

La epistemología médica de acuerdo a César Lorenzano

César Lorenzano[†]

Raúl Chullmir[‡]

Cláudio Abreu[‡]

Resumen

En este artículo retomamos el pensamiento acerca de la Epistemología Médica que el profesor César Lorenzano ha venido desarrollando durante cuarenta años, período en el cual buscó deslindar acerca del tipo de conocimiento que contiene el pensamiento médico. Su propuesta fue considerar a la medicina como objeto, y busca explicitar su estructura y las teorías que contiene.

Lorenzano presenta una estructura teórica para la medicina, marco fundamental para contestar la pregunta acerca de cómo damos cuenta de esa intuición que dice que la medicina moderna explica mejor, que posee protocolos metodológicos más consistentes y es más eficaz que en tiempos de Hipócrates. En ese contexto, recobra importancia la noción, o mejor dicho, la teoría de la enfermedad. Siguiendo por este sendero, Lorenzano se cuestiona acerca de cómo se genera una hipótesis clínica y cómo se puede explicar la enfermedad si nunca es igual en cada paciente. Por último, pero no menos importante, discute acerca de cómo sabe el médico de qué está enfermo su paciente. Las reflexiones de segundo orden que propone Lorenzano abren camino para mirar la medicina desde una perspectiva distinta, que involucra teoría y práctica como elementos indisolubles.

.....
† Universidad Nacional de Tres de Febrero; Posgrado en Epistemología e Historia de la Ciencia; Correo electrónico: clorenzano@gmail.com.

‡ Universidad Nacional de Tres de Febrero; Posgrado en Epistemología e Historia de la Ciencia; Correo electrónico: raulich2@gmail.com.

‡ Universidad Nacional de Tres de Febrero; Posgrado en Epistemología e Historia de la Ciencia; Correo electrónico: claudioabreu@outlook.com.

Introducción

En este artículo retomamos el pensamiento acerca de la Epistemología Médica que el profesor César Lorenzano, médico y epistemólogo argentino, ha venido desarrollando durante cuarenta años. Partimos de sus publicaciones, de once entrevistas realizadas entre el año 2021 y 2022, y de otras anteriores que ya han sido publicadas (Lorenzano, Abreu & Chullmir, 2020). Durante las entrevistas no se habló de la medicina que hacen los médicos diariamente; se buscó que Lorenzano pudiera explayar su labor como un epistemólogo dedicado a la medicina, creando en su desarrollo, dentro del marco de la filosofía de la ciencia, una epistemología médica bien delineada.

Su propuesta busca esclarecer el tipo de conocimiento que detenta el pensamiento médico, explicar su estructura y las teorías que comprende. Lorenzano fue de los primeros en describir la estructura teórica de la medicina, desterrando el mito que la medicina es una ciencia aplicada de la biología o la química. Si fuera así, la medicina debería, o ser deducible de la biología o ser reducible a la misma, una empresa que hasta el momento ha revelado ser irreal. Y si bien el investigador médico necesita tanto de estas como de otras ciencias presupuestas como herramientas para su labor, resulta imposible hacer medicina, como algunos filósofos presuponen, sólo con teorías biológicas, físicas o químicas. No se pueden construir teorías clínicas solamente con ellas. Solamente la medicina posee el conocimiento clínico necesario para generar hipótesis acerca de la enfermedad, a esto se lo llama conocimiento médico básico, saber que se aplica cuando se busca diagnosticar y reconocer enfermedades.

Ciencias presupuestas es que no hace falta mencionarlas. Las matemáticas son presupuestas para la astronomía pero no precisas reconstruir las matemáticas, lo das por hecho. En medicina son ciencias presupuestas la biología, matemática, química, o la física.¹

Reconoce a la medicina como una disciplina científica, con teorías propias, dentro de una comunidad epistémica definida. Su interés parte de un problema en concreto que es la pérdida de la salud, genera hipótesis acerca de la enfermedad y da explicaciones acerca del funcionamiento normal y patológico del cuerpo humano.

Análisis metodológico de una ciencia empírica: la medicina (Lorenzano, 1977)

Lorenzano describe el trabajo médico como una estructura de tres niveles. El *nivel teórico*, que es donde se formulan las hipótesis. Un nivel de trabajo *experimental* en el que se investigan las distintas enfermedades y se ponen a prueba esas hipótesis, y por último

.....
¹ Entrevista a Cesar Lorenzano (08/2021).

un *nivel técnico*, que es donde se ejecuta todo lo anterior. En este plano encontramos la terapéutica, que es cuando el médico busca torcer el curso natural de la enfermedad. Esta porción tecnológica, la más visible del trabajo médico (de ahí el malentendido de la filosofía de la ciencia, que supuso que medicina era solo este último nivel práctico) si bien tiene consideración epistémica, no es donde reside el nivel teórico.

La medicina es una estructura científica compleja, que utiliza un lenguaje especializado con el que se crean hipótesis que son validadas mediante el método científico. Posee un conocimiento organizado, sistemático, bien fundamentado, controlado intersubjetivamente con el que se puede predecir, es también falible, lo que la lleva a formular nuevas hipótesis ampliando su área de conocimiento.

La *epistemología médica* (Lorenzano, 2014) es una de las últimas disciplinas que se han incorporado a la corriente general de la filosofía de la ciencia: su objeto es el conocimiento y la investigación médica, sus métodos, el modo en que se valida, y finalmente como se aplica ese conocimiento, es decir, como se diagnostican y se tratan las enfermedades.

En este primer trabajo de 1977 Lorenzano pregunta: ¿qué es la enfermedad? y ¿como el ser humano se enferma?

Para responder retrocede al siglo V a. c. cuando los dioses y las estrellas eran los culpables de las enfermedades. Con Hipócrates (460-370 a. c.) y su escuela se abandonan las causas mágicas y se incorpora la idea de cuatro humores que circulan por el organismo, con ellos se instala una concepción “materialista” de la enfermedad, porque presupone la existencia de materiales constantes, cuyas porciones o fragmentos se comportan siempre de manera similar y en el que su desbalance es causa de enfermedades.

Cada dolencia se manifiesta por signos o cambios objetivos en el paciente, esos signos luego se agrupan en enfermedades, una operación que Hipócrates llama “agrupar por lo similar”. Este método, que asciende de la observación de signos a la construcción teórica de la enfermedad, es lo que le permite clasificarlas.

La escuela Hipócrates junto a la de Galeno (129-201/216) crean al paradigma de la medicina antigua, una fisiología con ideas bien estructuradas que persistió como conocimiento médico durante más de dos milenios, hasta bien entrado el siglo XVIII.

La teoría galénica era especulativa y simple, pero explicaba de un modo coherente todo lo que le podía ocurrir a un ser humano. Esa descripción alcanzaba para explicar las enfermedades de acuerdo a como se conocían en la época: hígado malo, discrasia, fiebres de distinto tipo. La teoría se fundaba en la circulación de cuatro humores que equilibradamente se movían por el cuerpo: la bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre, que junto a una dieta adecuada y un ambiente favorable resultaban en un buen estado de salud (Lorenzano, 2010a).

A la pregunta ¿qué es la enfermedad?, se supondría que la respondería diferente un médico antiguo del actual. ¿Por qué? porque la medicina evolucionó tanto que imaginamos al pensamiento médico antiguo como portador de una estructura arcaica e irracional, pero no es así, ambas comparten una estructura. Y, ¿cuál es esa estructura?

Ambos médicos, el antiguo y el moderno, cuando se acercan a un paciente lo interrogan acerca de lo que le ocurre. El paciente expresa síntomas y el médico percibe signos que se corresponden con cambios en la profundidad del organismo. Esto es *la semiología*. La ciencia que estudia signos y síntomas. Un saber especializado que transforma el lenguaje ordinario del enfermo en un lenguaje médico.

Si bien la semiología tiene que ver con los sentidos, cuando el enfermo dice que le duele, es el médico quien debe con sus preguntas asistir para que el enfermo pueda reconocer que tipo de dolor tiene, debe educar al paciente para que explique su dolor y tenga sentido para el médico.

Lo que es un lenguaje vulgar, dolor, fatiga, —que es lo que expresa el paciente—, el médico al preguntar acerca de las características le enseña al paciente acerca de su dolor y traza una hipótesis. Ese síntoma puede ser debido a tal alteración. Es una hipótesis que explica desde la semiología a la enfermedad en referencia a una fisiopatología presu- puesta. El médico transforma el dolor del enfermo en un dolor semiológico y al mismo tiempo en una causalidad anato-mo-fisio-patológica. Lo cual es una hipótesis. De ahí la transformación que va de lo empírico a lo teórico.²

Con el interrogatorio el paciente aprende que su dolor está ubicado en tal lugar, que se irradia a tal zona, que calma con la ingesta de comida. Datos que quizás antes el enfermo no había notado. El médico para poder diagnosticar necesita de una percepción educada. No existe la percepción directa. Siempre se percibe a través de una teoría perceptiva. Y la semiología da esa teoría; que le enseña al médico a “ver” y le enseña al paciente como verse a sí mismo.

La semiología es un lenguaje teórico muy antiguo, desde Hipócrates hace 2000 años. El lenguaje del paciente se refiere por ejemplo al dolor que sufre, si el médico es anterior a siglo XIX, explicará teóricamente esos síntomas en referencia a la teoría que aprendió, la de los humores, y si es posterior a esa época la misma semiología es interpretada y explicada bajo una nueva teoría: la anato-mo-fisiopatológica. Aunque son distintas y cambiaron en el devenir del tiempo, ambas teorías utilizan el mismo lenguaje semiológico, que es no-teórico para cualquiera de ellas. Lo interesante es que cada teoría va a explicar la semiología a su modo.³

Se hace lícito analizar a la medicina antigua y compararla con la moderna ya que ambas poseen una estructura común. Si hay una estructura en común ¿qué sería lo distinto? Lo que cambia es la interpretación. Lo que no pasa por los sentidos. Es la interpretación que cambia con la época. Lo que ambos médicos comparten es una semiología basada en los sentidos, pero lo diferente es la explicación.

.....
² Entrevista a Cesar Lorenzano (08/2021).

³ Entrevista a Cesar Lorenzano (08/2021).

Si un enfermo sufría de tos con expectoración por una lesión pulmonar, lo que el médico hipocrático interpretaba era una enfermedad producto de un enfriamiento. Un humor que al enfriarse producía una flema característica que al ir acumulándose por un mecanismo de defensa expulsaba su exceso. ¿Cómo curaba? Calentando el humor. Guardando cama abrigado para que el humor madure y se cocine. Había en la medicina antigua una fisiología en relación con la enfermedad y su medio ambiente. Las maniobras curativas buscaban restablecer el equilibrio entre lo interno y lo externo.

El médico hipocrático hablaba de cambios mediados por alteraciones en algunos de los cuatro humores. La explicación no era un delirio, cada tanto había evidencia empírica de la existencia de alguno de esos humores, porque ocasionalmente se manifestaban, por ejemplo cuando se expectoraba flema, o salía bilis o por la mejoría que sentía el paciente al extraérsele sangre (sangría). Para el médico hipocrático la enfermedad era un estado de desequilibrio personal. Cada paciente era distinto y el tratamiento debía hacerse “a la medida” de cada uno.⁴

¿Y si ambas poseen la misma estructura, cómo damos cuenta de esa intuición que dice que la medicina moderna explica mejor, que posee protocolos metodológicos más consistentes, y es más eficaz que en tiempos de Hipócrates?

El médico moderno ha construido un conocimiento nuevo, un nuevo paradigma, no ya basado en humores circulantes sino en lesiones que se asientan en órganos y células. Ante un paciente con una semiología similar a la que enfrentaba el médico hipocrático, el moderno la explica como causada por una lesión pulmonar, cuya etiología es un microorganismo que genera alteraciones celulares que desprenden líquido e invaden las celdas pulmonares, generando un bloque neumónico que restringe el intercambio de oxígeno.

Las técnicas semiológicas también han evolucionado. La percusión, la auscultación, no existían en tiempos de Hipócrates. Otros exámenes se han agregado que profundizan la semiología: radiografías, ecografías, análisis bioquímicos, resonadores magnéticos. Existe una correlación entre la evolución del conocimiento acerca del plano profundo y la semiología que se necesita para conocerlo.

Hipócrates, Galeno y los médicos de la medicina anterior al siglo XIX, al decir de Kuhn (Thomas, 1922-1996), no eran irracionales. Tenían la racionalidad de su época, pero hacían una medicina con la misma estructura lógica que la actual.

La estructura es la misma, lo distinto es la interpretación de lo que trae el paciente. Hay una semiología que en medicina antigua era explicada como de causa humoral y en la moderna se dilucida de acuerdo a una teoría que involucra a los órganos, los tejidos, las células y las moléculas, cuya base podemos fundarla en los trabajos de Rudolf Virchow (1821-1902) y Claude Bernard (1813-1878) (Lorenzano, 1977).

.....

⁴ Entrevista a Cesar Lorenzano (10/2021).

Estructura diacrónica de la medicina.

1. Médico hipocrático → Semiología → es explicada por la teoría de la enfermedad a través de alteraciones en los humores (hipocrática y galénica).
2. Médico moderno (posterior al siglo XVIII) → Semiología → es explicada por la teoría fisiopatológica de la enfermedad. (órganos, tejidos, células y moléculas).

¿Y la teoriedad en medicina? ¿Por qué para la epistemología médica es importante tocar el tema de la teoriedad?

Llega un paciente que dice: —“Doctor no me siento bien”.

—“¿Qué le pasa?” pregunta el médico.

—“Anoche no podía dormir, tenía frío, comencé a transpirar, me sentía con fiebre y empecé a toser”.

Si el médico fuera Hipócrates le contestaría: —“Mire amigo, su humor ‘flema’ se alteró y está crudo. Hay que cocinarlo. Tápese bien abrigado, póngase una bolsa con agua caliente, hágase vahos; con todo esto va a ablandar la ‘flema’ y se va a curar”.

¿Qué es lo no-teórico? Todo lo que encuentra el médico en el examen físico. ¿Qué es lo teórico? Lo que explica. Para Hipócrates, es el funcionamiento de los humores, para nosotros médicos modernos, son las alteraciones órgano-celulares.⁵

Lo que constituye una teoría es un enunciado, que relaciona la evolución de lo no-teórico, es decir, los signos y síntomas, con lo teórico, que es su explicación. La suma de ambos planos genera el modelo actual de la enfermedad. Y será un modelo completo si se corrobora la hipótesis, es decir, cuando se cumpla la predicción que marca la ley evolutiva de la enfermedad. Porque una teoría no solo debe explicar, también debe predecir.

Para Hipócrates el orgullo del médico no era curar, sino que se cumpla la predicción que el médico hacía. La predicción, similar a cualquier otra disciplina científica es lo que valida el conocimiento que tiene Hipócrates. El médico antiguo ante una neumonía predecía que en siete días el paciente iba a curar o se iba a morir. Y esta predicción era correcta. Su orgullo era haber diagnosticado bien y haber predicho la evolución. No el haberlo curado. A veces se puede curar y a veces no.⁶

¿A esa teoría la medicina la llama enfermedad?

.....
⁵ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

⁶ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

La enfermedad es una construcción teórica en la que se unen fenómenos semiológicos, que son los que se perciben, junto a alteraciones anátomo-fisio-patológicas que están en la profundidad, que el médico debe inferir e interpretar. Ambos niveles evolucionan conjuntamente. Cuando cambian los signos y síntomas cambia la anátomo-fisio-patología. Esta coordinación entre uno y otro plano conforma una ley o una “teoría general de la medicina clínica”.

Esta ley dice que por un lado existen los cambios semiológicos, y por el otro los cambios anátomo-fisiopatológicos, la tarea es unir ambos planos de manera que conociendo cuales son los signos semiológicos se pueda inferir cuales podrían ser los cambios profundos y viceversa; sabiendo los cambios en la fisiología puedo inferir cual podría ser su semiología. Entonces en vez de tener dos planos separados entre sí, tengo dos planos conectados por una ley única que expresa todo esto.

La teoría predice lo que va a suceder. Si hay predicción yo la puedo poner a prueba. Aquí entra la etapa pragmática de la teoría. Se podría dividir en dos: la etapa diagnóstica, que es cuando el médico traza las hipótesis acerca de cuáles podrían ser las distintas enfermedades responsables del cuadro. Y la etapa terapéutica, que es cuando el médico intenta modificar el curso evolutivo natural de la enfermedad. Entonces si la enfermedad sigue la ley evolutiva que esta predicha, el diagnóstico habrá sido correcto. Si no será una enfermedad diferente.

Cada paciente es una aplicación empírica, un ejemplar, un caso, de una teoría clínica dada. Sin los pacientes como cabe imaginar, la teoría sería incompleta. Si sólo existieran los modelos generales descriptos por los libros de texto y no habría pacientes en los cuales esas descripciones generales tomen carnadura efectiva, no se trataría de enfermedades empíricas, sino de enfermedades cuya existencia sería meramente formal o abstracta.⁷

Al hablar de enfermedad, Lorenzano adopta una postura realista, fisicalista y nominalista. El realismo conlleva la suposición que el mundo existe por sí mismo, independiente de nosotros como sujetos epistémicos. La posición fisicalista dice que existe lo que físicamente habita el espacio-tiempo, no acepta estructuras abstractas. El mundo está compuesto por cosas materiales y concretas. Si aceptásemos a la enfermedad como algo inmutable, trascendente o abstracto, nunca podríamos tener pleno conocimiento de ella, y eso es contrario a la ciencia.

Cuando Lorenzano, con las herramientas de la metateoría estructuralista, reconstruye la teoría infecciosa de las enfermedades (Lorenzano, 2014; Lorenzano, 2011), el núcleo de la teoría es un dominio; los seres humanos y los microorganismos, en él encontramos ambos elementos; los no-teóricos —la semiología—, y los teóricos que la explican. Con ambos niveles se constituye una teoría clínica que evolucionará de acuerdo con una predicción. Identificar una teoría con un modelo, significa reconocer dentro de su dominio al conjunto de los modelos posibles que le puedan pertenecer.

.....
⁷ Entrevista a Cesar Lorenzano (05/2022).

Así delimitados quedan por fuera de la teoría los sujetos que presentan ciertos signos y síntomas, pero que no tienen las correspondientes alteraciones anátomo-patológicas, y tampoco se les puede encontrar los microorganismos presuntos, por tanto no pueden ser modelos de la teoría infecciosa. Es decir, no cualquier ser humano de la calle puede ser un modelo posible de la teoría infecciosa. Debe primero presentarse enfermo, luego ser sospechoso de tener una infección. Será un modelo parcial posible si tiene fiebre, dolor u otros signos compatibles con una infección. Y aun así es posible que esos signos y síntomas sean producto de otra enfermedad. En el proceso de diagnosticar muchos pacientes quedan descartados de la teoría por no llenar el resto de los requisitos (Lorenzano, 2011).

Este modo de presentar la teoría es coherente con el modo en que el médico actúa. Primero considera los componentes no-teóricos, lo hace durante la exploración física del enfermo y cuando solicita exámenes complementarios, mediante ellos esboza un diagnóstico tentativo. Es el modo de establecer la pertenencia del enfermo como miembro de cierto modelo. Esto es lo que está expresado en la ley clínica fundamental. Esta ley, o principio-guía (Moulines, 1982), nunca se aplica directamente con la realidad, para eso están las leyes especiales, que son las que sufren modificaciones y se adaptan para contactarse con lo real.

Cada paciente es un *ejemplar* a quien el médico trata de referir a alguna de las enfermedades que aprendió en los libros y vivió en sus experiencias previas.

La *práctica de la medicina* es acertar en el paciente y reconocer que enfermedad le corresponde. Cada enfermedad —cada teoría clínica—, consta solo de ejemplares; un término general puede abarcarlas, por ejemplo “diabetes”, pero ese término no posee más contenido que el de estos ejemplares y se refiere exclusivamente a ellos; la diabetes no es una enfermedad abstracta, no hay una esencia o entidad llamada “diabetes”.

Es decir, en vez de hacer una construcción de arriba abajo, desde la teoría en busca de su aplicación a casos particulares, Lorenzano como nominalista plantea una construcción de abajo hacia arriba. Lo que hay son individuos enfermos, y en esos individuos hay que encontrar la ley particular como subconjunto de una ley más general.

Uno se enfrenta con un paciente que sospecha que es un ejemplar de una enfermedad posible. Vas al libro y ves si lo que describe el libro corresponde a este paciente. El paciente es un ejemplar de algo descrito por el libro. El libro condensa el conocimiento y además está sancionado por la comunidad médica. Un médico no puede ser platonista. Cuando se interviene se opera sobre un órgano concreto. El médico es realista. Es materialista. Es fisicalista. En los libros de texto hay ejemplos de casos ideales; pero solo existe una cierta correspondencia entre lo que dice el libro y la realidad.⁸

.....
⁸ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

¿Y cómo se puede explicar la enfermedad si nunca es igual?

Que Lorenzano acepte usar palabras que ordenen a esa construcción que llamamos enfermedad, no significa que reconozca que los conceptos existen por fuera de lo que está escrito o de lo que se emite. El concepto de enfermedad, la idea de la enfermedad separada de la persona. La idea platonista de enfermedad como algo que está afuera es erróneo. La enfermedad está en “re”, está en la persona. No es algo existente en otro lugar. No se puede separar la enfermedad de la persona. No hay enfermedades sino enfermos.

Lo que se hace es ponerle un nombre a la enfermedad, una etiqueta. Para un nominalista cada paciente es diferente (Lorenzano, 2005).

Yo uso cierto nominalismo. Un nominalismo de semejanzas. Hay al menos dos nominalismos distintos. Uno es el de Quine (Willard 1908-2000) que intenta remplazar los universales (sean ideas o lo que sea) por individuos. Y fracasa (Lorenzano, 2004). Después hay un nominalismo que no necesita remplazar el universal por individuos, sino construir el universal con individuos semejantes entre sí. Con semejanzas que se entrecruzan. De tal manera que no hay una igualdad. Porque sino semejanza sería un nuevo universal. Es decir lo único que hay son individuos. Yo no renuncio a utilizar palabras generales (universales), pero esas palabras se refieren a individuos que son semejantes. Puedo usarlo legítimamente porque hay individuos a los que aplicar la palabra porque son semejantes entre sí. No son idénticos. Esto es muy importante. No hay individuos idénticos en el universo. No hay dos hojas iguales, no hay dos impresiones digitales idénticas. Los puedo identificar con una sola palabra si percibí semejanza entre ellos. Pero la aplicación siempre es hipotética. No es una aplicación que no pueda tener contraejemplo. Por eso es que tampoco hay verdad absoluta.⁹

Para Wittgenstein (Ludwig 1889-1951) (Bambrough, 1960) no es posible que la definición de un universal cubra todos los casos en los que es legítimo usarlo. Dicho de otra manera, dada cualquier definición siempre es posible construir un contraejemplo mostrando un objeto que cumple todas sus condiciones, y sin embargo no es correcto llamarlo así. Incluso en términos tan sencillos como “silla”; a la clásica definición de asiento con cuatro patas y respaldo que sirve para sentarse es posible señalarle que algunas sillas no tienen cuatro patas, o es difícil distinguir el respaldo del asiento, o ver que las sillas en miniatura de los juegos cumplen los requisitos de ser silla, pero no sirven para sentarse.

Hay un ansia por buscar algo en común en todas las entidades que usualmente subsumimos bajo un término general. Nos inclinamos a pensar que debe haber algo en común en todos los juegos, las sillas o las enfermedades. La idea de un concepto general que sea una propiedad de todas sus instancias particulares conecta con otras simples y primitivas ideas que estructuran el lenguaje. Es comparable con la idea que las propiedades son ingredientes de las cosas que poseen esas propiedades. Por ejemplo, que

.....
⁹ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

la belleza es la propiedad de todas las cosas bellas, como el alcohol es la propiedad de la cerveza y el vino, de manera que podríamos obtener la pura belleza no adulterada, de algo que es bello.

Para los nominalistas lo que todos los juegos tienen en común es que no tienen nada en común salvo que son “llamados” juegos. Para los realistas los juegos tendrían algo en común aparte de ser llamados juegos, y es que “son” juegos. El problema es que por la forma de la pregunta, “que tienen en común tres sillas, o tres libros”, la respuesta debería ser que algo tienen en común. Pero si hablamos de lo que tienen en común “todos” los libros o “todas” las sillas, eso es una pregunta filosófica que deberíamos poder responder, pero no podemos encontrar una respuesta que abarque a “todos” los casos. La simple respuesta es que lo que todos los juegos tienen en común es que todos son juegos. No hay nada inmanente, trascendente o subsistente.

No hay una justificación objetiva para la posición realista o la nominalista para la aplicación de un término general, sean juegos, sillas o libros, sino la de ser ejemplares de un término. Los ejemplares tienen algo en común, que son ejemplares de algo. Para Wittgenstein ni los nominalistas tienen razón al justificar el nombrar al término general, ni los realistas la tienen al pensar que el término tiene algún elemento en común.¹⁰

Acerca de eso debatieron Hilary Putnam (1926-2016) y Thomas Kuhn, es decir, acerca del uso de los términos. Para Putnam tiene que haber una esencia que corresponda al agua y de acuerdo con la ciencia esta debe ser H²O. Kuhn lo que dice es que ¿puede haber un agua ideal que sea H²O? No. El agua contiene muchos minerales además de H²O. No es lo mismo el agua mineral que el agua destilada o el agua del río. ¿Tenemos entonces un ideal para cada tipo de agua? Por eso el platonismo no sirve, porque termina duplicando el mundo real. Si bien Kuhn le contesta a Putnam lo que está haciendo es replicarle en cuanto a los usos de la palabra agua. Están hablando de cosas distintas. Uno sobre las esencias y otro sobre usos, por eso nunca van a poder ponerse de acuerdo.

La conclusión de Wittgenstein es que este no es el camino adecuado para dar significado a un término. Es lo que ocurre con el término enfermedad. No hay una definición que indique su esencia. ¿Qué tienen de iguales el cáncer de pulmón, la pérdida del pelo, el infarto de miocardio y el alcoholismo? Que todos son ejemplares a los que legítimamente se le puede aplicar el término enfermedad. Lo que se ve es que se encuentran cruzados por múltiples lazos que se conectan por un parecido de familia que hacen que todos sean reconocibles como miembros del término enfermedad.

El uso de un término se aprende señalando el objeto específico al que se aplica, y a todos los demás se les aplica porque guardan un parecido con el primero que Wittgenstein llamó paradigmático.

El conjunto de todas las enfermedades es un conjunto abierto al que se le pueden agregar o restar aplicaciones. Se desconoce las que aparecerán en el futuro o cuales se quitarán. Una nueva enfermedad, una nueva categoría, una nueva teoría.

.....

¹⁰ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

Lorenzano habla del trabajo de Ludwig Fleck (1896-1961) (Lorenzano, 2010b) cuando dice que la sífilis no es la misma enfermedad que veían los antiguos. O cuando dice que la diabetes no es la misma de hace 2000 años, lo que parece una afirmación sin sentido o contra-intuitiva.

—¿Cómo que la diabetes o la sífilis no es la misma? ¿Esto quiere decir que la gente no tenía la misma diabetes o sífilis antes?

—Sí, pero no era la misma diabetes. ¿Si la diabetes que hace 2000 años que veía Hipócrates es la misma que vemos hoy, adonde esta el nivel de glucemia, etc.? ¿Qué es lo que veía entonces? Personas que sufrían emaciación, que bebían demasiado liquido por la sed y el médico al probar la orina era dulce. Es imposible separar la historia de la medicina de la epistemología. Las enfermedades no cambian con el tiempo, cambia el conocimiento acerca de ellas. Y la única forma de exponer esto es a través de ejemplos. Porque el ejemplo te da el uso y el uso es lo que permite entender, aprender e interpretar el término. No hay que hablar de la esencia sino del uso. No hay que crear entidades sin necesidad.¹¹

Fleck nombra al menos diez enfermedades que se conocen hoy como distintas, que eran agrupadas como sífilis hasta que se separaron cuando a principios del siglo xx se descubrió la prueba inmunológica que confirma que condición es sífilis y que no.

Por eso al hablar de sífilis lo hacemos como un conjunto estructurado, que posee una causa bacteriana y una evolución determinada y que la comunidad médica agrupa bajo el nombre de sífilis. No existe “la sífilis” como entidad platónica.

La enfermedad es una etiqueta, un sello que se le adjudica a pacientes que presentan similares síntomas y signos, con semejanzas y desemejanzas, utilizando para reconocerlas e identificarlas el método de las diferencias y concordancias de Stuart Mill (John, 1806-1873), que permite reconocer que elementos son necesarios en cada enfermedad, cuya presencia permitiría colocarle la etiqueta correspondiente lo que legitimaría su uso, y cuya ausencia la descartaría.

La enfermedad es aquello que está en uso. Aprender es aprender cómo se usa el término. De allí que aprender no solo es aprender conocimiento teórico sino la práctica. Como y en que circunstancia se utiliza el término. Durante el aprendizaje en el hospital el médico adquiere la forma en la que deben verse los pacientes. Reconociendo la situación en que se aprende es como se puede utilizar de nuevo. Así se constituyen los ejemplares que le enseñan al médico.

Debemos distinguir los ejemplares que fueron las primeras aplicaciones de la teoría, de los demás. A esos las llamaremos paradigmáticos. Bajo este nombre entendemos las primeras aplicaciones de la teoría que surgieron en la historia. Por ejemplo las primeras neumonías descritas en la historia de la medicina, pero también las primeras que en su historia individual el médico aprendió a ver. Los primeros pacientes en los que distinguió

.....
¹¹ Entrevista a Cesar Lorenzano (11/2021).

la enfermedad, cuando bajo la guía de un médico experimentado se le enseñó a reconocerla. Para él, estos son sus ejemplares paradigmáticos.

Los ejemplares paradigmáticos enseñan a conocer a los sistemas a los cuales pueden aplicarse las estructuras de la teoría, puesto que se parecerán a ellos. No tiene importancia si el paciente es gordo o flaco, un niño o un anciano, serán fenoménicamente diferentes, la única manera de encuadrarlos en una teoría determinada es cuando se le encuentran relaciones de semejanza que son definidas por funciones no teóricas, teóricas de una teoría dada y por su evolución.

Los ejemplares de una teoría se parecen a los ejemplares paradigmáticos y en la experiencia de cada médico se parecerán a los ejemplares que conoció o aprendió. Un paciente con una posible neumonía le recuerda a lo que le enseñaron en el hospital cuando era estudiante o como un joven médico. En el hospital el médico aprende a diagnosticar. Nunca quizás como en el aprendizaje de las teorías médicas se vean con más nitidez los elementos pragmáticos y de experiencia que hacen a la construcción de una percepción estructurada. Una Gestalt que permite interpretar lo que se percibe. Cuando un conjunto de signos constituye una desviación aceptable de un estándar llamado salud y cuando no. Una percepción que debe poseer cada médico si pretende aplicar con éxito sus teorías específicas.

La teoría dice que los fenómenos se expresan globalmente. El ejemplo clásico es el experimento de las luces que se prenden y apagan percibiéndose un movimiento. No se ven las luces sueltas, se ve una red de relaciones. Y esto es una Gestalt, y la Gestalt es kantiana. Uno percibe a través de una estructura que se percibe en block. No son observaciones simples, siempre veo una cosa en relación con otra.¹²

La Gestalt coincide con lo que se ha dado en llamar “ojo clínico”, que permite discernir entre una casi infinidad de características cualitativas que ofrece el paciente a la percepción, las que son relevantes para una enfermedad determinada, transformándola en una estructura posible de ser captada con un simple golpe de vista.

Señalamientos centrales para explicar cuáles son los mecanismos epistémicos que subyacen en esta ciencia aplicada que es el diagnóstico.

¿Cómo se genera una hipótesis clínica? ¿Cómo sabe el médico de qué está enfermo su paciente?

Para acertar en el diagnóstico, el médico debe trazar una hipótesis clínica que intuitivamente lo acerque al paciente real. Recordar lo que estudió en los libros de texto más lo que aprendió junto a sus maestros en la sala del hospital.

Las características de los signos le dan una pista de qué se trata y lo animan a formular una hipótesis tentativa de la lesión que los causa. El paciente tiene tos y fiebre, entre

.....

¹² Entrevista a Cesar Lorenzano (05/2022).

posibles diagnósticos el médico piensa que puede tener una bronquitis o una neumonía. Ausculta el tórax en busca de nuevos signos que lo ayuden a poner a prueba su hipótesis, solicita una placa de tórax que confirma los datos semiológicos, queda hallar al germen responsable. Sólo la anatomía patológica, la identificación del microorganismo y la evolución esperada podrían darle la certeza.

Esta manera sigue los pasos que indica la concepción estructuralista; tiene primeramente un modelo semiológico de enfermedad torácica, fiebre y tos —que es lo no-teórico—, el médico añade funciones teóricas que explican y justifican su hipótesis transformando el modelo teórico en una enfermedad, la neumonía, de la cual sólo cabe esperar que se comporte como tal; que se resuelva en una semana o que el paciente muera.

El diagnóstico está afuera de la construcción de teorías medicas, está dentro del área de la medicina aplicada. Es la aplicación de una teoría médica a un ejemplar determinado.

Sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento ponen a prueba las teorías y ayudan al desarrollo de nuevas conceptualizaciones. Esto es importante porque dentro de la teoría está la predicción. Si la enfermedad evoluciona o cura de una determinada manera el diagnóstico habrá sido correcto. Si el tratamiento fracasa invalida el diagnóstico, y lo que se consideraba causa deberá ser buscado en otra enfermedad. Una cosa es la enfermedad en su evolución natural y otra cuando el médico interviene. De allí la idea de tecnología.¹³

Por cuestiones de espacio debemos terminar aquí este trabajo. Dejamos de lado un sinnúmero de temas que Lorenzano trata, por ejemplo sus consideraciones acerca de la terapéutica, —una acción que al modificar la evolución cambia el pronóstico de la enfermedad y da como resultado un nuevo conocimiento—, proceso que llama “Círculo Epistémico” (Lorenzano 2015). Pero este será tema para otra publicación.

Bibliografía

- Bambrough, R. (1960). Universals and Family Resemblances. In *Proceedings of the Aristotelian Society*. Vol. 61, pp. 207-222. JSTOR.
- Lorenzano, C. (1977). Análisis metodológico de una ciencia empírica: la medicina. *Diánoia*, XXIII(23), 124-37. <https://doi.org/10.22201/iifs.18704913e.1977.23.931>
- Lorenzano, C. (2004). El Nominalismo de Quine. *Epistemología e historia de la ciencia*, 10(10), 328-336.
- Lorenzano, C. (2005). *La construcción de una teoría y su esquema racional*. Volumen Colectivo del Instituto de Investigaciones Filosóficas de México, UNAM.
- Lorenzano, C. (2010a). Concepción estructural del conocimiento científico, metodología de los programas investigativos y criterios para formular políticas de investigación. *Revista Electroneurobiología*, 18(1), 3-254. http://electroneubio.secyt.gov.ar/Lorenzano_Estructura_conocimiento_cientifico.pdf

.....

¹³ Entrevista a Cesar Lorenzano (05/2022).

- Lorenzano, C. (2010b). Los orígenes fleckeanos del pensamiento de Kuhn. *Metatheoria-Revista de Filosofía e Historia de La Ciencia*, 1(1), 81-113. <https://doi.org/10.48160/18532330me1.36>
- Lorenzano, C. (2011). El lenguaje de la ciencia. *Arbor*, 187(747), 15-24. <https://doi.org/10.3989/arbor.2011.747n1002>
- Lorenzano, C. (2014). *Filosofía de la medicina. Epistemología del conocimiento médico* (1a ed.). E-book.
- Lorenzano, C., Abreu, C., & Chullmir, R. (2020). *Arte, ciencia y epistemología. Conversaciones con César Lorenzano*. Ediciones Z/Eduntref.
- Lorenzano, C., & Chullmir R. (2015). *El carácter científico de la cirugía*. Santa Fe, Argentina.
- Moulines, C. U. (1982). *Exploraciones metacientíficas. Estructura, desarrollo y contenido de la ciencia*. Alianza.