

## El “tercer ojo” y el “tercer oído”: hacia una crítica de la “medicina basada en evidencia”

*Gustavo J. Villasmil Prieto*

### **Resumen:**

Nada concebido fuera del formidable paradigma del positivismo es admitido hoy como verdadero conocimiento médico. La idea misma de enfermedad que compartimos está definida a partir de una mayor o menor desviación respecto a una normalidad previamente establecida mediante rigurosos términos estadísticos. El proceso diagnóstico, por tanto, consiste esencialmente en identificar dicha desviación y definir su magnitud. La llamada “medicina basada en evidencia” es una clara reafirmación de tal postulado.

Pero conocer en medicina nos impone esfuerzos mucho más allá de la medición de variables físicas y químicas y sus respectivas desviaciones. Henrique Benaim Pinto postula la necesidad de que el clínico, en tanto que “sujeto que oye, ve o lee la queja del enfermo”, desarrolle un “tercer ojo” y un “tercer oído”, en el sentido de las tesis del psicoanalista austriaco Theodor Reik, que le permitan acceder a un conocimiento de la enfermedad y del enfermo que no pueden ser medidos ni tratados empíricamente. Desde tal perspectiva, es posible postular, siguiendo a Immanuel Kant, que el abandono de su propia subjetividad por parte del médico le condena, necesariamente, a nunca poder hallar al enfermo y a la enfermedad objeto de su estudio.

**Palabras clave:** positivismo; medicina basada en evidencia; subjetividad; queja.

### **Abstract:**

**Gustavo Villasmil**

Nothing conceived out of the formidable paradigm of positivism is accepted today as true medical knowledge. The very idea of disease that we share is defined by a greater or lesser deviation from a normality previously established through rigorous statistical terms. The diagnosis process, therefore, essentially consists on identifying such a deviation and defining its magnitude. The so-called “evidence-based medicine” is a clear reaffirmation of such idea. However, knowing in medicine requires efforts far beyond the measurement of physical and chemical variables and their respective deviations. Henrique Benaim Pinto poses the need for the clinician, as a “subject who hears, sees or reads the patient's complaint,” to develop a “third eye” and a “third ear,” in the sense of the theses of the Austrian psychoanalyst Theodor Reik, which will allow him or her to access to a knowledge of the disease and the patient that cannot be measured or treated empirically. From such a perspective, it is possible to postulate, following Immanuel Kant, that the abandonment of his own subjectivity by the doctor necessarily condemns him or her to never be able to find the patient and the disease that is the object of his or her study.

**Key words:** positivism; evidence-based medicine; subjectivity; complaint.

### **Introducción**

La historia de la ciencia no es una crónica.

---

\* Médico internista. Cátedra de Medicina Interna y Semiología, Escuela de Odontología y de Clínica y Terapéutica Médica B, Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.  
MTSVMI, FACP. ORCID: 0000-0003-3376-2186.

\* Correo: gustavo.villasmilstat@gmail.com

Sostiene Gastón Bachellard que la medicina, como toda ciencia, se ha provisto desde siempre de sus propias normas de verdad.<sup>1</sup> El sociólogo francés Michel Foucault señala cómo con Hipócrates la medicina pasó de ser meramente expectante y de apelar siempre a la “natura medicatrix”, a actuante o empírica. Siglos después, con Claude Bernard, alcanzaría definitivamente la categoría de ciencia experimental.<sup>2</sup>

Queda aún por ser demostrado, como lo plantea el médico y filósofo de la ciencia George Canguilhem, si el hecho experimental aislado, base de toda la medicina que practicamos actualmente, tiene realmente sentido biológico en el organismo intacto.<sup>3</sup> La respuesta a tal interrogante no es obvia, ya que la causalidad “in vitro” no siempre se verifica “in vivo”. La reciente experiencia durante el curso de la pandemia de COVID-19, en la que importantes referentes políticos y científicos del mundo incurrieron en considerables costos reputacionales promoviendo el uso de la cloroquina en estos casos basados en los resultados de apenas unos pocos estudios básicos, es elocuente a este respecto.<sup>4</sup>

En el presente ensayo disertaremos acerca del problema de la cognoscibilidad de la enfermedad y del enfermo tanto desde la perspectiva kantiana como desde las tesis del internista y académico venezolano Henrique Benaim Pinto, vis-à-vis el paradigma médico positivista vigente desde la segunda mitad del siglo XIX.

### **La pesada impronta positivista en la medicina**

El positivismo habría de dejar su huella profunda en la medicina, al punto de poder afirmar que, a 150 años de distancia, a nada concebido fuera de tan formidable paradigma se le admite como verdadero conocimiento médico. Debemos a Morgagni, el más grande de los patólogos del Renacimiento, la idea absolutamente vigente según la cual toda enfermedad tiene su “sede” en un determinado órgano. En la segunda mitad del siglo XIX, Broussais y Bichat postularon a la enfermedad como el resultado de la desviación de los procesos orgánicos respecto a una cierta “normalidad”, concepto este que otro notable clínico francés de aquel

mismo tiempo, René Lériché, definiera en su día como la del “silencio de los órganos”. En la Francia del Segundo Imperio, sus tres grandes referentes de su pensamiento científico— Magendie, Comte y Bernard lo dejan sentado más allá de toda duda: a toda enfermedad corresponde una normalidad; es decir, a la fisiología de la normalidad se le opone, especularmente, una fisiología de la enfermedad o fisiopatología.

La idea de salud pasa así a formar parte de un discurso normativo, lo que en términos de política público-sanitaria se tradujo en lo que Foucault llamara “prácticas disciplinantes”. Es el caso, por ejemplo, de la aplicación en masa de métodos contraceptivos, la institucionalización de los enfermos psiquiátricos o los confinamientos poblacionales durante las epidemias.<sup>5</sup> En ese mismo sentido, el filósofo francés contemporáneo Gilles Lipovetsky destaca como las “nuevas masonerías”, representadas por asociaciones filantrópicas laicas como el Rotary Club o los International Lyons, ejecutan programas masivos de tamizaje poblacional (“despistajes”) de ciertas enfermedades e incluso acciones compulsivas traducidas en periódicas “campañas” -nótese la apelación a la jerga militar- de desinfestación parasitaria o de vacunación con el objeto de restaurar compulsivamente la vigencia de una idea de normalidad que creen perdida.<sup>6</sup>

Así las cosas, continuando con la aludida idea de Canguilhem, toda idea de enfermedad debe estar referida a una mayor o menor desviación respecto a una normalidad previamente definida en rigurosos términos estadísticos. El diagnóstico clínico, por tanto, consistirá en definir, con arreglo a métricas estrictas, la magnitud de tal desviación, de manera que tal que un individuo pueda ser clasificado como más o menos enfermo.<sup>7</sup> Ello es consistente con una manera de pensar -y de ser- en medicina en la que se privilegia el análisis sobre la síntesis, la disección sobre la integración, la parte sobre el todo, lo remoto sobre lo inmediato y lo excepcional sobre lo frecuente. En tal sentido diserta el virólogo venezolano José Esparza:

*“Esa atracción a escudriñar los secretos del universo nos ha llevado a muchos a dedicarnos a*

---

## EL “TERCER OJO” Y EL “TERCER OÍDO”: HACIA UNA CRÍTICA DE LA “MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA”

*la investigación científica, especializándonos cada vez más en recónditos aspectos del conocimiento. Para ello hemos sido altamente entrenados para conocer cada vez “más de menos”, siguiendo el aceptado método científico de observación y experimentación” (destacado nuestro).<sup>8</sup>*

Así pues, dentro del paradigma positivista, nunca se está sano, sino que, en alguna medida, por mínima que sea, siempre enfermo.

El positivismo triunfó incontestablemente sobre el pensamiento médico tradicional y reafirma actualmente su victoria en el neopositivismo, expresión de lo cual es la llamada “medicina basada en evidencia”. La normalidad dejó de ser un ideal para convertirse en “meta terapéutica” susceptible de ser definida a partir de las más precisas métricas. Al problema de la variación natural entre individuos se responde oponiéndole la idea del “hombre promedio” surgida de las elucubraciones de notables estadígrafos como el belga Alphonse Quételet.

El proceso de logización de la medicina alcanza su culmen en el siglo XX, cuando la medicina se haya fundida plenamente en el logos de Occidente y pasa a constituirse, siguiendo el argumento del historiador escocés Niall Ferguson, en uno de sus pilares fundamentales.<sup>9</sup> Sin embargo, la realidad nos muestra el “aufklarung” médico ilustrado que nos prometió un mundo libre de enfermedad y de muerte nunca llegó y que, por el contrario, nuevas formas de dolor se hermanan con las ya conocidas para augurarnos un futuro bajo padecimientos distintos. La pandemia de HIV/SIDA de los años 80 y la reciente de covid-19 son demostración de ello.

Kant en la medicina: la cognoscibilidad de la enfermedad y del enfermo, ¿son realmente posibles?

Las actuales corrientes neopositivistas en medicina han tendido a reducir a la praxis clínica a un conjunto de técnicas de las que difícilmente se pueda decir que acercan a quienes las ejercen al conocimiento pleno del enfermo. Las comunidades médicas de hoy hacen esfuerzos denodados por “cientificarse” y ponerse a la par de químicos, fis-

cos, biólogos, economistas, etc. –paradigmas por excelencia de lo que se suele considerar como “verdaderamente científico”- aun a expensas del sacrificio de la integridad de su propio objeto de estudio. Nada que esté fuera del 95 % de intervalo de confianza y de la  $p < 0.001$  tiene derecho a reclamar para sí la condición de conocimiento científico. La intuición, como forma de conocer, ha sido irremediabilmente degradada.

En 1791, en su “Crítica de la razón pura”, Immanuel Kant destaca como espacio y tiempo son intuiciones puras o “formas de sensibilidad” que no pueden ser derivadas de experiencia alguna que les confieran “universalidad absoluta ni certeza apodíptica”.<sup>10</sup> Sobre el espacio, nos dice el pensador de Königsberg, no es en absoluto un concepto empírico. No se “sabe”, sino que se intuye y como el tiempo, tampoco es deducible de la experiencia, siendo apenas una representación intuitiva de la que dependen muchas otras que dotan de su estructura básica al mundo que conocemos. Espacio y tiempo, en tanto que intuiciones y a diferencia de los conceptos, no necesitan fundamentación empírica, o sea, son “a priori”. La intuición de espacio nos permite considerar la posición de un objeto respecto a otro y la de tiempo, si dicha posición es anterior, posterior o simultánea con respecto a la de otro.

En las ciencias básicas, las intuiciones de espacio y tiempo son tratadas directamente y sin ningún otro requerimiento como dos variables más en fórmulas y ecuaciones. No es el caso de otras como, por ejemplo, las de peso, carga eléctrica o densidad. Estas últimas requieren ser predefinidas en términos más o menos plausibles a fin de poder darles tratamiento empírico. Así, por ejemplo, para definir peso de un cuerpo es necesario hacerlo en el contexto de una la fuerza ejercida sobre él por un campo gravitatorio (distinto en la Tierra y en la Luna), para definir su carga eléctrica habrá que tener en cuenta el medio en el que esta se mida – su pH- y para definir el flujo de un líquido, la fricción que sobre él ejercen las paredes del conducto que lo contiene, su radio, su longitud y la viscosidad de dicho fluido. Muy distinto de los casos del espacio y del tiempo, que nos vienen dados y solo podemos

medirlos en términos escalares (más o menos espacio, más o menos tiempo).

Existen, por tanto, dimensiones del conocimiento que no podemos medir ni tratar empíricamente. Es el caso de las dimensiones de lo ético, de lo político y de lo estético. Pretender derivar una ética “a la manera de la geometría” como fuera la pretensión de Spinoza y siglos después, de los positivistas, no es posible. Similares limitaciones tienen los especialistas en “bioética”, que otorgan grados y dirigen oficinas que en hospitales y facultades de ciencias de la salud hacen de árbitros incontestables en cuanto al discernimiento del bien. Es el caso también de los así mismo llamados “cientistas” políticos (corrupción evidente de la voz inglesa “scientist”) a cargo de predecir cómo discurrirá, por ejemplo, un determinado proceso electoral, generalmente sin más base empírica que las encuestas de opinión. Finalmente, debemos destacar el papel de los llamados “críticos” de arte, cine o literatura, a cargo de imponer reglas – bastante arbitrarias por lo general- acerca de lo que ha de ser considerado como bello.

Lo ético, lo político y lo estético son dimensiones del conocimiento tanto como las llamadas “ciencias duras”, en tanto que se fundan en maneras de conocer tan potentes y meritorias como la que proporciona la razón. Es así como el místico, el filósofo y el político no son menos conocedores del mundo que un científico de laboratorio, solo que lo conocen de modo muy distinto. Tal es también, en no poca medida, el caso del clínico.

#### **Otro modo de conocer en medicina: “el “tercer ojo” y el “tercer oído” en Henrique Benaím Pinto**

Conocer en medicina nos impone esfuerzos mucho más allá de la medición de variables físicas y químicas. Henrique Benaím Pinto postula la necesidad del que el clínico, en tanto que “sujeto que oye, ve o lee la queja del enfermo”, requiera “aplicar métodos especiales” que colaboren en una labor que el autor propone analogar a la los descifradores de códigos y que exige a quien la realiza la posesión de un “tercer ojo” y un “tercer oído”, en el sentido de las tesis del psicoanalista de forma-

ción freudiana Theodor Reik, publicadas en 1948 que aluden metafóricamente a una sensibilidad distinta ante el hecho clínico más allá de las métricas propias de la que aporta la instrumentalización médica.<sup>11</sup>

Reconoce Benaím Pinto el motivo por la cual la “razón práctica” en medicina, representada en el discurso anatomopatológico, prela tan poderosamente por sobre otras tesis: la morfología, de la que la anatomía es la disciplina reina, se estructura como cuerpo de conocimiento dos siglos antes del advenimiento de la fisiología, de modo que la patología “funcional” siempre tendrá menor jerarquía que aquella demostrada anatomopatológicamente. Como nos lo dice Canguilhem de modo más contundente, se privilegia al “logos” frente al “pathos”.<sup>12</sup> Así es la medicina de Occidente.

Pero el modo de conocer al que alude Benaím Pinto no solo no es de inferior jerarquía que el instrumental, sino que incluso es el único verdaderamente válido cuando de lo que se trata es de aproximar al médico a la subjetividad del enfermo. Ya nos lo dice Kant, en el mencionado texto, al señalar que:

*“Si abandonamos nuestra condición subjetiva, el objeto, representado por las cualidades que le fueran conferidas por la intuición sensorial, no tendría donde ser hallado; más aún, posiblemente nunca lo sería, ya que su forma fenoménica le ha sido dada por esa misma subjetividad”* (traducción y destacado nuestros).<sup>13</sup>

#### **Conclusión:**

La abdicación de la sensibilidad propia de la subjetividad clínica y de sus esfuerzos por acceder a esa otra subjetividad – la del enfermo- y los intentos por sustituirla por un conjunto de métricas es, en sí misma, la negación de la medicina misma. Es la paradoja del médico en plena era digital, que estando en posesión de un bagaje de conocimiento biomédico impensable hace apenas un cuarto de siglo, se condena a nunca poder hallar al enfermo a su cargo. Los numerosos discursos sanitarios alternativos – desde la Nueva Era hasta la vuelta a anti-guas prácticas tradicionales- parecen estar testimoniándolo.

---

## EL “TERCER OJO” Y EL “TERCER OÍDO”: HACIA UNA CRÍTICA DE LA “MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA”

### Referencias:

1. Bachelard, G, citado por G. Canguilhem en: Canguilhem, G (traducción de R. Postchart, 1982) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI Editores, p. ix.
2. Foucault, M (traducción F. Parujo, 1978). *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI Editores, cap.4, p. 84 *passim*.
3. Canguilhem, G. Canguilhem, G (traducción de R. Postchart, 1982) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI Editores, 242p.
4. Philippe Colson, Jean-Marc Rolain, Jean-Christophe Lagier, Philippe Brouqui, Didier Raoult. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*, Volume 55, Issue 4, 2020,105932, ISSN 0924-8579, <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105932>.
5. Foucault, M (1975) *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 352p.
6. Lipovetsky, G. (1992) *Le crépuscule du devoir*. Paris, Gallimard, 361p.
7. Canguilhem, G (traducción de R. Postchart, 1982) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI Editores, p.33 y *sucs*.
8. Esparza, J, *Intuición y ciencia* (editorial). *Interciencia*. October 2022, Vol.47, No.10, p.413.
9. Ferguson, N (2011) *Civilization: the west and the rest*. New York, Penguin Book, p.12.
10. Kant, I. *Critique of pure reason* (trad. F.Max Müller, ed.2016), Lexington. Kshetra Books, p.7.
11. Benaim Pinto, H. Significado de la queja en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico. (ed.1983). Caracas, Ediciones del Rectorado, p.163-4.
12. Canguilhem, G (traducción de R. Postchart, 1982) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI Editores, p.160.
13. Kant, I. *Critique of pure reason* (trad. F.Max Müller, ed.2016), Lexington. Kshetra Books p.12.