciendo un análisis de los conceptos usados por Bacon, Broad menciona la triple distinción de



“cualidades sensibles, propiedades físicas, y formas metafísicas”.⁴ Este último, analiza estas tres ideas valiéndose de la noción de “calor” como originaria de un cambio físico; vale la pena al respecto citar el párrafo siguiente:

This is the distinction between sensible qualities, physical properties, and metaphysical forms. The sensible quality of hotness is the characteristic quality which is revealed to a human being in sensation when he touches a hot body or is exposed to radiant heat. The metaphysical form of heat is violent and irregular molecular movement. But when a plain man says that a certain body is hot, he does not necessarily mean that he or anyone else is receiving a sensibly hot feeling from it, and he certainly is not thinking of molecular movements. He means roughly that the body has the power to produce such a feeling in anyone who would touch it, that it has the power of expanding the mercury in a thermometer, and so on. This power, or faculty, or disposition is what I mean by the physical property of hotness (Broad, 1926, 32).

Esas mismas distinciones trazadas por Bacon, y que trata Broad con cierta generalidad, se corresponden de forma bastante apropiada con la distinción epistémica que aquí mismo se intenta trazar. Como en el caso de cualquier aspecto o hecho fácilmente perceptible por cada uno (“el calor” o cualquier cualidad sensible, entre estas), un fenómeno tan global y universal como lo son las enfermedades no pueden ser una excepción: tómesese por caso una enfermedad cualquiera, como el escorbuto. Las *cualidades sensibles* del escorbuto bien pueden ser todos los síntomas que debe sufrir quien lo padece: inflamación de las encías, úlceras sin cicatrizar, dolores recurrentes, etc. La concepción médica que nos hacemos de esta enfermedad, originada por la falta de vitamina C, y por tanto ligada a la nutrición, constituye una abstracción reflejada en

⁴ El explayarse sobre estos conceptos y las problemáticas que representan en este ámbito excede los límites del argumento que se busca exponer al presente. Para mayores detalles sobre los conceptos baconianos, véase Broad, C.D. (1926). *The philosophy of Francis Bacon; an address delivered at Cambridge on the occasion of the Bacon Tercentenary, 5 October, 1926*. Cambridge University Press.



la *forma metafísica* de la enfermedad. Por último, y esto es lo que más concierne a nuestro argumento, si, en el momento en que en un contexto social se detecta una tendencia o disposición en alguien a que le sobrevengan úlceras constantes, desangramiento de encías y caída de dientes, hemorragias y cansancio y debilidad, entonces lo que se representa a ojos de los demás es la *propiedad física* del escorbuto.

El criterio de estos tres conceptos baconianos encaja bien con una comprensión de cualquier enfermedad que pueda pensarse. Analizando un poco más el problema, vemos que el “primer nivel de conocimientos” que aquí proponemos es idéntico a la noción de propiedad física aplicado a las cosas; en todas partes las enfermedades llegan a conocerse por sus síntomas, por las manifestaciones físicas que son propias de cada una, y que, aún cuando no sepamos nada de su origen o forma de tratarla, como ha solido ocurrir en muchas circunstancias, eso no impide que podamos aprender y adquirir el reconocimiento de cada enfermedad, en la medida en que, universalmente, todos los síntomas de las mismas enfermedades se repiten para todos sin importar su ámbito particular, histórico o social. Por el contrario, el “segundo nivel” o de interpretación y explicación de hechos clínicos tiene mayor cercanía con la noción de forma metafísica de la enfermedad. La explicación o etiología, junto con el tratamiento y seguimiento de una enfermedad ya no tienen solamente la mirada puesta en las manifestaciones sintomáticas de los padecimientos, sino que ahora entra en juego todo el sistema de análisis, hipótesis, deducciones, experimentaciones e interpretaciones que le dan un nuevo valor a las formas metafísicas de las enfermedades. Mas dentro de esto último también tienen lugar las creencias, los juicios preconcebidos, las concepciones y métodos personales y sociales, en suma, todo lo que venimos llamando *el contexto sociocultural*.

Siguiendo la tendencia al esfuerzo por comprender varios contextos en lugar de atenerse a uno solo de ellos, se pueden resolver algunas críticas problemáticas que se han



planteado contra la posición constructivista, que da tanta importancia a las circunstancias en las que se crea el conocimiento científico. Particularmente para el área de la salud, las principales objeciones tienen que ver, como indica Saborido, en que necesariamente no todo vale cuando hablamos de prácticas, terapias o diagnósticos, llevando muchos de estos casos una hipotética mezcla de muchas terapias que no revisten ningún fundamento, o a casos en los que pretendidos grupos de médicos proponen soluciones a ciertas enfermedades para venderlas como curas factibles (Saborido 2020, c. III). No se puede negar que estas razones plantean un enorme riesgo para el desarrollo de la salud en general, y que los argumentos esgrimidos por los teóricos naturalistas en este sentido son bastante razonables y atingentes. Sin embargo, debe aceptarse también que, en base a posiciones más favorables a la divergencia de interpretaciones médicas, podemos encontrar diversos contextos sociales e históricos, en los que los fundamentos epistémicos de ciencias como la medicina provienen tanto de concepciones preconcebidas (tradiciones, religión, normas) como de conocimiento genuinamente construido a partir de razonamientos impecables; estos últimos muchas veces demostrando indicios claros del uso del método científico de investigación y análisis. El contexto de la medicina prehispánica de los nahuas nos entrega el mejor ejemplo en este sentido, que como ya vimos, poseía una organizada clasificación de enfermedades, no solamente fundada en separar los padecimientos cósmicos de los de origen natural, sino además en base al género de la enfermedad, su etiología, tratamiento, etc. Lo que debemos extraer de situaciones como estas es de que no podemos dar por sentado una división tan tajante entre tipos de conocimientos “tradicionales” y “científicos”, como si fuesen discursos epistémicos contradictorios e irreductibles unos a los otros. Si reconocemos que no hay perspectiva teórica médica que no proceda sin orden alguno, y que además ninguna de estas escapa de los condicionantes de sus propias circunstancias locales, no solamente se reduce bastante la dicotomía naturalista/constructivista, sino que además vemos que tanto los aspectos



empíricos como contextuales se encuentran tan estrechamente vinculados, que no es necesario separarlos metodológicamente, al menos de forma tan tajante como se ha ido planteando el problema. Al respecto, los siguientes dos puntos son estrictamente necesarios para comprender la importancia de la interrelación entre el conocimiento creado empíricamente, y el que viene siendo condicionado por el contexto:

- 1) No puede haber conocimiento que no esté fundamentado, en mayor o menor medida, en aprendizaje empírico. Eso es así a tal grado, que incluso el “canon” médico de contextos que se encuentren profundamente influidos por sus tradiciones mantienen, aunque sea al mínimo, un fundamento de sus interpretaciones técnicas en base al aprendizaje por experiencia.
- 2) Por otro lado, y de forma totalmente contrapuesta, no existe un solo contexto cultural que se encuentre totalmente libre de sus propias nociones paradigmáticas, sean sus códigos éticos, presupuestos teóricos, formas de hacer prácticas clínicas, etc.; ni aún el modelo científico contemporáneo puede afirmar estar libre de nociones preconcebidas en su práctica médica/clínica.

Ambos puntos pueden formar un argumento contra la pretensión de dividir el debate en filosofía de la medicina, para pasar a construir una tercera vía posible que vaya más allá del conflicto naturalismo/constructivismo. Limitarse a tomar parte en una u otra de estas perspectivas conduce necesariamente a uno de los dos problemas irresolubles que se presentan atrás. En primer lugar, la posición constructivista, o al menos una parte de ella, debe hacer frente al hecho de que en disciplinas teórico/prácticas como la medicina, el conocimiento empírico de los sucesos más básicos es un factor *indispensable* en donde sea que se practique un diagnóstico y un tratamiento de las enfermedades, más allá de las circunstancias locales o temporales en que nazca tal conocimiento. Siempre ha sido posible reconocer la naturaleza de una enfermedad en sus características más fácilmente observables, y los rasgos sintomáticos que caracterizan a cada una, bien pudieran ser caries,



traumatismos, fracturas, gangrenas, lepra, tumores, vómitos, diarreas, cólicos, y un largo etcétera de enfermedades que han sido registradas en cualquier contexto histórico y cultural, ya lo han probado sobradamente los informes etnográficos. Acabamos de demostrar este hecho en el estudio, a grandes rasgos, de los nahuas prehispánicos que permanecieron separados de la tradición médica del Viejo Mundo hasta el siglo XVI; un estudio de mayor alcance puede señalar el registro de todos los padecimientos mencionados recién y un sinnúmero de otros más tal como se conocían en cualquier otra región (Flores y Troncoso, 1886). Pretender ignorar esta realidad, es decir, que los rudimentos epistémicos más básicos se encuentran en cualquier circunstancia, más allá del paradigma del que estemos hablando, conduce a un relativismo radical en el que ningún paradigma científico o teoría epistemológica podrían ponerse de acuerdo, siquiera en los puntos más esenciales. En segundo lugar, vemos que aceptar sin más una postura naturalista en medicina también conlleva riesgos enormes que muy difícilmente son salvables. Considerar que el conocimiento médico que se ha ido acumulando progresivamente, y que continúa creciendo a día de hoy, forma un modelo que refleja fielmente la naturaleza higiénica, clínica y patológica de la realidad humana, no es sino otra cosa que concebir la creación de conocimiento desde una postura realista que, no tomada con cuidado, puede solamente llevar a una mirada ingenua de la complejidad del asunto. Ciertamente, este pensar se apoya en la experimentación continua y sus debidos procesos de inducciones, análisis, contrastaciones y deducciones que aseguran un sello de confiabilidad única en el discurso científico. Pero, con todo, y a pesar de lo singular que pueda llegar a parecer, la perspectiva del científico naturalista no lo libera de la consciencia, preconcepciones e ideas de sus propias circunstancias particulares como creador de conocimiento (Saborido, 2020, c. II). Tanto en el contexto médico científico como en el de cualquier otro, están siempre presentes las ideas o concepciones previas de quienes deciden ocuparse de una materia tan importante como la medicina; el peso que ejerce el paradigma prevalente, ya sea espacial o temporalmente, es de tal magnitud que no sería posible concebir a un practicante médico



que no esté en posesión de sus propias nociones, su propio código ético personal, su propia forma de afrontar las emergencias cuando se encuentre frente a un problema médico o clínico que desconozca. Ya sea bajo las nociones aprendidas por la tradición, por normas convencionales, o por un modelo científico hipotético, es dentro de aquellas que una comunidad científica se permite actuar bajo un propósito definido (Kuhn, [1962]2012).



6. Conclusiones

En conclusión, siguiendo la línea de los argumentos recién mencionados y el caso histórico/etnográfico de la medicina náhuatl expuesto atrás, podemos afirmar que, si dividimos el desarrollo y construcción del conocimiento médico en dos *aspectos o niveles*, un primer y un segundo nivel, es en el primero (o de conocimientos técnicos) común a cualquier contexto en donde hallamos mayor afinidad para un acercamiento más comprensivo de los diferentes sistemas médicos, sean históricos o contemporáneos. Por el contrario, es en el segundo nivel o de interpretaciones explicativas de los hechos, en donde surgen las mayores tensiones entre los diferentes sistemas, ya que cada uno evalúa aspectos distintos del diagnóstico, tratamiento o seguimiento de las enfermedades en función de sus propios contextos sociales o visiones de mundo. Los conflictos que naturalmente surgen entre diferentes interpretaciones explicativas de los fenómenos médicos, trae a colación el problema, mucho más complejo, de tener que conciliar muchas veces diferentes visiones de los mismos; un primer paso para reducir la brecha de perspectivas, sean naturalistas o constructivistas, consistiría entonces en buscar un terreno común donde confluyan todos los saberes empíricos que son comunes a todo sistema médico, sea científico, tradicional o de cualquier tipo. Esto último es lo que se ha pretendido hacer con el análisis de la antigua medicina náhuatl, demostrando que, a pesar de su fuerte énfasis en el contexto religioso de la época, podemos encontrar elementos y conocimientos que derivan de observaciones exactas, experimentaciones empíricas y análisis comparados, de la misma forma que caracterizan a la mirada científica contemporánea. Poder distinguir diversos aspectos del conocimiento médico y clínico, así como saber reconocer cuáles de estos son comparables entre sistemas médicos de los que no lo son, como la propuesta entre niveles epistémicos que se plantea aquí, puede llegar a ser una herramienta teórica fructífera para disminuir, si bien un poco, la tensión que existe en el debate epistemológico naturalista/constructivista aplicado a la filosofía de la medicina.



7. Bibliografía.

Barés, C. y M. Fontaine. (2022). "Medical Reasoning and the GW Model of Abduction." *Handbook of Abductive Cognition*. L. Magnani (ed.). Springer Nature Switzerland AG 2022.

Benedict, R. ([1934]2006). *Patterns of Culture*. Mariner Books Classics.

Berger, P.L. y T. Luckmann. (1900). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group Inc.

Boorse, C. (2004). "On the Distinction between Disease and Illness." *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*. A. Caplan, J.J. McCartney y Dominic A. Sisi (eds.). Georgetown University Press.

Broad, C.D. (1926). *The philosophy of Francis Bacon; an address delivered at Cambridge on the occasion of the Bacon Tercentenary, 5 October, 1926*. Cambridge University Press.

Canguilhem, G. (2004). "The Normal and the Pathological – Introduction to the Problem". *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*. A. Caplan, J.J. McCartney y Dominic A. Sisi (eds.). Georgetown University Press.

Cannon, W.B. (1929). "Organization for physiological homeostasis". *Physiological Reviews* 9 (3), pp.399-431.

De la Cruz, M. ([1553]2000). *An Aztec herbal: The classic codex of 1552*. The Maya Society. Dover Publications.

Doizi, S. y O. Traxer. (2018). "Flexible ureteroscopy: technique, tips and tricks". *Urolithiasis* 46 (1), pp. 47-58.



Flores y Troncoso, F. de Asís (1886). *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*. II Tomos. Oficina tipográfica de la Secretaría de fomento: México.

Hernández, F. ([1615]2018). *Cuatro Libros de la Naturaleza y Virtudes Medicinales de las Plantas y Animales de la Nueva España*. Forgotten Books.

Kingma E. (2017). "Disease as Scientific and as Value-Laden Concept." *Handbook of the Philosophy of Medicine*. T. Schramme, S. Edwards (eds.). Springer Science+Business Media. Dordrecht.

Nordenfelt, L. (2017). "On Concepts of Positive Health." *Handbook of the Philosophy of Medicine*. T. Schramme, S. Edwards (eds.). Springer Science+Business Media. Dordrecht.

Park, R. (1899). *An epitome of the history of medicine*. F.A. Davis.

Kuhn, T. S. ([1962] 2012). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

Losee, J. (1981). *Introducción Histórica a la Filosofía de la Ciencia*. Alianza Editorial.

Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. TECNOS.

Sahagún, Bernardino de. ([s.f.]2001). *Historia General de las Cosas de Nueva España*. II Tomos, Crónicas de América. Dasstin.

Szasz, T. (2004). "The Myth of Mental Illness". *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*. A. Caplan, J.J. McCartney y Dominic A. Sisi (eds.). Georgetown University Press.

Sontag, S. (1998). *Illness As Metaphor*. Farrar Straus and Giroux.

Valdizán, H. (1944). *Historia de la medicina peruana*. Ediciones Hora del Hombre.



FACULTAD DE FILOSOFÍA

Campus Miguel de Unamuno, Edificio F.E.S.
37007 - Salamanca
Tel . (34) 923 29 46 42
e-mail: masterfia@usal.es, adm.ffi@usal.es
<http://www.usal.es/webusal/node/29>

Declaración de integridad intelectual

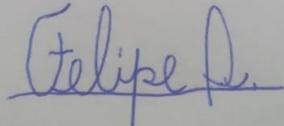
Trabajo Fin Máster

Curso: 2022-2023

Título del trabajo: **¿Un antagonismo ficticio?: Complementariedad de los enfoques mecanicista y holístico en el razonamiento médico.**

1. Sé que copiar es una forma de deshonestidad académica.
2. He leído el documento sobre cómo ser intelectualmente íntegro, estoy familiarizado con sus contenidos y he evitado todas las formas de plagio allí recogidas.
3. Cuando utilizo las palabras de otros, lo indico mediante el uso de comillas.
4. He referenciado todas las citas e igualmente el resto de ideas tomadas de otros.
5. No he plagiado mi propio trabajo.
6. No permitiré a otros que plagien mi trabajo.

Fecha: 27 de Julio de 2023



Firma: