

El paradigma indiciario como sustento epistemológico de la medicina narrativa

The evidential paradigm as the epistemological foundation of narrative medicine

Ricci, Ricardo  ¹

¹Universidad Nacional de Tucumán
riccirt@fm.unt.edu.ar

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2026

Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2026

Resumen

El presente trabajo desea proponer que una respuesta posible a estas preguntas se encuentra en la confluencia de tres tradiciones intelectuales que, a nuestro juicio, quienes practican la medicina narrativa han utilizado acaso parcial e intuitivamente: la microhistoria y el paradigma indiciario de Carlo Ginzburg, la lógica de la inferencia abductiva de Charles Sanders Peirce, y la noción de *connoisseurship* como modelo de saber tácito cultivable. Su articulación sistemática no solo permite a la medicina narrativa ampliar su suelo epistemológico, sino enriquecerse y precisar sus prácticas desde adentro.

Palabras clave: Medicina Narrativa; Paradigma Indiciario; Fundamentos Epistemológicos.

Abstract

This paper seeks to propose that a possible answer to these questions lies at the confluence of three intellectual traditions that narrative medicine practitioners have, in our view, perhaps drawn upon only partially and intuitively: Carlo Ginzburg's microhistory and evidential paradigm, Charles Sanders Peirce's logic of abductive inference, and the notion of *connoisseurship* as a model of cultivable tacit knowledge. Their systematic integration not only enables narrative medicine to broaden its epistemological foundations, but also to enrich itself and refine its practices from within.

Keywords: Narrative Medicine; Evidential Paradigm; Epistemological Foundations.

1. Una práctica sólida sobre un suelo epistemológico a solidificar

La medicina narrativa nació de una constatación clínica antes que de una reflexión teórica. Nació como respuesta a la incesante demanda de humanización de la medicina. En el año 2000, Rita Charon —internista y doctora en literatura inglesa por la Universidad de Columbia— acuñó el término 'Narrative Medicine' para designar, usando su propia expresión: "La práctica clínica enriquecida por la competencia narrativa, entendida como la capacidad de reconocer, absorber, metabolizar, interpretar y ser conmovido por los relatos de enfermedad" (Charon [2001](#), p. 1897). Una formulación tan precisa en su ambición como generosa en su alcance: la competencia narrativa no se trata de un adorno humanístico, de una mera ornamentación, sino de una condición que hace posible la optimización del acto clínico.

A continuación, se fue efectuando el cultivo del campo con una propuesta práctica de gran fertilidad: talleres de escritura reflexiva, ejercicios de *close reading* aplicados a la historia clínica, narrativas paralelas, lectura de literatura en facultades de medicina. Los resultados fueron —y aún lo son— reconocibles: mejora en la capacidad de escucha, mayor tolerancia a la ambigüedad y a la incertidumbre, fortalecimiento del vínculo terapéutico, reducción del agotamiento y desmotivación del personal de la salud. Sin embargo, aunque la medicina narrativa mostró tempranamente beneficios clínicos y educativos, varios autores señalaron que dichos resultados precedieron a una elaboración epistemológica que explique con precisión qué tipo de conocimiento produce la interpretación de relatos y cuáles son sus criterios de validación. La noción de "narrativa" parece ser demasiado amplia; no todo paciente se expresa narrativamente (Strawson [2004](#); Milota et al. 2019; Abettan 2017). Sin embargo, sin estudios longitudinales para verificar el impacto a largo plazo de las intervenciones en el aula de la medicina narrativa, no se puede concluir inequívocamente que estas intervenciones darán como resultados profesionales médicos más comprometidos, empáticos y, en última instancia, efectivos en el futuro.

Greenhalgh y Hurwitz enunciaron con precisión el problema en su artículo del *British Medical Journal* (Greenhalgh y Hurwitz [1999](#)): la historia clínica tal como la practica la medicina moderna, representa la intersección entre el mundo de un paciente particular y el mundo abstracto del conocimiento médico. En ese empalme se pierde habitualmente una cantidad significativa de lo que el paciente. La propuesta de solución —apelar a la teoría literaria y a la hermenéutica— dejaba intacta la pregunta que ningún texto fundacional de la medicina narrativa parecía responder con suficiente precisión: ¿qué tipo de conocimiento produce la escucha narrativa? ¿Cómo se relaciona ese conocimiento con los clásicos modos de la epistemología? ¿Cómo se producen las inferencias diagnósticas? ¿En qué se diferencia el saber del médico que sabe escuchar del saber del profesional que aplica estricta y correctamente un protocolo? (Dutta [2025](#)).

El presente trabajo desea proponer que una respuesta posible a estas preguntas se encuentra en la confluencia de tres tradiciones intelectuales que, a nuestro juicio, quienes practican la medicina narrativa han utilizado acaso parcial e intuitivamente: la microhistoria y el paradigma indiciario de Carlo Ginzburg, la lógica de la inferencia abductiva de Charles Sanders Peirce y la noción de *connoisseurship*¹ como modelo de saber tácito cultivable. Su articulación sistemática no solo permite a la medicina narrativa ampliar su suelo epistemológico, sino enriquecerse y precisar sus prácticas desde adentro.

2. El paradigma indiciario: genealogía y estructura

En 1976, Carlo Ginzburg publicó un valioso texto (Ginzburg [1986](#)) que identifica un modelo epistemológico compartido —aunque elaborado de forma independiente— por tres figuras de fines del siglo XIX: el médico y crítico de arte Giovanni Morelli, el fundador del psicoanálisis Sigmund Freud y el detective ficticio Sherlock Holmes. Los tres ponen en práctica la misma operación cognitiva: leer indicios marginales —detalles que parecen insignificantes, residuos, rasgos secundarios— para reconstruir lo que no está directamente visible. Se trata de inferir desde las huellas, los restos, los residuos mínimos, eventos o fenómenos mayores que ya han sucedido, o que no permanecen evidentes.

La definición que Ginzburg ofrece del paradigma indiciario es precisa: se trata de “un método interpretativo centrado en los indicios, en los datos marginales, considerados reveladores. Habitualmente tenidos por irrelevantes, o incluso triviales, “bajos”, proporcionan la clave para acceder a las producciones más elevadas del espíritu humano” (Ginzburg [1986](#), p.165). El dato marginal, el residuo, lo que parece trivial: allí está la clave. No

¹El término *connoisseurship* describe el conocimiento experto, la erudición y el gusto refinado. Proviene del francés “*connoisseur*” (conocedor o perito) y se refiere a la habilidad crítica para evaluar, autenticar y apreciar detalles estéticos y técnicos en diversas disciplinas.

en lo que salta a la vista, lo evidente, sino en el detalle que el ojo entrenado no pasa por alto.

No carece de importancia que los tres protagonistas del ensayo tuvieran formación médica. Morelli y Freud eran médicos; Arthur Conan Doyle (creador de Sherlock Holmes) también. Este último, para crear a Holmes, se inspiró en uno de sus profesores de la Facultad de Medicina de Edimburgo, célebre por sus capacidades diagnósticas y atención a los detalles indiciarios. Como señala el propio Ginzburg: “En los tres casos se vislumbra el modelo de la semiología médica: disciplina que permite diagnosticar enfermedades inaccesibles a la observación directa sobre la base de síntomas superficiales, en ocasiones considerados irrelevantes por el observador profano.” (Ginzburg [1986](#), p. 170). El paradigma indiciario no imita a la medicina: brota de ella, nace de ella. La semiología médica es su modelo histórico originario.

Esta apelación a lo histórico tiene una consecuencia epistemológica de primer orden para la tesis de este trabajo. Cuando proponemos reinsertar el paradigma indiciario en el seno de la clínica como modelo de escucha, no presentamos un método ajeno a la medicina. Por el contrario, estamos reconociendo, en el vocabulario que Ginzburg y Peirce nos proveen, algo que la medicina practicó durante siglos antes de que el paradigma científicista clásico (galileano) arrumbara el saber conjetural a los márgenes de la legitimidad científica.

“La cualidad primera y definitiva del paradigma de los indicios, como su nombre lo denuncia, es la atención prestada a los detalles, en evidente contraposición al saber galileano, que necesita de la regularidad y la homogeneidad como precondiciones para apelar a leyes y predicciones. La formación médica de quienes reactualizaron el paradigma indiciario (según Ginzburg, G. Morelli, S. Freud y A. Conan Doyle) habría facilitado la percepción particular de un modo de conocimiento irreductible a leyes. La medicina habría conservado marcas, ya viejas, de una carencia: la de poder identificar plenamente sus objetos de estudio. No existen enfermedades, sino que hay enfermos.” (Acha [2000](#)).

3. La abducción: la lógica de la conjetura

Charles Sanders Peirce (1839-1914) distinguió tres formas de inferencia lógica: la deducción, la inducción y la abducción. Las dos primeras son familiares a la epistemología médica: la deducción procede de la regla y el caso hacia el resultado, de lo general a lo particular. Por su parte, la inducción generaliza desde casos observados hacia reglas, va de lo particular a lo general. La abducción, en cambio, procede en dirección inversa: parte de un resultado sorprendente para postular una hipótesis que, de ser verdadera, lo haría comprensible.

En las Conferencias de Harvard de 1903 (CP 5.189), Peirce propone:

“Se observa el hecho sorprendente C. Pero si A fuera verdadero, C sería algo natural (o esperable). Por lo tanto, hay razones para sospechar que A es verdadero.”

Un ejemplo más comprensible:

Aparece un hecho inesperado (C). Algo no encaja con nuestras expectativas.

Buscamos una explicación posible (A).

Si esa explicación fuera cierta, el hecho observado dejaría de ser extraño.

Inferimos provisionalmente que A puede ser verdadera.

A es una hipótesis que debe ser puesta a prueba.

Ahora un ejemplo clínico simplificado en extremo:

C: Un paciente presenta ictericia, pérdida de peso y dolor abdominal.

A: Existe una obstrucción de la vía biliar por una lesión pancreática (Hipótesis).

Si A fuera cierta, C sería entendible.

Entonces hay razones para sospechar que A es verdadera.

Esa hipótesis debe ser comprobada.

La abducción es, para Peirce, la inferencia lógica que introduce ideas genuinamente nuevas en el pensamiento. “La abducción es la única operación lógica que introduce ideas nuevas.” (CP 5.172, 1903). La abducción permite formular hipótesis de lo que aún no se conoce. Nace siempre de una incomodidad ante lo evidente: de un dato que no encaja, de un relato que no cierra, de un detalle que nuestros conocimientos o experiencias no permiten explicar.

Umberto Eco nos recuerda:

“La abducción es la adopción provisional de una inferencia, con el objetivo de someterla a la verificación experimental, y que se propone hallar, junto con el caso, también la regla” (Eco [1994](#)).

La familiaridad entre la abducción de Peirce y el paradigma indiciario de Ginzburg no es casual. Ginzburg cita a Peirce y reconoce que el paradigma indiciario es, en términos semióticos, una forma de razonamiento abductivo. La diferencia entre ambos puede considerarse menor desde nuestra perspectiva: Peirce trabaja en el plano lógico-formal —le interesa la inferencia, el proceso científico, la verificación posterior— Ginzburg trabaja en el plano histórico-epistemológico —le interesa pesquisar una tradición de conocimiento, identificar sus contextos culturales y reconocer sus instancias históricas.

Podemos afirmar que juntos ofrecen lo que no se halla por separado: una historia y una lógica de un mismo modelo cognitivo. Una historia y una lógica de un proceso de conocimiento. Una aproximación epistemológica sólida.

4. La microhistoria como marco para el relato clínico

El otro gran aporte de Ginzburg a la propuesta que venimos desarrollando es la microhistoria, formulada paradigmáticamente en su emblemático libro *El queso y los gusanos* (Ginzburg 1986), donde estudia a Menocchio, un molinero del norte de Italia del siglo XVI procesado por la Inquisición a causa de sus particulares concepciones cosmológicas, finalmente consideradas heréticas. Lo que convierte el caso de Menocchio en un objeto historiográfico no es su representatividad respecto de la población estudiada —era, por el contrario, un individuo excepcional—, sino la profundidad de lo que revela: sus ideas, elaboradas a partir de una cultura rural oral mezclada con lecturas rudimentarias, iluminan estructuras mentales y tensiones culturales que la historia de las mentalidades, operando a escala macro, no podía alcanzar.

La contribución valiosa de la microhistoria es la siguiente: un individuo singular, en su particularidad irreducible, porta huellas de su tiempo, su clase, su cultura, su lengua. Reducirlo a un caso entre otros —operación necesaria para la estadística— es sacrificar lo más valioso: las huellas que lo hacen único y que, precisamente por eso, revelan dimensiones de lo histórico que ninguna generalización puede capturar.

Ginzburg no ofrece una definición acabada del término ‘microhistoria’, sino que lo propone como un cambio de escala de observación que permite, a través del estudio intensivo de un caso singular, acceder a estructuras y tensiones que la historia macroscópica no puede percibir. La microhistoria no aspira a la protocolización ni a la validez epidemiológica; su potencia radica en su capacidad de dar relieve al caso singular.

Trasladada al campo de la clínica, esta lógica genera una afirmación que es, al mismo tiempo, epistemológica y práctica: la historia de enfermedad del paciente es una microhistoria. No simplemente en sentido analógico, sino en sentido técnico. El paciente que

relata su enfermedad construye, con la materia de su experiencia singular, un relato a escala reducida que lo revela en su contexto cultural, social y biográfico.

La herida que no cierra, el hormigueo nocturno atribuido a la postura, la sed racionalizada como hábito: cada uno de esos detalles aporta huellas de una vida —de un trabajo, de un modo de alimentarse, de una particular historia familiar, de una valoración del propio cuerpo— que la narración pone a disposición del médico que sabe leerlas. Ese profesional debe ser capaz de sospechar una diabetes mellitus a la luz de esos pequeños detalles, de esos indicios.

La dimensión microhistórica enriquece la medicina narrativa en un punto clave: la dimensión social, cultural e histórica de la singularidad del enfermo. La medicina narrativa pondera la experiencia subjetiva del paciente —su sufrimiento, el significado personal de la enfermedad, la construcción narrativa de la identidad. La mirada microhistórica apuntala la noción de que el sujeto que experimenta la enfermedad es también una persona social e histórica, y su relato está colmado de huellas de esa doble condición. El médico indiciario (narrativo) está invitado a interpretar ambas.

5. La mirada indiciaria: confiando en lo singular, desconfiando de lo evidente

A partir de estas tres prácticas —el paradigma indiciario de Ginzburg, la abducción de Peirce, la microhistoria como marco para el relato clínico— es posible formular una destreza cognitiva que propongo llamar ‘mirada indiciaria’: una forma de atender que implica simultáneamente una confianza en lo singular y una desconfianza ante lo evidente.

La confianza en lo singular no debe confundirse con ingenuidad. Por el contrario, es el reconocimiento metódico de que este enfermo —en este momento, con esta historia— no es reducible a una categoría diagnóstica. Lo que lo distingue de otros pacientes con un cuadro idéntico no es ruido estadístico a ser eliminado o infravalorado, sino información valiosa que espera ser leída. La medicina basada en evidencia opera sobre poblaciones; la mirada indiciaria opera sobre individuos. Claramente, no deben ser contradictorias, sino complementarias.

La desconfianza en lo evidente, por su parte, no es escepticismo. Se postula como una forma de rigor epistemológico. El cuadro clínico claro y evidente —el síntoma que grita, el diagnóstico que encaja sin fricción— puede ser exactamente lo que parece. Pero la mirada indiciaria sospecha de esa claridad, no porque lo evidente sea siempre falso, sino porque es consciente de que lo que se presenta como evidente ha pasado ya por un proceso de selección o sesgo —del paciente, del médico, del sistema nosológico— que

puede haber dejado algo afuera. Y lo que quedó afuera suele, o al menos puede, ser lo más revelador.

Esta doble postura —confianza en lo singular, desconfianza en lo evidente— define una práctica clínica que permanece atenta a dos registros simultáneos: el del relato explícito, lo que el paciente vino a decir; y el del relato implícito, lo que el paciente dice sin ser consciente de que lo dice, lo que sitúa en los márgenes de la narración sin jerarquizarlo como relevante. Es lo que se pone sobre la mesa casi como un descuido, como algo al azar. Es en ese segundo registro donde los indicios viven, es allí donde la mirada indiciaria debe aprender a detenerse.

La medicina, en este sentido, podría no considerarse una profesión; más bien sería una ligera incapacidad para aceptar la evidencia silenciosamente y seguir haciendo vida normal. *“La filosofía, en este sentido, no es una profesión: es una ligera incapacidad para aceptar la evidencia con buena educación y seguir haciendo vida normal.”* (Palomares [2026](#))

6. El *connoisseurship* clínico: epistemología de un saber tácito

Ginzburg toma del mundo del arte el concepto de *connoisseurship*² —la pericia del conocedor— para designar la forma de saber que subyace al paradigma indiciario. El *connoisseur* es quien, ante una pintura, sabe distinguir lo auténtico de lo falso, el original de la copia, sin necesidad de articular exhaustivamente los criterios que guían su juicio. Morrelli, por ejemplo, reconoce los originales mediante los detalles, las comisuras de los ojos, los detalles de los dedos, etc.

Sabe, pero no siempre puede explicar del todo cómo lo sabe. Su conocimiento es, en parte, tácito —en el sentido preciso que Michael Polanyi dio a esa expresión: “Sabemos más de lo que somos capaces de expresar.” (Polanyi [1966](#), p 4). Gran parte de nuestras habilidades, comprensión y juicio provienen de experiencias internalizadas que son imposibles de codificar o explicar completamente con palabras.

En la clínica, este saber tácito se manifiesta en la capacidad que los médicos experimentados reconocen en sí mismos y en sus maestros de percibir que algo en el relato del paciente no encaja. Un detalle que merece atención, aunque no figura en ningún protocolo. Es el ojo atento que se detiene donde el algoritmo pasa de largo. Puede asimilarse a la expresión “ojo clínico”, sin agotarla completamente. Esta expresión referida a la pericia

² El *connoisseurship* es la habilidad o el juicio experto que posee un entendido (un “connoisseur”). Se basa en la profunda erudición y experiencia sensorial para evaluar las evidencias que tiene ante sí. Podría asimilarse a experto, perito o baqueano. Sabiduría fundada en la experiencia.

de un médico, no proviene de una mera intuición irracional. Es una forma de conocimiento adquirida mediante años de exposición a pacientes reales.

Se trata de la capacidad —que, cual más, cual menos, conocemos— de reconocer patrones clínicamente significativos a partir de indicios sutiles, integrados en una percepción global que el profesional no siempre es capaz de explicitar acabadamente.

Muchos de nosotros somos testigos de que el *connoisseurship* clínico se transmite por contagio más que por instrucción: se aprende mirando trabajar al maestro, practicando bajo su tutela, desarrollando una sensibilidad que solo da y afina la experiencia compartida.

Este es el punto donde lo indiciario ilumina con mayor precisión la pedagogía de la medicina narrativa: lo que los talleres de escritura reflexiva, el “*close reading*”³, la historia clínica paralela y el hábito de frecuentar la literatura cultivan no es solo empatía o comprensión humana. Es el *connoisseurship*: la disposición cognitiva que permite percibir los indicios que el relato aporta sin saber que lo hace, y que solo puede ser adquirida por la vía de la práctica sostenida y reflexiva de la escucha atenta.

La literatura funciona, en este marco, como un gimnasio para la mirada indiciaria. Leer cuentos, novelas, crónicas, biografías, etc. no humaniza al médico en un sentido vago. Lo entrena en la percepción de lo que esos textos dicen más allá de lo enunciado, en la atención a los detalles que los personajes no ponderan, pero que el narrador propone como indicios, en la tolerancia a la ambigüedad narrativa que toda historia clínica también posee.

7. Indicio y síntoma: dos lógicas de lectura

Debemos formalizar claramente la distinción entre indicio y síntoma, ya que la misma es conceptualmente central para la argumentación de este trabajo. Ella convierte el paradigma indiciario en una herramienta operativa para la práctica clínica; va unos pasos más allá de ser un aporte epistemológico.

El síntoma, en la tradición médica, funciona dentro de un sistema nosológico⁴ cerrado: apunta hacia una enfermedad definida, categoriza al paciente en un cuadro pre-existente y opera —inevitablemente en muchos casos— borrando al individuo en favor de la categoría. Este olvido del sujeto no es un defecto, sino una consecuencia del modo

³Término que los estudios literarios emplean para referirse a la lectura atenta y pormenorizada.

⁴De nósos (νόσος): enfermedad y lógos (λόγος): tratado, estudio, clasificación racional. Nosología significa literalmente «estudio o clasificación de las enfermedades», y nosológico designa todo aquello que pertenece a ese ámbito clasificatorio.

de conocimiento clasificatorio: Pensemos en que, para que el síntoma diga algo sobre la enfermedad, olvide decir algo acerca del enfermo en particular.

El indicio, en cambio, no pertenece a un sistema cerrado. Es una señal singular que el intérprete debe leer en su contexto específico, sin tener garantías a priori de que su lectura sea la acertada. Lo distinguen tres rasgos del síntoma médico convencional: individualiza en lugar de clasificar; es frecuentemente marginal, involuntario, no controlado —lo que el paciente dice al pasar, lo que no consideró como relevante—; y su lectura resulta imposible de reducirse a la aplicación de un protocolo, sino que requiere de la habilidad y perspicacia del *connoisseurship*.

No proponemos abandonar el síntoma, sino releerlo indiciariamente. El síntoma sigue siendo el punto de entrada clínico por excelencia. Pero el médico con mirada indiciaria no se detiene en lo que el síntoma dice dentro del sistema nosológico: se pregunta también qué dice ese síntoma —en este paciente particular, con esta historia singular, en este contexto propio— sobre lo que no está en ningún manual. La medicina clínica clásica lee síntomas; la medicina narrativa invita a escuchar historias. La medicina con mirada indiciaria lee las historias como si fueran síntomas y los síntomas como si fueran historias.

8. El paradigma indiciario como sostén de la medicina narrativa

La relación entre el paradigma indiciario y la medicina narrativa no es una mera adición, aspira a convertirse en fundamento. Esa relación puede articularse en cinco niveles.

- 1) Fundamento histórico. La escucha indiciaria no es una innovación del siglo XXI ni un aporte novedoso de las humanidades a la medicina. Es una forma de conocimiento propia de la medicina hipocrática: aquellos primeros médicos afirmaban que solo observando atentamente y registrando con minucia todos los síntomas era posible confeccionar historias precisas de las enfermedades singulares, puesto que la enfermedad es, en sí misma, inasequible (Ginzburg 2008, p167). La medicina narrativa no propone nada nuevo, intenta recuperar algo que la modernidad postergó, o al menos diluyó.
- 2) Fundamento lógico. La inferencia que produce la escucha narrativa es la abducción: el médico observa en el relato un hecho sorprendente —una inconsistencia, un detalle que no encaja, una emoción inesperada— y postula una hipótesis que, si fuera verdadera, haría de ese hecho algo comprensible. Esta descripción responde a una pregunta que la medicina narrativa no se ha formulado con suficiente

precisión: ¿qué tipo de razonamiento produce la escucha atenta? No es la intuición, tampoco la empatía, es la abducción: la única inferencia que introduce ideas genuinamente nuevas.

- 3) Fundamento epistemológico. El paradigma indiciario que ocupa el rol central en ese texto justifica cognoscitivamente la existencia de un saber clínico que opera por otros medios que la deducción y la inducción sin ser por ello menos riguroso. El “*rigore elastico*” del paradigma indiciario —la expresión es de Ginzburg— no es debilidad epistemológica: es la condición de posibilidad de un conocimiento que las otras formas de inferencia, precisamente por su rigor duro, no pueden producir. Se trata de un rigor no fundado en reglas rígidas y universales, sino en una evaluación cuidadosa, crítica y contextualizada de signos e indicios. Dicho de otro modo: Un rigor que se flexiona caso por caso, que admite zonas de incertidumbre, conjetura, márgenes de error y que, sin embargo, no es arbitrario ni renuncia a la pretensión de conocimiento. Se adapta al objeto: no impone desde afuera un método único, sino que opera por aproximaciones sucesivas, se construye en el acto interpretativo, siempre revisable. Es el caso del cazador que lee huellas, el médico que lee síntomas, el conocedor de arte que lee un lóbulo de oreja: todos ejercen una forma de conocimiento que es seria y disciplinada, pero que no puede aspirar a la exactitud matemática sin traicionar su objeto.
- 4) Fundamento pedagógico. El *connoisseurship* explica el éxito de los métodos de la medicina narrativa: cultivan una disposición cognitiva —la capacidad de percibir indicios en el relato del paciente— que no puede adquirirse por vías puramente formales. Los métodos citados de la medicina narrativa: la escritura reflexiva, el *close reading*, la lectura de literatura son prácticas formativas del *connoisseurship* clínico. Darles a estas prácticas el valor que les corresponde, permite diseñarlas con mayor intencionalidad pedagógica.
- 5) Fundamento ético. Finalmente, hay una dimensión ética que el paradigma indiciario hace explícita. La confianza en lo singular —como postura epistemológica— implica una obligación ética: la de no sacrificar al individuo en favor de la categoría, la de sostener la atención sobre este enfermo concreto incluso cuando el protocolo ya tiene una respuesta. La mirada indiciaria es una postura concreta ante el otro, es la disposición a no reducirlo a lo que ya se sabe de él.

9. A modo de cierre: devolver el paradigma a su origen

Irónicamente, Ginzburg tomó el paradigma indiciario de la medicina —de la semiología médica, de la tradición hipocrática, de la figura del médico que lee síntomas para diagnosticar lo inaccesible— y lo devolvió desde las ciencias humanas como modelo epis-

temológico. En este trabajo proponemos el movimiento inverso: tomar el paradigma indiciario —ya enriquecido por la filosofía de Peirce, por la reflexión de la microhistoria, por los aportes de la hermenéutica y la fenomenología— y devolverlo a la clínica de donde vino.

No como metáfora, sino como herramienta. No como complemento humanístico prescindible o periférico, sino como fundamento epistemológico de un modo de practicar el cuidado médico —la escucha clínica atenta— que la medicina siempre supo hacer, pero que con frecuencia no ha sabido justificar con la precisión que merece.

En el fondo, lo que el paradigma indiciario le recuerda a la medicina en general y a la medicina narrativa en particular es algo muy antiguo y muy necesario: que el relato del enfermo es un texto, y que leer ese texto con la atención que merece requiere una disposición específica, cultivable, enseñable —la mirada indiciaria—, cuya premisa doble no ha cambiado desde los hipocráticos: una confianza en lo singular y una desconfianza en lo evidente.

10. Referencias

- Abettan, Camille. 2017. «From Method to Hermeneutics: Which Epistemological Framework for Narrative Medicine?» *Theoretical Medicine and Bioethics* 38 (3): 179-93. <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9408-x>
- Charon, Rita. 2001. «Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust». *JAMA* 286 (15): 1897-902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Dutta, Rajeev. 2025. «The limitations of narrative medicine». *Theoretical Medicine and Bioethics* 46 (3): 247-64. <https://doi.org/10.1007/s11017-025-09713-6>
- Eco, Umberto. 1994. «Los límites de la interpretación». *Diáloco: Revista de Crítica Literaria*, n.º 1: 161-64.
- Ginzburg, Carlo. 1986. *El queso y los gusanos. El cosmos según un molinero del siglo XVI*. Muchnik.
- Ginzburg, Carlo. 2008. «Indicios. Raíces de un paradigma de inferencias indiciales». *Mitos, emblemas, indicios*. Morfología e historia, 185-239.
- Greenhalgh, Trisha, y Brian Hurwitz. 1999. «Why Study Narrative?» *BMJ* 318 (7175): 48.1-50. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>
- Milota, M. M., G. J. M. W. van Thiel, y J. J. M. van Delden. 2019. «Narrative Medicine as a Medical Education Tool: A Systematic Review». *Medical Teacher* 41 (7): 802-10. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584274>

- Palomares, Joan Calvin (The Conversation). 2026. «El Aldeano de Schrödinger o Cómo Opinar Sobre El Mundo Si No Hay Con Qué Compararlo». junio 10.
<https://doi.org/10.64628/AAO.d6uxspv93>
- Polanyi, M. 1966. The tacit dimension garden city, NY. Doubleday and Co.
- Strawson, Galen. 2004. «Against Narrativity». *Ratio* 17 (4): 428-52.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9329.2004.00264.x>