

La validez del conocimiento médico: una aproximación

Departamento
de Historia y Filosofía
de la Medicina,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional
Autónoma de México,
Distrito Federal,
México

RESUMEN

La ciencia médica se sustenta en la validez de un conocimiento que se basa en un saber científico-técnico y que ha sido, a diferencia de otros, producto de un desarrollo y de la aplicación de un método *sui generis*. La reflexión sobre la validez de esta clase de conocimiento médico es distinta a la de aquella que gira en torno a su valoración ética o histórica. En este artículo se plantean cuatro dimensiones de la validez del conocimiento médico científico-técnico: la validez de constructo que resulta de su validez teórica y de su validez empírica, y la validez de consenso, todas íntimamente relacionadas. Se hace hincapié en que todas estas dimensiones son cambiantes en función de múltiples factores.

SUMMARY

The fulfillment of their professional responsibilities as necessity, prevent to physicians sometimes to reflect upon medical scientific knowledge validity. In this paper some reflections about it are made considering the importance of integral vision of medicine for the physicians. This knowledge result of scientific development and special application methods. The reflection on medical scientific knowledge validity is different from its historical or ethical valuation. The author point out four dimensions strongly connected on such validity: construct which result of theoretical and empirical validity, and consensus validity. The four dimensions are modified for diverse factors.

Comunicación con:
Joaquín
Ocampo-Martínez.
Tel: (55) 5623 3113,
extensión 3150.
Fax: (55) 5526 3853.
Correo electrónico:
joaquinocampo@
yahoo.com

Recibido: 21 de junio de 2006

Aceptado: 17 de noviembre de 2006

Introducción

Muchas de las acciones y decisiones de los seres humanos giran en torno a la validez de los objetos, hechos, etcétera, con los que entran en contacto en su vida cotidiana, ya sean ideales o materiales. Se cuestiona, por ejemplo, si una información es válida en función de la fuente oral o escrita de donde procede, o de su conformidad con los hechos a que se refiere. Se dice que una conducta humana es válida bajo ciertas circunstancias pero no en otras, o que algo es válido atendiendo a las características que posee respecto a determinados fines.

En el ámbito del ejercicio médico profesional, la preocupación por la validez se justifica porque de ello depende, en gran medida, la precisión de los diagnósticos clínicos, la oportunidad de medidas preventivas y la eficacia de las estrategias terapéuticas o rehabilitatorias utilizadas en la atención de los enfermos.

Sin embargo, las propias exigencias de la práctica profesional son un obstáculo para que el médico reflexione detenidamente acerca de una diversidad de temas y problemas que guardan estrecha relación con su quehacer. Uno de estos múltiples problemas es el de la validez del conocimiento médico, que se utiliza para el abordaje del estado de salud de los sujetos sanos o enfermos que acuden a la consulta profesional.

Pese a la complejidad de este problema, es posible plantearlo como un objeto de reflexión, en principio para delimitarlo, con el fin de establecer algunas premisas generales que permitan un análisis ulterior más profundo y detallado. En este sentido hay que determinar qué se entiende por conocimiento médico y si éste es de una sola clase, aceptando de antemano que existe una diversidad de cosmovisiones desde las cuales se percibe a la medicina como práctica humana con objetivos específicos y concretos. De la misma forma, es necesario comprender y abordar la

Palabras clave

- ✓ conocimiento
- ✓ educación médica
- ✓ filosofía de la medicina

Key words

- ✓ knowledge
- ✓ medical education
- ✓ medical philosophy

validez del conocimiento médico, independientemente de la valoración que se pudiera hacer de él desde diferentes perspectivas.

En una primera aproximación se puede plantear que todo conocimiento representa a algún objeto de la realidad, independiente de la conciencia del sujeto cognoscente.¹ Si el conocimiento en general es una relación que se establece entre un sujeto cognoscente y un objeto cognoscible, mediante la cual el sujeto es capaz de construir representaciones-acciones, y formular en consecuencia proposiciones adecuadas sobre ese objeto,² se puede entender al conocimiento como proceso y como producto, es decir, como el proceso cognoscitivo o proceso mental que aunado a algún tipo de experiencia del sujeto pretende la comprensión del mundo, y también como el resultado emanado de dicho proceso.³

Desde esta perspectiva, los conocimientos — como productos— obviamente constituyen elementos indispensables para el ejercicio del conocimiento como proceso, porque son las bases para el desarrollo de nuevas representaciones y acciones que van enriqueciendo la estructura de las teorías científicas. Por otro lado, su importancia radica también en que son instrumentos fundamentales en la relación del hombre con la naturaleza y la sociedad.

El conocimiento médico

Respecto al conocimiento médico entendido también como proceso y producto que persigue ciertos objetivos precisos en cuanto a la salud del hombre, se puede afirmar que existen varias categorías o clases: el conocimiento médico mágico-religioso, el empírico y el de carácter científico-técnico, cada uno basado en el saber correspondiente generado en el devenir histórico de la humanidad. Mientras que el primero se nutre del mito, el simbolismo, el misticismo, la revelación, etc., el empírico conjuga un saber basado principalmente en el ensayo y el error, en la experiencia no controlada y por tanto contingente y fortuita. Ambos tipos devinieron paralelamente en la historia de la medicina precientífica.⁴

El conocimiento científico-técnico, por otra parte, ha derivado de la posibilidad que tiene el hombre desde hace mucho tiempo de explicar-

se el mundo racionalmente a través de un método *sui generis* y de procedimientos generados por él mismo, con el fin de conocer y manipular la realidad de manera deliberada y sistematizada.

Las consideraciones anteriores permiten plantear que la medicina no es una ciencia —aun la que se nutre del conocimiento científico y la tecnología—, sino una práctica humana con fines explícitos que se basa en diferentes formas de “saberes”. Es decir, que hay tantas prácticas médicas como formas de concebir la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, y de recursos para curar las enfermedades. Todas son “medicinas” en tanto que pretenden resolver problemas relacionados con la salud humana.⁴ Así, no existe una sola categoría de conocimientos médicos; sin embargo, en todos los tipos de medicina subyace la intención de mantener al individuo dentro de una condición óptima en algún sentido, procurando protegerlo o liberarlo de elementos o factores que tienden a alejarlo de dicha condición.

Cada una de las categorías del conocimiento médico tiene sus propias formas de validación, en virtud de que corresponden a una cierta manera de comprender el mundo. Por ello, los criterios de validez del conocimiento médico científico-técnico no son aplicables a la medicina mágico-religiosa o empírica. Desde una perspectiva humanística, cualquier categoría de conocimientos médicos, independientemente del tipo de medicina y de su validez, constituyen una creación humana y en ese hecho radica su valor primario, a partir de que son nociones y construcciones orientadas a la supervivencia de nuestra especie, no existentes en ninguna otra. Particularmente desde una perspectiva ética, la humanidad tiene derecho a disponer de todos los recursos que ha generado la mente humana para luchar contra el malestar y la enfermedad.

En lo sucesivo se hará alusión sólo al conocimiento de carácter científico-técnico, no porque las otras categorías carezcan de importancia, sino porque es el que preferentemente se enseña y se investiga en las escuelas y facultades de medicina, además de que constituye el saber médico hegemónico en el mundo Occidental, entre otras razones porque ha tenido —a diferencia de los otros—, un desarrollo y ha ampliado en gran medida las expectativas de vida

humana, si bien esto ha dependido también de factores de diverso género.

En ese sentido es que esta primera aproximación al tema de la validez del conocimiento médico se desarrolla desde la visión del empirismo lógico, no porque sea la única posible sino porque es con la que sigue familiarizado el médico del mundo de habla hispana, y porque es dentro de ese paradigma que ha tenido lugar su formación sobre el conocimiento médico, toda vez que en los planes de estudio profesionales lamentablemente no se incluye aún el estudio de la epistemología médica, para que los médicos en formación pudieran conocer otros paradigmas desde los cuales enfocar el problema de la validez del conocimiento aquí abordado.

De tal forma, el conocimiento médico, como producto, se puede definir como un conjunto de recursos (bienes para la atención a la salud) y formulaciones (teorías y conceptos médicos) que desde la visión de la ciencia y de la tecnología tienen como fin último la prevención y diagnóstico temprano de las enfermedades, así como el tratamiento oportuno y la rehabilitación de los enfermos. A su vez, como proceso y acto cognitivo, el conocimiento médico es esa integración de representaciones y operaciones mentales, generalmente desde la perspectiva de una lógica inductiva, sobre el proceso salud-enfermedad, que pretende su comprensión y aplicación.

En este sentido, el conocimiento médico en tanto proceso y acto cognitivo se desarrolla en el ámbito de la práctica clínica (diagnóstico médico), en el de la investigación biomédica que se realiza en los laboratorios y en el de la epidemiología, que tiene lugar en las comunidades a través de los estudios de campo.

Sin embargo, hay que mencionar que a diferencia de la investigación biomédica y epidemiológica, el proceso cognitivo en la práctica clínica sólo eventualmente produce nuevos conocimientos médicos,⁵ como ocurrió con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, donde se diagnosticó en los pacientes la presencia de ciertos procesos neoplásicos e infecciones por gérmenes oportunistas que condujeron al descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana. Esto significa que el médico clínico sólo aplica el conocimiento que le proporciona la investigación médica (conocimiento como producto) aunque en su quehacer diario comparte con

el investigador, en cierta medida, una metodología (conocimiento como proceso) que se fundamenta en la concepción científico-técnica de la medicina, la salud y la enfermedad.

Hay que hacer énfasis en que, en el momento actual, la descripción de nuevas enfermedades por parte de los médicos clínicos es más bien eventual y no precisamente la regla, si bien es cierto que el médico en su praxis puede contribuir en algún aspecto al avance de la medicina cuando es acucioso y claro de pensamiento, como ocurrió con el ejemplo referido. Esto sucede, en gran medida, porque no es un fin de la medicina clínica actual buscar nuevos conocimientos médicos — como lo fue en los siglos XVIII, XIX y en la primera mitad del siglo XX, ante la carencia de otros profesionales para ello—, sino que ahora su objetivo principal es tratar de resolver los problemas de salud que el paciente le plantea, aplicando el conocimiento que obtienen los investigadores. Justamente es en la segunda mitad del siglo XX que se comienzan a incorporar a la investigación médica, profesionales no médicos como los investigadores biomédicos, bioquímicos, biotecnólogos, etcétera, en la búsqueda de conocimientos que los médicos clínicos puedan aplicar.⁶

Con todos los sesgos a que pudiera conducir en esta reflexión, la separación arbitraria entre el conocimiento como proceso del conocimiento y como producto, atendiendo a los propósitos de este trabajo y con fines de delimitación sólo se hará referencia a este último.

Validez y criterios de validez

La reflexión sobre la validez del conocimiento médico debe partir de que validar es dar fuerza o firmeza a una cosa, es hacerla válida, y hacer algo válido es reconocerlo en su conformidad con algo más, puesto que la validez de ese algo depende de su relación con otras cosas. Por ello procede hablar de la validez en términos de “coherencia con”.⁷ Se puede plantear también que algo es válido en la medida en que contribuye a la resolución de un problema, o por lo menos a su aclaración, o bien que tiene aceptación general por ciertas razones fundamentadas.

En el discurso sobre la validez debe reconocerse que si bien la coherencia con leyes lógicas,

normas o parámetros, no puede aceptarse como única referencia para darnos una idea de la verdad —en su acepción más antigua y difundida—, sí puede ser un fundamento para establecer criterios de validez.⁷ En ese sentido, lo que es válido no necesariamente es cierto o falso.⁸ Por otra parte, las cosas, hechos y fenómenos carecen de validez en sí mismos, puesto que es el hombre el que se la asigna en función de su utilidad. Esto significa que al señalar que algo es válido hay que señalar para qué lo es.⁹

En la reflexión sobre la validez del conocimiento médico no se puede tampoco pasar por alto que se puede confundir la validación con la valoración moral. Valorar y validar no son sinónimos, si bien sus diferencias son aparentemente poco precisas. Valorar es reconocer o apreciar el valor o mérito de algo, independientemente de que tal valor se considere intrínseco al objeto, o sea una adjudicación del sujeto al objeto en función de ciertas preferencias humanas. En gran medida, la validación de un objeto o situación precede a su valoración. Es difícil valorar algo si previamente no hay claridad sobre su validez y consistencia. No se puede valorar una técnica quirúrgica como un bien para la salud, si antes no se ha validado su eficacia. Así, la validación del conocimiento médico precede a su valoración.

Es en ese sentido que el conocimiento médico —como producto validado—, es susceptible de una valoración desde una perspectiva ética, en función de que constituye un bien para la humanidad, o de una valoración desde una perspectiva histórica, en tanto que cada conocimiento logrado ha sido el punto de partida para el desarrollo de otros, en contextos semejantes o diferentes.

Por otro lado, la validez de esta clase de conocimiento se refiere también a su dimensión epistémica, es decir, a su condición de conocimiento como tal contrastado siempre con la realidad. De ahí que un criterio fundamental para la validez de un conocimiento médico como producto, en términos de formulación concreta —teoría, concepto, modelo—, es su vigencia y poder para explicar lo que pretende explicar y como recurso —como un bien para la atención a la salud—, en términos de su capacidad para prevenir o resolver problemas de salud.

Si validar es dar sustento a algo a partir de ciertos criterios, ¿de dónde emanan los criterios que dan validez al conocimiento médico como

producto? En principio, de la propia dinámica del método (científico) y de la lógica (inductiva) en que se basa el proceso que le da origen. Dicha dinámica parte de la observación heurística de la realidad, es decir, de la búsqueda encaminada a la identificación de problemas que son sometidos a un proceso de selección para la posterior formulación de alguno de ellos, seguida del planteamiento de una respuesta tentativa, esto es, de una hipótesis que tendrá que ser sometida a verificación luego de la búsqueda de soportes racionales y experimentales o no, siempre contrastando los resultados con las teorías.

En términos de coherencia interna y coherencia externa, se pueden establecer —tentativamente— cuatro criterios de validez para el conocimiento médico como producto: validez de constructo, validez teórica, validez empírica y validez de consenso.

La *validez de constructo* se refiere a la coherencia interna entre los significados de los diversos elementos que integran una proposición, y que es distinta a la coherencia gramatical que puede haber entre ellos. El constructo es un concepto o idea elaborada para explicar, integrar y organizar los conocimientos científicos existentes, y tiene sentido en función del contexto en el que se encuentra inmerso. Por ejemplo, no hay duda de que la proposición “el albuterol es un antibiótico de gran utilidad para el tratamiento del infarto agudo de miocardio”, está gramaticalmente bien estructurada. Hay un sujeto (el albuterol); un verbo (es) que lo copula con un predicado, cuyos complementos (un antibiótico de gran utilidad y para el tratamiento agudo del infarto de miocardio) afectan al sujeto de manera directa e indirecta. Esta formulación gramaticalmente bien construida puede tener sentido para un individuo que carece de conocimientos médicos; es una afirmación congruente que algo dice. Sin embargo, tal proposición adolece de una validez de constructo, en virtud de que no hay coherencia interna entre los significados de los diversos elementos que la integran. Cualquier médico sabe que ni el albuterol es un antibiótico, ni el infarto agudo de miocardio se trata con antibióticos o con albuterol.

Por el contrario, la afirmación “el albuterol es un broncodilatador útil en el tratamiento del asma bronquial aguda”, cumple con este criterio de validez.

Conviene señalar que aun las proposiciones e hipótesis científicas requieren una validez de constructo que garantice su verificación, es decir, la posibilidad de que se puedan someter a prueba con el fin de determinar su certeza o falsedad. Lo mismo puede afirmarse para los diagnósticos clínicos de probabilidad. Es obvio que el planteamiento de que “la ictericia del paciente A se puede deber a una dilatación de las arterias pericraneales” o “que la paciente B en edad fértil pero con agenesia ovárica bilateral ingresó al hospital por un probable embarazo ectópico”, adolecen de validez de constructo y como hipótesis clínicas carece de sentido someterlas a prueba.

La validez de constructo de una formulación o proposición depende de la *validez teórica* y de la *validez empírica* de un conocimiento. La primera guarda coherencia con la teoría científica, la cual constituye un cuerpo sistematizado y articulado de hipótesis que han sido verificadas racionalmente. Respecto al ejemplo del albuterol y el asma bronquial, la teoría fisiológica y farmacológica establece la existencia de ciertos receptores en el tracto traqueobronquial, sobre los que actúa ese y otros fármacos análogos, el hecho de que las crisis asmáticas obedecen básicamente a un proceso de broncoconstricción aguda que produce ciertos ruidos respiratorios anormales, etcétera.

El criterio de validez empírica, por su parte, se refiere a la coherencia que existe entre una formulación y la realidad, a través de evidencias prácticas. Al respecto es importante plantear la importancia de la precisión y la eficacia en la consistencia del criterio de validez empírica, si por precisión se entiende un criterio cualitativo o cuantitativo a partir del cual se puede establecer una mayor aproximación a la realidad y por eficacia, la capacidad de lograr algún efecto que se desea o espera. Todo ello a propósito de que varios conocimientos médicos pueden ser igualmente válidos, aunque sean distintos en eficacia o precisión.

Esta consideración es particularmente importante para la validez empírica del conocimiento médico. Con fines de ejemplificación se puede mencionar que para la auscultación de los ruidos cardiacos se puede colocar el oído en el área precordial del paciente, utilizar un estetoscopio o un fonocardiógrafo. Es indudable que los tres procedimientos, como conocimientos, son igual-

mente válidos, en principio porque se realizan en el área precordial del sujeto y es posible, a través de cualquiera de ellos, obtener datos sobre los mencionados fenómenos. Sin embargo, el segundo es más preciso que el primero y el tercero más que los otros dos, al menos en sentido espacial y temporal. Para el tratamiento farmacológico de las crisis de asma bronquial es válido, en general, utilizar adrenalina o albuterol. Sin embargo, en muchos casos el segundo tiene preferencia sobre el primero, tomando en cuenta su eficacia y menores efectos secundarios indeseables, sin olvidar que en una respuesta farmacológica mucho tiene que ver la idiosincrasia del paciente y la gravedad de su problema, entre otros factores.

En suma, el planteamiento es que a diferencia de la validez de constructo y de la validez teórica que se pueden considerar de todo o nada, la validez empírica admite grados en función de dos factores centrales: la precisión y la eficacia.

La *validez de consenso*, por su parte, es la que resulta de la aprobación, asentimiento y acuerdo colectivo sobre algún objeto, hecho o conocimiento en particular y que se vincula de manera directa a la vida cotidiana de los hombres, como en el conocimiento médico. Como el hombre vive en sociedad y establece sistemas de relaciones sociales con otros hombres, todo su modo de vida es social. Así como en la actividad social se abre a sus percepciones, así en su actividad social desarrolla el pensamiento a partir de estas percepciones.¹⁰

El análisis de la validez de consenso remite necesariamente al ámbito de lo colectivo y social, es decir, a redes de autoridad, credibilidad y confianza. Guarda una relación estrecha con los otros tipos de validez, particularmente con la empírica. La validez de consenso del conocimiento médico tiene lugar en tres áreas: la comunidad de investigadores médicos que lo genera, la comunidad de médicos que lo aplica y la colectividad social hacia la que se orientan sus potenciales beneficios.

En la primera de ellas participan dos tipos de sujetos en la práctica del consenso: los que tienen una experiencia profesional en su ámbito de trabajo, antecedida y avalada por toda una formación institucional, y quienes están bajo su asesoría adquiriendo esa formación. Los primeros respaldan el consenso en cuanto que éste es parte de su práctica individual y de su saber, adoptan-

do también afirmaciones y adhesiones que van más allá del propio consenso. En ellos se reconoce una autoridad académica por parte de quienes se encuentran bajo su asesoría, puesto que no son investigadores incipientes solitarios sino que tienen la necesidad de asignar autoridad académica y credibilidad a quienes los están formando. Los formadores a su vez tienen diferencias de estatus ante la comunidad derivadas de su prestigio, seriedad y compromiso con su tarea.¹¹

La comunidad de quienes aplican el conocimiento adquirido, es decir, los médicos, participa también en la actitud de reconocimiento de la autoridad y credibilidad de lo que producen los investigadores. Sería improbable que quienes aplican el conocimiento médico no estuvieran dispuestos a adoptar el conocimiento que buscan y obtienen los investigadores, a partir de la confianza que se tiene a todos ellos y a la metodología de la cual surge.

Esta confianza y autoridad son las mismas que se observan por parte de los potencialmente beneficiados con el conocimiento médico respecto a los médicos que los atienden, aunque en la sociedad hay una validación de este conocimiento, independientemente de la confianza que se pueda tener a un médico en particular como individuo que ejerce una profesión socialmente requerida, prueba de ello es la existencia de la automedicación. Por otra parte, independientemente de que los individuos en quienes se tiene credibilidad y confianza no son siempre los mismos, es necesario señalar que la validez de consenso cambia con las experiencias individuales y con los estados cognitivos de los individuos.¹¹

Como es evidente, los criterios de validez del conocimiento médico aquí establecidos están estrechamente vinculados entre sí. De hecho, un conocimiento médico, como producto aplicado a la resolución de un problema de salud, reúne en lo general los cuatro criterios de validez.

Desde otro enfoque, considerando que el conocimiento médico es utilitario en cuanto a que pretende la solución de problemas concretos, y además utilitarista —en un sentido ético, en tanto que persigue el bienestar de los seres humanos—, si bien busca su validez, no pretende llegar a la verdad absoluta, asumiendo que la realidad es dinámica y cambiante a partir de la convicción de

que es posible conocer y manipular la realidad mediante el logro de verdades relativas y del desarrollo de la tecnología. Hay formulaciones fundamentadas en la experiencia actual, que pueden ser refutadas por experiencias posteriores, por lo tanto, todos los conocimientos basados en la experiencia presente son relativos, es decir, temporales y provisionales, y su validez también.

Algunos de los conocimientos médicos constituidos por bienes para la atención a la salud siguen siendo válidos a pesar de que han sido desplazados por otros igualmente válidos pero más eficaces, aun cuando todos ellos son provisionales y perfectibles. En este sentido, con los puntos de vista sobre la validez del conocimiento médico científico aquí tratados no se propone desconocer la existencia de otras nociones, las cuales hay que difundir en otros espacios, solamente se pretende enriquecerlas para contar con una visión más amplia sobre el tema.

Referencias

1. Hessen J. Teoría del conocimiento. México: Editores Mexicanos Unidos; 1993.
2. Díaz J. El ábaco, la lira y la rosa: las regiones del conocimiento. México. SEP-FCE-CONACyT; 2003.
3. Ajdukiewicz K. Introducción a la filosofía. Madrid, España: Cátedra; 1990.
4. Ocampo MJ. Consideraciones bioéticas sobre la investigación médica en seres humanos. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
5. Pérez-Tamayo R. ¿Qué es la investigación científica y dónde se ubica dentro de la investigación clínica? En: Alarcón DS, editor. Fundamentos de la investigación clínica. México: Siglo XXI; 1988. p. 13.
6. Magner LA. History of medicine. New York: Marcel Decker; 1992.
7. Russell B. Los problemas de la filosofía. Barcelona, España: Labor; 1992.
8. Stebbing LS. Introducción a la lógica moderna. México: FCE; 1990.
9. Dewey J. Lógica. México. FCE; 1950.
10. Cornforth, M. Teoría del conocimiento. México: Nuestro tiempo; 1982.
11. Kitcher, P. El avance de la ciencia. México: IIF-UNAM; 2001. **rm**