



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Filosofía y Letras

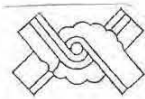
Instituto de Investigaciones Filosóficas



**Pluralismo Terapéutico:  
Hacia la Construcción de una Diversidad Regulada.**

Tesis que para Obtener el Título de:

Maestra en Filosofía de la Ciencia



PRESENTA

Paulina Camarena Palacios Macedo

Director: Dr. León Olivé Morett



México D.F., Noviembre, 2009.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos.**

El apoyo y el cariño que he recibido a lo largo de la elaboración de este trabajo nunca podrán ser agradecidos de manera suficiente en unas cuantas palabras que incluyan una lista de nombres. Espero que todos los dueños de oídos pacientes y abrazos dispuestos se sientan aludidos.

Agradezco también el apoyo brindado por el CONACYT para la realización de los estudios de posgrado que culminaron en la elaboración de esta tesis, apoyo recibido durante el periodo que abarca desde Agosto de 2007 hasta Julio de 2009.

*"A veces creía que tenía ideas propias;  
alguna vez todos somos víctimas de tales ilusiones".*

**Paul Feyerabend, 1987.**

## ÍNDICE.

---

<b>1. Introducción.</b>	<b>4</b>
<b>2. Terapéutica y Salud.</b>	<b>12</b>
<b>3. Definiendo la Unidad de Evaluación ¿Qué se Evalúa en la Terapéutica?</b>	<b>16</b>
<b>3.1. El Papel de las Representaciones en la Evaluación Terapéutica.</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Evaluación Para Cada Caso Concreto: El Problema de los Modelos Terapéuticos.</b>	<b>21</b>
<b>3.3. La Estructura Normativo-Valorativa de las Prácticas Terapéuticas.</b>	<b>25</b>
<b>4. Evaluación Terapéutica: Una Propuesta Pluralista.</b>	<b>27</b>
<b>5. Pluralismo Epistémico y Evaluación Terapéutica.</b>	<b>36</b>
<b>6. Polémica en Torno a la Metodología para la Obtención de Evidencia Terapéutica.</b>	<b>47</b>
<b>6.1. Ensayo Clínico Controlado: Raíces y Naturaleza.</b>	<b>51</b>
<b>6.2. Consideraciones sobre el Efecto Placebo.</b>	<b>56</b>
<b>6.3. Debate en torno al Ensayo Clínico Controlado.</b>	<b>62</b>
<b>7. Conclusiones.</b>	<b>75</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas.</b>	<b>85</b>

**PLURALISMO TERAPÉUTICO:  
HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA DIVERSIDAD REGULADA.**

**1. INTRODUCCIÓN.**

Cuando se habla de medicina, es casi inmediato que pensemos en la terapéutica basada en conocimiento científico; en cualquier diccionario la medicina se define como una ciencia. Sin embargo, también se habla de medicinas tradicionales y de medicinas alternativas, términos que podrían parecer contradictorios si se piensa que ni las primeras ni las segundas se caracterizan por ser prácticas científicas. Hay quien opina que la medicina científica es la única medicina, pero la medicina no adquirió su estatuto científico sino hasta el siglo XIX, y aún hoy en día se cuestiona si dicho estatuto es bien merecido; muchos médicos de bata blanca proclaman que lo que practican es un arte.

Para evitar confusiones, aquí utilizaremos el término de terapéutica. Con dicho término nos referiremos a toda acción que se oriente a la promoción, la conservación o la restauración de la salud. Cuando se hable de medicina, se incluirá el apellido: científica, tradicional, holística, o el que corresponda. No obstante, el propósito de este trabajo se centra precisamente en la pregunta sobre la posibilidad de que exista más de una medicina.

La gama de opciones terapéuticas disponibles en la actualidad es tan vasta como versátil. Los dolores de cabeza, por poner un ejemplo, hoy en día lo mismo se combaten con analgésicos que con acupuntura, con chiquiadores, con estimulación magnética transcraneal o hasta con flores de Bach. ¿Por qué subsiste tan manifiesta pluralidad terapéutica?

Un gran número de médicos científicos se muestran hostiles hacia las medicinas alternativas y postulan la ineffectividad de las mismas. Sin embargo, se ha registrado que las terapias no científicas han experimentado en las últimas décadas una creciente solicitud de atención (Keshet, 2009; Hess, 2005).

solicitud motivada frecuentemente por padecimientos como el cáncer, en los que las técnicas curativas propias del modelo científico-biomédico son particularmente inefectivas o acarrear efectos secundarios francamente devastadores (Hess, op. cit.).

A la medicina científica se le critica por deshumanizada, por invasiva, por su desapego de *lo natural*, enténdase como se entienda tan polémico término. Suele temerse, en un sentido literal, que el remedio resulte peor que la enfermedad. No es infrecuente que se prefiera evitar el empleo de fármacos de diseño científico, pues se sospecha que dichos medicamentos conllevan potenciales riesgos de los que se asume carecen los medicamentos "naturistas". Entre algunos usuarios de terapéuticas alternativas, la biomedicina incluso puede ser vista como "pasada de moda", incapaz de dar cuenta del fenómeno curativo de las terapias no científicas (Barry, 2006).

El rechazo a la medicina científica se pone de manifiesto al analizar los diversos movimientos antivacunación que se han venido presentando desde finales del siglo XIX. Si bien es posible encontrar argumentos de índole religiosa en contra de la vacunación desde los tiempos de Jenner y hasta nuestros días (White, 1896; The Associated Jehovah's Witnesses for Reform on Blood, 2006), es difícil negar que la desconfianza en la seguridad y en la eficacia de ciertas vacunas ha tenido su parte en la disminución de los índices de vacunación (Wolfe & Sharp, 2002).

A la pérdida de la confianza en las instituciones científicas, fenómeno sin duda asociado con las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial cuyo surgimiento coincide con el de los movimientos antivacunación, debe sumarse la desaprobación de las vacunas por parte de quiroprácticos, homeópatas y otros practicantes de terapéuticas alternativas a la ciencia (Ernst, 2001).

Sin embargo, independientemente del origen del recelo o del contenido de la queja, con oposición franca o sin ella, es difícil negar que la medicina científica ha proporcionado métodos efectivos para lidiar con padecimientos que anteriormente significaban un desenlace fatal inevitable; diversas enfermedades

infectocontagiosas de la infancia son un claro ejemplo de tal cosa. Tampoco se puede negar la ventaja que representa contar con numerosas técnicas quirúrgicas reconstructivas que permiten la integración social de pacientes mutilados o con deformaciones, y es innegable que tales técnicas han venido perfeccionándose con el avance del conocimiento científico en materia de salud. Sería absurdo negar que la expectativa de vida ha mostrado un incremento considerable a partir del desarrollo científico biomédico, y sin lugar a dudas se prefiere ir a un hospital convencional, en vez de tocarle la puerta al homeópata, cuando un dolor muy intenso nos hace sospechar de una apendicitis o de cualquier otra enfermedad de considerable urgencia y gravedad.

Pero admitir lo descrito en el párrafo anterior no nos obliga a negar la efectividad de prácticas terapéuticas diferentes a las científicas. En este trabajo defenderé que pueden existir prácticas terapéuticas legítimas alternativas a la medicina científica, y que esta diversidad es provechosa para el ejercicio de las prácticas asistenciales en materia de salud. Se postula que no es plausible sostener que existe tal cosa como un único camino para combatir la enfermedad y el sufrimiento humano, pero que no todos los caminos son igualmente válidos, correctos o adecuados. La evaluación de la terapéutica juega un papel indispensable en esta propuesta, pues es a la vez habilitadora y reguladora de la diversidad.

Como respuesta ante el dolor, la enfermedad y la muerte, la humanidad ha desarrollado muy diversas y heterogéneas técnicas terapéuticas. Los distintos modelos terapéuticos, cada uno de ellos constituido por una serie dada de técnicas curativas y por la particular manera de entender lo relativo a la salud que dota de sentido a tales técnicas, conforman una híbrida colección de actitudes asumidas ante el problema de la salud y la enfermedad. Entre tales posturas se encuentra tanto la medicina científica tal cual se lleva a cabo en nuestros días, como la práctica curativa que pudiera parecernos más exótica.

La movilidad migratoria y el desarrollo expansivo de los medios de comunicación han propiciado la dispersión de métodos terapéuticos a lo largo y



ancho del planeta, dando lugar al surgimiento de alternativas terapéuticas producto de la mezcla o transformación de prácticas precedentes.

Esta situación factual de pluralidad terapéutica debe ser distinguida de lo que aquí denominaremos *pluralismo terapéutico*. Si bien partimos de una pluralidad *de facto*, al reconocer la coexistencia de una amplia variedad de prácticas terapéuticas, la pluralidad a defender en este texto es de manifiesto carácter prescriptivo, constituyendo una propuesta estructurada que abraza un objetivo doble: explicar cómo es posible que diferentes terapéuticas sean legítimas, con base en distintos criterios; y justificar la conveniencia de preservar la diversidad terapéutica, bajo condiciones específicas. De ahí la denominación de *pluralismo*.

La comprensión de lo anterior resulta sumamente importante no sólo porque podría parecer un tanto absurdo proponer la diversidad donde ésta ya se encuentra presente, sino debido a que nos permite asentar con suficiente claridad nuestro propósito. En este ensayo no se respaldará una pluralidad desarticulada sin más motivo que la mera conservación de una abundante colección de opciones terapéuticas. En oposición, se postula una diversidad compatible con el enriquecimiento de las prácticas asistenciales en materia de salud, lo que obligatoriamente requiere que sea posible la crítica y la comunicación efectiva entre las diversas terapéuticas. Es esta pluralidad condicionada a lo que llamaremos *pluralismo terapéutico*.

Si volvemos a la pregunta sobre las razones que han permitido la subsistencia de prácticas terapéuticas alternativas a la ciencia, la postura adoptada en este texto responderá que la eficacia de tales prácticas terapéuticas algo habrá tenido que ver en que las mismas no se hayan extinguido.

Al reparar en que muchas medicinas tradicionales han perdurado durante periodos de tiempo no precisamente breves, algunas de ellas con origen tan remoto como la antigüedad, emerge la dificultad de sostener la total y absoluta ineficacia de prácticas terapéuticas que han soportado el paso de tantos años, a menos que no encontremos inconveniente en postular que el ser humano, en su

interés por lidiar con la enfermedad, el dolor y la muerte, ha resultado ser un sistemático atesorador de métodos curativos que, a lo largo de los siglos, en repetidas ocasiones tuvieron oportunidad de mostrar que carecían de efecto benéfico alguno sobre la salud.

Y aunque no todas las terapéuticas no científicas son medicinas tradicionales, más adelante se verá que el mismo argumento que explica la posibilidad de que las últimas sean eficaces puede también dar cuenta de la posibilidad de eficacia de otras prácticas terapéuticas alternativas.

Cabe resaltar que la intención de este trabajo dista de proponer que toda medicina tradicional, en tanto que sobreviviente, debe ser incuestionablemente tomada por efectiva. Mucho menos se pretende postular que la totalidad de las terapéuticas alternativas existentes en la actualidad han de considerarse eficaces.

Si bien el que las medicinas tradicionales hayan subsistido nos permite intuir que dichas medicinas muy bien pudieran tener algo de efectivas, sería ingenuo no reconocer la injerencia de factores, adicionales a la eficacia, involucrados en que determinada práctica terapéutica se elimine o se conserve.

La historia y la sociología ofrecen aportes significativos para analizar la pluralidad terapéutica. De hecho, la noción de "medicinas alternativas" surge en la sociología con el propósito de designar en conjunto a las prácticas curativas que se desenvuelven de manera paralela a la medicina científica (Hess, op. cit.)

Por otra parte, el que actualmente en la terapéutica lo alternativo se constituya por oposición a lo científico se comprende mejor si permitimos a la historia recordarnos que la profesionalización de la práctica médica, ocurrida en el siglo XIX, implicó que la medicina se científizara. Fue entonces cuando la "medicina oficial" encarnó el carácter científico a partir del cual se definiría (y se define hoy en día) la otredad terapéutica.

La sociología médica parte de considerar el campo de la salud como un "microcosmos" en el que es posible identificar prácticamente todos los procesos

y los elementos estructurales que se encuentran presentes en la sociedad (Aiken & Freeman, 1984). Uno de sus propósitos es dilucidar cómo se crean, mantienen o modifican las diversas instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, entendiendo esta diversidad en función de la pluralidad de opciones terapéuticas y no sólo como variantes institucionales de la medicina científica. Los diversos modelos terapéuticos se corresponden con organizaciones sociales, y las pautas de interacción social que se presenten entre tales organizaciones naturalmente mediarán en la preservación o sustracción de las distintas prácticas terapéuticas.

El *National Council Against Health Fraud* (NCAHF) y la *American Alternative Medical Association* (AAMA), asociaciones no gubernamentales de origen estadounidense, permiten ilustrar con claridad lo arriba mencionado: mientras que la AAMA persigue apuntalar una imagen profesional y prestigiosa de los terapeutas alternativos, el NCAHF se propone, entre otras cosas, combatir la charlatanería sobre bases científicas<sup>1</sup>. Sin duda la interacción entre organizaciones de este tipo influye en que determinada práctica terapéutica se suprima o se preserve.

Un abordaje sociohistórico al problema de la pluralidad terapéutica podría aventurarse a explicar cómo los distintos modelos terapéuticos han llegado a ocupar el lugar que efectivamente ocupan en el campo social de la terapéutica, planteando, entre otras, hipótesis que den razón del goce hegemónico que hoy claramente favorece a la medicina científica, que expliquen la subordinación de éste o aquél modelo terapéutico alternativo o que ilustren los factores involucrados en la rivalidad terapéutica. Sin embargo, tales estudios no forman parte de los objetivos de este trabajo. El carácter de este texto es puramente filosófico: se trata de una aproximación al tema desde las perspectivas de lo axiológico y lo epistemológico. En concreto, lo que se busca es defender que pueden coexistir diversas formas correctas de abordar el problema de la salud y

---

<sup>1</sup> Los manifiestos del *National Council Against Health Fraud* y de la *American Alternative Medical Association* se encuentran disponibles en internet en [www.ncahf.org](http://www.ncahf.org) y [www.joinaama.com](http://www.joinaama.com), respectivamente. (Consultadas ambas el 27 de Noviembre de 2008).

la enfermedad, sin admitir que cualquier abordaje es igualmente efectivo o válido, aunque no por ello se negará la relevancia o el provecho de un análisis de corte social o histórico, análisis que de hecho brinda elementos para una reflexión tanto epistémica como axiológica más adecuada.

Es claro que no carece de conflicto sostener que existe más de una terapéutica efectiva, si aceptamos que la medicina científica no es la única medicina y admitimos que, por tanto, existen varias formas de curar, ¿cómo elegir entre las alternativas beneficiosas y el franco fraude?, ¿cómo señalar a las que, en vez de conseguir su cometido, resultan dañinas?

Si rechazamos que los estándares científicos sean aplicados para evaluar las prácticas terapéuticas diferentes a la medicina científica, parece lógico proponer que cada modelo terapéutico sea evaluado conforme a sus propios criterios. Tal cosa podría colocarnos frente a una multitud de modelos terapéuticos pregonando todos y cada uno de ellos las maravillas resultantes de la aplicación de sus métodos, anotando, a manera de glosa, que el portento de ventajas reportadas al emplear sus técnicas sólo se hace evidente de recurrir a sus peculiares parámetros de evaluación<sup>2</sup>. ¿Habremos entonces de admitir que, desde su propia perspectiva, todas las medicinas son igual de útiles y beneficiosas? Si cada cual aplica sus propios criterios de evaluación ¿cómo establecer comparación alguna entre una medicina y otra? O quizá de mayor relevancia, ¿cómo identificar aquellas que reportan escaso o nulo beneficio?

El aceptar que pueden existir diferentes maneras de conocer lo referente a la terapéutica no puede conducirnos a conceder garantía de eficacia a toda técnica terapéutica que se declare como tal. La conservación de la diversidad terapéutica tiene por objeto proporcionar un arsenal nutrido para combatir la enfermedad, pero no tendría sentido alguno conservar herramientas inútiles o perjudiciales. Tal diversidad sería absurda y hasta contraproducente. Es por ello que la propuesta aquí presentada pretende, sí, explicar el que coexistan

---

<sup>2</sup> "Típicamente las pseudociencias establecen sus propios estándares según los cuales sus practicantes están dispuestos a aceptar sus propuestas" (Olivé, 2000, p. 59).

diversas formas de abordar el problema de la enfermedad, posturas contrarias e incluso contradictorias, pero siempre conservando la posibilidad de evaluación y de crítica, esto es, evadiendo un relativismo a ultranza. Lo anterior resulta particularmente importante si se piensa que los organismos públicos encargados de regular la atención sanitaria se enfrentan a la doble tarea de proporcionar las condiciones apropiadas para la satisfacción de las demandas de atención, al tiempo que buscan establecer los mecanismos de evaluación y sanción encaminados a impedir la mala praxis médica.

El argumento a desarrollar tiene como hilo conductor la reflexión en torno a la evaluación de la terapéutica, pues, como se mencionó anteriormente, el análisis de la evaluación en materia terapéutica nos servirá a la vez como elucidación y cimiento de la propuesta a defender; como punto de partida para sustentar la posibilidad de que coexistan diferentes formas de abordar el problema de la salud, admitiendo la validez de más de una de ellas pero sin por ello aceptar que cualquiera sea válida, y como fundamento de la estrategia para la construcción a la que se alude en el título de este trabajo. Así, asumiendo que para saber cómo se ha de llevar a cabo una evaluación primero se ha de precisar qué es lo que se evaluará, se parte de un análisis conceptual de las nociones de "terapéutica" y "salud", señalando las definiciones a emplear en este ensayo. En este primer análisis se brinda la justificación inicial de la propuesta axiológica presentada. A continuación se procede a definir la unidad de evaluación que se utilizará como parte de dicha propuesta. Tal unidad de evaluación, como es de esperarse, responde a las definiciones de "terapéutica" y "salud" proporcionadas en un principio, pero también obedece a los objetivos aquí perseguidos, representando un punto de partida para mostrar la variedad de evaluaciones posibles que admite la terapéutica y la diversidad de criterios a considerar en dichas evaluaciones.

Posteriormente, partiendo de las propuestas axiológicas pluralistas orientadas a la tecnociencia desarrolladas por Javier Echeverría y León Olivé (Echeverría, 2003, 2002; Olivé, 2008, 2005, 2000), se procede a la caracterización del modelo de evaluación terapéutica que sustenta la propuesta

defendida en este trabajo. Se dedica particular atención a la faceta epistémica de la evaluación terapéutica por dos motivos: el primero, quizá evidente, se refiere a la imposibilidad de desligar el estudio de la técnica del estudio del conocimiento; el segundo, resultado de la investigación realizada en torno las metodologías de evaluación terapéutica a las que se recurre con mayor frecuencia en la actualidad, radica en la observación de que los argumentos para descartar o aceptar una terapéutica hoy en día son primordialmente de carácter epistémico.

La estrategia valorativa desarrollada a partir de presupuestos practicistas y pluralistas, diseño congruente con las reflexiones mostradas en los primeros apartados de este trabajo, se contrasta en la última parte de este trabajo con un breve análisis del debate en torno a la metodología para la evaluación de la eficacia terapéutica, debate presente tanto al interior de la medicina científica como entre las terapéuticas alternativas a la ciencia y el modelo científico biomédico. En esta contrastación se encuentra sustento a la propuesta de evaluación presentada, pero además se pone en evidencia el provecho del diálogo entre las diferentes maneras de abordar la salud y la enfermedad.

## **2. TERAPÉUTICA Y SALUD.**

El problema de la salud no se puede desligar de la condición humana. Empeñada en subsistir, y apostando a que dicha subsistencia tenga lugar bajo las mejores condiciones<sup>3</sup>, la humanidad ha orientado sus acciones con el propósito de promover, conservar y restaurar la salud. El conjunto de medios empleados a tal fin, tan amplio como heterogéneo, constituye lo que se conoce como terapéutica.

El vocablo *terapéutica*, como tantos otros de nuestra lengua, encuentra su origen en la Grecia antigua. Asclepios era adorado como deidad de la Medicina

---

<sup>3</sup> Apuesta característica de la naturaleza humana, como señala Ortega y Gasset (2002).

y se le veneraba en santuarios que también fungían a manera de hospitales. En estos santuarios, denominados Asclepiones, se encontraban los *therapeutés*, quienes se encargaban de atender y cuidar a los peregrinos que llegaban al templo (López Piñero, 2002; Porter, 2003).

Según cuenta la mitología, Asclepios, hijo de Apolo, fue educado por el centauro Quirón, por la sabia Atenea y por su propio padre, dios del sol y de las artes a quien también se le atribuían facultades curativas. Quirón, el primero y más sabio de los centauros, toma su nombre de una derivación de la palabra griega para mano, *cheir*, palabra de la que también proviene el vocablo cirugía<sup>4</sup>; así, este hombre-caballo es el encargado de instruir a Asclepios en el arte para curar con las manos, esto es, en la terapéutica quirúrgica. (Aghion, et al. 1997; Sournia, 1992)

Del matrimonio entre Asclepios y Epione, deidad dedicada al alivio del dolor, nacen Panacea, Iaso e Hygeia, la diosa que todo lo cura, la diosa de los remedios y la diosa de la salud, respectivamente (Aghion, op. cit., Porter, op. cit.). Cabe esperar que en el culto del que participaban los *therapeutés* se tuviera presente el supuesto contenido en esta narrativa, a saber, que la Medicina y el interés por consolar el sufrimiento humano engendran la salud, el alivio para la enfermedad y los remedios para conseguir tal objetivo.

De esta manera, en el servicio asistencial que constituye la terapéutica se integran los conocimientos que orientan la implementación de maniobras curativas y la administración de cuidados y remedios, esto con el afán de conseguir la paliación del dolor, la curación de los procesos morbosos y el cultivo de la salud.

Tan importante es recordar el carácter asistencial de la terapéutica como renunciar a la definición que la reduce a la mera curación de enfermedades. No es admisible relegar de la labor terapéutica el empeño por aliviar el dolor y alcanzar la salud, en especial si tenemos presente que desde 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronunció en contra de definir la

---

<sup>4</sup> *Cheirurgia*, literalmente, maniobra u obra manual



salud como mera ausencia de enfermedad (OMS, 2007). Insistamos pues en que la terapéutica se propone la promoción, conservación y restauración de la salud. Ahora cabe aclarar qué es lo que aquí se entenderá por salud.

Adoptaremos la noción de salud postulada por la OMS, que la concibe como un completo estado de bienestar físico, mental y social. No obstante, es relevante una pequeña anotación sobre esta definición de salud: es menester que la completud del estado de bienestar físico, mental y social se entienda en la acepción de "completo" como cabal, íntegro, con todas sus partes; y no como *perfecto* (Moliner, 2007; Real Academia Española, 2001), en tanto que conviene evitar consecuencias que se derivan de adoptar esta última acepción.

La primera de estas consecuencias consiste en que, si se define la salud como un estado de *perfecto* bienestar físico, mental y social, la noción de salud se refiere a un estado que no existe, ni existió, ni existirá, y por tanto, que es imposible de ser conservado o restaurado. Así, de entre los objetivos que propusimos para la terapéutica, a saber, la promoción, la conservación y la restauración de la salud, se eliminarían la conservación y la restauración por irrealizables, y la terapéutica quedaría entonces reducida a la promoción de un estado inalcanzable.

Pero es una segunda consecuencia de abrazar la acepción de "completo" como "perfecto" la que podría resultar más problemática para los fines que nos atañen: la aspiración a un estado de perfección fácilmente nos remite a una racionalidad maximizadora orientada hacia una meta convergente, y tal resultado ciertamente entra en conflicto con la postura que aquí se pretende defender. Esta noción de salud como ideal regulativo no parece compatible con postular la coexistencia de múltiples concepciones de salud legítimas (¿acaso la perfección no es única?), y más allá de intentar preservar una diversidad de métodos terapéuticos que converjan a una misma meta, en este trabajo se postula que la diversidad de terapéuticas encuentra su razón de ser, entre otras cosas, en la variedad de concepciones legítimamente sostenibles que se tienen sobre este estado de completo bienestar físico, mental y social.

Se asume un componente subjetivo ineludible en la noción de bienestar, lo que, de manera parcial, explica la variabilidad de formas legítimas de concebirlo. Sin embargo, parece difícil sostener que cada quién definirá el bienestar completamente a su antojo; esto es particularmente patente cuando nos referimos al bienestar físico. Lo que se entiende por bienestar en la esfera física dependerá, en gran medida, de la manera en la que se conciba el cuerpo humano y su (correcto) funcionamiento. En un apartado posterior se abordará el problema de la posibilidad de coexistencia de diferentes formas legítimas de conocer lo referente al cuerpo humano y sus enfermedades, explicación también pertinente para explicar la multiplicidad de formas de entender el buen funcionamiento mental y social. Tal argumento da cuenta de la diversidad de concepciones legítimas del bienestar sin aludir a la subjetividad individual incluida en dicha noción.

Es importante notar que al negarse la reducción de la terapéutica a la esfera física se brinda una razón adicional para rechazar la adopción de una racionalidad maximizadora enfocada hacia un único criterio de evaluación terapéutica. El fenómeno terapéutico opera sobre un sistema complejo cuyos componentes se encuentran en continua interacción, no siempre directa ni lineal. De esta manera, un incremento en el bienestar físico puede provocar un detrimento en el bienestar mental o social, por lo que buscar maximizar la esfera física del bienestar, como a menudo se pretende al interior del modelo científico biomédico, puede derivar en un efecto negativo sobre las otras esferas del bienestar, obteniéndose un resultado global sobre la salud quizá menos favorable que si se intentase alcanzar un nivel mínimo aceptable de bienestar físico, equilibrándolo con el respectivo nivel mínimo aceptable de bienestar mental y social. Es por lo anterior que una racionalidad valorativa acotada, que fija cotas o límites de satisfacción para los criterios de evaluación, resulta más pertinente para la terapéutica, y de ahí también que parezca más adecuado entender *completo* en el sentido de *cabal* cuando se trata de la salud.

En los siguientes capítulos se profundizará en lo que respecta a la evaluación de la terapéutica, por ahora baste con subrayar que al introducir en la

definición de terapéutica la noción de bienestar en su forma triádica (bienestar físico, mental y social), resultado de integrar las nociones de salud y terapéutica como han sido definidas, se marca el primer paso hacia la necesidad de una aproximación pluralista no maximizadora en lo que compete a la evaluación de la terapéutica.

### 3. DEFINIENDO LA UNIDAD DE EVALUACIÓN ¿QUÉ SE EVALÚA EN LA TERAPÉUTICA?

Como ha sido mencionado en la introducción de este trabajo, para poder hablar de cómo se ha de llevar a cabo la evaluación en terapéutica se requiere primero definir con precisión qué es lo que se ha de evaluar. De esta manera, una vez ha sido definido *Terapéutica* y *Salud*, ahora se procederá a definir la unidad de evaluación.

Se ha hablado de técnicas, modelos y prácticas terapéuticas; a continuación se profundizará en estas nociones con el objeto de mostrar las ventajas y desventajas que cada una de ellas reporta para el propósito que nos atañe, teniendo como meta asentar cuál será empleada como unidad de evaluación, y las razones de la elección. Comenzaremos con las definiciones y proseguiremos con el análisis de las mismas.

Un *modelo terapéutico* se define como un conjunto que integra dos elementos: una serie dada de técnicas terapéuticas y la particular manera de entender lo relativo a la salud que dio origen a tales técnicas, dotándolas de sentido.

En lo que toca al concepto de técnica, tomaremos el trabajo de Miguel Ángel Quintanilla como punto de partida (Quintanilla, 2005). La comprensión de dicha noción requiere que primero sean proporcionadas las definiciones de "acción intencional", "sistema de acciones", y "sistema técnico".

Quintanilla define una acción intencional como aquella en la que un agente actúa sobre un sistema teniendo un objetivo en mente y suponiendo que su intervención acarreará la consecución de su objetivo. Es necesario que el

agente tenga capacidad para: 1) representarse el sistema sobre el que pretende actuar, 2) albergar deseos o fines, 3) establecer valoraciones y 4) tomar decisiones. Subrayemos que el agente se representa también la acción a realizar, con la creencia de que dicha acción es posible y de que el resultado de la misma incluye el objetivo que persigue, sin ser necesario que esta representación y estas creencias se correspondan de hecho con la realidad.

Un sistema de acciones, por su parte, es aquél en el que intervienen diversos sistemas efectores (agentes) y múltiples sistemas receptores de la acción (pacientes) de manera que cualquier acción es causa o efecto de alguna otra dentro del conjunto (Ibid. p. 74). De esta manera, todo sistema físico que se compone de partes que interactúan representa un sistema de acciones. Coincidamos con Bunge en que el único sistema cerrado es el Universo en su totalidad (Bunge, 1977b, citado en Quintanilla, op. cit.) y recalquemos que, por tanto, el resto de los sistemas interactúan con su entorno, formado a su vez por sistemas.

Conforme a lo anterior, un sistema técnico es un sistema concreto de acciones intencionales "en el que, además del subconjunto de agentes intencionales del sistema que conciben los objetivos y actúan para conseguirlos, existe al menos un subconjunto de componentes (los que llamaremos componentes materiales del sistema) que son objetos concretos y cuya transformación o manipulación forma parte de los objetivos intencionales del sistema" (Ibid., p. 89). Entre los componentes materiales del sistema pueden encontrarse organismos vivos.

Los agentes intencionales responsables, que forman parte del sistema y que poseen una representación del sistema, se organizan y actúan de manera intencional para alcanzar un objetivo que comparten. Es importante recalcar que en el sistema también se presentan acciones no intencionales, así como acciones intencionales que persiguen objetivos distintos al objetivo compartido que define el sistema técnico en cuestión.

Trasladando lo anterior a la terapéutica, tanto la administración de un cóctel antiviral a un paciente con VIH, como la tronadura del empacho a un niño

aflicto por dicho mal constituyen buenos ejemplos de sistemas técnicos terapéuticos. En ambos casos podemos identificar un conjunto de agentes que comparten intenciones terapéuticas sobre el enfermo: el médico o terapeuta tradicional, el mismo paciente y los familiares o amigos involucrados. Estos agentes intencionales además cumplen con el requisito de representarse tanto lo que está ocurriendo con la salud del enfermo como la manera en la que actúa la terapia. También es posible reconocer en ambos casos un conjunto de objetos que (a) se emplean en la consecución del fin y (b) que se pretenden transformar. Entre los primeros encontramos, por mencionar algunos, el cóctel antiviral, el vaso con agua para deglutir las pastillas, la manteca de cerdo para tronar el empacho y el petate sobre el que se realiza dicho procedimiento, mientras que el segundo grupo se conforma por el paciente, objeto que pretendemos transformar con el propósito de que recupere la salud. Nótese que el paciente forma parte tanto del subconjunto de agentes intencionales como del subconjunto de los componentes materiales a transformar.

Prosigamos con la definición de técnica. Consideremos que cada sistema técnico consiste en la realización particular de una técnica. La estructura de un sistema técnico se constituye por el peculiar conjunto de acciones que se presentan entre los agentes organizados y los componentes materiales del sistema, junto con el propósito que los primeros persiguen; no incluye particularidades irrelevantes para la consecución del objetivo. Si la equivalencia entre sistemas técnicos se refiere a la comunión estructural de los mismos, una técnica se define por la estructura que prevalece en un conjunto dado de sistemas técnicos equivalentes. En palabras de Quintanilla: "La técnica en cuanto tal sería una entidad abstracta que podríamos definir como el conjunto de todas las realizaciones técnicas concretas" (Ibid. p. 46).

Pongamos por ejemplo una técnica quirúrgica: la funduplicatura de Nissen. El tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es el objetivo de la puesta en práctica de esta técnica, misma que consiste básicamente en pinzar el fondo gástrico y enroscarlo alrededor del esófago para crear un esfínter artificial. La puesta en práctica de la técnica, cuando se opera a

un paciente, representa un sistema técnico. Cámbiese de cirujano, de paciente, de hospital o de escalpelo; tendremos una variedad de sistemas técnicos en los que se aplica la funduplicatura de Nissen. No es en absoluto relevante si la bata del anesthesiólogo es verde o azul. Lo relevante que hay en común entre todos los esos sistemas técnicos, a saber, la torcida del fondo de un estómago sobre su respectivo esófago con el objeto de tratar el reflujo gastroesofágico, es lo que constituye la técnica conocida como funduplicatura de Nissen.

Abordemos ahora la noción de "práctica" como es desarrollado por Olivé a partir del trabajo de Schatzki (Olivé, 2005, 2008).

Las prácticas se conciben como sistemas dinámicos compuestos por: (a) un conjunto de agentes con propósitos comunes, (b) un conjunto de objetos, incluyendo otros seres vivos, que forman parte de (c) un medio, ámbito en el que se desenvuelve la práctica, en donde los agentes interactúan entre sí y con los objetos, y (d) un conjunto de acciones, tanto potenciales como realizadas.

Además de insistir en la estrecha interrelación existente entre los componentes del sistema, es importante señalar que dentro del conjunto de acciones se incluyen intenciones, propósitos, fines, proyectos, tareas, representaciones, creencias, valores, normas, reglas, juicios de valor y emociones. En palabras de Olivé: "Una práctica, pues, está constituida por un conjunto de seres humanos quienes a su vez dan lugar a un complejo de acciones, orientadas por representaciones —que van desde modelos y creencias hasta complejas teorías científicas— y que tienen una estructura axiológica, es decir, normativo-valorativa." (Olivé, 2008, p. 93)

Es así como una práctica terapéutica se encontraría integrada por una colectividad que comparte tanto el propósito de promover, conservar y restaurar la salud, como representaciones referentes a la salud, la enfermedad y el cuerpo humano.

### 3.1. El Papel de las Representaciones en la Evaluación Terapéutica.

Aunque Quintanilla reconoce que todo agente intencional ha de tener una representación del sistema sobre el que actúa, en su propuesta no es claro el papel de las representaciones (creencias, conocimiento) en la definición de una técnica, misma que, como ya mencionamos, se caracteriza únicamente por la estructura constante en un conjunto de sistemas técnicos equivalentes, esto es, por el objetivo perseguido y por el conjunto de acciones establecidas entre los agentes y los componentes materiales del sistema.

De esta manera, y hasta aquí las cosas, una ventaja de las nociones de "práctica terapéutica" y de "modelo terapéutico" sobre la noción de "técnica" consiste en que las primeras permiten la integración de lo puesto en práctica con la representación que lo explica. El proceder se guía sobre las representaciones, sobre la manera en la que se concibe el sistema, y contemplar tal relación entre acción y representación no carece de relevancia para nuestro problema: si lo que buscamos es evaluar la eficacia de una acción curativa, sin duda resulta de mucha utilidad conocer la explicación que se supone la dota de sentido. Como se verá más adelante, es claro que la importancia de su consideración en la evaluación terapéutica cobra particular magnitud en la evaluación ex-ante.

Hoy en día no son pocos los productos que se venden en el mercado prometiendo ser técnicas terapéuticas innovadoras poco menos efectivas que la panacea, en muchos casos recurriendo a terminología aparentemente científica como parte del patrocinio. Así, bajo "un discurso ininteligible se cobija una práctica de charlatanería" (Olivé, 2000, p. 62). Tal abuso del prestigio de la ciencia (que puede considerarse un fenómeno paralelo al cientificismo<sup>5</sup>, en tanto que ambos cumplen una función ideológica), en ocasiones puede ser desentubierto mediante una inspección cuidadosa de los argumentos postulados en la justificación de garantía de dichos remedios.

---

<sup>5</sup> "Por cientificismo podemos entender la doctrina que supone que todas las respuestas correctas a preguntas que nos importan vendrán dadas por la ciencia, y que dogmáticamente recurre a la ciencia como autoridad." (Ibid., p. 61)



Esta situación muestra la ventaja de las nociones de "práctica terapéutica" y "modelo terapéutico" para la evaluación en materia terapéutica, en tanto que dichas nociones permiten un análisis epistemológico de los supuestos que orientan las distintas terapéuticas.

Con respecto a las representaciones que intervienen en una terapéutica pero que no puedan ser consideradas propiamente conocimiento, como son las creencias del paciente referentes al procedimiento terapéutico en cuestión, por poner un ejemplo, la trascendencia de su inclusión en la evaluación terapéutica se revela a partir de los avances en el campo de la psiconeuroinmunología, pero dejemos esto para más adelante.

### **3.2. Evaluación Para Cada Caso Concreto:**

#### **El Problema de los Modelos y las Técnicas Terapéuticas.**

Por otra parte, la práctica terapéutica y el modelo terapéutico muestran una diferencia que resulta pertinente tomar en cuenta: mientras que la primera se refiere a una aplicación terapéutica singular, el segundo consiste en un aglutinado de aplicaciones terapéuticas.

Tradicionalmente, el modelo terapéutico se define por el particular conjunto de representaciones que en su origen se correspondieron con el respectivo agregado de técnicas terapéuticas. Así, el modelo terapéutico de la medicina tradicional china se integra, entre otras cosas, por la acupuntura, la moxibustión<sup>6</sup>, por la peculiar forma en la que los sabios de la China antigua emplearon remedios herbales y minerales, y por las representaciones contenidas en textos como el *Nei Jing Su Wen* o el *Kia yi jing*, en este último

---

<sup>6</sup> La moxibustión es una técnica terapéutica que estimula mediante calor diversos puntos de la superficie corporal, puntos que coinciden con los empleados en la acupuntura. Para tal efecto se efectúa la ignición de la *moxa*, una especie de puro o cigarro fabricado a partir de la *Artemisia vulgaris*, planta comúnmente conocida como artemisa. La raíz de la artemisa es secada y prensada para poder enrollarse y posteriormente encenderse.

pudiendo encontrar bonitos atlas de los meridianos energéticos que, según asegura la cosmovisión pertinente, surcan el cuerpo humano (López, 2000).

Elaborar un listado de las alternativas terapéuticas no es una tarea precisamente sencilla, las opciones no sólo son numerosas, sino que en ocasiones son difíciles de definir o delimitar con precisión: ¿cómo separar la herbolaria de las medicinas tradicionales, si éstas últimas a menudo recurren al empleo de plantas medicinales? ¿Y cómo catalogar a la meditación, en tanto que práctica a últimas fechas ampliamente avalada y recomendada por la psiquiatría, pero originaria de la medicina ayurvédica?

Un conflicto derivado de emplear el modelo terapéutico como unidad de evaluación surge cuando observamos que, como producto de la interacción, a menudo es posible encontrar hibridación de técnicas curativas al interior de los modelos terapéuticos: el modelo biomédico en ocasiones incorpora a su arsenal técnicas curativas pertenecientes a modelos terapéuticos alternativos, y ya no es tan raro que un ciudadano terapeuta tradicional mexicano recete penicilina. Cuando esto ocurre, la técnica migrante suele ser escindida del marco conceptual que originalmente la avalaba.

En el caso de la adopción de una técnica terapéutica alternativa por parte del modelo biomédico, es necesario primero que la técnica en cuestión demuestre ser eficaz bajo parámetros científicos. Es de esta manera que la meditación ahora es prescrita por psiquiatras, sin olvidar que la herbolaria es cada vez más reconocida entre los que profesan el modelo biomédico<sup>7</sup>. No obstante, se persigue una elucidación circunscrita a los límites de la ciencia en lo referente a los mecanismos que intervienen en el resultado obtenido por toda aquella práctica terapéutica que parezca ser eficaz. Lo que actualmente ocurre con la acupuntura es un buen ejemplo de lo anterior: la medicina científica ha llegado a reconocer su utilidad (en circunstancias específicas), pero niega la explicación que sobre su mecanismo de acción brinda la medicina tradicional

---

<sup>7</sup> Barry (op. cit.) reporta que numerosos centros hospitalarios orientados a la atención de pacientes con cáncer actualmente emplean practicantes de acupuntura, aromaterapia y reflexología, aunque se limita su intervención a la paliación de los efectos colaterales producidos por la quimioterapia y la radioterapia, esto es, no se pretende que su intervención sea curativa.

china, desatándose una ola de investigaciones con el objeto de descifrar la acupuntura desde el modelo biomédico. Aquellas prácticas curativas que inicialmente no pertenecían a la medicina científica, pero que después lograron ser incorporadas a dicho modelo terapéutico, se denominan grupalmente como "medicinas complementarias".

La migración de las técnicas terapéuticas, que, como ya mencionamos, implica su separación de la representación que primigeniamente las acompañaba, desvirtúa a los modelos terapéuticos como unidad de evaluación precisamente debido a que difícilmente podremos hablar con propiedad de modelos terapéuticos: los conjuntos de técnicas terapéuticas, y sus respectivas representaciones dotadoras de sentido, en la actualidad distan mucho de conservar su configuración original, salvo casos excepcionales. En tanto que nuestro interés se centra en lo presente, en la situación actual de la pluralidad terapéutica, poco fructífero para nuestros propósitos resultaría realizar una reconstrucción de aquellas configuraciones originales.

Pero supongamos que se insiste en utilizar el modelo terapéutico como unidad de análisis, proponiendo, a manera de solución ante lo arriba planteado, que se parta de modelos terapéuticos "actualizados", esto es, que se evalúe el conjunto de técnicas y representaciones tal como se encuentran presentes en la actualidad. Aún dejando a un lado el problema de delimitación antes mencionado, problema que viene ligado con la posibilidad de solapamiento de técnicas entre dos o más modelos terapéuticos, nos enfrentamos al problema de que la evaluación habría de realizarse sobre el conglomerado de técnicas y representaciones, sin ser posible la distinción entre una técnica y otra, entre una representación explicativa y la otra, o entre las técnicas y sus representaciones explicativas. En el caso de la medicina tradicional china, por poner un ejemplo, parece pertinente estudiar por separado la acupuntura y el empleo curativo de derivados del arsénico; por no mencionar lo conflictivo que resultaría cualquier intento de evaluar las amalgamas de representaciones explicativas.

La problemática antes descrita no se presenta si empleamos como unidad de evaluación las prácticas terapéuticas. En éstas se evalúa una aplicación

terapéutica a la vez, y las representaciones acompañantes de la misma no son obligatoriamente las que se identifican con su origen. Volviendo al ejemplo de la acupuntura, tal cosa hace posible evaluar su efectividad no sólo desligándola de la evaluación del empleo del arsénico o de la moxibustión, sino ya sea en el contexto del terapeuta pensando en canales energéticos, o ya sea en el caso del anestesiólogo pensando en terminaciones nerviosas.

Resaltemos un punto mencionado en el párrafo anterior: las prácticas terapéuticas se refieren a cada caso concreto de aplicación terapéutica. En tanto que las técnicas son entidades abstractas, ésta es también una diferencia entre las prácticas terapéuticas y las técnicas terapéuticas que nos hacen inclinarnos por las primeras como unidad de evaluación. El resultado de una aplicación terapéutica será distinto en cada situación particular, y en tanto tal debe ser evaluado. La esterilización mediante salpingoclasia<sup>8</sup> será evaluada de manera muy distinta si se realiza con pleno consentimiento o sin él<sup>9</sup>, pues no podemos dejar de lado las implicaciones éticas del proceder terapéutico; de la misma manera que una intervención terapéutica costosa se valorará distinto si se aplica en un contexto de precariedad o en una situación económica acomodada.

El que se insista en la necesidad de realizar la evaluación sobre cada caso concreto permite resaltar la importancia de evaluar otro elemento que se mencionó constitutivo de las prácticas; el contexto. Si bien la relevancia de considerar el contexto en la evaluación terapéutica puede argumentarse de formas diversas, un ejemplo claro se deriva del trabajo de Adams (2002, como es citado en Barry, op. cit.), quien reportó en un estudio etnográfico sobre el shiatsu<sup>10</sup> que dicha práctica se lleva a cabo con no pocas diferencias en Japón y

---

<sup>8</sup> La esterilización mediante salpingoclasia, también conocida como oclusión tubaria bilateral (OTB) o como "ligadura de las trompas", consiste en la sección y sutura de ambas tubas uterinas (trompas de Falopio), procedimiento realizado con el objeto de impedir la concepción al bloquear el paso de los espermatozoides hacia la porción final de la tuba uterina, que es donde el óvulo deposita al óvulo para ser fecundado.

<sup>9</sup> Como tristemente ha venido sucediendo en nuestro país desde hace varios años y hasta fechas recientes (Caimacho, 2008; Valdez Cárdenas, 2008; Rojas, 2001).

<sup>10</sup> El shiatsu es una modalidad de masaje terapéutico de origen japonés ampliamente relacionado con la medicina tradicional china. En esta terapéutica se parte de atribuir la patogénesis a la interrupción del flujo de la energía vital (el Qi), bloqueo que se pretende resolver

en Inglaterra, discrepancias que se asume son originadas por las variaciones contextuales. En general, afirma Barry (op. cit.), las terapias complementarias se ponen en práctica de manera muy distinta cuando esto ocurre dentro o fuera del contexto de la práctica biomédica.

### **3.3. La Estructura Normativo-Valorativa de las Prácticas Terapéuticas.**

Existe otro componente que se encuentra incluido en la noción de "práctica" que resulta de fundamental importancia para la evaluación terapéutica: la estructura normativo-valorativa. Sería harto pobre, rayando en lo estéril, cualquier evaluación de la terapéutica que no diese su merecido lugar a la contemplación de los principios básicos que, más allá de lo netamente cognitivo, guían el proceder de los involucrados. La ilustración más obvia de esto se presenta si pensamos en la evaluación de lo que ya consiste un caso paradigmático cuando se reflexiona sobre bioética: la transfusión sanguínea en profesantes Testigos de Jehová. En el medio hospitalario abundan las leyendas sobre "heroicos" personajes que, con el objeto de salvar una vida, transgredieron la expresa voluntad del paciente o de los familiares responsables; en ocasiones abiertamente, en ocasiones con disimulo. Los corolarios a dichas historias, aunque en ocasiones ausentes, varían desde la tragedia (abandono de niños "impuros", pacientes exiliados de su comunidad) hasta la profesa gratitud. El impedimento de la muerte como máxima, el valor de la obediencia religiosa y el respeto a la libre decisión del paciente, son algunos de los elementos de la estructura normativo-valorativa que en esta ocasión se ponen en juego. Si recordamos nuestra definición de salud, encontramos que, en este caso con extrema claridad, la persecución del bienestar físico puede seguir caminos distintos e incluso contrarios de los que nos llevan al bienestar mental o social. Sin pretender aquí encontrar una respuesta al conflicto ético que nos ha servido

---

mediante la presión (con las manos, los dedos o los brazos) sobre puntos específicos de la superficie corporal, puntos denominados *tsubos*.

de ejemplo, se espera que con esto baste para evidenciar las razones que nos llevan a urgir la necesidad de incorporar la estructura normativa-valorativa de los agentes intencionales entre los elementos a considerar cuando se evalúa la terapéutica.

Habiendo expuesto la pertinencia de que todo juicio valorativo se lleve a cabo sobre cada caso particular, habiendo postulado la utilidad de considerar en la evaluación las representaciones que acompañan a las terapéuticas y habiendo argumentado la necesidad de contemplar de manera explícita la estructura axiológica que orienta el proceder de los agentes intencionales, se concluye que la práctica terapéutica es la unidad de evaluación más apropiada para el caso que nos compete.

Cabe aquí una aclaración que hace justicia al trabajo de Quintanilla, pues dicho autor nunca postularía la propiedad de realizar una evaluación en lo abstracto, como ocurriría de tomar a las técnicas por unidad de evaluación. Quintanilla propone a los sistemas técnicos como unidad de evaluación, y los sistemas técnicos no son otra cosa que aplicaciones concretas de una técnica dada.

Sin embargo, también se habló de la desventaja que representa emplear una unidad de evaluación que no contemple las representaciones y la estructura axiológico-normativa que guían el proceder de los agentes sobre el sistema. Si bien Quintanilla no hace referencia explícita a estos elementos en la caracterización de una técnica o de un sistema técnico, al considerar la definición de acción proporcionada por el autor podríamos inferir su presencia. Quintanilla define una acción como cualquier cambio en el sistema del agente que provoca un efecto en el sistema sobre el que se actúa, y entre tales acciones podemos incluir tanto a las representaciones como a los valores si adoptamos una postura constructivista en lo epistemológico y una teoría de los valores afín a la postulada por Frondizi (1958). Como apunta Putnam (1987, 2002), los objetos de la realidad a la que tenemos acceso se conforman por la interacción entre agente cognoscente y la Realidad independiente de todo sujeto cognoscente, proceso en el que también interviene la valoración. Así, un

cambio en el sistema del agente en lo referente a sus representaciones y valoraciones ciertamente provoca un cambio en los objetos de la realidad. Lo que sucede es que Quintanilla no se pronuncia al respecto, subrayando el papel de la capacidad de representación y valoración como condiciones para la acción intencional, pero sin mencionar si la representación y la valoración han o no de ser consideradas como acciones que de hecho constituyen la acción intencional, y por tanto, la técnica y los sistemas técnicos.

En la noción de "práctica", por el contrario, se distingue entre acciones potenciales y realizadas, incluyendo entre las primeras tanto a las representaciones como a la estructura axiológico-normativa. El que dichos elementos podrían encontrarse sólo de manera fáctica en las nociones de "sistema técnico" y "técnica" es lo que ha hecho que aquí se prefiera la *práctica terapéutica* sobre el *sistema técnico terapéutico* como unidad de evaluación.

Habiendo definido la unidad de evaluación, seguiré con la caracterización de la estrategia evaluativa que se incluye en este trabajo.

#### **4. EVALUACIÓN TERAPÉUTICA: UNA PROPUESTA PLURALISTA.**

Aunque parecería fácil proponer que una técnica terapéutica es eficaz si logra sus objetivos, ocurre que no es tan sencillo determinar cuáles son los factores a considerar para decidir si una técnica terapéutica dada de hecho consiguió la promoción, conservación y/o restauración de la salud.

Dentro del modelo científico-biomédico, la corrección de determinado parámetro de laboratorio puede ser un criterio de restauración de la salud<sup>11</sup>, mientras que en ámbitos terapéuticos alternativos la mejoría en la esfera física puede ocupar un lugar secundario al evaluar una intervención terapéutica (Barry, op. cit.). Para el caso de la homeopatía, por ejemplo, en varias ocasiones se juzga la terapia como exitosa en función de la presentación de cambios en las

---

<sup>11</sup> Como en el caso de la anemia, en el que una cuenta eritrocitaria normal en la biometría hemática indica la curación.



relaciones familiares del paciente, a lo que se añade que la reaparición de viejos síntomas es un indicador de que ha comenzado el proceso curativo (Ibid.). La heterogeneidad de lo que se entiende por curación se suele corresponder con la diversidad de maneras en las que se concibe el cuerpo humano, la salud y la enfermedad.

Regresemos a la definición de salud proporcionada por la OMS: el objetivo de la terapéutica consiste en promover, conservar y restaurar un estado de cabal bienestar físico, mental y social. De esta manera, el problema de la falta de homogeneidad en las concepciones sobre salud, enfermedad y cuerpo humano se traslada al problema de la heterogeneidad de lo que se concibe como bienestar. ¿Será posible construir una lista de criterios fija y absoluta en lo referente a la completud del bienestar físico, mental y social? ¿Se podrá derivar de tal lista un sistema apropiado para evaluar la terapéutica? Médicos (terapeutas), pacientes y funcionarios públicos encargados de la administración de los servicios sanitarios muy probablemente diferirán en los criterios a poner en consideración, ya no se diga nada sobre el peso que deberá adjudicársele a cada criterio, o sobre la manera en la que se corroborará el cumplimiento o incumplimiento de tales criterios.

Una explicación que brinda el modelo científico biomédico ante la subsistencia de la pluralidad terapéutica consiste en conceder que los terapeutas no científicos en general establecen una relación personal más estrecha con los enfermos que atienden (Hess, op. cit). Muchos médicos científicos se reconocen desapegados de sus pacientes, y es de sobra conocido que la calidad de la relación médico(terapeuta)/paciente influye en la satisfacción experimentada por el enfermo ante el servicio prestado. Por ello es que el paciente, afirman, sigue recurriendo a chamanes, hueseros y hierberas con el objeto de aliviar sus dolencias, dejándose estafar por tremendos charlatanes que muy probablemente no conseguirán curarlo.

Insistamos en que la salud se refiere al bienestar completo en tres esferas: la física, la mental y la social, y que de ellos se deriva el que la evaluación terapéutica requiere se considere más de un criterio de valoración:

sin duda será importante que una intervención terapéutica resulte exitosa en términos del efecto que tiene sobre las manifestaciones de la enfermedad, pero, tratándose de bienestar, ¿no cabría considerar la satisfacción del paciente ante el tratamiento como un indicador de eficacia terapéutica?

Conforme a lo hasta ahora mencionado, se tiene suficiente para rechazar una postura atomista en la evaluación terapéutica: no sólo se deben evaluar los resultados en tres esferas distintas del bienestar, sino que se subraya la necesidad de evaluar algo más que la consecución de los objetivos terapéuticos (a saber, la promoción, conservación o restauración de un estado de cabal bienestar físico mental y social), por lo que la necesidad de emplear múltiples criterios evaluativos se hace patente. En otras palabras, si bien es menester contemplar el conjunto de criterios que evalúen el bienestar del paciente en cada una de las esferas mencionadas, también es pertinente incluir factores adicionales que no aluden al bienestar del paciente. En las páginas precedentes se han mencionado algunos de estos factores adicionales a la consecución de los objetivos terapéuticos que conviene incluir en la evaluación terapéutica: se habló de las representaciones que orientan el proceder, entre las que se encuentra el conocimiento; de la estructura axiológico-normativa de los agentes, en la que los valores éticos juegan un papel protagónico; y de la carga económica que supone la aplicación de una determinada terapéutica. Por tanto, los criterios valorativos a emplear en la evaluación terapéutica deberán ser diversos, tanto cuantitativa como cualitativamente, pero además se requiere que sean variables, dada su necesidad a cada aplicación concreta.

Se ha rechazado también una racionalidad valorativa maximizadora, rechazo justificado por la complejidad del fenómeno terapéutico, pero también consecuencia de la inclusión de criterios valorativos que trascienden la mera consecución de los objetivos terapéuticos. En este amplio conjunto de factores a evaluar, la maximización de un criterio puede provocar un impacto negativo sobre otro, al grado de condenar a una terapéutica como inaceptable.

Como ya se mencionó, integrar en la noción de salud las esferas de lo físico, lo mental y lo social, puede acarrear no pocos conflictos: numerosas acciones terapéuticas orientadas al bienestar corporal no están faltas de un impacto psicológico o social considerable. Si partimos de que la hospitalización implica la extracción del paciente de su entorno habitual (incluyendo el laboral, si es el caso), tenemos muchos casos en los que se puede conseguir un aumento en el bienestar físico a costa de, por lo menos, el bienestar mental. De la misma forma, el rechazo a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia en pacientes con cáncer puede ser visto como un menoscabo del bienestar físico en aras de preservar algún bienestar en las otras esferas.

Pero el problema de los conflictos entre los valores a considerar se extiende debido a que propusimos considerar factores adicionales a la evaluación del bienestar del paciente. Una terapéutica dada puede estar fundamentada en conocimiento cuya corroboración empírica mediante experimentación encuentre dificultades para replicarse bajo las condiciones canónicas<sup>12</sup>, lo que podría interpretarse como un disvalor epistémico, pero puede tener un resultado positivo sobre el bienestar mental del paciente; de manera análoga, algún beneficio en el bienestar físico del paciente puede conseguirse mediante un proceder poco ético.

Resumiendo, se postula la imposibilidad de establecer de una vez y para siempre un criterio o sistema de criterios a maximizar para evaluar la terapéutica, esto como resultado de: (1) la pluralidad de formas en las que se concibe el bienestar; (2) de la necesidad de ajustar cada valoración a la particular situación que se esté enfrentando, y (3) del conflicto de valores derivado de integrar en la noción de salud las esferas de lo físico, lo mental y lo social y de incluir en la evaluación terapéutica factores que trascienden la eficacia.

Estas necesidades axiológicas, pluralistas y no maximizadoras, encuentran satisfacción en la propuesta axiológica de Echeverría (2002, 2003),

---

<sup>12</sup> Como de hecho ocurre con una muy buena porción de las medicinas alternativas.

propuesta que emplea la noción fregeana de función para caracterizar los valores y un esquema matricial para la integración de los mismos.

El empleo de la noción de función acarrea dos ventajas importantes: en primer lugar, torna estrictamente necesario que las valoraciones se lleven a cabo sobre acciones concretas; y en segundo lugar, evita el no pequeño problema de la definición de los valores, recurriendo como alternativa a la caracterización de los criterios valorativos que se tomarán en cuenta para la evaluación. Echeverría explica:

"Por sí mismo, un término axiológico no tiene significado. Sólo lo adquiere cuando, estando inserto en un sistema de valores, alguien aplica dicho término valorativo a un determinado sistema o cosa (...). Un mismo valor, por ejemplo la precisión, cambiará de significado según se aplique a personas, aparatos, resultados, etc. (...) [L]os valores cambian de significado según el tipo de argumento al que se apliquen y por ello renunciamos de entrada a proponer definiciones generales para cada uno de los valores relevantes (...). Lo importante es disponer criterios para dilucidar si un valor se satisface o no, y en qué grado." (Echeverría, 2002, p. 41)

En la cita anterior se pueden encontrar otros dos elementos de la propuesta de Echeverría que conviene destacar: (1) los criterios valorativos se incluyen en sistemas, reconociéndose la estrecha interrelación entre los distintos criterios a emplear, por lo que es una propuesta capaz de reflejar conflictos de valores; y (2) se asume una racionalidad acotada, en la que la evaluación pretende analizar si determinado criterio alcanzó la cota establecida, o no, para diagnosticar su satisfacción o insatisfacción<sup>13</sup>. Como se ha mencionado, esta racionalidad acotada es la alternativa que se presenta ante una racionalidad maximizadora.

En el modelo axiológico de Echeverría, las acciones son fragmentadas en distintos elementos constitutivos sobre los que son aplicados los criterios

<sup>13</sup> Además de la consideración de criterios valorativos "positivos", se pueden incluir en la evaluación criterios que refieren a disvalores, mismos que requieren se fije una cota máxima de lo que se está dispuesto a tolerar para considerarnos satisfechos y que son de particular utilidad para evaluar los efectos adversos que acarrea una terapéutica

valorativos a manera de funciones. Se señalan como componentes de las acciones: el agente que lleva a cabo la acción, que puede ser grupal; la acción misma, representada por un verbo; el objeto al que se dirige la acción; los instrumentos a emplear para la realización de la acción; el contexto en el que se realiza la acción; las intenciones y los fines que motivan la acción; las reglas, normas y prescripciones conforme a las que se adecua la acción; y los resultados, consecuencias y riesgos producto de la acción. Se debe señalar que el contexto en el que se realiza la acción, para Echeverría, no se limita a la ubicación espaciotemporal, sino que incluye las denominadas *condiciones iniciales*, entre las que se encuentran los conocimientos de los que se parte y los recursos con los que se cuenta; y las *condiciones de contorno*, que se refieren básicamente a la situación sociopolítica y cultural en la que se desenvuelve la acción.

Nótese la compatibilidad de la propuesta de Echeverría con la unidad de evaluación terapéutica que fue elegida. Si bien en las prácticas se reconocen conjuntos de acciones, los elementos constitutivos de las acciones, en el sentido de Echeverría, muy bien pueden acomodarse a los componentes que señalamos integran una práctica.

Regresemos a los criterios de evaluación. Las matrices que representan los actos valorativos son el resultado de aplicar un conjunto de criterios valorativos (un sistema de valores) sobre el conjunto de elementos que conforman las acciones, reconociendo que no siempre vendrá al caso incluir exactamente el mismo conjunto de criterios o de elementos a evaluar, pues, insistiremos, cada caso es distinto.

Conforme a la propuesta axiológica de Echeverría, podremos construir distintas matrices de evaluación terapéutica que variarán, como ya se mencionó, en cuanto a los elementos a evaluar y en cuanto a los criterios de valoración a considerar. Falta agregar que también las cotas de satisfacción de cada criterio pueden estar sujetas a variaciones. La necesidad de que la evaluación se

adapte a cada caso concreto ciertamente es la principal razón de esta flexibilidad valorativa, pero no la única.

En tanto que la definición de bienestar incluye un componente subjetivo ineludible, no es insensato pensar que cada práctica terapéutica podrá plantearse diferentes criterios para definir si se consiguió o no la promoción, conservación o restauración de dicho bienestar, con cotas de satisfacción para cada criterio también definidas de manera particular. Y sin duda será distinto el sistema de valores que se emplee para evaluar una práctica terapéutica con el objeto de diseñar políticas sanitarias, si se contrasta con la matriz empleada en la evaluación que hace un paciente con el objeto de calificar la atención recibida. Seguramente un paciente acaudalado prestará menos atención al coste económico que implica una terapéutica si se le compará con un funcionario al que se le asigna un presupuesto reducido para satisfacer las necesidades sanitarias de una población dada. En cuanto a la variabilidad de los elementos a considerar en la evaluación de la práctica terapéutica, queda claro que en una valoración *ex ante*, determinante (entre otras cosas) para la aprobación de proyectos de investigación en terapias innovadoras (como las derivadas del empleo de la nanotecnología), no habrá resultados concretos que evaluar.

Toda matriz de evaluación se divide en submatrices en función de los distintos tipos de criterios evaluativos que se emplean en una evaluación dada. Los subsistemas de valores reconocidos por Echeverría para la evaluación de la ciencia y la tecnociencia son doce: los básicos, epistémicos, técnicos, económicos, militares, políticos, jurídicos, sociales, ecológicos, religiosos, estéticos y morales (Echeverría, 2002, 2003)<sup>14</sup>. A cada subsistema le corresponde un grupo particular de criterios evaluativos, cada uno de los cuáles ha de aplicarse sobre el conjunto de elementos que conforman las acciones. No obstante, habrá algunos criterios que no podrán ser aplicados sobre todos los

<sup>14</sup> Cabe aclarar que esta taxonomía sólo tiene un papel ilustrativo, en el sentido de mostrar la variedad de aspectos que intervienen en la valoración. El autor especifica que "no hay una tipología 'natural' de los valores" (Echeverría, 2003, p. 245). Si bien este no es el espacio para la caracterización de cada uno de los subsistemas, baste con mencionar que los objetivos de la terapéutica coinciden con los bienes que Echeverría coloca en el subsistema de los valores básicos.

elementos, de la misma forma que habrá ocasiones en las que algunos criterios no apliquen en absoluto: tan difícil será evaluar la honestidad de una jeringa como intentar valorar el impacto medioambiental de la orinoterapia<sup>15</sup>. El sistema de valores en su totalidad, tanto como cada uno de los subsistemas, dista mucho de ser homogéneo en cuanto a la relevancia de los criterios que incluye. Es muy importante que una práctica terapéutica consiga sus objetivos (que sea eficaz), que cause el mínimo de efectos adversos (que sea eficiente), pero seguramente podríamos conceder un menor grado de importancia a la sencillez del procedimiento empleado.

Así, los criterios valorativos no sólo se clasifican en función del subsistema al que pertenecen, sino en función del peso que tienen en la evaluación, catalogándose en nucleares y orbitales. La insatisfacción de un criterio nuclear conduce inmediatamente al rechazo de la práctica terapéutica en cuestión, mientras que la insatisfacción de un criterio orbital, aunque ha de ser considerada en el resultado final de la evaluación, no manda la reprobación, son criterios accesorios. Dado un grupo de entidades a evaluar (en nuestro caso prácticas terapéuticas), la aplicación de la serie de criterios valorativos nucleares de manera secuencial funciona como un colador serial, denominado por Echeverría (op. cit) *criba axiológica*. El resultado del "colado" será una serie de entidades que, en principio, son "aprobadas", pero que aún pueden ser comparadas en función de los resultados obtenidos en la satisfacción o insatisfacción de los criterios orbitales.

Aquellas terapéuticas que no alcanzan la cota mínima para la satisfacción de por lo menos un criterio nuclear (o que sobrepasan la cota máxima para el caso de los disvalores nucleares) serán consideradas como inapropiadas para el caso que se esté tratando. Es de esta manera que se posibilita aprobar un

---

<sup>15</sup> No obstante, no carece por completo de sentido considerar la posibilidad de incluir criterios medioambientales en la evaluación de algunas prácticas terapéuticas: el caballito de mar, una de las especies que están en mayor peligro de extinción, es empleado en algunos remedios de la medicina tradicional china. Se le atribuyen propiedades curativas ante la disfunción sexual masculina y la incontinencia urinaria, entre otros males.

conjunto diverso de prácticas terapéuticas factibles de ser comparadas entre sí, al tiempo que se excluyen prácticas terapéuticas que, en función de una matriz dada, se revelan como inadecuadas<sup>16</sup>.

Es importante subrayar que, al momento de la comparación, la superioridad de una práctica terapéutica sobre otra se diagnostica únicamente para *cada caso concreto*, esto es, conforme a la matriz evaluatoria empleada. Así, la propuesta que aquí se presenta (como la de Echeverría) no se compromete con la existencia de tal cosa como una práctica terapéutica que habrá de ser vista siempre como *la mejor*, pero permite distinguir si una práctica terapéutica es mejor que otra para una situación dada.

La formalización de los procesos de evaluación mediante el empleo de matrices matemáticas presenta la clara ventaja de que, aunque se permita la flexibilidad en el diseño de las matrices a emplear para cada caso, una vez que se ha decidido cuál es el sistema de valores a emplear, cuáles serán los criterios orbitales y cuáles los nucleares, sobre qué elementos se aplicará cada uno de los criterios y con qué cotas o límites de satisfacción, los resultados de la evaluación son de hecho cotejables (y hasta posibles de ser sometidos a procedimientos algebraicos, siempre y cuando se empleen escalas metrizable para la asignación de valores a las distintas funciones).

No obstante, para respaldar el pluralismo terapéutico que se defiende en este trabajo no es suficiente con lo hasta ahora mostrado. Ciertamente, no basta con postular esta diversidad de prácticas terapéuticas (resultado de una criba axiológica) y esta posibilidad de comparación entre ellas (con base en el cotejo de las matrices de evaluación) para defender que la acupuntura, la quiropraxia y la homeopatía, tanto como la medicina científica, tienen posibilidades de superar la criba. Podría seguirse argumentando que sólo las terapéuticas con base en conocimiento científico poseerán las representaciones adecuadas para proceder

---

<sup>16</sup> Se prefiere hacer referencia a la inadecuación de las prácticas terapéuticas, en vez de acudir a la calificación de las mismas como ineficaces debido a que, como ya se explicó, la evaluación en terapéutica requiere trascender la consideración a la mera consecución de los objetivos terapéuticos, siendo pertinente también observar la aparición de consecuencias no deseadas (la eficiencia), entre otros aspectos.



de forma que se consiga la satisfacción de los criterios que indiquen la restauración (promoción o conservación) del bienestar físico, mental y social de los pacientes, criterios que habrían de considerarse, por definición, nucleares en la evaluación de la terapéutica. El punto aquí es qué es lo que se entiende por bienestar, quizá los criterios de bienestar propuestos por el modelo científico biomédico no sean satisfechos por una práctica terapéutica homeopática dada, y viceversa. Entonces ¿desde qué perspectiva se fijarán los indicadores de bienestar? Omitiendo el elemento subjetivo individual de la valoración del bienestar, en tanto que atener la evaluación terapéutica a la individualidad nos conduciría a un caótico relativismo incompatible con la propuesta aquí presentada, lo anterior da pie a la necesidad de justificar la posibilidad de que coexistan diferentes conocimientos legítimos referentes al bienestar, diversidad de conocimiento que explique el que los criterios postulados para la consecución de los objetivos terapéuticos sean variables.

Por ello, introduciremos aquí la argumentación que nos permite afirmar la posibilidad de coexistencia de distintas formas legítimas de conocer, entre otras cosas, el cuerpo humano, sus procesos morbosos y la efectividad de las terapéuticas. En otras palabras, desarrollaremos una explicación en términos epistémicos de la diversidad terapéutica. Habiendo asentado que en la evaluación de la terapéutica es pertinente analizar el conocimiento en el que se sustentan las diferentes prácticas, ahora nos concentraremos en lo que corresponde a la submatriz de la evaluación epistémica.

##### **5. PLURALISMO EPISTÉMICO Y EVALUACIÓN TERAPÉUTICA.**

Entre las interrogantes que plantea la pluralidad terapéutica se encuentra sin duda la pregunta sobre la validez del conocimiento en el que se sustentan las diversas formas de abordar el problema de la salud. Resulta intuitivo que el conocimiento certero sobre el funcionamiento corporal y los mecanismos involucrados en el desarrollo de las enfermedades es una condición necesaria

para la puesta en práctica de técnicas curativas<sup>17</sup> exitosas. De aquí que sea deseable que las técnicas terapéuticas se sustenten en conocimiento legítimo, pues deseáramos tener alguna garantía sobre el conocimiento de lo que cura y del cómo ponerlo en práctica.

Suponiendo entonces que el conocimiento legítimo dirige prácticas exitosas, y reconociendo la pluralidad terapéutica *de facto*, parece pertinente plantear la pregunta de si existe sólo una forma correcta de entender lo relacionado con la salud, la enfermedad y la terapéutica. ¿Es que la medicina científica es la única respaldada por conocimiento válido? ¿Acaso toda práctica terapéutica no fundamentada en la ciencia debe ser desechada? ¿Es posible aceptar la existencia de conocimiento legítimo que sustente modelos terapéuticos distintos al científico?

El conocimiento terapéutico es un conjunto de saberes que pueden ser clasificados en tres grupos: el primero de ellos incluye el conocimiento sobre lo que cura, el segundo se refiere a cómo hacer para que cure lo que cura, y el tercero abarca el conocimiento sobre por qué cura lo que cura. Una cosa es saber que el té de manzanilla alivia las molestias gastrointestinales; otra cosa es saber que el extracto acuoso de *Matricaria recutita* se prepara a partir de las cabezas florales de la planta en cuestión; y otra más es saber que la infusión aludida contiene flavonoides con propiedades antiespasmódicas y antiinflamatorias<sup>18</sup> (McKay & Blumberg, 2006; Ganzera, et al., 2006).

Aunque los tres grupos o tipos de conocimiento terapéutico se encuentran muy vinculados, la clasificación viene al caso debido a que permite vislumbrar con claridad la estrecha interrelación entre las interrogantes epistémicas planteadas con anterioridad y las cuestiones axiológicas del mismo problema.

Si observamos lo que ocurre con el primer tipo de conocimiento, encontramos que para saber qué cura (y por tanto para saber si se sabe qué

<sup>17</sup> Si bien ya mencionamos que la terapéutica no ha de limitarse a la curación, permitiríamos en ésta y subsecuentes ocasiones referirnos a esta faceta de la terapéutica como representante del todo, con motivo de hacer más fluida la lectura.

<sup>18</sup> La gran mayoría de las molestias gastrointestinales se ocasionan por el espasmo y la inflamación de un trayecto del tracto gastrointestinal.

cura) es necesario establecer una serie de criterios valorativos que denoten curación, para valorar el conocimiento referente a la eficacia de una terapéutica dada es necesario determinar lo que ha de considerarse una práctica terapéutica eficaz. En la evaluación del conocimiento terapéutico sobre lo que cura, del *saber qué*, es imprescindible emplear un criterio pragmático. Lo que cura ha de servir para curar, y no puede ser de otra manera. Es así como, para evaluar este tipo de conocimiento terapéutico, es necesario dilucidar cómo se demostrará la utilidad del conocimiento sobre lo que cura, cómo se comprobará su éxito al ser puesto en práctica. En adición, para cada criterio indicador de utilidad o éxito, habrá de aclararse la manera en la que se entenderá y medirá el criterio en cuestión. Esto es, habremos de preguntarnos en qué consiste el éxito terapéutico y en qué forma mediremos dicho éxito, o lo que es lo mismo, habremos de cuestionarnos sobre cómo se evalúa la terapéutica.

Es así como nuestra pregunta por la posibilidad de aceptar la existencia de conocimiento legítimo que sustente modelos terapéuticos distintos al científico se relaciona con la interrogante sobre los parámetros empleados en la evaluación de la terapéutica. Explicaremos esto a continuación.

Si rechazamos que el ser humano sea un coleccionador de terapéuticas inservibles, se podría concluir que por lo menos algunas de las históricas formas alternativas de concebir la enfermedad se correspondieron con técnicas curativas efectivas. Esto es, podría ser posible que a lo largo de la historia haya existido conocimiento legítimo no científico sobre lo que cura. Y si suponemos que este conocimiento persiste en las prácticas terapéuticas tradicionales que subsisten a la fecha (con mayores o menores modificaciones), podríamos deducir que en la actualidad existen terapéuticas no científicas con conocimiento terapéutico legítimo. El que las terapéuticas tradicionales actuales y otras alternativas terapéuticas sean cada vez más concurridas puede apoyar la hipótesis de que exista conocimiento terapéutico legítimo (que conduzca a la curación, que redunde en prácticas terapéuticas eficaces) no científico, a menos que pretendamos aceptar que una fracción creciente de la humanidad prefiere

no curarse. Esto es, ¿por qué cada vez más gente habría de recurrir a terapeutas alternativos si las terapéuticas alternativas fueran ineficaces?

El argumento presentado en el párrafo anterior podría ser rechazado si se proporcionaran razones adicionales para el incremento en la demanda de atención presentada por las terapéuticas alternativas o si se negara la eficacia de las mismas. De lo anterior se deriva que sea fundamental establecer cómo ha de ser diagnosticada la eficacia o ineficacia de una terapéutica dada. No en balde la medicina científica defiende su hegemonía afirmando que sólo sus remedios son eficaces, que sólo ella es capaz de establecer los criterios para identificar qué ha de ser considerado eficaz y qué no, y que sólo ella ofrece el conocimiento y las explicaciones correctas acerca de por qué cura lo que cura.

En síntesis, la importancia de evaluar el conocimiento implicado en las prácticas terapéuticas deriva de asumir que el conocimiento legítimo cumple con el cometido de guiar apropiadamente nuestras acciones, redundando en la obtención de los objetivos terapéuticos.

Para el caso de una evaluación *ex ante*, de encontramos ante una práctica terapéutica justificada por conocimiento de dudosa legitimidad, parece sensato negarnos a la aplicación terapéutica en cuestión. No obstante, si la evaluación se realiza *ex post*, la situación es bien distinta.

Si asumimos que los resultados de nuestra intervención fueron los que esperábamos, esto es, de admitir que la práctica terapéutica fue eficaz, tenemos razones para inclinarnos a concluir que los saberes terapéuticos puestos en práctica referentes al *qué* y al *cómo* son de hecho conocimiento legítimo, pero aún podemos albergar dudas con respecto al *saber por qué* ofrecido. Regresando al ejemplo de la infusión de manzanilla: si observamos que la administración del brebaje, elaborado según ciertas instrucciones, alivia las molestias gastrointestinales de un paciente, contamos con un dato para apoyar que la manzanilla preparada de tal forma alivia las molestias gastrointestinales, mas no por ello tenemos que aceptar que la infusión ejerce su efecto debido a sus propiedades térmicas, por poner un ejemplo que alude a la racionalidad que

caracteriza a la medicina tradicional mexicana. No obstante, aún observando que los malestares del paciente disminuyen cuando se toma el té de manzanilla, podríamos dudar de la relación causal entre el té, su preparación y la curación ¿acaso no podría ser mera coincidencia?

De esta manera, la evaluación del saber qué terapéutico, y del saber cómo en gran medida, dependen predominantemente de los resultados obtenidos ante una aplicación terapéutica, pero sólo se pueden analizar los resultados en una evaluación *ex-post*. Es por ello que en una evaluación *ex-ante* cobra mayor relevancia el análisis del saber por qué, aunque muy relacionado con el saber cómo que le acompaña. De esta manera, las particularidades de la evaluación *ex-post* y *ex-ante* en terapéutica, tanto como la clasificación de los saberes terapéuticos que se presenta, señalan la pertinencia de los criterios de verdad adoptados en la postura epistémica que aquí se sostiene: la adecuación con la realidad, evaluable en el análisis *ex-post*, que juega un papel primordial para el saber qué; y la aceptabilidad racional en condiciones óptimas, involucrada también en lo que se refiere al saber qué, pero de mucho mayor peso en el la evaluación del saber por qué.

No es infrecuente ni novedoso en el pensamiento filosófico dirigido al estudio del conocimiento postular la existencia de una correlación positiva entre la verdad de una creencia y su capacidad para guiarnos de manera adecuada en nuestro proceder. Como ha sido mencionado, aquí nos pronunciaremos por admitir dicha correlación como un criterio a considerar para aseverar la verdad de una proposición, pero no el único.

Con el objeto de defender una diversidad de conocimiento terapéutico que derive en el enriquecimiento de las prácticas asistenciales sanitarias, en lo que sigue desarrollaremos brevemente la propuesta pluralista de León Olivé (1999, 2000, 2008), quien precisamente defiende una concepción de la verdad como adecuación con la realidad, pero también como una aceptabilidad racional bajo condiciones epistémicas óptimas (Olivé, 2000). Los dos componentes de esta noción de verdad, la adecuación con la realidad y la aceptabilidad racional bajo

condiciones epistémicas óptimas, permiten observar tanto nexos como contrastes entre la postura de Olivé y la de dos autores en los que la misma encuentra fundamento: Luis Villoro y Hilary Putnam.

En *Reason, Truth and History*, Hilary Putnam entiende la verdad como "algún tipo de aceptabilidad racional (idealizada) –algún tipo de coherencia ideal de nuestras creencias entre sí y con nuestras experiencias *tal como esas experiencias son representadas en nuestro sistema de creencias*–, y no como correspondencia con 'estados de cosas' independientes de la mente o independientes del discurso" (Putnam, 1981, como es citado en Olivé, 2000). De esta manera, Putnam incluye en su noción de verdad tanto la aceptabilidad racional como la correlación entre las creencias y la experiencia. Mas Putnam insiste en una aceptabilidad racional idealizada; al referirse a condiciones *óptimas* pero no *ideales* de aceptabilidad racional, Olivé se distingue de Putnam con el objeto de evitar comprometerse con una racionalidad universal, incompatible con el pluralismo (Olivé, op. cit.).

En cuanto al vínculo entre la realidad y las creencias que ha de ser tomadas por verdaderas, obsérvese que en la cita previa Putnam se opone a una visión correspondentista. Olivé retoma el realismo interno (también denominado realismo pragmático) de Putnam (1981), postulando que la única realidad a la que tenemos acceso es relativa a nuestros marcos conceptuales y a nuestras prácticas, pero sin negar la existencia de otra realidad (con R mayúscula) independiente de todo sujeto cognoscente, misma que impone constreñimientos y limita el número de interpretaciones posibles (Olivé, op. cit.). El conocimiento es, por tanto, co-construido mediante la interacción del sujeto cognoscente y la Realidad, originando diversos mundos (diversas realidades) que necesariamente reflejan los propósitos e intereses, tanto individuales como colectivos, de las particulares perspectivas desde las que se observe (Ibid.). De esta manera, las explicaciones que se tienen de estas realidades, de sus objetos, fenómenos y relaciones causales, nos permiten actuar de manera exitosa en el mundo, pero no por ello podemos pretender que estos objetos, fenómenos y relaciones causales se corresponden uno a uno con tal cosa como

objetos, fenómenos y relaciones causales de la Realidad, a la que no tenemos acceso más que a través del filtro de nuestra mirada. Subrayemos que en Olivé se habla de *adecuación* con la realidad, no de *correspondencia* con la misma, en tanto que Olivé, con Putnam, concibe que la aportación de la Realidad a la construcción de las realidades ocurre como una totalidad, no fragmentada en elementos constitutivos que puedan corresponderse con las proposiciones enunciadas por los sujetos cognoscentes (ibídem).

Es con respecto a lo apenas mencionado que Olivé disiente del pensamiento de Luis Villoro (1982), pues Villoro adopta una visión correspondentista al afirmar que la práctica<sup>19</sup> es un criterio de verdad en tanto que es una condición "que podemos señalar para reconocer la existencia real del objeto de nuestra creencia" (Villoro, op. cit., p. 253). No obstante, tanto en Villoro como en Olivé podemos encontrar la aceptabilidad racional como indicador confiable de que el conocimiento así aceptado nos permitirá interactuar con la realidad de manera efectiva (Olivé, op. cit., Villoro, op. cit.). Si bien Villoro afirma que la práctica es un criterio de verdad de las creencias, insiste en no confundir lo anterior con suscribir que una creencia debe ser considerada conocimiento únicamente porque sirve a la práctica (Villoro, op. cit.). La práctica es un criterio de verdad, mas no por ello todo criterio de verdad debe circunscribirse al dominio de la práctica (ibídem.).

Una creencia en Villoro deber ser entendida como la disposición a actuar conforme al objeto de la creencia (ibídem). Así, es posible afirmar que un sujeto *S* creerá que una terapéutica dada (*t*) cura un padecimiento específico (*p*) sólo si está dispuesto a actuar como si tal cosa, por ejemplo, si al presentar *p* está dispuesto a someterse a *t*. Pero para poder afirmar que *S* sabe que *t* cura *p*, es necesario que la creencia de *S* se encuentre objetivamente justificada. Que la creencia en que *t* cura *p* pueda ser considerada conocimiento sólo si está objetivamente justificada, aunque en la práctica se observe la curación de *p* ante

---

<sup>19</sup> Entendida en un sentido amplio, esto es, como acción objetiva (intencional)



la administración de  $t$ , tiene su razón de ser en que, como ya mencionamos, esta asociación puede deberse a la mera casualidad.

Así, saber para Villoro es creer algo por razones objetivamente suficientes (concluyentes, completas, coherentes). La objetividad de las razones es precisamente la diferencia entre creer y saber. La justificación objetiva consiste en que la comunidad epistémica pertinente a la que pertenece el sujeto epistémico  $S$  reconozca que se tienen razones suficientes para creer y no dudar de la existencia de lo creído (Ibid.).

Partiendo de que la comunidad epistémica pertinente en cuestión no cuenta con razones suplementarias que obliguen a descartar el que  $t$  cura  $p$ , bien pudiera ser que el esclarecimiento del mecanismo mediante el cual se supone que  $t$  cura  $p$  (el *saber por qué*) fuese considerado por la comunidad epistémica pertinente como razón coherente, completa y concluyente, esto es, suficiente, para la creencia en que  $t$  cura  $p$  (el *saber qué*), pero también cabe la posibilidad de que sea la experiencia repetida de la eficacia de  $t$  curando  $p$  la que constituya dicha justificación. Volveremos sobre esto más adelante.

Para una creencia dada, la comunidad epistémica pertinente a la que pertenece el sujeto epistémico  $S$  está conformada por todos aquellos sujetos que comparten con  $S$  tanto la posibilidad de acceso a los datos que  $S$  utiliza para dar razón de su creencia, como el marco conceptual que permitió a  $S$  llegar a dicha conclusión; en tal comunión consiste la pertinencia de una comunidad para evaluar determinada creencia. Aquellos sujetos capaces de conocimiento que tengan acceso a los mismos datos de observación de  $S$  y que compartan con él tanto argumentos e interpretaciones teóricas como supuestos ontológicos (lo que les permite, de presentarse la ocasión, coincidir en la suficiencia de las razones en las que se justifica  $S$  un saber específico), conforman la comunidad epistémica para evaluar la creencia en cuestión de  $S$ . De lo anterior se deduce que a cada creencia a justificar corresponde una comunidad epistémica evaluatoria.

Así, que determinadas creencias, y no otras, consigan ser calificadas por una comunidad epistémica pertinente como conocimiento dependerá invariablemente de dos condicionantes: (1) la información a la que los sujetos de la comunidad epistémica en cuestión tengan posibilidad de acceso y (2) el marco conceptual que comparta dicha comunidad. En tanto que un marco conceptual incluye presupuestos tanto teóricos (argumentativos, interpretativos, explicativos) como ontológicos, y si recordamos la tesis de la carga teórica de la observación (Hanson, 1957), se entiende que ambas condicionantes se encuentran estrechamente relacionadas. Aún partiendo de la posesión de aparatos preceptuales en común, el contexto histórico y sociocultural determinará a qué datos tengamos acceso, y no sólo en función de los recursos tecnológicos con los que se cuente, sino en función de los dictados categoriales del marco conceptual que se posea.

En efecto, se sostiene una postura que admite la relatividad del conocimiento a la comunidad epistémica que lo avale, postura compatible con el constructivismo neokantiano que Olivé retoma tanto de Putnam como de Kuhn<sup>20</sup>. Mas se trata de un relativismo epistémico y no ontológico extremo:

"[L]a concepción pluralista rechaza tanto la idea de la racionalidad absoluta, como la idea relativista extrema que afirma que, puesto que los estándares de racionalidad son relativos a cada marco conceptual, por consiguiente cuando se hacen las evaluaciones, éstas sólo pueden (y sólo deben) hacerse en términos de los estándares del propio marco conceptual." (Olivé, op. cit., p. 180)

El conocimiento no es independiente del marco conceptual de los agentes cognoscentes, y, tratándose del propio cuerpo, lo que cuenta como evidencia, la percepción de sintomatología característica de una enfermedad o la remisión de la misma, sin duda será dependiente de lo que se piense de la salud, la enfermedad y el cuerpo humano; la psicopatización no deja lugar para

<sup>20</sup> Dicho constructivismo en ningún caso debe interpretarse como un constructivismo devastador, en tanto que se postula la existencia de una Realidad que impone constreñimientos, ajena a todo sujeto cognoscente

albergar una posición contraria. Lo mismo del lado del terapeuta, que no podría llegar a una conclusión diagnóstica dada (e instaurar el tratamiento correspondiente) a partir de sus observaciones, si no contase con la categoría correspondiente a dicha entidad nosológica; categoría integrada por un conjunto de signos y síntomas y acompañada de una explicación etiológica, todo ello dependiente de la particular manera en la que se conciba la corporeidad y la mecánica de los procesos morbosos.

No obstante, al postularse la existencia de una realidad independiente de todo sujeto cognoscente, se explica que los distintos conocimientos terapéuticos encuentran limitaciones en su construcción, siendo posible que orienten las acciones terapéuticas con diversos grados de acierto, de ahí la importancia de la noción de verdad, distinta de la justificación de las creencias mediante razones, justificación que otorga el carácter de conocimiento a una creencia siempre y cuando las razones cumplan con los requisitos estipulados.

Una aceptabilidad racional en condiciones óptimas es el único garante al que podemos acceder de que cierto conocimiento sobre lo que cura en efecto nos guiará de manera adecuada al administrar la terapéutica en cuestión, pero tal garantía no es absoluta, la aceptación racional de una creencia, aún en condiciones óptimas, es falible, y por ello entre el conjunto de creencias consideradas conocimiento podremos encontrar variaciones en cuanto a su capacidad para incidir de manera efectiva en la realidad. De ahí que no sólo no se proscriba la comparación de las herramientas metodológicas empleadas en la aceptación racional de una creencia, sino que tal comparación adquiere relevancia: permite que las formas de obtención de conocimiento se depuren, aumentando las probabilidades de que nuestras creencias "establezcan contacto" con la realidad.

Parece suficiente con lo hasta ahora referido para sostener que el pluralismo epistémico tal como es desarrollado por León Olivé nos permite dar cuenta de la posibilidad de coexistencia de diversos conocimientos terapéuticos, relativos a un contexto sociocultural e histórico determinado, capaces guiar prácticas terapéuticas con esperanza de éxito, y sin por ello tener que

resignarnos a que todo conocimiento terapéutico sólo podrá ser evaluado desde la particular racionalidad que le dio origen. Muy por el contrario, dicha propuesta aclama la pertinencia de evaluar comparativamente las diferentes racionalidades que se postulan capaces de generar conocimiento científico, encontrando en ello una herramienta heurística de invaluable utilidad para la construcción de nuevas metodologías orientadas a la generación del conocimiento sobre lo que cura.

Lo anterior también muestra la manera en la que el pluralismo epistémico encuentra su lugar en la propuesta axiológica presentada: se sustenta la posibilidad de la variación en los criterios epistémicos a emplear, sin que se proscriba la comparación de los criterios empleados.

La metodología científico-biomédica ha demostrado haber alcanzado un alto grado de depuración en lo concerniente a la producción de conocimiento terapéutico: sin duda orienta con alto grado de efectividad las acciones orientadas a la conservación, la promoción y la restauración de la salud. Pero eso no implica que otras metodologías sean incapaces de producir conocimiento alguno en materia terapéutica. Actualmente es protocolario el empleo de ensayos clínicos aleatorizados controlados<sup>21</sup> en la investigación científico-biomédica orientada a generar conocimiento en torno al *saber qué* terapéutico, pero esto es bastante reciente, apenas está por cumplirse un lustro de que se instauró dicha práctica. Antes de la instauración de esta particular metodología ya se concebía como ciencia a un conjunto de conocimientos de los que se deriva la medicina científica de hoy, y los métodos empleados para la adquisición de dichos conocimientos, aunque compartan algunas características, no siguieron una serie dada de estándares homogéneos para que los conocimientos así generados pudieran ser aceptados (racionalmente) como tales. Más aún, antes de que la medicina fuera reconocida como ciencia ya existían métodos para generar conocimiento terapéutico, la historia de la medicina y algunos hallazgos paleoantropológicos dan cuenta clara de ello.

Con el propósito de hacer patente el pluralismo metodológico en la generación de conocimiento terapéutico y evidenciar las ventajas de la

---

<sup>21</sup> En adelante abreviado RCT, de sus siglas en inglés *randomized controlled clinical trial*.

comparación metodológica, a continuación se presentará una pequeña muestra del debate en torno a la obtención de evidencia referente al *saber qué* terapéutico. En otras palabras, nos enfocaremos en la evaluación del conocimiento que sustenta el que una técnica terapéutica dada tiene la capacidad para alcanzar los objetivos que se propone.

La controversia a detallar cumple con una función elucidativa adicional. Al principio de este apartado se mencionó que abordaríamos lo referente a la evaluación epistémica incluida en la evaluación terapéutica, como submatriz si se recuerda a Echeverría. No obstante, en lo que prosigue se resalta la relevancia de haber adoptado una unidad de evaluación y una propuesta axiológica de manifiesta naturaleza sistémica: la evaluación del conocimiento terapéutico se encuentra inevitablemente ligada a la evaluación de otros elementos que conforman las prácticas terapéuticas.

## **6. EL ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO: POLÉMICA EN TORNO A LA METODOLOGÍA PARA LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIA TERAPÉUTICA.**

Como se mencionó al principio de este trabajo, la regulación de la terapéutica actualmente emplea de manera predominante argumentos de tipo epistémico. Es notable el favoritismo explícito por la metodología que caracteriza al ensayo clínico controlado. Incluso se puede observar circularidad en el discurso: el ensayo clínico controlado es evidencia de eficacia debido a que la eficacia es diagnosticada mediante el ensayo clínico controlado. Así, dada la imposibilidad de desligar axiología y epistemología, tal como se apuntó cuando comenté lo referente al análisis del saber qué terapéutico, es claro que el análisis de esta herramienta metodológica no sólo nos habla del conocimiento terapéutico, sino de la forma en la que se valora la terapéutica en un sentido más general.

La profesionalización de la práctica médica, que tuvo como consecuencia la adopción del ensayo clínico controlado como sustento científico de dicha práctica, se inició a finales del siglo XIX y transcurrió a lo largo del XX de manera un tanto . El diseño metodológico, proveniente de la investigación agrícola, se implementó en el área clínica por primera vez en la década de 1940, y para los setenta ya se había instituido como estándar de investigación que, investido con un *ethos* de objetividad, prometía arrojar irrefutables verdades científicas carentes de sesgo, fungiendo así como herramienta regulativa altamente efectiva (Marks, 1997).

La creciente confianza en los métodos estadísticos formales, característica del siglo XX, sin duda contribuyó al apuntalamiento de la hegemonía metodológica del ensayo clínico controlado; no obstante, el interés por poner orden en el caos del mercado terapéutico reinante en la época también jugó un papel de peso en el fortalecimiento de la ventajosa y legitimadora posición de dicha herramienta epistémica (Marks, op. cit.). El cambio del rol del Estado en la regulación de los servicios sanitarios dota de significado la necesidad de una racionalización de la práctica médica. En este sentido, lo que ocurre con el ensayo clínico controlado puede observarse como la forma madura de la pugna por la legitimación epistémica en el campo de la salud, contienda posiblemente representada en formas incipientes por el caso de los ciarlatani de la Venecia del siglo XVI, o por lo ocurrido con hierberos, curanderos y parteras del México porfiriano (Agostoni, 2002; Eamon, 1994). La legitimación de las distintas prácticas terapéuticas se encuentra irremediabilmente ligada tanto a lo que se designe como eficaz en términos terapéuticos, como a lo que se admita como prueba de dicha eficacia. Por ello no debiera causar sorpresa que el debate en torno a los métodos epistémicos para generar evidencia sobre lo que cura engrose sus filas con practicantes e investigadores de prácticas terapéuticas alternativas a la ciencia. En terminología de Bourdieu (1990), el interés por cuestionar la hegemonía metodológica de modelo científico-biomédico sólo puede verse como parte de la contienda siempre presente al interior del campo de la prestación de servicios

sanitarios. Sin embargo, dejando a un lado consideraciones histórico-sociales sobre el fenómeno, lo que aquí se postula es el provecho del debate que la pluralidad terapéutica genera en torno a la metodología para la obtención de evidencia sobre de lo que cura, debate en el que, como mostraré, es posible encontrar un argumento que soporte la propuesta axiológica presentada.

Se debe señalar que es frecuente escuchar a practicantes de la medicina científica explicando la subsistencia de las medicinas alternativas aludiendo al efecto placebo<sup>22</sup> esto es, postulando que los principios empleados por las terapéuticas alternativas no tienen efecto curativo en sí mismas, sino que logran aliviar la sintomatología del paciente por mera sugestión (Van Deventer, 2008). Dejando para otra ocasión la reflexión sobre los aspectos éticos involucrados con el uso de placebo, tanto en experimentación como en la práctica clínica cotidiana, y considerando que es plenamente registrable una mejoría en las manifestaciones de enfermedad<sup>23</sup> que presentan los pacientes sometidos a tratamiento con placebo (Wampold, Imel y Minami, 2007; Oeltjenbruns & Schäfer, 2008; Asmar et al., 2006; De Craen et al. 1999; Ilnycky et al., 1997), lo hasta ahora desarrollado a lo largo de este trabajo permite subrayar la pregunta sobre la posibilidad de tachar de ineficaces a aquellas terapéuticas que actúen por sugestión. Por supuesto, las intervenciones que comparativamente logren un mayor alivio sobre manifestaciones físicas de enfermedad podrán ser consideradas más eficaces precisamente para la resolución de tales manifestaciones de enfermedad, pero, como se ha argumentado, parece pertinente considerar otros factores para declarar la superioridad integral de una práctica terapéutica sobre otra.

Recordando algunos de los puntos antes mencionados, podríamos imaginar encontrarnos ante una intervención terapéutica x que de hecho fuera menos efectiva que y en el alivio de z, pero si el empleo de x es menos costoso

---

<sup>22</sup> Para el caso de la homeopatía, véase Shang et al., 2005.

<sup>23</sup> La práctica clínica científica clasifica las manifestaciones de enfermedad en síntomas y signos, refiriéndose con los primeros a los datos que dependen primordialmente de la percepción del paciente (náusea, dolor, prurito) y dejando el segundo término para los indicadores evaluables por el médico sin necesidad de que el enfermo exprese su sentir (presión arterial, temperatura, lesiones visibles, etc.).



y acarrea menos efectos adversos que  $y$ , probablemente el global favorecería a la opción menos efectiva (claro, siempre y cuando el efecto de  $x$  sobre  $z$  pueda ser considerado como suficiente).

No obstante, existe un argumento previo que permite cuestionar la pertinencia del ensayo clínico controlado como herramienta epistémica orientadora de la práctica terapéutica. El ensayo clínico controlado exige que, para demostrar su eficacia, las intervenciones terapéuticas sean comparadas con placebo. Como resultado, ocurre una distinción antitética entre el efecto placebo y lo que se entiende por eficacia terapéutica. Sin embargo, se ha observado que los placebos provocan mejoría clínica de magnitud considerable en diversas circunstancias, por lo que una noción de eficacia terapéutica que niega el papel interpretado por el efecto placebo en la consecución de los objetivos terapéuticos se muestra deficiente. Por tanto, aquí se confronta la definición de evidencia de eficacia terapéutica que actualmente goza de mayor aceptación al interior del modelo científico-biomédico.

Intentaré ser más clara: si aceptamos como evidencia terapéutica aquella proporcionada por los ensayos clínicos controlados, se abraza una definición de eficacia terapéutica que excluye al efecto placebo; y en tanto que no es posible relegar al efecto placebo del fenómeno terapéutico observable en la atención sanitaria, se hace necesario replantear nuestra noción de evidencia. La problemática no se limita a la necesidad de incluir factores adicionales a la conquista de los objetivos terapéuticos referentes a la esfera física del bienestar, sino que revela la multiplicidad de los factores, y su compleja interrelación, en la misma consecución de los objetivos terapéuticos meramente físicos.

Para explicarme, en lo que sigue se muestra una breve revisión del origen y naturaleza del ensayo clínico controlado, mostrando de qué manera este diseño metodológico deriva en la negación del efecto placebo como parte de lo que ha de considerarse eficaz en materia terapéutica. A continuación se presentan las razones por las que resulta inapropiado excluir al efecto placebo cuando se pretende evaluar la consecución de los objetivos terapéuticos.

Posteriormente se exponen las contribuciones de diversos autores que, en la búsqueda de instrumentos epistémicos apropiados para inspeccionar prácticas terapéuticas, coinciden en la exhortación a incluir los factores involucrados en el efecto placebo como parte de la investigación terapéutica, inclusión que, por su ausencia, señala una deficiencia en el ensayo clínico controlado como proveedor de evidencia. Dado que la confrontación del ensayo clínico controlado no se limita a lo referente al efecto placebo, y sin perder de vista el objetivo planteado para este capítulo, la exposición del debate metodológico se complementará con la mención de algunos otros argumentos presentados en contra de la metodología en cuestión. Aunque la oposición al ensayo clínico controlado no es exclusiva de investigadores y practicantes de terapéuticas ajenas al modelo científico biomédico, el cuestionamiento presentado encuentra eco en practicantes e investigadores de prácticas terapéuticas alternativas. Se propone que tal situación puede interpretarse como una muestra de las ventajas que reporta la conservación de la pluralidad terapéutica, dado el provecho heurístico que este escenario representa para el avance del conocimiento en materia de salud.

## **6.1. Ensayo Clínico Controlado: Raíces y Naturaleza.**

La adopción del ensayo clínico controlado como paradigma de la evaluación de la eficacia terapéutica, así como la formulación de sus fundamentos metodológicos en una teoría coherente, data de las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial (Davidovitch & Filc, 2006; Marks, op. cit.). Es desde entonces que el RCT es considerado el estándar de oro para proporcionar la evidencia en la que debería de basarse la atención sanitaria<sup>24</sup>. Como

---

<sup>24</sup> "The double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial is considered the best method for collecting evidence about diagnostic, therapeutic or prevention interventions" (Cranley, 2008, p. 428). "Placebo controlled studies examining clinical problems, e.g. in pain therapy, are considered the 'gold standard' for evidence-based medicine" (Oeltjenbruns & Schäfer, 2008, p. 447). El único estudio que actualmente sobrepasa en jerarquía al ensayo clínico controlado es el metaanálisis, investigación que revisa de manera sistemática los resultados obtenidos en

consecuencia, en la década de los ochenta surge la denominada Medicina Basada en Evidencia<sup>25</sup>, misma que se caracteriza por proponer el empleo del conocimiento obtenido mediante el RCT para guiar el proceder clínico, y que se constituyó en el canon de la práctica médica moderna<sup>26</sup>.

Si bien el proceso de objetivación mediante cuantificación en la medicina clínica inició desde el siglo XVIII, como parte de la creciente confianza en los números que gradualmente se inmiscuyó en todos los aspectos de la vida social (Jorland, Opinel y Weiz, 2005), dicho fenómeno en sus primeras etapas se limitó a lo concerniente al diagnóstico.

La evaluación de la eficacia terapéutica mediante métodos cuantitativos siguió siendo un tema altamente controversial hasta la primera mitad del siglo XX (Ibíd.); los primeros estudios clínicos sobre la utilidad de la penicilina y la estreptomocina marcan el giro epistémico referente al empleo del RCT para la validación de los procedimientos médicos, investigaciones en las que se bosquejan los lineamientos del RCT tal como se lleva a cabo hoy en día (Lilienfeld, 1982).

Las innovaciones más sobresalientes de la metodología del ensayo clínico controlado fueron: la comparación entre dos grupos, uno de ellos denominado grupo “control” debido a que no recibiría tratamiento, la selección aleatoria de los integrantes de cada grupo y el empleo de la estadística diferencial (Kaptchuk, 1998a).

Para poder comparar los resultados entre el grupo que recibía tratamiento y el grupo control, y así concluir que el tratamiento era efectivo, se requería que ambos grupos fueran homogéneos y que la única característica que los distinguiera fuera la presencia o ausencia de intervención terapéutica, en ello se

---

diversos ensayos clínicos controlados referentes al la misma intervención terapéutica con el objeto de elaborar guías de estandarización terapéutica. No obstante, debe observarse que el ensayo clínico controlado y aleatorizado sigue fungiendo como moneda básica de evidencia *gold-standard*.

<sup>25</sup> En lo que sigue abreviada EBM, de sus siglas en inglés *Evidence-Based Medicine*.

<sup>26</sup> Para una explicación de corte sociológico sobre la consolidación de la EBM como práctica canónica, véase Keshet, 2009.

encuentra la razón de asignar aleatoriamente a los participantes en el grupo control o en el grupo activo.

El empleo de placebos en el grupo control ocurrió como resultado del reconocimiento de lo que puede denominarse la paradoja del efecto placebo. Previo a los paradigmáticos estudios de Beecher en el campo (Beecher, 1955), el placebo se definía como una sustancia inerte proporcionada con el propósito de complacer al paciente. De hecho, éste es el origen etimológico de la noción de placebo, que proviene del vocablo latino *placere*.

Pastillas hechas de azúcar o de pan, gotas de líquidos coloreados, polvos y cenizas, todo fabricado con sustancias consideradas inertes, se incluían en las recetas médicas para tranquilizar al paciente, con la seguridad de que no le causaría daño y podría confortarlo (Pepper, 1945). Thomas Jefferson se refería al placebo como un “fraude piadoso” (Jefferson, 1898); y si se le concedía algún valor al placebo, sólo era como herramienta diagnóstica de uso ocasional para distinguir entre síntomas de origen psicológico y “problemas reales” (Shideman & Beckman, 1958). No obstante, al afirmar Beecher que el efecto placebo puede provocar cambios objetivos en órganos diana, cambios cuya magnitud puede exceder aquellos atribuidos a determinada acción farmacológica (Beecher, op. cit), su inclusión en los ensayos clínicos se hizo obligatoria, al tiempo que la definición del placebo se tornó oximorónica: el placebo se volvió una sustancia inerte, pero activa.

Asentado que incluso en el tratamiento con principios farmacológicos activos se ejercía un efecto placebo enmascarado, el racional que justificaba el empleo de placebos en el grupo control consistía en explicar que el efecto total de un fármaco se debía a la sumatoria de su efecto específico más el efecto placebo. Éste último se desenmascaraba al sustraer en el grupo de intervención activa el efecto observado en el grupo controlado con placebo, con lo que se determinaría la presencia, o ausencia, de un efecto específico debido al fármaco. Más específicamente, se estableció que, para diagnosticar eficacia, el grupo control y el grupo bajo tratamiento activo deberían presentar una

diferencia significativa en términos estadísticos. La capacidad del ensayo clínico controlado para desenmascarar el efecto placebo incluido en toda intervención terapéutica era visto como un reaseguramiento de la calidad científica de este diseño metodológico, en tanto que evitaba se sesgaran las conclusiones hacia la efectividad de una terapéutica que podría estar actuando sólo por sugestión (Rickels, 1986).

Claro está que el paciente no podía saber si había sido asignado al grupo bajo tratamiento activo o al grupo control, puesto que eso eliminaría el poder de sugestión del placebo. El paciente sabía que había dos posibilidades: recibir el fármaco o recibir el placebo, pero no sabía exactamente a qué grupo experimental pertenecía. A lo anterior, denominado “cegamiento”, se le añadió otra particularidad metodológica que, mediante el uso del placebo, se presumía contribuiría a evitar el sesgo en los resultados de la investigación. Asumiendo que la evaluación de los resultados por parte de los investigadores podría tender a favorecer al grupo bajo tratamiento activo, dada la expectativa de eficacia posada en el mismo, se propuso que tampoco los investigadores podrían conocer qué pacientes estaban bajo tratamiento activo y qué pacientes pertenecían al grupo control. Los investigadores tendrían acceso a este dato únicamente hasta el momento en el que, registrada la información referente a los resultados, se procediera a la comparación de los mismos. El diseño metodológico resultante, el ensayo clínico aleatorizado doble-ciego controlado con placebo (denominado ensayo clínico controlado para facilitar la lectura), se constituyó de esta manera en el canon de la investigación científica en materia terapéutica.

Así, mientras que antes de la Segunda Guerra Mundial la evaluación de nuevos tratamientos médicos se fundamentaba en el liderazgo y experiencia de médicos reconocidos (Marks, op. cit.), legitimándose las distintas terapéuticas a partir de los resultados conseguidos mediante la aplicación de las mismas en la práctica clínica cotidiana, a partir del surgimiento del ensayo clínico controlado una intervención médica sólo puede gozar de aceptación si demuestra superioridad al efecto placebo (Sullivan, 1993). En palabras de Kaptchuk:

“En adelante no sería suficiente que un tratamiento funcionara, tenía que ser mejor que el placebo. Por primera vez en la historia (...) el método se volvió más importante que el resultado.” (Kaptchuk, 1998b: 1724)

Actualmente, la hegemonía del ensayo clínico controlado se ha consolidado a tal grado que cualquier investigación que siga una metodología alternativa para demostrar la eficacia de una terapéutica dada tiene muy pocas probabilidades de ser publicada en una revista líder en este campo (Davidovitch y Filc, op. cit.). Como consecuencia, en la práctica científico-biomédica actual el efecto placebo ha adquirido una connotación negativa. Tan importante es el papel del placebo en los estándares científicos concernientes a la investigación en terapéutica, que durante mucho tiempo se alegó la imposibilidad de afirmar con suficiente base científica la eficacia de la acupuntura, en tanto que se postulaba la imposibilidad de crear un grupo control que recibiera acupuntura placebo. Fue con el propósito de superar este obstáculo que se desarrollaron “agujas placebo”, cuya validación ha provocado no pocos estudios<sup>27</sup>.

Hoy en día, y al interior del modelo científico-biomédico, cualquier intervención terapéutica es efectiva únicamente en tanto no-placebo, y la regulación estatal que autoriza o proscribela implementación de terapéuticas a menudo sigue esta línea (Kirsch, 2008; Barry, op. cit.; Vickers, et al., 2000). No obstante, recientes investigaciones sobre el poder del efecto placebo han mostrado que éste logra una considerable mejoría no sólo sobre variables clínicas subjetivas (como el dolor, la náusea o el prurito), sino sobre manifestaciones de enfermedad evaluables tanto por el paciente como por el terapeuta, incluso siendo de utilidad para la resolución de enfermedades, para el control de otras y para la prevención de algunas más. ¿Es posible entonces negar el papel del efecto placebo en la consecución de los objetivos terapéuticos? La simple observación de la paradójica definición del efecto

---

<sup>27</sup> El desarrollo de estas agujas placebo ya tiene más de diez años. Para una ilustración diacrónica de este proceso véase Streitberger & Kleinhenz, 1998; Park et al., 1999; Fink et al., 2001; y Takakura & Yajima, 2008.

placebo basta para rechazar una herramienta metodológica que implique asumir al placebo como ineficaz. No obstante, es posible presentar una objeción un poco más elaborada al ensayo clínico controlado a partir de las investigaciones en torno al efecto placebo con las que se cuenta en la actualidad.

## **6. 2. Consideraciones sobre el Efecto Placebo.**

Si bien el poder analgésico del efecto placebo ha recibido el grueso de la atención en la investigación en torno al tema, diversos autores han encontrado otros terrenos en los que la respuesta al placebo se presenta con no poca magnitud. Dada la evidente contradicción de la definición del placebo como una sustancia inerte pero activa, muchos de estos investigadores prefieren referirse al efecto placebo como una “respuesta terapéutica inespecífica”, distinguiéndola de la respuesta, específica, demostrada por los ensayos clínicos controlados. Así, un placebo es una sustancia que carece de respuesta terapéutica específica pero que, administrada en un contexto terapéutico, provoca efectos benéficos sobre la salud. La inespecificidad de la respuesta se refiere a que la misma sustancia (sea almidón, solución salina, azúcar o jugo de naranja) puede provocar las más diversas reacciones, desde el alivio de la sintomatología de la menopausia hasta el control de las manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Parkinson, pasando por la reconstrucción de la mucosa intestinal, en las úlceras duodenales, por la resolución de lesiones dermatológicas (como los mezquinos, causados por una infección viral), por el control de la hipertensión arterial, por el alivio de las molestias propias de la colitis ulcerativa crónica, por la mejoría en padecimientos alérgicos y en trastornos del estado de ánimo, y por supuesto, por el alivio del dolor de la más diversa etiología (Price et al., 2008; Wampold, Imel y Minami, op. cit; Oeltjenbruns y Schäfer, op. cit.; Asmar et al., op. cit.; Moerman, 2000; De Craen et al., op. cit.; Kleijnen y De Craen, 1994; Ilnyckyj et al., 1997). Si bien la lista no es exhaustiva, no deja de ser impresionante.

El estudio de los mecanismos de acción del efecto placebo, que incluyen una compleja interacción de factores psicológicos, socioculturales, cognitivos, neurales e inmunológicos, también ha mostrado que es posible observar el fenómeno inverso, esto es, la ocurrencia de efectos nocivos para la salud ante la administración de sustancias aparentemente inertes, a lo que se le denomina efecto nocebo.

En un principio, la totalidad del efecto ocasionado por placebos y nocebos fue atribuido al poder de la sugestión. Se ha experimentado en numerosas ocasiones mediante sugestión verbal, comparando las respuestas ante insinuaciones más o menos entusiastas de la efectividad del supuesto fármaco administrado. Las respuestas, era de esperarse, fueron más vigorosas entre aquellos a los que les insistía con vehemencia que se les estaba administrando un tratamiento de gran potencia (Price, op. cit). También se ha contrastado la magnitud de la respuesta en función del modo en el que se administra la misma sustancia: las inyecciones son más poderosas que las cápsulas, así se trate de solución salina o de un analgésico, y mientras más grandes y coloridas son las pastillas, de mayor cuantía es su efecto. ¿Qué es lo que hay detrás de esta sugestión implícita de efectividad? ¿A qué se debe que asumamos que la jeringa es mejor que la tableta? Si bien imaginarnos investigadores con chochos de azúcar de todos los tamaños, formas y colores puede parecer una escena divertida, los resultados son tan aleccionadores como los estudios de Moerman (op. cit.) con respecto a las variaciones culturales que presenta el efecto placebo: los símbolos, los significados, la particular manera en la que se entienda la salud, la enfermedad y el cuerpo humano modifican la respuesta ante los tratamientos. Cuando se coteja la respuesta ante un placebo con la credibilidad de efectividad terapéutica, los resultados son los imaginables: credibilidad y efecto son directamente proporcionales (Kleijnen y De Craen, op. cit.; Borkovec, 1972). Las expectativas del paciente han demostrado ser un factor muy importante en el efecto placebo, y, en tanto que lo que es esperable depende de lo que concebamos como posible, podríamos entonces suponer que, por más que me insistan en que X es capaz de quitarme el dolor debido a que Y,



si no creo en Y, si no me hace sentido que Y (en función de las diversas representaciones que tengo del dolor, y del mundo en general), en efecto, X difícilmente fungirá como analgésico. Si bien lo anterior puede parecer intuitivo, las consecuencias no son deleznable.

Más allá de las representaciones y las expectativas, los deseos, la atención, la memoria y los estados afectivos son otros factores mentales que han mostrado tener impacto sobre el efecto placebo (Geers et al., 2006; Vase et al., 2003; Price & Barrel, 2000). En cuanto a la cognitividad, se ha observado que la discapacidad en esta área tiene un impacto sobre el efecto placebo (Benedetti et al., 2006). No obstante, también se ha observado que la acción de placebos y nocebos opera mediante mecanismos inconcientes, en específico cuando se trata de respuestas inmunológicas y endócrinas.

Algunas personas alérgicas al polen de las flores reaccionan ante flores de plástico, aunque estén al tanto de la falsedad de la flor (McKenzie, 1986); el efecto, en este caso, claramente no depende de las expectativas concientes del paciente. Ader y Cohen (1982) administraron a ratones una droga inmunosupresora diluida en una solución endulzada, y posteriormente observaron que la misma solución endulzada, sin la droga, presentaba el efecto inmunosupresor. Dicho fenómeno, atribuido a un mecanismo de condicionamiento (inconciente), se corroboró en casos de lupus eritematoso y esclerosis múltiple (Giang et al., 1996; Olness & Ader, 1992), enfermedades de difícil tratamiento que fueron controladas exitosamente ¡con jarabes de sabores!

No me extenderé mucho más con las peculiaridades halladas en lo referente al efecto placebo. Baste para mostrar mi argumento con lo hasta ahora mencionado y con una última observación: desde que se reconoció el poder del efecto placebo, con la investigación de Beecher antes referida, llama la atención la enorme variabilidad, cuantitativa y cualitativa, de la respuesta ante placebos y nocebos (Price, 2008; Kaptchuk, 1998b). Algunos estudios reportan respuesta en un gran número de pacientes, en otros el porcentaje de respuesta puede ser

considerablemente menor; y la magnitud de la respuesta es igualmente cambiante.

En lo anterior se encuentra una de las principales razones para contradecir la capacidad del ensayo clínico controlado como proveedor de evidencia terapéutica, misma que se desarrollará a continuación.

La notable variabilidad del efecto placebo, sin duda relacionada con la complejidad de los muy diversos factores involucrados en dicho fenómeno, constituye una afrenta contra el ensayo clínico controlado debido a que revela que "el modelo aditivo implícito [en dicho diseño metodológico] es demasiado simple" (Kleijnen y De Craen, op. cit.:1347). En otras palabras, es incorrecto presuponer que la respuesta específica de una sustancia puede evaluarse sustrayendo de la respuesta total observada la respuesta terapéutica inespecífica presentada en el grupo placebo, en tanto que no se puede esperar un efecto placebo homogéneo en el grupo bajo tratamiento activo y en el grupo control. Al no considerarse las variables que determinan las respuestas terapéuticas inespecíficas, poco puede evitarse el sesgo que dichas variables pudieran ocasionar. Los efectos específicos e inespecíficos de una terapéutica pueden interaccionar sinérgicamente, pero también antagónicamente (Kleijnen y De Craen, op. cit.). Si se recuerda que el objetivo de introducir el placebo en el diseño metodológico del ensayo clínico controlado consistía precisamente en evitar el sesgo producido por el efecto placebo, resulta curioso que el efecto obtenido sea exactamente el opuesto.

En adición, incluso si se buscara controlar las variables determinantes de una respuesta terapéutica inespecífica, habríamos de enfrentarnos a dos problemas, el primero de ellos encontrándose en la misma posibilidad de dicho control: la completa homogeneización parece tan difícil como el registro completo de una gran cantidad de variables cuya interacción es de la complejidad que permite la mente humana; sin contar con que aún no existe pleno conocimiento de dichas variables y de la forma en la que se entretajan. Considérese que entre los determinantes de las respuestas terapéuticas

inespecíficas se encuentran la experiencia previa del paciente, su relación con el profesional de la salud en cuestión, la situación psicológica que le provoca la enfermedad, el contexto sociocultural en el que se encuentra, sus capacidades cognitivas, la peculiar forma en la que interpreta su condición actual y la forma en la que se administra el tratamiento.

El segundo problema hace vista gorda del primero; *por mor* del argumento, supongamos que es posible controlar las variables determinantes de las respuestas terapéuticas inespecíficas. Aún así, la evidencia proporcionada por el ensayo clínico controlado se limitaría a indicar la acción fisiológica específica de una intervención terapéutica determinada, información bastante insuficiente para diagnosticar eficacia terapéutica si se observa que los objetivos terapéuticos incluyen la promoción, conservación y restauración de un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Ernst y Resch (1995) definen el *verdadero* efecto de un tratamiento como el efecto observado menos el efecto no específico; de manera análoga, Hennekens y Buring (1987) contrastan los efectos psicológicos de una terapéutica con sus beneficios fisiológicos *verdaderos*; y Gordis (1996), por su parte, señala que el placebo juega un rol de importancia en tanto que permite identificar los beneficios *reales* de un agente terapéutico. No obstante, la experiencia terapéutica del paciente incluye los componentes específicos y no específicos de la misma, ¿por qué entonces la fracción específica del tratamiento debería ser la única considerada "real"? Si la eficacia de un tratamiento es entendida como aquella que se demuestra por el ensayo clínico controlado, el concepto de eficacia se refiere sólo a una fracción de la intervención terapéutica; el diseño metodológico en cuestión niega la consecución de los objetivos terapéuticos que se logra mediante elementos de respuesta inespecífica. La consecuencia son falsos diagnósticos de ineficacia: en aquellos casos en que el efecto terapéutico total es de considerable valor clínico, pero secundario a reacciones inespecíficas, el ensayo clínico aleatorizado y controlado denuncia inefectividad. Sin embargo, lo que importa al

final del día a pacientes y terapeutas es el efecto total obtenido mediante una intervención terapéutica.

El mismo contexto en el que se desenvuelve el ensayo clínico modifica los diversos factores que se presentan en la atención médica cotidiana y que muestran un efecto sobre las respuestas terapéuticas inespecíficas. El método empleado para enlistar a los pacientes para el estudio, el conocimiento de que se encuentran bajo un protocolo de investigación, la manera en la que se les explica el diseño del estudio para que den su consentimiento informado, el contexto físico en el que se lleva a cabo la investigación, entre muchos otros, son factores que ejercen un impacto sobre el resultado terapéutico alcanzado, por lo que parece inapropiado trasladar las conclusiones así obtenidas para guiar la atención sanitaria del día a día. Los ensayos clínicos controlados responden a la pregunta sobre el efecto específico de una terapéutica, no proporcionan una respuesta si preguntamos sobre la eficacia global de un tratamiento. Si bien puede ser de utilidad responder a ambas preguntas, ciertamente la primera no lo es para fundamentar la práctica clínica, en cuyo caso sería de provecho contar con información sobre el tamaño del efecto, o la eficacia comparativa, de las opciones terapéuticas tal como éstas se presentan en la atención médica diaria.

Una suposición difundida se representa en la postura de Fletcher y colaboradores, quienes postulan la utilidad de saber qué parte del efecto terapéutico total es específico y qué parte no lo es para evitar intervenciones peligrosas, incómodas o costosas de poco efecto específico (Fletcher et al., 1996). No obstante, si una intervención terapéutica es costosa, incómoda o peligrosa, seguramente pacientes y terapeutas preferirán saber el resultado global de la intervención antes de decidirse por ponerla (o no) en práctica. Además, como señalan Vickers y De Craen, en la postura de Fletcher se esconde un presupuesto incorrecto, y este es "que si una intervención es un placebo, puede ser sustituida por algún otro placebo y conservar el mismo efecto". (Vickers y De Craen, op. cit.:159). A este presupuesto se enfrentan Paterson y Dieppe, quienes, a partir de investigaciones sobre el mecanismo de

acción subyacente a la acupuntura, afirman que “los efectos específicos de un tratamiento no farmacológico no siempre son separables del efecto placebo” (Paterson & Dieppe, 2005). Yo extendería dicha afirmación a cualquier intervención terapéutica, no únicamente a las no farmacológicas.

En resumen, el conocimiento de las particularidades del efecto placebo se opone a considerar que la evidencia arrojada por el ensayo clínico controlado es de utilidad en la orientación de la práctica médica precisamente porque devela importantes factores involucrados en el éxito de la prestación de servicios sanitarios, factores omitidos en la investigación llevada a cabo mediante los ensayos clínicos controlados.

En lo que sigue se expondrá el debate en torno a la metodología más apropiada para la obtención de evidencia terapéutica, polémica en la que, además de encontrar apoyo a lo hasta ahora referido con respecto al efecto placebo, se añaden elementos de análisis que contribuyen a justificar la propuesta axiológica terapéutica que forma parte de este trabajo.

### **6.3. Debate en torno al Ensayo Clínico Controlado.**

No obstante la sólida posición del RCT como *gold-standard* para la adquisición de evidencia sobre la eficacia terapéutica, su apuntalamiento ciertamente no significó una clausura del debate respecto a la metodología más apropiada para realizar investigación en el campo.

Y si bien el debate cobra particular relevancia cuando se considera la evaluación de las medicinas complementarias y alternativas<sup>28</sup>, preocupación que no es reciente pero que ha renovado su vigor a partir del incremento en la popularidad de dichas terapéuticas (Keshet, op. cit.), es interesante mencionar que la principal fuente de crítica contra la EBM proviene tanto de practicantes de

---

<sup>28</sup> En adelante abreviado CAM, por sus siglas en inglés *Complementary and Alternative Medicine*.

dichas medicinas, como de los profesionales de la salud pública, quienes se asume “comparten un abordaje a la salud más holístico y socialmente orientado” (Davidovitch & Filc. op. cit., p. 295).

Coincidiendo con la emergencia del RCT, en 1967 Daniel Schwartz y Joseph Lellouch publicaron un artículo en el que, sin referirse a las terapéuticas alternativas, postulaban que la evaluación de la terapéutica podía llevarse a cabo adoptando una de dos posturas, cada una de ellas correspondiéndose con un diseño metodológico particular. A la primera postura la denominaron “explicatoria” y a la segunda “pragmática”. Los autores afirmaban que un abordaje explicatorio, que se corresponde con el RCT como usualmente se lleva a cabo en nuestros días, resulta inapropiado para proporcionar evidencia directa pertinente para la orientación de la práctica clínica cotidiana, evidencia a su parecer sólo obtenible mediante estudios de diseño pragmático.

Cabe aclarar que no por ello se niega la utilidad de las investigaciones de tipo explicatorio. Tales estudios, para los autores, cumplen con la función de poner a prueba hipótesis causales a nivel biológico, lo que se consigue mediante el estudio de alternativas terapéuticas bajo circunstancias de laboratorio, pretendiendo identificar el elemento clave que se pretende causal (nuevamente, a nivel biológico) de un efecto terapéutico dado. Sin embargo, los pacientes usualmente no enferman bajo circunstancias de laboratorio, y por ello se postula que no es posible extrapolar los resultados de tales estudios a la práctica médica diaria. Al estudiar el fenómeno en condiciones de laboratorio, muy lejanas de lo que ocurre en la atención médica cotidiana, los resultados no tienen una aplicación directa para los pacientes típicos. El paciente “promedio” sobre el que sacan conclusiones mediante los RCT dista mucho de asemejarse al paciente “real”, el paciente concebido en los RCT es tan sólo un artificio, no una representación de los pacientes que se presentan a consulta en el día a día. Lo anterior reluce si se analizan los estudios en los que se basan las guías para el tratamiento de la hipertensión arterial: dichos estudios fueron realizados con pacientes cuyas características son extrapolables únicamente al 10% del total de

los pacientes que sufren de dicho padecimiento (Tudor-Hart, 1993, como es citado en Barry, op. cit.).

La capacidad de los estudios pragmáticos para guiar la elección de las terapéuticas más apropiadas, afirman Schwartz & Lellouch, se deriva de comparar los tratamientos como un todo, en las mismas circunstancias en las que se presentan los pacientes ante los médicos: “Es característico del abordaje pragmático que los tratamientos... ‘absorben’ en su interior los contextos en los que son administrados” (Schwartz & Lellouch, 2009, p. 500), por lo que si la terapia en cuestión actúa mediante efecto placebo en un caso determinado, esto debe considerarse parte del efecto de la terapia como un todo (Schwartz & Lellouch, op. cit.). Al mencionar la necesidad de considerar los impactos psicosomático y económico involucrados en una terapéutica dada, los autores claramente se inclinan hacia una evaluación de la terapéutica contextualizada, asumiendo que el efecto de la terapia no se reduce a un nivel biológico. Sirva esto como punto de partida para considerar las prácticas terapéuticas como prácticas cognitivas, pero abordaremos esta cuestión más adelante.

El artículo de Schwartz & Lellouch se reimprimió en Enero del 2009 en el *Journal of Clinical Epidemiology* (vol. 62). Con objeto de arrojar luz sobre el problema referente al tipo metodología que debería promoverse en la evaluación de la eficacia terapéutica, en dicho volumen numerosos artículos se dedican a debatir en torno a la propuesta de tales autores.

Sin duda son muchos los defensores del RCT y de la medicina basada en evidencia, al grado de que numerosas prácticas terapéuticas alternativas han intentado adaptarse a este canon; incluso existe un *Journal of Evidence Based Chinese Medicine*. Hoy en día es abrumadora la predominancia de las investigaciones de tipo explicatorio sobre los estudios de tipo pragmático (Zwarenstein & Treweek, op. cit.), y son los estudios de tipo explicatorio los que se toman como evidencia para orientar la práctica terapéutica, en tal cosa consiste la ya aludida EBM. En los Estados Unidos, la Food and Drug

Administration<sup>29</sup> incluso desapruueba los estudios de diseño congruente con una orientación pragmática (Zwarenstein & Treweek, op. cit.).

De esta manera, en la contienda referente a la evaluación de las CAM se pueden identificar claramente dos frentes: el representado por los que insisten en que el RCT debe ser la metodología a emplear para la evaluación de toda terapéutica, y, según algunos autores, con mucho mayor razón en el caso de las CAM, en tanto que fundamentadas en un racional (en un *saber por qué*) de tipo no científico (Angel & Kassirer, 1998); y el compuesto por aquellos que abogan por que la evaluación de las terapias no científicas requiere un abordaje diferente al comúnmente empleado para las intervenciones terapéuticas de tipo científico.

Una proporción considerable de practicantes e investigadores de las terapéuticas alternativas claman por diseños metodológicos más apegados a las condiciones en las que se lleva a cabo la práctica clínica cotidiana, esto es, por diseños metodológicos de tipo pragmático, (Mason et al., 2002; Barry, op. cit.), insistiendo en que sólo así los resultados obtenidos: (1) representarán de manera adecuada el fenómeno terapéutico relacionado con las medicinas alternativas, y (2) serán de relevancia en la orientación de la atención médica. Declarados propragmáticos son MacPherson (2000), Richardson (2000, 2001) y Birch & cols. (2002), por mencionar sólo unos cuantos.

Para el caso específico de la investigación sobre la eficacia de la acupuntura, Mason y colaboradores observan que el empleo de las agujas placebo en ensayos clínicos controlados crea escenarios artificiales que distorsionan la práctica terapéutica en su totalidad, siendo por tanto imposible obtener conclusiones apropiadas a partir de estos estudios (Mason et al., op. cit.). La quiropraxia, el tai-chi o el yoga son otras terapéuticas alternativas que se encuentran en este tipo de problema cuando se les exige demostrar eficacia mediante ensayos clínicos controlados con placebo.

---

<sup>29</sup> Organismo encargado, entre otras cosas, de la regulación en materia terapéutica.



Tratándose de la homeopatía, aunque no es la única práctica terapéutica alternativa que enfrenta esta problemática, el problema radica en que dicha terapéutica supone que los procesos morbosos se presentan con un altísimo grado de variación individual, resultando impropio homogeneizar la terapéutica aún cuando dos pacientes sufran de malestares similares (Barry, op. cit.). Lo anterior impide la implementación del ensayo clínico controlado debido a que, si se busca evaluar comparativamente un grupo control y un grupo bajo tratamiento activo en cuanto a la mejoría clínica de una determinada manifestación de enfermedad, el grupo bajo tratamiento activo tendría que ser un grupo sometido a diferentes terapéuticas; no hay manera de establecer los homogéneos grupos del ensayo clínico controlado entre los que la única diferencia es el fármaco administrado.

La variabilidad en la terapéutica proporcionada, se define, entre otras cosas, en función del estado afectivo del paciente y de las experiencias previas del mismo ante diferentes tratamientos homeopáticos, elementos sujetos a minucioso juicio del terapeuta. Es llamativo que esta práctica terapéutica no pueda prescindir de la consideración de factores que se mencionó impactan en el efecto placebo. De esta manera, el caso de la homeopatía hace patente la imposibilidad de homogeneizar los factores determinantes de las respuestas inespecíficas involucradas en una terapéutica, contradiciendo el presupuesto aditivo que anteriormente se señaló se encuentra implícito en el diseño de los ensayos clínicos controlados. Por otra parte, cabe señalar que los estudios individualizados propuestos por los homeópatas, denominados en la investigación biomédica “estudios de caso” (o “series de caso” si se trata de un conjunto de “estudios de caso”) constituyen metodologías epistémicas menospreciadas al interior del modelo científico biomédico, mismas que cumplen con las características de lo que Schwartz y Lellouch denominan un estudio de tipo pragmático.

Una crítica frecuente al ensayo clínico controlado como herramienta capaz de evaluar las terapéuticas alternativas encuentra portavoz en Chirstine Barry (op. cit.), quien explica, en consonancia con lo hasta señalado, que la

metodología científica canónica es inadecuada para evaluar terapéuticas alternativas debido a que asume una escisión del sustrato biológico de la enfermedad con respecto de otros determinantes del estado de salud del individuo, escisión improcedente en las medicinas alternativas debido a que éstas se caracterizan por una concepción holística del proceso salud-enfermedad-atención. Dicho holismo, presente en una gran proporción de las terapéuticas ajenas a la biomedicina, define los procesos morbosos como el resultado de una compleja interacción que no se limita a los factores biológicos, mentales y sociales que afectan al individuo, sino que incluye al sujeto en una red que lo relaciona con su entorno de manera más extensa, a menudo utilizando argumentos espirituales. En tanto que el ensayo clínico controlado no toma en cuenta estas interacciones, fundamentales para la intervención de los terapeutas alternativos cuando se proponen la resolución de un estado patológico, Barry afirma que “el ensayo clínico controlado usualmente omite la medición de ‘lo que funciona’ en la medicina alternativa” (Barry, op. cit.:2647). Se señala la inconveniencia de emplear el placebo como controlador de sesgo en los ensayos clínicos controlados que pretenden evaluar las terapias alternativas apuntando que en efecto el resultado de dicho diseño es limitar la noción de eficacia a la esfera de lo biológico. Congruentemente, se llama a la inclusión de parámetros cualitativos en la evaluación terapéutica de las medicinas alternativas, entre los que no debiera faltar el registro de la experiencia subjetiva del paciente sometido a tratamiento. Se teme que, de favorecer la investigación terapéutica guiada por el RCT, las CAM queden totalmente absorbidas por completo en el modelo científico biomédico, perdiendo su racional, su filosofía y sus principios definitorios (como el holismo), a los que, como se mencionó, se atribuye gran parte de su éxito (Keshet, op. cit.). Se explica que la metodología científica canónica, el RCT, es capaz de evaluar las terapias biomédicas debido precisamente a que éstas asumen una escisión del sustrato biológico de la enfermedad con respecto de otras esferas conformadoras del individuo (la mente, el espíritu), y aún con respecto del entorno en el que se encuentra el sujeto, por lo que resulta apropiado no

considerar en sus estudios factores que para las CAM son imposibles de desligar del fenómeno patológico. En pocas palabras: es el holismo de las CAM lo que no les permite ser investigadas mediante metodologías reduccionistas. Sin oponerme a lo anterior, me parece que hasta el momento se ha justificado que una metodología reduccionista resulta inapropiada en cualquier caso, trátase o no de medicinas alternativas: el estudio del fenómeno terapéutico no puede limitarse a la esfera biológica, y esto debiera ser tomado en cuenta por el modelo científico biomédico, en especial a la luz de las investigaciones que sobre el efecto placebo se han desarrollado.

De manera análoga a lo propuesto por Barry, pero asumiendo una postura más conservadora, Mason y colaboradores afirman que

“[L]os ensayos clínicos aleatorizados y controlados necesitan de un diseño meticuloso para poder tomar en cuenta el holismo [de las medicinas alternativas] y así evitar resultados inválidos.” (Mason et al., op. cit.:832)

Como Barry, dichos autores apuntan que los practicantes de las terapéuticas alternativas rechazan el ensayo clínico controlado debido al enfoque reduccionista implícito en el mismo y, no obstante, afirman que dicho ensayo puede ser reformulado de manera que pueda evaluar otros aspectos, más allá de lo fisiológico, que intervienen en los procesos terapéuticos. La reformulación que proponen comprende la consideración de factores relativos al ambiente en el que se desenvuelve la intervención terapéutica y otros factores que afectan al paciente, pero también propone un cambio en los parámetros que han de ser observados como prueba de consecución de los objetivos terapéuticos, insistiendo además que el terapeuta ha de ser considerado parte misma de la intervención terapéutica (Mason et al., op. cit.).

Con respecto al paciente, entre los factores que proponen deben ser registrados se incluyen los sistemas de creencias, las expectativas ante el tratamiento (incluyendo la credibilidad en la eficacia del mismo), la experiencia

previa ante intervenciones terapéuticas y el deseo del paciente de obtener alivio, en éste último punto haciendo referencia a lo que se conoce como el “rol del enfermo”, rol que puede implicar una ganancia psicodinámica y social para el paciente, provocando que el interés en la recuperación de su salud se encuentre, conciente o inconcientemente, disminuido. Nótese que todos los anteriores se han identificado como determinantes del efecto placebo.

En lo que se refiere a la inclusión de los terapeutas como parte de los componentes de la intervención terapéutica, una versión extrema de lo propuesto por Mason y colaboradores puede encontrarse en Ribeaux y Spence, quienes en su artículo “Evaluación de las Medicinas Alternativas: ¿Cuáles son las preguntas de investigación?” (2001) proponen que la pregunta sobre la efectividad de las terapéuticas alternativas debería ser sustituida por la pregunta sobre la efectividad del terapeuta que administra la terapia en cuestión. Sin llegar a tal punto, los trabajos de Long, Mercer & Hughes (2000), Paterson (op. cit.) y Fitter y Thomas (1997) enfatizan la importancia de la relación médico-paciente en la consecución de los resultados obtenidos por las medicinas alternativas, remarcando así la necesidad de contemplar este factor en los diseños metodológicos que pretendan fungir como evidencia de eficacia terapéutica en ámbitos ajenos a la medicina científica.

En concreto, algunos autores afirman que la evaluación destinada a determinar la ineficacia o ineficacia de una práctica terapéutica alternativa requiere contemplar las respuestas tanto específicas como inespecíficas que provoque la terapéutica en cuestión; se apunta que no sólo es difícil identificar con precisión cuáles son elementos de una terapia alternativa, específicos o inespecíficos, que redundan en un beneficio para el paciente, sino que tal pretensión carece por completo de sentido (Mason et al., op. cit.; Long, Mercer & Hughes, op. cit.; Paterson, op. cit.).

Al interior del modelo científico biomédico, un claro ejemplo de la polémica en torno a la situación epistémica privilegiada del RCT se encuentra en dos artículos publicados en Junio del 2000 por el *New England Journal of*

*Medicine*. En dichos artículos, por cuya autoría responden Benson & Hartz y Concato & cols., se cuestiona la superioridad absoluta del RCT para proporcionar evidencia terapéutica afirmando que los estudios de tipo observacional pueden arrojar información tan confiable como los RCT. Los estudios observacionales se corresponden a diseños metodológicos más acorde al tipo pragmático, y, como sucede con los estudios de caso y con las series de caso, son metodologías que gozan de muy poco prestigio en la investigación biomédica.

La publicación de estos artículos es acompañada por un artículo editorial en el que los autores consideran peligroso para la investigación clínica, “e incluso para el bienestar del paciente” (Pocock & Elbourne, 2000), la posibilidad de que, como resultado de lo publicado por Benson & Hartz y Concato & cols., ocurra un aumento de investigaciones observacionales y una disminución de los RCT. Resulta desconcertante la formulación de Pocock & Elbourne, pareciera que temen más por la ortodoxia metodológica en la investigación clínica que por lo que debiera motivar dicha investigación, esto es, el bienestar del paciente.

Otra muestra del cuestionamiento al ensayo clínico controlado, que, como el caso anterior, no proviene de ámbitos terapéuticos alternativos, se encuentra en la postura de Davidovitch y Filc (op. cit.), quienes afirman que la EBM adopta una concepción de la evidencia restringida y positivista, señalando los problemas de la extrapolación y generalización de los resultados de los RCT debido a la falta de consideración de factores sociohistóricos y culturales en la evaluación de la terapéutica. Se subraya que un problema de la EBM radica en asumir la capacidad de los RCT para demostrar relaciones causales en el campo de la terapéutica; dichos autores no sólo señalan que tales estudios únicamente proveen sustento a la probabilidad de que se encuentren relacionados dos eventos (la administración de una terapéutica y un resultado dado), sino que enfatizan que los problemas de salud siempre tendrán una causalidad multifactorial, y no limitada a lo biológico, como se supone ocurre al traspolar de manera directa los resultados de los RCT a las decisiones terapéuticas.

De esta manera, Davidovitch & Filc abogan por la producción y evaluación de un conocimiento terapéutico mediante una combinación de métodos de investigación biológicos y sociales, afirmando que sólo un conocimiento de este tipo puede sustentar adecuadamente las decisiones terapéuticas.

En la misma línea, McGuire (2005) teme que la EBM perpetúe y legitime un tipo de investigación terapéutica (el RCT) incapaz de generar conocimiento referente al impacto que sobre la salud ejercen diversos factores sociales.

Otras dos críticas a la defensa a ultranza del RCT como fuente única de evidencia en materia terapéutica se refieren a (1) el problema del sesgo de los resultados de tales estudios como producto de los intereses económicos involucrados en la industria farmacéutica<sup>30</sup> (Davidovitch & Filc, op. cit.; Barry, op. cit.); y (2) a la situación factual de la práctica médica, que no obstante la veneración a los RCT, dista mucho de aplicar rigurosamente los resultados que dichos estudios arrojan: en Inglaterra, tan sólo el 15 al 66% de los médicos está al tanto de las guías terapéuticas basadas en RCT, y de los que las leen, menos de una tercera parte modifican su conducta profesional conforme a ellas (Barry, op. cit.). La evidencia empleada en la práctica médica cotidiana incluye la experiencia y la intuición (Ibíd.) de los terapeutas, componentes fundamentales del juicio (u “ojo”) clínico.

También se suele rechazar el empleo del RCT en la evaluación de las CAM afirmando que la investigación referente a la eficacia terapéutica debe ser sensible al paradigma (Keshet, op. cit.), afirmando que el paradigma propio de la biomedicina goza de supremacía debido a que la “ciencia es la religión de nuestros días” (Morrell, 2000, p. 188, como es citado en Keshet, op. cit.). En otras palabras, se postula que la investigación de terapias no científicas no puede realizarse mediante la metodología propia del modelo biomédico debido a

---

<sup>30</sup> Industria muy poco interesada en la comercialización de terapias alternativas, con excepción quizá de la herbolaria; y si consideramos que “It takes a lot of gold to meet the gold standard of the clinical trial” (Hess, 1998, p. 17, como es citado en Barry, op. cit.), se concluye una situación de desventaja para las terapéuticas no científicas en cuanto a la capacidad de proporcionar evidencia mediante RCT.

que las CAM no comparten el paradigma de dicho modelo. En palabras de Tonelli & Callahan:

“Los métodos para obtener conocimiento en un arte curativo deben ser coherentes con la teoría y manera de entender la enfermedad subyacentes a dicho arte. La medicina ortodoxa debería considerar abandonar la demanda de que las CAM se vuelvan EBM, al menos dentro de la estrecha definición actual de ‘evidencia’, y en vez de ello debiera insistir en una defensa y descripción más coherente y completa de las herramientas y métodos epistémicos alternativos que emplean tales disciplinas” (Tonelli & Callahan, 2001, p. 1214).

Es interesante señalar entre los practicantes de las CAM se encuentra un grupo que muestra un interés patente por llegar a un consenso sobre la metodología apropiada para proporcionar evidencia de eficacia en el caso de las terapéuticas no científicas, buscándose por tanto el establecimiento de criterios estándar que debieran cumplir las investigaciones en cuestión (Keshet, op. cit.).

Aunque lo precedente es tan sólo una pequeña muestra de las opiniones en torno al empleo del ensayo clínico controlado en la evaluación de terapéuticas alternativas, baste con lo mencionado para demostrar que, en lo que respecta a la salud, la enfermedad y la atención terapéutica, la diversidad de perspectivas aporta elementos sustanciosos para considerar la necesidad de reformular las nociones de eficacia y evidencia predominantes en la investigación científico biomédica, replanteamiento necesario a la vista de los interesantes resultados que las investigaciones sobre el efecto placebo han arrojado. En adición, lo hasta ahora referido proporciona materia prima de carácter empírico para argumentar la pertinencia de la propuesta axiológica-epistémica que se ha venido desarrollando.

El rechazo a la supremacía del RCT como única metodología para la generación y evaluación del conocimiento terapéutico puede interpretarse, en una faceta, como negación a la unicidad de la racionalidad en materia terapéutica, pero también como un replanteamiento axiológico en el que se clama por la inclusión de criterios adicionales en la evaluación terapéutica, e incluso como una instancia de la necesidad de revisión continua, mediante el

diálogo, de las herramientas y los métodos empleados para la producción de conocimiento terapéutico, una interpelación por que el estatus privilegiado del RCT no obstaculice la exploración de rutas más eficientes en la búsqueda de conocimiento médico.

Barry, para legitimizar las terapias alternativas, propone ampliar la definición de lo que funciona, señalando que "no hay tal cosa como La Evidencia, tan sólo hay cuerpos competentes de evidencia" (Barry, op. cit., p. 2648). Esta postura, congruente con una evaluación epistémica pluralista, hace clara referencia a considerar el contexto en el que se desenvuelven las prácticas terapéuticas, como también sugieren Schwartz & Lellouch y los que defienden la utilidad de los estudios de tipo pragmático. Barry también invita a la reflexión sobre lo que habría de medirse en la evaluación de la terapéutica, y sin embargo lleva esto a un extremo insostenible cuando insinúa que quizá carezca de sentido intentar efectuar medición alguna, aunque no sea la ortodoxa, sobre la eficacia terapéutica. De no poder llevarse a cabo medición alguna, no habría manera de reconocer las prácticas terapéuticas perjudiciales o fraudulentas, y tal resultado no es compatible con los objetivos que se persiguen en este trabajo, pues nos dejaría sin herramientas para una regulación en materia terapéutica.

Lo mismo aplica para aquellos que mencionamos postulan una evaluación terapéutica acorde al paradigma. Si bien es posible intuir que el RTC no es una metodología apropiada para evaluar la eficacia terapéutica de adoptar una postura holista e individualista, de lo anterior no necesariamente se sigue que cada manera de entender la salud, la enfermedad y el cuerpo humano se corresponde con una peculiar manera de evaluar la terapéutica. La conclusión valiosa de esta observación orienta hacia una nueva y más completa manera de entender los procesos involucrados en la conservación, promoción y restauración de la salud, en lo que el diálogo y la confrontación entre las diferentes posturas resulta de mucha utilidad. No es que el RCT se adapte al paradigma biomédico, como bien demuestran las críticas al interior del mismo paradigma en torno a la capacidad de dicha metodología para arrojar evidencia terapéutica apropiada. La investigación científica biomédica en torno al efecto



placebo representa un claro punto de partida para la reformulación de los diseños metodológicos orientados a la búsqueda de conocimiento médico: si el efecto placebo, dependiente de las expectativas del paciente (y por tanto de sus representaciones y de su marco contextual) ejerce un impacto positivo sobre el bienestar del paciente, es preciso que tal fenómeno se incluya en la evaluación de la eficacia terapéutica. A esta conclusión llegaron Schwartz & Lellouch, antes de que existiera la información hoy en día disponible sobre la potencia del efecto placebo. Y el discurso de los practicantes de las terapias alternativas es congruente con dicha conclusión.

A favor de la propuesta axiológica presentada en este trabajo no sólo se anotan las múltiples menciones previas sobre la necesidad de evaluaciones contextualizadas que incluyan algo más que la esfera física, sino que se pueden encontrar numerosos estudios con el propósito de elaborar y poner a prueba nuevos instrumentos y escalas de medición destinadas a evaluar, de manera global, los cambios en la calidad de vida del paciente presentados a causa de distintas intervenciones terapéuticas alternativas. (Long, Mercer & Hughes, op. cit.; Fitter & Thomas, op. cit). Un ejemplo de lo anterior se encuentra en un estudio pionero realizado por Richardson (2001), en el que se indagó sobre la mejora en el estado de salud, en general, presentada en un grupo de pacientes que recibieron terapéuticas alternativas, considerando tanto intervención como resultado a manera de paquete.

Aún cabe otra reflexión sobre el debate expuesto con anterioridad y la postura que aquí se sostiene. La evaluación de una aplicación dada de una técnica terapéutica es lo que se conoce como "estudio de caso", una de las metodologías, como arriba se mencionó, más recurridas por terapeutas alternativos y menos apreciadas en el modelo científico biomédico. En tanto que tal aplicación terapéutica implica los componentes que mencionamos integran a una práctica terapéutica, y si anotamos que una práctica cognitiva alberga el propósito de la producción de conocimiento, se concluye que el estudio de caso de hecho puede considerarse una práctica terapéutica-cognitiva, en la que en el conjunto de las acciones que la integran se incluyen tanto el interés por obtener

conocimiento como el objetivo terapéutico. El que se aclare que en la evaluación de la producción de conocimiento viene a lugar considerar todos los elementos que mencionamos integran una práctica (como propone Olivé, 2008), resulta de particular utilidad al recordar otras dos quejas contra el RCT referidas arriba: el sesgo debido a los intereses económicos en la investigación financiada por la industria farmacéutica, y la representación de “la ciencia como religión” mencionada por Morrell. Tales intereses y tal representación también han de ser considerados en la evaluación de las prácticas cognitivas dirigidas a la producción de conocimiento terapéutico, se trate o no de estudios de caso; y no debiera despreciarse que la inclusión de estos elementos encuentre refuerzo en el debate sobre las metodologías para la obtención de evidencia terapéutica.

## **7. CONCLUSIONES.**

El pluralismo terapéutico, que defiende la conservación de una diversidad en materia terapéutica, pero que no todo avala, encuentra su primera justificación al reconocer la posibilidad de variación legítima en los criterios empleados para la evaluación de las prácticas terapéuticas. No obstante, con el objeto de preservar la capacidad de regulación en lo que concierne a la terapéutica, la justificación del pluralismo terapéutico también postula que dicha variación de criterios no es ilimitada ni inmune a la crítica.

La adopción del giro practicista redundará en una evaluación de la terapéutica que trasciende lo netamente epistémico y la contemplación única de los resultados obtenidos ante una aplicación terapéutica. Se insiste en la necesidad de una evaluación contextualizada, sobre casos concretos; las acciones terapéuticas no pueden evaluarse sin considerar el medio en el que se encuentran imbuidas, medio que se refiere a las condiciones materiales, pero también a la atmósfera sociocultural. En las aplicaciones terapéuticas es crucial que se consigan los objetivos terapéuticos, pero los medios empleados para

conseguir estos objetivos no deberían entrar en conflicto con los valores y principios morales de la comunidad en la que la terapéutica en cuestión es aplicada; y los recursos con los que se cuenta en un medio concreto indudablemente determinarán qué tan adecuada es una terapéutica dada para ese contexto. En otras palabras, la adecuación de los medios para conseguir los objetivos terapéuticos se valorará distinto en función del medio en el que una terapéutica sea aplicada, medio en el que se incluyen los recursos materiales con los que se cuenta, pero también el ambiente normativo-valorativo característico de una situación histórica y sociocultural determinada.

Por otra parte, el que la evaluación incluya a los agentes involucrados en una práctica terapéutica refuerza la capacidad regulativa de nuestra propuesta, en tanto que facilita la atribución de responsabilidad, y al considerar que en las prácticas terapéuticas se ponen en juego acciones que van más allá de la mera aplicación técnica (acciones entre las que se incluye el conocimiento terapéutico, si, pero también creencias, emociones, intereses y toda una estructura normativa-valorativa), se consigue una evaluación de la terapéutica más completa y representativa de lo que ocurre en la cotidianidad, obteniéndose así una mayor capacidad diagnóstica y por tanto orientativa.

La inclusión de tan diversos elementos en la evaluación de la terapéutica obliga la consideración de una diversidad paralela de criterios valorativos en dicha evaluación, diversidad hipológica que es perfectamente representable en las matrices de evaluación terapéutica. En tanto que tal herramienta se compone de sistemas de funciones valorativas, no sólo se concluye su pertinencia debido a la compatibilidad que presenta con la necesidad de llevar a cabo cada evaluación en lo concreto, sino debido a que refleja la estrecha y continua interrelación sostenida entre los diversos elementos y criterios involucrados en la evaluación, haciendo posible que también los conflictos de valores intrínsecos a la práctica terapéutica sean representables; una mejora en lo referente a un criterio valorativo bien puede implicar un detrimento en relación a un criterio adicional, y dicho fenómeno se observa en la matriz como un todo.

Si la adopción de nociones ampliadas de salud y terapéutica puede interpretarse como un primer paso hacia el rechazo al atomismo axiológico en la evaluación terapéutica, el segundo paso en la misma dirección se encuentra representado por la renuncia a que sólo los resultados de una aplicación terapéutica merecen evaluación. En la valoración de las terapéuticas es muy frecuente que sólo se preste atención a la eficacia, o en el mejor de los casos a la eficiencia, en el momento de evaluar una terapéutica dada. Aunque dichos criterios (la eficacia, la eficiencia) no pueden ser eliminados de la evaluación terapéutica, en tanto que criterios valorativos nucleares, su inclusión en una matriz de evaluación, junto con el énfasis en la necesidad de contextualización, representa una primera aproximación a la explicación de la posibilidad de que se acepten legítimamente prácticas terapéuticas no científicas: se ha referido que la eficacia terapéutica al interior del modelo científico biomédico se define en función de la superioridad con respecto al efecto placebo, pero se reconoce que el efecto placebo de hecho muestra cierto grado de eficacia, y se asume que las terapéuticas alternativas funcionan en gran medida debido al efecto placebo; de esta manera, si comparamos dos terapias, una científica y una alternativa, y la primera resulta altamente eficaz, pero se adapta pobremente a las condiciones del entorno y acarrea efectos colaterales indeseados, mientras que la segunda se adecua mucho mejor al medio y provoca menos efectos adversos, aunque con una eficacia menor, quizá la evaluación global favorezca a la terapia alternativa. No obstante, la eficacia, como todo criterio valorativo nuclear, debe alcanzar una cota mínima de satisfacción para que la terapéutica alternativa en cuestión no sea rechazada.

Al optar por una racionalidad acotada en lugar de una racionalidad maximizadora, y al diferenciar los criterios de evaluación en nucleares y no nucleares, el cribado de una multitud de opciones terapéuticas conforme a una matriz de evaluación dada permitirá identificar un conjunto de ellas que satisfacen los criterios mínimos para poder ser aceptadas, eliminándose las que no los satisfagan y aún subsistiendo la posibilidad de comparación al interior del conjunto que superó la criba. Mas el pluralismo terapéutico aquí defendido no se

limita a la justificación de esta diversidad terapéutica con conservación de la capacidad comparativa; también da cuenta de la posibilidad de cambio de la matriz de evaluación, en cuanto a los criterios que incluye y también en lo referente a las de cotas mínimas de aceptación para los mismos.

Como se mencionó, la definición de terapéutica proporcionada, derivada de una comprensión de la salud que trasciende la esfera puramente biológica y que incluye la noción de bienestar, indica la necesidad de considerar distintos tipos de criterios para la evaluación terapéutica, esta vez en lo que respecta a la definición de los objetivos terapéuticos, esto es, en la valoración de los resultados obtenidos. Pero esta noción de terapéutica además deriva en la aceptación de una diversidad de criterios legítimos que va más allá de la mera tipología, explicando que tales criterios varíen en la conformación de distintas matrices de evaluación: los objetivos terapéuticos, encaminados hacia el cabal bienestar físico, mental y social que representa la salud, habrán de ser redefinidos conforme el bienestar sea concebido; y en la aceptación de completud, las cotas de satisfacción en cada una de las esferas de bienestar pueden variar. No obstante, de lo anterior no se deriva que cualquier definición de la salud, y por tanto de los objetivos terapéuticos, sea igualmente correcta, de la misma forma que no es posible aceptar la variación indiscriminada de los criterios valorativos a aplicar sobre los medios empleados en la consecución de dichos objetivos. No todo es válido.

En lo que se refiere a la noción de salud, resulta particularmente fácil aceptar que el bienestar físico (biológico, fisiológico) no admite una definición de mero carácter subjetivo o intersubjetivo. La función o disfunción del cuerpo humano ha sido materia de estudio desde la antigüedad, y resulta evidentemente antiintuitivo aceptar que cualquier proposición al respecto debe ser considerada conocimiento *únicamente* en función de su aceptación como tal por un individuo o por una colectividad en un contexto dado: por más que alguno o algunos quisieran ver en una hemorragia profusa un signo de salud, la práctica tarde o temprano demostrará lo contrario. Sin embargo, lo anterior no arrebató la posibilidad de aceptar distintos modos correctos de entender la salud, la

enfermedad y la corporeidad, distintos conocimientos de los que se derivarían diversos criterios indicadores de bienestar físico. El pluralismo epistémico explica que nuestro conocimiento sobre el cuerpo humano saludable o enfermo es producto de la interacción con una Realidad independiente de todo sujeto cognoscente, Realidad que admite diversas interpretaciones, pero no cualquiera. Las diferentes configuraciones que el aparato cognitivo humano puede adoptar, a partir de condiciones biológicas propias de la especie y de la particular situación histórica y sociocultural que moldean tales condiciones, producen diversos conocimientos capaces de orientar acertadamente nuestras acciones, aunque no permitan develar la Realidad "tal como es". Dicha Realidad sólo es observable adoptando alguna perspectiva, de ahí que no se pueda aseverar que la realidad que conocemos se corresponde con una Realidad a la que no tenemos acceso directo, sino sólo a través del filtro de nuestras capacidades cognitivas. Es así como es posible postular distintas realidades, co-construidas en la interacción de las diversas perspectivas que "se topan" con las constricciones de la Realidad, en las que el funcionamiento corporal puede comprenderse de diferentes maneras en función de diferentes racionalidades, encontrando una adecuación con los fenómenos observados desde cada particular perspectiva. Las distintas racionalidades pueden conseguir con mayor o menor éxito producir conocimiento que se adecue a la realidad, y es por ello que conviene evaluar la manera en la que las proposiciones en cuestión fueron aceptadas como conocimiento, buscando una aceptación racional en condiciones óptimas en tanto que es el único indicador al que podemos acudir para confiar en que las proposiciones así aceptadas guiarán adecuadamente nuestro proceder. Al entender que el conocimiento es generado mediante prácticas cognitivas, la evaluación de la aceptabilidad racional implica, nuevamente, un análisis de algo más que los resultados obtenidos mediante dichas prácticas, considerándose también los intereses y recursos involucrados en la producción de dicho conocimiento, pero, de especial importancia para lo que nos compete, considerándose la estructura normativo-valorativa implicada

en la producción de conocimiento, factor de crucial importancia cuando se pretende generar conocimiento referente al bienestar.

La inclusión de consideraciones valorativas extraepistémicas en evaluación de las prácticas generadoras de conocimiento y el rechazo al absolutismo axiológico, que implica la posibilidad de que distintas estructuras normativo-valorativas puedan ser consideradas legítimas, permiten que diferentes maneras de valorar el bienestar encuentren correspondencia en el conocimiento en materia de salud, satisfaciendo las necesidades de aquellos sobre los que se pretenden aplicar las diferentes terapéuticas. Se obliga, no obstante, que también las diferentes estructuras normativo-valorativas estén sujetas a análisis comparativo.

Lo referido en el párrafo anterior puede trasladarse a las esferas mental y social del bienestar, con el objeto de explicar en su totalidad lo que se refiere a la definición de los objetivos de la terapéutica en su interés por promover, conservar y restaurar la salud, de la misma forma que puede traspolarse a lo que se refiere al conocimiento sobre la eficacia de los medios empleados para alcanzar dichos objetivos. De esta manera se justifica la posibilidad de que coexistan distintas terapéuticas, en las que el conocimiento sobre la salud, los procesos patológicos y las técnicas terapéuticas encuentra relación con el contexto en el que fue construido, pero no por ello deja de ser evaluable con criterios externos a la racionalidad que le dio origen.

Más aún, al integrar en nuestra propuesta las matrices de evaluación, el conjunto de criterios empleados en la valoración de la terapéutica, epistémicos o no, se explicitan, con lo que (1) se habilita la comparación contextualizada de distintas terapéuticas, con base en un conglomerado de criterios aceptados como pertinentes en la evaluación de la terapéutica, cada uno de ellos con su cota mínima de satisfacción y con su debida asignación como nuclear o no-nuclear; y (2) se favorece también la metaevaluación, esto es, la comparación de las propias matrices evaluativas, brindando un camino para el desarrollo de una mejor forma de evaluar la terapéutica.



Es imposible negar la capacidad de la ciencia para generar conocimiento altamente efectivo para guiar nuestras acciones, y de ahí que no se pretenda negar su utilidad en materia terapéutica, pero la propuesta aquí presentada quiere subrayar que la univocidad científica no es pertinente para el desarrollo de la terapéutica. En primer lugar, debido a que la práctica científica puede enriquecerse del diálogo con formas alternativas de producción de conocimiento terapéutico, como muestra el debate metodológico en torno a la obtención de evidencia terapéutica arriba expuesto; pero también debido a que en la terapéutica intervienen elementos cuya evaluación escapa al dominio de la ciencia, entre los que la estructura axiológico-normativa representa el mejor ejemplo.

La noción de eficacia terapéutica implicada en el ensayo clínico controlado se muestra deficiente en tanto que reduccionista, lo que nos lleva a rechazar la herramienta epistémica que proporciona evidencia de eficacia así definida. En tanto que las respuestas terapéuticas inespecíficas, presentes en el escenario de la atención clínica cotidiana, contribuyen significativamente a la consecución de los objetivos terapéuticos, resulta absurdo limitar la definición de eficacia a aquella que se alcanza mediante mecanismos específicos; el ensayo clínico controlado no puede ser considerado evidencia de eficacia terapéutica debido a que su pretensión, quizá ni siquiera conseguida, es indicar el efecto específico de una intervención terapéutica, y ésta es información de escasa relevancia para la prestación de servicios sanitarios.

La complejidad del fenómeno terapéutico se hace patente en los estudios en torno al efecto placebo, pero también en el debate sostenido desde las terapéuticas alternativas sobre la pertinencia epistemológica del ensayo clínico controlado: ambos, efecto placebo y terapias alternativas, apuntan hacia el esclarecimiento de los numerosos y muy entrelazados factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención. La cabal comprensión de la terapéutica requiere se abandone una explicación mecanicista de los procesos morbosos; es necesario empezar a plantear las preguntas que el ensayo clínico controlado no puede contestar.

Entre aquellos que alegan que la ciencia ya ha demostrado que las terapias alternativas son inefectivas (afirmación por lo demás poco exacta si se consideran, por poner un ejemplo, los estudios científicos que afirman la utilidad de la acupuntura en circunstancias específicas) suele prevalecer una desmedida confianza en la ciencia comúnmente asociada con la inconciencia sobre la fallibilidad de la misma. Una postura como la anterior frecuentemente rechaza la plausibilidad de revisar las metodologías para la evaluación terapéutica desde perspectivas ajenas al ámbito científico. El análogo se puede encontrar entre aquellos defensores de las terapéuticas alternativas que se niegan a la revisión de sus herramientas y métodos epistémicos desde un abordaje científico. Tal postura es, en cualquiera de los casos, incompatible con la propuesta aquí defendida. Se requiere una apertura ante el diálogo con el objeto de permitir un intercambio provechoso entre las opciones terapéuticas, diálogo mediante el cual se deberá llegar a acuerdos sobre las mejores maneras para evaluar la terapéutica en cada contexto, para así conseguir el establecimiento de las matrices más pertinentes para cada caso. Sobre dichas matrices se podrá fundamentar la regulación de la prestación de servicios sanitarios y la destinación de recursos para la investigación en la materia, matrices que no podrán ser eximidas de revisión continua a menos que nos resignemos a un estancamiento en el desarrollo de la terapéutica.

La participación en los procesos de evaluación terapéutica y en los procesos de diseño y revisión de las matrices de evaluación terapéutica es un tema que no ha sido abordado en este trabajo, y quizá es una de las carencias más importantes de la propuesta aquí presentada. Es necesario prestar más atención a quién evalúa la terapéutica, a quiénes fijan los criterios de evaluación y las cotas para los mismos y a cómo se gestiona dicha participación.

A manera de mención que requiere una argumentación posterior, tan sólo diré que el pluralismo terapéutico aboga por una participación democrática ampliada en la que se cuestiona la distinción entre legos y expertos particularmente sobre la base de que el conocimiento y la decisión sobre el propio cuerpo y sus procesos morbosos incumbe a todo ser humano;

participación que también encuentra justificación al reconocer la incertidumbre intrínseca a la terapéutica, misma que se deriva de la no desdeñable complejidad de su objeto de estudio. Es evidente que tal participación democrática ampliada además requiere consideraciones sobre los procesos educativos en materia terapéutica.

Otros dos aspectos que ameritan una inspección más cuidadosa por su posible impacto sobre el pluralismo terapéutico, y que aquí no han sido desarrollados, se relacionan con el principio bioético de autonomía y con el ya aludido efecto placebo. Con respecto al principio de autonomía, que dicta que cada quien tiene derecho a decidir sobre lo que concierne a su persona, es posible postular que la conservación de la pluralidad terapéutica encuentra justificación en dicho principio ético debido a que preserva la capacidad de la libre elección en materia terapéutica. Esta postura, defendida por Kaptchuk y Miller (2005), acarrea el inconveniente de sostener un relativismo extremo basado en valoraciones subjetivas individuales, de lo que se deriva un problema en lo que respecta a la inclusión de terapéuticas en los servicios públicos de salud, a la cobertura de los seguros médicos y a la asignación de financiamiento para la investigación, por mencionar unos cuantos. Me atrevo a mencionar que la solución de este problema amerita apelar a las nociones de justicia social y de democracia participativa, pero ciertamente se requiere un desarrollo más extenso al respecto.

En lo que se refiere al efecto placebo, dado que las expectativas y emociones del paciente juegan un papel primordial en los resultados terapéuticos, se deduce que la concordancia entre las representaciones en materia de salud y enfermedad sostenidas por paciente y terapéutica ejerce un impacto benéfico en la prestación de servicios sanitarios, en tanto que la credibilidad de la terapéutica aplicada se ve facilitada. De lo anterior podría concluirse la conveniencia de la conservación del mayor número de opciones terapéuticas, sin restricción alguna, con objeto de brindar al paciente una mayor oportunidad de encontrar la alternativa que mejor se adapte a su propia concepción de la corporeidad y los procesos patológicos. Pero la consecuencia

de esta preservación de la diversidad es la misma que la señalada para el caso del principio de autonomía. En este caso, una posible solución podría partir de la comprensión de los límites del efecto placebo, tema sobre el que cierta, y lamentablemente, aún se sabe muy poco.

A reserva de desarrollos posteriores que profundicen en éstos y quizá otros problemas relacionados con el tema, se abrigan esperanzas de que la propuesta aquí presentada pueda ser de utilidad en la reflexión que se requiere antecedida a la planeación y ejecución de la prestación de servicios en materia de salud.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ADER, R. & COHEN, N., 1982. "Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus", *Science*, 215(4539), pp. 1534-6.
- AGHION, I., BARBILLON, C. & LISSARRAGUE, F., 1997. *Gods And Heroes Of Classical Antiquity*. Traducido del Inglés por L.N. Amico, 1996. Madrid: Alianza.
- AGOSTONI, C., 2002. "Práctica Médica en la Ciudad de México durante el Porfiriato: entre la Legalidad y la Ilegalidad". En CHÁZARO, L. (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, Siglo XIX*. Michoacán: El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, pp. 163-183.
- AIKEN, L.H. & FREEMAN, H.E., 1984. "Medical Sociology and Science and Technology in Medicine". En DURBIN, P. T. ed., *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*. New York: The Free Press, pp. 527-805.
- ANGEL, M. & KAISSIRER, J., 1998. "Alternative Medicine – The Risks of Untested and Unregulated Remedies". *New England Journal of Medicine*, 339(12), pp. 839-41.
- ASMAR, R., SAFAR, M. & QUENEAU, P., 2006. "Evaluation of the placebo effect and reproducibility of blood pressure measurement in hypertension". *American Journal of Hypertension*, 19(6), pp. 655-6.
- BARRY, C.A., 2006. "The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches". *Social Science & Medicine*, 62(11), pp. 2646-57.
- BEEDIE, C.J. & FOAD, A.J., 2009. "The placebo effect in sports performance: a brief review". *Sports Medicine*, 39(4), pp. 313-29.
- BEECHER, H.K., 1955. "The Powerful Placebo". *Journal of the American Medical Association*, 159(17), pp. 1602-6.
- BENEDETTI, F., MAYBERG, H.S., WAGER, T.D., STOHLER, C.S., ZUBIETA, J.K., 2005. "Neurobiological mechanisms of the placebo effect". *Journal of Neuroscience*, 25(45), pp. 10390-402.

- BENSON, K., & HARTZ, A.J., 2000. "A comparison of observational studies and randomized, controlled trials." *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1878-1886.
- BIRCH, S., HAMMERSCHLAG, R., TRINH, K. & ZASLAWSKI, C., 2002. "The non-specific effects of acupuncture treatment: When and how to control for them". *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 3(1), pp. 20-5.
- BORKOVEC, T.D. & NAU, S.D., 1972. "Credibility of analogue therapy rationales". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), pp. 257-60.
- BOURDIEU, P., 1990. *Sociología y Cultura*. México DF, Grijalbo.
- BREEN, G.M., WAN, T.T., ZHANG, N.J., MARATHE, S.S., ET AL., 2009. "Improving doctor-patient communication: examining innovative modalities vis-a-vis effective patient-centric care management technology". *Journal of Medical Systems*, 33(2), pp. 155-62.
- CAMACHO, C., 2008. "Indagarán esterilización de mujeres en Hidalgo". *La Jornada*, 27 Mar.
- CONCATO, J., SHAH, N., HORWITZ, R.I., 2000. "Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs". *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1887-1892.
- CRANLEY GLASS, K., 2008. "Ethical Obligations and the Use of Placebo Controls". *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), pp. 428-9.
- DAVIDOVITCH, N. & FILC, D., 2006. "Reconstructing Data: Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Public Health in Context". *Dynamics*, 26, pp. 287-306.
- DE CRAEN, A.J.M., MOERMAN, D.E., HEISTERKAMP, S.H., TYTGAT, G.N.J., TUISSEN, J.P.G., & KLEIJNEN, J., 1999. "Placebo effect in the treatment of duodenal ulcer". *British Journal of Clinical Pharmacology*, 48, pp. 853-60.
- Eamon, W., 1994. *Science and the Secrets of Nature: Books of Secrets in Medieval and Early Modern Europe*. Princeton: Princeton University Press.

- ECHVERRÍA, J., 2003. "Axiología de la tecnociencia". En: *La Revolución Tecnocientífica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- ECHVERRÍA, J., 2002. *Ciencia y valores*. Barcelona: Destino.
- ERNST, E., 2001. "Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination". *Vaccine*, 20 (1), pp. S89-93.
- ERNST, E. & RESCH, K.L., 1995. "Concept of true and perceived placebo effects", *British Medical Journal*, 311, pp. 551-3.
- FEYERABEND, P., 1987. *Adiós a la Razón*. Madrid: Tecnos.
- FINK, M., GUTENBRUNNER, C., ROLLNIK, J. & KARST, M., 2001. "Credibility of a newly designed placebo needle for clinical trials in acupuncture research" *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 8(6), pp. 368-72.
- FITTER, M.J. & THOMAS, K.J., 1997. "Evaluating complementary therapies for use in the National Health Service: 'Horses for courses' Part 1: The design challenge", *Complementary Therapies in Medicine*, 5(2), pp. 90-3.
- FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W. & WAGNER, E.H., 1996. *Clinical Epidemiology, The Essentials*, 3a ed., Baltimore, Williams & Wilkins.
- FRONZIZI, R., 1958. *¿Qué son los valores? Introducción a la axiología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GANZERA, M., SCHNEIDER, P. & STUPPNER, H., 2006. "Inhibitory effects of the essential oil of chamomile (*Matricaria recutita* L.) and its major constituents on human cytochrome P450 enzymes". *Life Sciences*, 78, pp. 856-861.
- GEERS, A.L., HELFER, S.G., WEILAND, P.E. Y KOSBAB, K., 2006. "Expectations and placebo response: A laboratory investigation into the role of somatic focus", *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), pp.171-8.
- GIANG, D.W., GOODMAN, A.D., SCHIFFER, R.B., MATTSON, D.H., PETRIE, M., COHEN, N. & ADER, R., 1996. "Conditioning of cyclophosphamide-induced leukopenia in humans", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8(2), pp. 194-201.
- GORDIS, L., 1996. *Epidemiology*. Philadelphia: W.B.G. Saunders Company

- HANSON, N.R., 1958. *Patterns of Discovery*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HENNEKENS, C.H. Y BURING, J.E., 1987. *Epidemiology in Medicine*. Boston, Little, Brown and Company.
- HESZEN-KLEMENS, I. & LAPINSKA, E., 1984. "Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment". *Social Science & Medicine*, 19(1), pp. 9-18.
- HESS, D.J., 2005. "Complementary and Alternative Medicine". En: RESTIVO, S. (ed.) *Science, Technology, and Society, An Encyclopedia*. New York: Oxford University Press, pp. 62-72.
- HROBJARTSSON, A. & GÖTZSCHE, P.C., 2001. "An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment". *New England Journal of Medicine*, 344, pp. 1594-1602.
- ILNYCKYJ, A., SHANAHAN, F., ANTON, P.A., CHEANG, M. & BERNSTEIN, C.N., 1997. "Quantification of the placebo response in ulcerative colitis". *Gastroenterology*, 112(6), pp.1854-8.
- JEFFERSON, T., 1898. *The writings of Thomas Jefferson*. FORD, P.L. (ed), Nueva York: GP Putnam's.
- JORLAND, G., OPINEL, A. Y WEIZ, G. (EDS.), 2005. *Body Counts. Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*. Montreal, McGill-Queen's University Press.
- KAPTCHUK, T.J., 1998a, "Powerful placebo; The dark side of the randomised controlled trial". *Lancet*, 351(9117), pp. 1722-5.
- KAPTCHUK, T.J., 1998b. "Intentional Ignorance: A History of Blind Assessment and Placebo Controls in Medicine". *Bulletin of the History of Medicine*, 72(3), pp. 389-433.
- KAPTCHUK, T.J. & MILLER, F.G., 2005. "What is the Best and Most Ethical Model for the Relationship Between Mainstream and Alternative Medicine: Opposition, Integration, or Pluralism?". *Academic Medicine*, 80(3), pp. 286-90.



- KESHET, Y., 2009. "The untenable boundaries of biomedical knowledge: epistemologies and rhetoric strategies in the debate over evaluating complementary and alternative medicine". *Health*, 13(2), pp. 131-155.
- KIRSCH, I., 2008. "Challenging received wisdom: antidepressants and the placebo effect". *McGill Journal of Medicine*, 11(2), pp. 219-22.
- KLEIJNEN, J. Y DE CRAEN, A., 1994. "Placebo effect in double-blind clinical trials: A review of interactions with medications". *Lancet*, 344(8933), pp. 1347-50.
- LANDTTE, M., LOPIANO, L., TORRE, E., BERGAMASCO, B., COLLOCA, L., BENEDETTI, F., 2005. "Expectation enhances autonomic responses to stimulation of the human subthalamic limbic region". *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, pp. 500-9.
- LILIENTHAL, A.M., 1982. "Ceteris paribus: The evolution of the clinical trial". *Bulletin of the History of Medicine*, 56, pp. 1-18.
- LINDER-PELZ, S. & STRUENING, E.L., 1985. "The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit". *Journal of Community Health*, 10(1), pp. 42-54.
- LONG, A.F., MERCER, G. & HUGHES, K., 2000. "Developing a tool to measure holistic practice: A missing dimension in outcomes measurement within complementary therapies". *Complementary Therapies in Medicine*, 8(1), pp. 26-31.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M., 2002. *La Medicina en la Historia*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- LOPEZ PIÑERO, J.M., 2000. *Breve Historia de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- MACPHERSON, H., 2000. "Out of the laboratory and into the clinic: Acupuncture research in the real World". *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 1(2), pp. 97-100.
- MARKS, H.M., 1997. *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge, Cambridge University Press

- MASON, S., TOVEY, P. Y LONG, A.F., 2002. "Evaluating complementary medicine: Methodological challenges of randomised controlled trials", *British Medical Journal*, 325(7368), pp. 832-4.
- MCGUIRE, W.L., 2005. "Beyond EBM: New directions for evidence-based public health", *Perspectives in Biology and Medicine*, 48, pp. 557-69.
- MCKAY, D.L. & BLUMBERG, J.B., 2006. "A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L.)", *Phytotherapy Research*, 20(7), pp. 519-30.
- MCKENZIE, J.N., 1896. "The production of the so-called 'rose-cold' by means of an artificial rose", *The American Journal of the Medical Sciences*, 91, pp. 45-7.
- MOERMAN, D.E. & JONAS, W.B., 2002. "Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response", *Annals of Internal Medicine* 136, pp. 471-6.
- MOLINER, M., 2007. *Diccionario de Uso del Español*. 3ª ed. Madrid: Gredos.
- DELTJENBRUNS, J. & SCHAFER, M., 2008. "Clinical significance of the placebo effect", *Anaesthetist*, 57(5), pp.447-63.
- OLIVÉ, L., 2008. *La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OLIVÉ, L., 2005. "La cultura científica y tecnológica en el tránsito a la sociedad del conocimiento", *Revista de Educación Superior*, 36(4), pp.49-63.
- OLIVÉ, L., 2000. *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. México: Paidós-UNAM, Colección Problemas Científicos y Filosóficos.
- OLIVÉ, L., 1999. *Multiculturalismo y Pluralismo*. México: Paidós-UNAM, Biblioteca Iberoamericana de Ensayo.
- OLNESS, K. & ADER, R., 1992. "Conditioning as an adjunct in the pharmacotherapy of lupus erythematosus", *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(2), pp. 124-5.
- OMS [ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD], 2007. *Documentos Básicos*. 46ª Ed. Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud. Disponible

- desde Internet en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243650463\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243650463_spa.pdf) [con acceso el 03/12/2008]
- ORTEGA Y GASSET, J., 2002 (1933). *Meditación de la Técnica*. España: Alianza.
- PARK, J., WHITE, A., LEE, H. & ERNST, E., 1999. "Development of a new sham needle", *Acupuncture in Medicine*, 17(2), pp.110-2
- PATERSON, C. & DIEPPE, P., 2005. "Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture", *British Medical Journal*, 330(7501), pp. 1202-5.
- PEPPER, O.H.P., 1945. "A Note on the Placebo", *American Journal of Pharmacology*, 117, pp. 409-12.
- PEREZ-STABLE, E.J., NAPOLES-SPRINGER, A. & MIRAMONTES, J.M., 1997. "The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes", *Medical Care*, 35, pp. 1212-9.
- PODDECK, S.J. & ELBOURNE, D.R., 2000. "Randomized trials or observational tribulations?", *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1907-9.
- PORTER, R., 2003. *Breve Historia de la Medicina. Desde la Antigüedad Hasta Nuestros Días*. Madrid: Santillana.
- PRICE, D.D. & BARRELL, J.J., 2000. "Mechanisms of analgesia produced by hypnosis and placebo suggestions", *Progress in Brain Research*, 122, pp. 255-71.
- PRICE, D.D., FINNISS, D.G. & BENEDETTI, F., 2008. "A comprehensive review of the placebo effect: Recent advances and current thought", *Annual Review of Psychology*, 59, pp. 565-90.
- PUTNAM, H., 2002. *The Collapse of the Fact/Value Dichotomy and Other Essays*. Cambridge: Harvard University Press.
- PUTNAM, H., 1987. *The Many Faces of Realism*. La Salle: Open Court.
- QUINTANILLA, M.A., 2005. *Tecnología. Un enfoque filosófico y otros ensayos de filosofía de la tecnología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2005. *Diccionario de la lengua española*, 22.ª ed., Madrid: Espasa.

- RIBEAUX, P. & SPENCE, M., 2001. "CAM evaluation: What are the research questions?", *Complementary Therapies in Medicine*, 9 (3), pp. 188-93
- RICHARDSON, J., 2000. "The use of randomized controlled trials in complementary therapies: Exploring the issue", *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), pp. 398-406.
- RICHARDSON, J. 2001. "Developing and evaluating complementary therapy services: Part 2. Examining the effects of treatment on health status", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(4), pp. 315-28.
- RICKELS, K., 1986. "Use of placebo in clinical trials", *Psychopharmacology Bulletin*, 22, pp. 19-24.
- ROJAS, R., 2001. "Indígenas esterilizados mediante engaños: una larga cadena de infamias". *La Jornada*, 21 Dic.
- SAKS, M., 2003. *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*. New York: Continuum.
- SHANG, A., HUWILER-MUNTENER, K., NARTEY, L., JUNI, P., DORIG, S., STERNE, J.A., PEWSNER, D. & EGGER, M., 2005. "Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy", *Lancet*, 366(9487), pp. 726-32.
- SHIDEMAN, D.E. & BECKMAN, H., 1958. "Comments on treatment", *Wisconsin Medical Journal*, 1958(57), p. 456.
- SOURNIA, J.C. 1992. *Histoire de la médecine*. Paris: la Découverte.
- STREITBERGER, K. & KLEINHENZ, J., 1998. "Introducing a placebo needle into acupuncture research", *Lancet*, 352(9125), pp. 364-5.
- SCHWARTZ, D. & LELLOUCH, J., 2009. "Explanatory and Pragmatic Attitudes in Therapeutic Trials", *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, pp. 499-505.
- SULLIVAN, M.D., 1993. "Placebo Controls And Epistemic Control In Orthodox Medicine", *Journal of Medicine and Philosophy*, 18 (2), pp. 213-31
- TAKAKURA, N. & YAJIMA, H., 2008. "A placebo acupuncture needle with potential for double blinding - a validation study", *Acupuncture in Medicine*, 26(4), pp. 224-30.

- THE ASSOCIATED JEHOVAH'S WITNESSES FOR REFORM ON BLOOD (Fecha desconocida). *Vaccination - A Crime Against Humanity*. [documento en línea] Disponible en Internet desde: <<http://www.ajwrb.org/science/vaccinat.shtml>> [con acceso el 01/12/2008].
- TONELLI, M.R., & CALLAHAN, T.C., 2001. "Why alternative medicine cannot be evidence-based?", *Academic Medicine*, 76, pp.1213-20.
- VALDEZ CÁRDENAS, J., 2008. "Piden castigar esterilización de una menor". *La Jornada*, 8 Ago.
- VASE, L., ROBINSON, M.E., VERNE, G.N. & PRICE, D.D., 2003. "The contributions of suggestion, desire, and expectation to placebo effects in irritable bowel syndrome patients: An empirical investigation", *Pain*, 105(1-2), pp. 17-25.
- VILLORD, L., 1982. *Saber, crear, conocer*. México: Siglo XXI.
- WAMPOLD, B.E., IMEL, Z.E. & MINAMI, T., 2007. "The placebo effect: 'relatively large' and 'robust' enough to survive another assault", *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), pp. 401-3.
- WHITE, A., 1896. *Theological opposition to inoculation, vaccination, and the use of anaesthetics. A History of the Warfare of Science with Theology in Christendom*. New York: Appleton.
- WOLFE, R. & SHARP, L., 2002. "Anti-vaccinationists past and present". *British Medical Journal*, 325 (7361), pp. 430-2.
- ZWARENSTEIN, M. & TREWEEK, S., 2009. "What kind of randomized trials do we need?", *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, pp. 461-3.