

MARIO BUNGE: FILOSOFÍA Y ÉTICA PARA MÉDICOS

Mario Bunge (1919-2020), calificado como físico, filósofo, epistemólogo y humanista, hizo sus estudios secundarios en Buenos Aires, se doctoró en Física y Matemáticas por la [Universidad Nacional de La Plata](#) y estudió Física Nuclear en el Observatorio Astronómico de Córdoba. Fue profesor de Física y Filosofía desde 1956 hasta 1963 en la [Universidad de Buenos Aires](#), combinando estancias como profesor invitado en la [Universidad de Pennsylvania](#) (1960-61) y en la [Universidad de la República de Uruguay](#) (1961-62).

Desde 1963, insatisfecho con el clima político de su país, tomó la decisión de emigrar, pasando primero por universidades de México, Estados Unidos y Alemania. En 1966 se instaló definitivamente en la [McGill University](#) de Montreal (Canadá), donde se encargó de la cátedra Frothingam de lógica y metafísica. Ahora es profesor de misma Universidad en las áreas de Metafísica, Semántica, Filosofía de la Ciencia y Epistemología.

Ha sido honrado con 16 doctorados *honoris causa* otorgados por instituciones como la Universidad de Salamanca (España) en 2003, la Universidad Nacional de La Plata (Argentina) y la Universidad de Buenos Aires (Argentina) en 2008. También recibió el [Premio Príncipe de Asturias](#) en 1982 y el [Premio Konex en Humanidades](#) en 1986.

Ha publicado más de medio centenar de obras, que sería largo enumerar. Su sistema filosófico está expuesto en los ocho volúmenes que integran su Tratado de filosofía básica (1974-1989), titulados respectivamente *Sentido y referencia* (1974); *Interpretación y verdad* (1974); *El mobiliario del mundo* (1977); *Un mundo de sistemas* (1979); *Explorando el mundo* (1983); *Comprendiendo el mundo* (1983); *Filosofía de la ciencia y la tecnología* (1985) y *Ética: lo bueno y lo justo* (1989).

Nota: He seguido su libro *Filosofía para médicos*, Gedisa, Barcelona, 1ª ed. española, 2012, y una versión digital de *Ser, saber, hacer*, 2002.

1. ENFOQUE FILOSÓFICO: GENERALIDADES

La concepción filosófica de Bunge puede describirse recurriendo a una conjunción de varios "ismos": el realismo, el cientificismo, el materialismo y el sistemismo.

El *realismo* científico abarca los aspectos ontológicos, gnoseológicos y éticos. El *cientificismo* afirma que el mejor conocimiento sobre la realidad se produce a través del método de investigación científica. El *materialismo* sostiene que todo lo que existe es material y la energía es una propiedad de la materia. El *sistemismo*, finalmente, es la perspectiva de que todo lo que existe es un sistema o parte de un sistema.

A este cuarteto hay que añadir el *emergentismo*, que se caracteriza por la tesis de que los sistemas poseen propiedades emergentes que sus partes componentes no poseen y son irreducibles a propiedades de niveles de organización inferiores. Y el *agatonismo* que se refiere a la concepción de la ética basada en la máxima «Disfruta de la vida y ayuda a otros a vivir una digna de ser disfrutada» y supone que a cada derecho le corresponde una obligación y viceversa, como podremos ver más adelante.

2. LA MEDICINA NO ES AJENA A LA FILOSOFÍA

La práctica sanitaria demuestra que, aun sin saberlo, cualquier médico hace filosofía en su consulta diaria.

1. Al entrar el paciente en la consulta el médico da por sentado que tiene ante sí un ser humano real pidiendo ayuda (*realismo ontológico*) y se dispone a ayudarle siguiendo el precepto hipocrático de “favorecer o, al menos, no dañar” (*humanismo*). Además, el médico le hace una serie de preguntas y una primera observación de síntomas para saber lo que pasa (*realismo gnoseológico*) y establecer el tratamiento (*realismo praxiológico*).
2. El médico consulta la historia clínica y es probable que no crea todo lo que le dice su paciente (*escepticismo metodológico*). Además, trata de traducir los síntomas observados a signos objetivos que definen los procesos biológicos morbosos del paciente (*materialismo*). Y utilizará para ello la tecnología médica a su alcance sin perder de vista que el paciente y sus órganos no son piezas aisladas en el vacío, sino sistemas integrados en otros sistemas (*sistemismo*).
3. Tanto al diagnosticar como al recetar, el médico aplica tácitamente el postulado de que la investigación científica es la mejor vía para conocer los hechos clínicos (*cientifismo*). Cuando obtiene los datos pertinentes para formular un diagnóstico y prescribir un tratamiento está practicando la máxima “conocer antes que actuar” (*praxiología científica*). No obstante, cuando el diagnóstico y/o el tratamiento contengan errores, será necesario reiniciar el proceso clínico poniendo en práctica la regla que manda dudar cuando algo falle (*escepticismo metodológico*).
4. Por último, cualquier médico se enfrenta con frecuencia a problemas éticos y morales relevantes (*filosofía moral*). En esos casos tanto el médico como el paciente tienen que optar por alguna ética, siendo conscientes que el principio «disfruta de la vida y ayuda a vivir» (*agatonismo*) es el que mejor condensa el humanismo de la ética médica.

Y añade nuestro autor lo siguiente: «... el buen médico, a diferencia del curandero, pone en práctica diariamente, en general sin saberlo, todo un sistema filosófico constituido por (1) una ontología materialista y sistémica; (2) una gnoseología realista, escéptica y cientifista; y (3) una praxiología científica y una ética humanista».

3. LA MEDICINA MODERNA COMO SISTEMA DE DISCIPLINAS

Antes de exponer la ética médica, Bunge dedica un capítulo a las medicinas tradicionales y otro a la medicina moderna. Prescindimos del primero y nos fijamos en el epígrafe titulado “enfoque sistémico” del segundo capítulo por su antropología y filosofía médicas.

La medicina moderna se distingue por dos características básicas: 1ª) está compuesta por múltiples especialidades, o sea, multidisciplinar, y 2ª) cada una de esas disciplinas médicas está estrechamente conectada a otras, es decir, las uniones de disciplinas médicas son sistemas conceptuales y prácticos.

Ese sistema de disciplinas interactúa a través de sus respectivos especialistas, porque lo que estudian y tratan es un biosistema de partes interactuantes inmerso en un entorno natural y social. La medicina incluye tres niveles (biológicos, epistémicos y sociales) y se diversifica en varios géneros: *materiales* en sentido amplio (células, órganos, sociedades...), *conceptuales* (clasificaciones, teorías...), *semióticos* o significativos (textos, diagramas...) y *técnicos* (estetoscopios, Rx, ambulancias...)

El sistemismo es una síntesis que conserva la tesis válida del individualismo (“no hay todo sin partes”) y del holismo (“las totalidades poseen propiedades globales o emergentes de las que carecen sus partes”). En ese sentido, la medicina sistémica prefiere síndromes a síntomas aislados, relaciona la parte afectada con el todo del sujeto, sitúa al cuerpo en su medio ambiente y tiene en cuenta todos los niveles de organización desde el físico hasta el social, lo cual conlleva la adopción de los siguientes principios:

1. El ser humano es un sistema de subsistemas, desde moléculas de agua y genes hasta el cardiovascular y el nervioso, y afecta a todo el cuerpo. Moraleja médica: *«todo examen médico completo abarca el cuerpo íntegro y su entorno social»*.
2. Todos los subsistemas del cuerpo humano están conectados entre sí directamente (por tejidos) o indirectamente (por sangre y hormonas) e interactúan entre sí. Moraleja médica: *«todo tratamiento, por local que sea, tiene efectos distales, algunos de los cuales son adversos, por lo cual nunca habrá terapias perfectas»*.
3. Toda enfermedad es una disfunción de uno o más órganos y toda enfermedad crónica es concomitante con otros trastornos. Moraleja médica: *«todo tratamiento médico debe proponerse la recuperación de las funciones normales de las partes afectadas, así como evitar efectos adversos en las demás»*.
4. La salud mental es la del cerebro y por consiguiente es parte de la salud total. Moraleja médica: *«no se descuiden los posibles efectos mentales (la ansiedad y la depresión, por ejemplo) de males crónicos y tratamientos drásticos»*.
5. La salud individual y la salud social están entrelazadas, y la pobreza tiende a aumentar la morbilidad. Moraleja médica: *«la búsqueda del bienestar individual*

incluye el control del entorno, en particular factores como la contaminación ambiental, el hacinamiento, y la salubridad y seguridad del trabajo».

6. El médico debe evitar el pensamiento sectorial, que separa y aísla componentes que de hecho están vinculados. Esa “sectorialidad” tiende a anclarse en primeras impresiones y conjeturas, evitando o huyendo del pensamiento sistémico. Moraleja médica (que no incluye Bunge): *«el tratamiento del paciente no afecta sólo a una parcela o sector, a una patología, sino a todos los subsistemas que componen el sistema del individuo humano».*

En resumen, el holismo une, pero confunde; el individualismo distingue pero aísla; sólo el sistemismo une sin confundir en la siguiente fórmula: *«Todo cuanto existe y todo lo pensable es un sistema o una parte de algún sistema»*, es la base del humanismo o agatonismo como fundamento de la ética médica.

4. AXIOLOGÍA, ÉTICA Y PRAXIOLOGÍA

La filosofía práctica, tradicionalmente ligada con la ética, tiene que incluir la axiología, la praxiología, la metodología y la filosofía política, asumiendo que todas esas disciplinas tienen como objetivo “normar” la conducta humana. Nosotros vamos a centrarnos en la axiología, la ética y la praxiología, siguiendo su obra *Ser, saber, hacer (2002)*.

4.1. La axiología

Se centra en la teoría de los valores y tiene como base la ontología naturalista y la gnoseología realista, como bases del materialismo: *«Ello significa que hay que ubicar los valores en los cerebros de los individuos y no en el reino fantasmagórico de las ideas».*

1º. Conceptos de valor

Un objeto puede ser valioso de tres maneras: objetivamente, subjetivamente, o de ambas maneras. Hablar de valores en sí, antes que de objetos valiosos, es cometer el error conceptual de la reificación, como cuando se habla de la verdad, la belleza o la justicia en sí mismas. Dicho con mayor precisión, añade Bunge, *«el valor básico de un objeto es la medida en que satisface una necesidad básica; y que el disvalor básico de un objeto es la medida en que genera una necesidad básica».* Esas precisiones permiten, por un lado, comparar los valores entre sí y establecer su grado de preferencia y, por otro lado, ponderar los efectos valiosos o “disvaliosos” de la acción humana.

2º. Tipos de valor

Hay valores de diferentes tipos o clases (biológicos, psicológicos, epistémicos, estéticos, morales, sociales y económicos, entre otros), lo cual hace que sea dudosa la posibilidad de construir una única “tabla” de valores, desde el inferior hasta el superior como se ordenan los números. Además, si no pueden ordenarse, tampoco pueden compararse entre sí.

Carece de sentido preguntarse si una sonata de Mozart es más o menos valiosa que una comida, por ejemplo, pero tiene sentido preguntarse cómo un individuo dado compara esos bienes en una situación determinada. Hay valores supraindividuales y universales, pero el acto de valoración es individual y situacional: tiene sentido preguntarse qué cosas o sucesos son más valiosos que otros para un individuo en una circunstancia concreta.

3º. Hecho y valor

Desde que se formuló la famosa “falacia naturalista” (D. Hume), admitimos que hay un hiato lógico entre el ser y el valer, pero suele ignorarse que cruzamos esa brecha conceptual cada vez que actuamos para alcanzar algo valioso, es decir, la acción conduce de lo actual a lo deseado o debido. Es más, la acción racional, a diferencia de la irracional o impulsiva, está precedida de estudios, deliberaciones, elecciones y decisiones. Se trata de un procedimiento típico de la técnica, cuyo núcleo es el diseño de cosas, procesos y planes de acción, o sea, la técnica es el arte y la ciencia del tránsito de lo que es a lo que debería ser. En consecuencia, es posible y deseable justificar racional y empíricamente la elección de valores, así como elaborar reglas de conducta que incorporen valores previamente pasados por el tamiz de la ciencia y de la técnica.

4.2. La ética

Los temas preferentes de la ética filosófica son tres: 1º) las reglas o normas, 2º) la norma máxima, y 2º) los derechos y deberes.

1º. Las normas morales

Son invenciones sociales “normalizadas” que se adoptan y reforman para responder al bienestar individual y favorecer la justicia, la convivencia, la cohesión social, la paz y otros valores sociales. Sólo las normas convencionales, tales como las reglas de etiqueta, carecen de justificación o fundamento objetivo.

Las normas no son verdaderas ni falsas, sino eficaces o ineficaces para alcanzar ciertas metas. Esto no implica que tengan necesariamente la forma de imperativos puesto que cualquier norma puede expresarse en forma declarativa. Por ejemplo, “No matarás” puede traducirse a “Es malo matar”. Por eso algunas normas morales pueden cuestionarse cuando no se ajustan a la realidad social o al saber actual.

Las normas morales son de dos tipos: universales y particulares (tribales o clasistas). Los mandamientos bíblicos son tribales y clasistas. En cambio, las normas de equidad y de reciprocidad son universales. Sólo estas últimas son sostenibles porque, lejos de imponer deberes o de conceder solamente derechos, proponen pares derecho-deber.

2º. La norma máxima

Todo código moral es piramidal, en el sentido de que está encabezado por alguna norma máxima, tal como “Cumple con tu deber” (ética kantiana) o “Maximiza tu utilidad” (ética utilitarista). No hay por qué elegir entre estas dos normas; ambas son buenas y es posible combinarlas. Una norma que las sintetiza es «*Disfruta de la vida y ayuda a vivir*». Ésta es la

norma máxima de la ética concentrada en el término “agatonismo” como búsqueda de lo bueno para uno mismo y para los demás. Esta norma combina la moral kantiana con la moral utilitarista y el egoísmo con el altruismo: es una máxima «yotuísta», dice Bunge.

3ª. *Derechos y deberes*

Los derechos y los deberes pueden clasificarse en legales y morales. Nos vamos a fijar en los segundos. Un derecho moral es la capacidad de satisfacer una necesidad básica (como dormir o asociarse) o un deseo legítimo (como mejorar el estilo de vida sin infringir derechos básicos ajenos). Análogamente, un deber moralmente exigible es el de ayudar a otros a ejercer sus derechos morales legítimos. Asimismo, hay derechos morales básicos y derechos morales secundarios. «Un derecho moral es básico si su ejercicio contribuye al bienestar del agente sin impedir a otras personas que ejerzan el mismo derecho. Un derecho moral es secundario si contribuye a la felicidad razonable de alguien sin interferir con el ejercicio de los derechos primarios de otras personas». Por ejemplo, todos tienen derecho básico a comer, pero el derecho a estudiar filosofía es secundario.

Los deberes también son paralelos: «Si una persona tiene un derecho moral primario a algo, otra persona tiene el deber de ayudarla a ejercerlo si ninguna otra puede hacerlo en su lugar. Y si una persona tiene un derecho secundario, otra tiene el deber moral secundario de ayudarla a ejercerlo si ninguna otra puede hacerlo en su lugar». Por ejemplo, yo tengo el deber primario de llevar a un accidentado al hospital si no hay una ambulancia a mano. Y tengo el deber secundario de ayudar a alguien a estudiar filosofía si no hay una escuela de filosofía a mano.

Las definiciones anteriores están en la base de las normas siguientes:

N 1: Todos los derechos y deberes morales básicos son inalienables, excepto cuando son motivo de contrato entre adultos conscientes y libres y bajo la supervisión de una tercera parte capaz de hacer cumplir el contrato.

N 2: Las normas legales y convencionales deben supeditarse a las normas morales.

N 3: i) Los derechos y deberes primarios tienen precedencia sobre los secundarios; ii) los deberes primarios privan sobre los derechos secundarios; iii) en caso de conflicto entre un derecho y un deber, se tiene derecho a elegir cualquiera, sujeto a la condición ii.

Estos tres postulados normativos implican varias consecuencias lógicas importantes:

1ª. Teorema 1 (consecuencia de las normas 1 y 2): Todo derecho implica un deber.

2ª. Corolario 1 (consecuencia del Teorema 1 y la norma 1): Todos tienen algunos deberes.

3ª. Corolario 2 (consecuencia de los deberes paralelos): Todos necesitan la ayuda de otros para satisfacer sus necesidades básicas y algunos de sus deseos.

4ª. Teorema 2 (consecuencia de lo anterior): el principio de la ayuda mutua o *quid pro quo* es recíproco, es decir, ayudar implica ser ayudado y viceversa.

4.3. La praxiología

Se caracteriza, en primer lugar, por ocuparse de la acción humana en general, es la filosofía de la praxis, y, en segundo lugar, se caracteriza por tener en cuenta el valor moral de la acción: distingue las buenas acciones de las malas y de las moralmente indiferentes.

El concepto general de acción puede aclararse así: una cosa (animada o inanimada) actúa sobre otra si modifica su historia (o sucesión de estados). La acción humana es un caso particular del concepto general de acción y ocurre cuando el agente es un ser humano.

1ª. Acción racional y acción moral

Acción racional es «*la que se diseña y ejecuta a la luz del mejor conocimiento pertinente*». Las técnicas se ocupan precisamente de esto: de diseñar programas de acción racional, ya sea para construir artefactos o para desencadenar procesos controlados. Pero la racionalidad no basta: es preciso que el agente se ajuste a un código moral mínimo. Lo menos que se le pide es que no dañe a terceros y lo más es que sea solidario, o sea, que ayude al prójimo a ejercer sus derechos morales. Por consiguiente, la acción moral es aquella en la que «*se tiene en cuenta el valor moral de la acción*» y nos permite distinguir entre buenas acciones, malas acciones y acciones moralmente indiferentes.

Por tanto, cuando se evalúa un proyecto de acción que puede afectar a otros, hay que hacerlo a la luz de dos grupos de criterios: técnicos y morales. Esto vale, en particular, para la acción política, que incluye un nuevo proyecto de sociedad basado en los pilares siguientes: 1) La moral agatonista, que se resume en la norma máxima «*Disfruta de la vida y ayuda a vivir*»; 2) La consigna de la Revolución Francesa: «*Libertad, igualdad, fraternidad*» o, mejor aún, «*solidaridad*», y 3) Los hallazgos más sólidos de las ciencias y técnicas sociales, desde la sociología hasta la administración de empresas.

2ª. Ordenamiento de las acciones por su valor

El concepto de utilidad o valor subjetivo nos permite ordenar las acciones conforme a su utilidad. Un claro ejemplo es la acción intencional que se puede analizar en función de los conceptos de objetivo "O", insumo "I" (conjunto de bienes empleados en la producción de otros bienes), y resultado "R". Dicho de otro modo, depende del concepto subyacente de "eficiencia" "e", es decir, de que los resultados deseados se adecúen a los objetivos de la acción. Una acción tiene eficiencia mínima cuando no alcanza ninguno de sus objetivos ($e = 0$) y tiene eficiencia máxima cuando $R = O$. El llamado resultado colateral o no deseado, sea beneficioso o nocivo, designa la diferencia entre conjuntos. Así pues, «podemos estipular que una acción es tanto más racional cuanto es más eficaz ... obviamente, este concepto de racionalidad es amoral».

5. LA ÉTICA MÉDICA

Nuestro autor está convencido de que la ética médica occidental ha emergido de manera explícita con el [Juramento Hipocrático](#), donde aparecen los principios de "no dañar" y

“asistir a los enfermos” que los escritos hipocráticos recogen en la conocida expresión de “ayudar o, al menos, no dañar” (*Epidemias* I, XI). Hasta comienzos del siglo XX apenas ha cambiado, pero, a partir de entonces, los avances en medicina han sido tan rápidos y profundos que han dado lugar a dos hechos básicos: 1º) en el campo de la medicina se ha producido un desarrollo mucho mayor que durante los siglos anteriores, y 2º) la ética médica se ha tenido que enfrentar a multitud de nuevos problemas.

Y para sentar las bases de lo que posteriormente llamará “ética médica individual y “ética médica social”, presenta el siguiente mapa de corrientes éticas contemporáneas: 1ª) Éticas religiosas: no reconocen (“casi ninguna de ellas”, asegura Bunge) derechos ni promueven los valores sociales modernos como libertad, igualdad, solidaridad, etc.; 2ª) Deontología: no promulga los derechos del hombre ni exalta la igualdad ni la integración social; 3ª) Contractualismo: no se aplica a quienes arriesgan su vida por otros sin un contrato previo o sin esperar riquezas y «es un insulto al sacrificado médico rural y al voluntario de Médicos sin Fronteras», dice Bunge; 4ª) Utilitarismo: es incapaz de justificar la moralidad de las acciones espontáneas ni, menos aún, de las altruistas; 5ª) Individualismo radical: sólo reconoce al individuo y a lo individual...no existe la sociedad ni los bienes sociales; 6ª) Globalismo: ignora al individuo a expensas del Partido y/o del Estado... sólo es bueno lo que favorece a estos últimos; y 7ª) Humanismo o agatonismo, como combinación o equilibrio entre egoísmo y altruismo, cuya máxima «*disfruta de la vida y ayuda a vivir*» es la única filosofía capaz de fundamentar la ética médica.

La ética que hoy se enseña en las facultades de medicina va más allá de la ética kantiana, aunque suele recibir el nombre de “deontología”, puesto que incluye una serie de contenidos que no recogía la deontología tradicional. El deber de todo médico, saber lo que hace, es correlativo al derecho del paciente a recibir asistencia sanitaria.

5.1. La ética médica individual

Dado que la ética humanista es la única que protege y promueve los derechos y deberes de las personas, M. Bunge está convencido de que su aplicación a la medicina comporta una serie de normas especiales seguidas de sus respectivas consecuencias.

N1. «Todo ser humano consciente es dueño de su propio cuerpo»

Consecuencias; 1) derecho a la muerte digna y al suicidio mientras no se dejen deudos sin recursos; 2) los niños no son propiedad de sus padres, y las mujeres tampoco son propiedad de sus padres, maridos ni patrones; 3) la mujer tiene derecho a tomar anticonceptivos y a abortar a condición de no dañar a ningún ser humano de más de siete meses contando desde su concepción; 4) son inmorales los programas y las actuaciones de ciertas empresas para patentar genes humanos.

N2. «Todos tenemos el derecho moral a la asistencia médica»

Consecuencias: el Estado tiene la obligación de garantizar la asistencia sanitaria o de sufragar el coste económico del seguro médico de todos los ciudadanos.

N3. «Todos tenemos el deber moral de cuidar la salud propia y del prójimo, así como de mantener nuestro entorno en buen estado sanitario»

Consecuencias: 1) descuidar la propia salud compromete o arriesga la de los demás, y 2) eso mismo vale para quienes contaminan el medio ambiente natural.

N4. «El trabajador de la salud debe asistir a sus pacientes usando solamente medios aprobados por la investigación biomédica a su alcance»

Consecuencias: 1) se protege la salud de la población poniéndola “a salvo de los charlatanes”, y 2) el progresivo encarecimiento de los recursos sanitarios de calidad pone el dedo en la llaga de la desigualdad cuando hay sociedades donde la salud se puede comprar...por quien puede hacerlo. «¿Qué pensaría Hipócrates, que instaba al médico a tratar a todos por igual?», añade Bunge.

N5. «Los trabajadores de la salud procurarán respetar la norma de W. Osler: “Seguridad absoluta y pleno consentimiento”»

Consecuencias: 1) obliga a no confundir enfermos con cobayas; 2) derecho del paciente a participar en la toma de decisiones que le afectan; 3) los heridos y enfermos graves no pueden ejercer este derecho y su suerte queda en manos de terceros; 4) cuando las víctimas son numerosas, como en caso de guerra o accidentes masivos, el profesional sanitario se ve obligado a asignar prioridades (el *triage*) teniendo en cuenta que el criterio más justo, en general, es que «lo importante vale más que lo urgente».

N6. «Es deber de los médicos proteger a sus pacientes de las exigencias de sectas religiosas y pseudomedicinas que pongan en peligro su salud»

Consecuencias: 1) Protegerse contra el sectarismo y la charlatanería como parte de la defensa de la sociedad secular y de la cultura moderna; 2) el turismo médico no supervisado entraña graves riesgos para la salud; 3) la venta de tratamientos con células madre no validadas por pruebas clínicas controladas, ni autorizadas por la autoridad sanitaria, atentan contra la medicina científica y la ética médica; 4) los poderes públicos deben intervenir cuando un individuo se resiste a ser vacunado por causas de salud pública o cuando se niega a un hijo una transfusión de sangre para salvar su vida.

N7. «Los trabajadores de la salud tienen derecho a asegurarse contra juicios por errores médicos, así como a agruparse en sindicatos»

Consecuencias: Además de que es necesario reconocer que errar de buena fe es humano, esta norma implica dos derechos: 1) el médico debe protegerse de litigios injustos, y 2) hay que proteger al médico de la explotación que le pueden hacer el Estado y ciertas empresas de salud e implica, a su vez, otros dos deberes: 1) tomar decisiones prudentes y respaldadas por el mejor conocimiento disponible, y 2) garantizar la continuidad de los servicios médicos durante las huelgas.

5.2. La ética médica social

Mientras que la ética médica individual se ocupa directamente de la salud de cada

individuo, la ética médica social se ocupa de las acciones colectivas dirigidas a proteger el bienestar individual. Son acciones que ocurren en la calle, en los centros de salud y en los hospitales, en los parlamentos, en los laboratorios de investigación y en las empresas farmacéuticas, por ejemplo, y se han multiplicado y agudizado desde finales del siglo XIX con la instauración del Estado de Bienestar. Problemas éticos en la industria farmacéutica:

1º. El uso de voluntarios en ensayos clínicos masivos

Se realizan algunos ensayos clínicos masivos que violan derechos humanos supeditados a la adquisición de conocimientos pagados a buen precio, y que no tienen visos de solución porque los Gobiernos se inclinan ante el enorme poder de la industria farmacéutica. Quizá la mejor salida sea exigir que todos los ensayos clínicos se hagan bajo la supervisión de las autoridades sanitarias y en universidades u hospitales públicos.

2º. El elitismo de la farmacopea contemporánea

Sólo los habitantes del “primer mundo” y los individuos de las clases superiores de resto del mundo tienen acceso y pueden comprar los productos farmacéuticos, que llegan únicamente a dos de cada siete habitantes del planeta. El resto de la humanidad no sólo carece de posibilidades para acceder a esos fármacos, sino que, además, las grandes industrias del ramo no producen remedios contra la mayoría de las enfermedades del “tercer mundo”. A esas industrias *«les conviene mucho más promover Viagra y antidepresivos que diseñar fármacos para tratar enfermedades de pobres»*.

3º. La escasez de fármacos genéricos

Es otro de los conflictos entre lo privado y lo público. La causa principal es, en el fondo, el hecho de que las empresas farmacéuticas son, por definición, sociedades de lucro y no de beneficencia. A la industria farmacéutica le interesa mucho más fabricar productos patentados. Y, puesto que en las llamadas “sociedades avanzadas” le corresponde al Estado proteger la salud pública, también le toca garantizar la provisión de los medicamentos como una de las funciones habituales de la sanidad.

Y Mario Bunge concluye con las siguientes palabras: *«... por ser el bien máspreciado después de la seguridad, la salud es también el que más se presta tanto al acto altruista como a la explotación... es preciso que tanto el Estado como las asociaciones de bien público controlen la práctica médica y de la industria farmacéutica para proteger a los más vulnerables: los enfermos... En todas las sociedades, la mayoría de los médicos son responsables y a menudo abnegados. Cumplen sus deberes porque aman su profesión: porque su profesión es su vocación. Cumplen así, sin saberlo, la máxima humanista “disfruta de la vida y ayuda a vivir”»*.

Algunos comentarios a la *Filosofía para médicos* de M. Bunge

1º. Es de gran interés la posición sobre el debate mente-cerebro, que viene manteniéndose desde hace varias décadas. Según nuestro autor, «lo mental es cerebral...

la mente es una colección de funciones cerebrales...» (una de sus obras más representativas al respecto es *El problema mente-cerebro*, 1980). El núcleo de tal polémica es el siguiente: ¿se identifica la mente con el cerebro, estructura orgánica reducible a mecanicismo físico? ¿Se identifica el yo, la autoconciencia personal con un órgano corporal, con una entidad fisicoquímica?

La posición de Bunge se basa en su materialismo emergentista. “*Materialismo*” por cuanto todo lo que existe realmente es material... el mundo real es material. Las ideas existen, pero no autónomamente... dependen de los sujetos pensantes que son cosas materiales.... son “*cerebros*”. Y “*emergentista*” porque los sistemas poseen propiedades nuevas o emergentes que sus partes componentes no poseen y son, por tanto, irreducibles a propiedades de niveles de organización inferiores. Las propiedades mentales emergen de las biológicas y son irreducibles a ellas, irreducibles a lo fisicoquímico.

La tesis idealista (todo cuanto existe es ideal o espiritual) y la tesis dualista (lo mental, anímico o espiritual es diferente de lo corpóreo) forman parte de la religión, del idealismo filosófico, de negocios tales como el psicoanálisis y la llamada *New Age* y, además, tampoco son tesis científicas, pues, por hipótesis, el alma o mente, por ser inmaterial, es inaccesible a los instrumentos de observación y medición. Y justo ahí es donde reside el problema, porque si de los sistemas (materiales) emergen propiedades nuevas como la vida... o la mente... o lo anímico... o lo psíquico... o lo espiritual... o el alma, esa “nueva propiedad” que él mismo llama “*inmaterial*” contradice sus presupuestos materialistas e incurre tanto en el idealismo como en el dualismo que rechaza.

2º. Carece de sentido afirmar que la “falacia naturalista” de D. Hume se refiere a la brecha insalvable entre “ser” y “valer” (o valor), sencillamente porque el filósofo inglés ponía en contraposición insalvable el “ser” y el “deber”, pero nunca el “valor”. Llámese como se llame a este último (objetivo, subjetivo, primario, secundario...), lo que es, el ser de algo puede o no ser valioso, sea cual sea la razón que se alegue al respecto, pero no conlleva la obligación o deber de actuar de una manera concreta. Y así, por ejemplo, el ser humano no implica el deber de actuar como humano de una sola manera única y excluyente: lo humano para Osama Bin Laden no era lo mismo que para Nelson Mandela.

3º. Asimismo, es lógico relacionar la acción racional con la técnica, pero no es tan lógico identificarlas entre sí, como termina haciendo Bunge, porque la acción racional incluye la técnica, pero abarca más que ésta. La acción sanitaria es racional, técnica y, además, es una comunicativa, interpersonal y moral, porque está definida por un bien inherente: curar, cuidar. Esos componentes necesitan de la técnica, pero la sobrepasan con mucho.

4º. Mario Bunge utiliza el término “bioética” en cuatro ocasiones, pero sin justificar ni decir nada acerca de su aparición, necesidad, principios, fortalezas y debilidades. ¿Da por sentado que la bioética no es más que la versión actual de la ética médica, o una disciplina sin mayor relieve, o un mero academicismo anglosajón? No hay respuestas.

5º. La descalificación de las “éticas religiosas” se basa en desconocimiento del autor o quizá a sus prejuicios: 1º) porque no todas esas éticas pueden meterse en el mismo saco; 2º) porque en algunas de ellas, como las cristianas occidentales, los mandamientos que contienen no son “tribales o sexistas”, como asegura Bunge (incluso por mucho sexismo y machismo que puedan seguir rezumando)... basta con que cualquier lector examine la segunda parte de los mandamientos bíblicos; 3º) porque ese ha sido el “*humus*” sobre el que se basa una razonable propuesta [Hacia una ética mundial](#) (Declaración de Chicago 1993) ; y 4º) porque esas mismas religiones han apostado por los derechos humanos, cosa que se puede comprobar en la encíclica “*Pacem in terris*” de Juan XIII (1963), por ejemplo.

6º. La descalificación de la “ética deontológica”, estrechamente relacionada con la moral kantiana, carece de precisión y también de conocimiento. El valor de la dignidad de la persona y la obligación de no tratarla como “medio” sino como “fin” en sí misma, es decir, la exigencia universal de no instrumentalizarla procede de la filosofía de Kant, es el fundamento de los derechos humanos, está en la base de las actuales Constituciones de las sociedades democráticas de derecho y es el núcleo de la bioética.

7º. Obedece también a un notable desconocimiento la afirmación de que la ética médica que se enseña actualmente en las facultades de medicina «*suele llamarse deontología*», dada la amplitud y rapidez con se está implantando la Bioética como puede verse, por ejemplo, en nuestras páginas sobre [“Bioética en España 3: las Universidades”](#) y [“Bioética en América Latina”](#). Además, el contenido de los actuales “códigos deontológicos” de ética médica conservan los principios de la ética hipocrática al tiempo que recogen múltiples aspectos que no aparecían en la deontología tradicional.

8º. El “agatonismo” es un término de raíces griegas (*agathós*: bueno, recto...), que no existe en lengua española. Ha sido creado por Bunge para sintetizar el significado ético que le otorga al humanismo y a su máxima “disfruta de la vida y ayuda a vivir”. Sin embargo no explica qué es ese humanismo “yotuísta”, como él dice, y por qué su norma máxima es la de “disfruta de la vida..., y no es “trata a todos los seres humanos con la igual consideración y respeto” de R. Dworkin, por citar un ejemplo, o la antiquísima Regla de Oro, o la [“justicia equitativa”](#) de J. Rawls.

9º. La N1 del ap. 5.1: Bunge incluye aquí varias consecuencias, como “la esclavitud es inmoral y los ‘crímenes de honor’ son aborrecibles”, “la pena de muerte y la conscripción militar obligatoria son inadmisibles”, “derecho al matrimonio y al celibato”, “el estupro y las obligaciones de matar y de procrear para la patria son inadmisibles” y el “Estado tiene el deber de controlar la natalidad, porque la superpoblación genera pobreza y pone en peligro a la naturaleza”, que no forman parte de la ética médica. Y lo curioso es que Bunge no explica por qué se sale del marco de lo que él llama ética médica.

10º. La N5 del ap. 5.1: Es muy dudoso afirmar que “los heridos” no tengan derecho al consentimiento informado y en el caso de “los enfermos graves” dependa de su estado de gravedad, o sea, de su capacidad para tomar decisiones. En cuanto al criterio “lo importante vale más que lo urgente” es claro, práctico y útil (para un médico militar, en

situación de guerra, es más importante garantizar los primeros auxilios a los soldados que pueden sobrevivir que a los soldados moribundos, probablemente), pero hay ocasiones en las que lo urgente vale más que lo importante, como sucede en el caso de que para cualquier médico que trabaje en África es más importante la urgencia de contar con suficientes recursos sanitarios para hacer frente a la malaria que durante 2012 causó allí casi 600.000 muertes de las que el 91% eran niños menores de 5 años.

11º. La “ética médica social” de Bunge se concentra en los problemas que giran en torno a la industria farmacéutica, reales e importantes, pero no los únicos. A la ética médica social, por definición, también pertenecen temas como ética de los sistemas sanitarios, ética de la salud pública, justicia e igualdad en el acceso a los recursos sanitarios, y ética de las organizaciones sanitarias, por ejemplo. Más aún, en el campo de la Bioética comienzan a publicarse cosas interesantes sobre bioética social o/y bioética y sociedad