

Mario Bunge: Filosofía y ética para médicos

Mario Bunge: Philosophy and ethics for physicians

Constantino González Quintana¹

RESUMEN

Se hace una exposición sobre las relaciones entre filosofía y medicina, así como la presencia de la filosofía en la actividad cotidiana de los médicos y las bases éticas de su ejercicio profesional, vistas desde el pensamiento filosófico de Mario Bunge.

Palabras clave: Filosofía, Sistemismo, Humanismo, Ética, Axiología, Praxiología.

ABSTRACT

It made a presentation on the relations between philosophy and medicine, as well as the presence of the philosophy in the daily activity of physicians and the ethical foundations of his professional career, views from the philosophical thought of Mario Bunge.

Key words: Philosophy, Systemism, Humanism, Ethics, Axiology, Praxeology.

INTRODUCCIÓN

Entre el numeroso y amplio elenco de publicaciones de Mario Bunge (Buenos Aires, 1919), hay una obra dedicada específicamente a exponer su pensamiento sobre las relaciones entre la filosofía y la medicina¹. Aun reconociendo que el ejercicio de la medicina “es una artesanía de alto fuste”, como dice Bunge traduciendo a su manera. el venerable y sabio “*ars sanandi*”, parece evidente que la medicina contem-

poránea es también, además, fruto del imparable desarrollo de la ciencia básica (biología, química, física...) y de la tecnología. Pues bien, cuando los profesionales sanitarios caen en la tentación de menospreciar la filosofía, “corren el riesgo de ser atrapados por filosofías no científicas, que pueden frenar o aún hacer descarrilar el tren de sus investigaciones”, asegura de manera cortante nuestro autor en otro lugar².

¹ Titular del blog académico: Bioética desde Asturias, www.bioeticadesdeasturias.com/ España.

Folio 281/2014 - Artículo recibido: 04/09/2014 Artículo aceptado: 10/09/2014

Correspondencia: Dr. Constantino González Quintana. Titular del Blog Académico: Bioética desde Asturias. Oviedo, Asturias, España. Correo electrónico: Constantinoq147@gmail.com.

1. LA FILOSOFÍA NO ES AJENA A LA MEDICINA

Parecen saberes antagónicos, pero no lo son en la práctica. Cualquier médico filosofa durante su actividad profesional¹, aun sin saberlo.

- Al entrar el paciente en la consulta el médico da por sentado que tiene ante sí un ser humano real (realismo ontológico) y se dispone a atenderle 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 las pautas de tratamiento (realismo praxiológico).
- El médico suele hacer más preguntas, consulta la historia clínica y es probable que no crea todo lo que dice su paciente (escepticismo metodológico). Además, trata de traducir los síntomas observados a signos objetivos o biomarcadores que definen los procesos 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).
- 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 surjan errores, será necesario reiniciar el proceso clínico poniendo en práctica la regla que manda dudar cuando algo falle (escepticismo metodológico).
- Por último, cualquier médico se enfrenta con frecuencia a problemas éticos y morales relevantes (filosofía moral o práctica). En esos casos tiene que optar por alguna ética, siendo consciente de que la máxima “disfruta de la vida y ayuda a vivir” (agatonismo) es la que mejor condensa el sentido ético de las profesiones sanitarias.

Y añade 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”.

2. LA MEDICINA COMO SISTEMA DE DISCIPLINAS

La medicina moderna, según Bunge, se distingue por dos características: 1^a) es un sistema de disciplinas que interactúan entre sí a través de sus respectivas especialidades, y 2^a) cada una de ellas está conectada a otras formando un sistema conceptual y práctico que estudia y trata a un organismo (el cuerpo humano) que es, a su vez, un biosistema de partes interactuantes.

Así pues, la medicina moderna forma parte de “un mundo de sistemas”³, que incluye, al menos, tres niveles (biológicos, epistémicos y sociales) y se diversifica en varios géneros de sistemas: concretos o materiales en sentido amplio (células, órganos, sociedades...), conceptuales o ficticios (clasificaciones, teorías...), semióticos o significativos (textos, diagramas...) y técnicos o artificiales (estetoscopios, radiografías, ambulancias...).

El sistemismo 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”). Es una síntesis de ambos. En ese sentido, la medicina sistémica prefiere síndromes a síntomas aislados, relaciona la parte afectada con todo el cuerpo, sitúa al cuerpo en su medio ambiente y tiene en cuenta todos los niveles de organización desde el físico hasta el social, lo que lleva a adoptar los siguientes principios:¹

- a El ser humano es un sistema de subsistemas que abarcan desde moléculas de agua y genes hasta el cardiovascular y el nervioso, por ejemplo, y afectan a todo el cuerpo. Moraleja médica: “todo examen médico completo abarca el cuerpo íntegro y su entorno social”.
- b Todos los subsistemas del cuerpo humano están conectados 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”.

- c Toda enfermedad es una disfunción orgánica y se hace crónica por concomitancia con otros trastornos. Moraleja médica: “todo tratamiento debe proponerse la recuperación de las funciones normales de las partes afectadas y evitar efectos adversos en las demás”.
- d 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”.
- e 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”.
- f 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 sistema une sin confundir y puede resumirse en la siguiente fórmula: “Todo cuanto existe y todo lo pensable es un sistema o una parte de algún sistema”.

3. LA FILOSOFÍA PRÁCTICA: PRAXIOLOGÍA, ÉTICA Y AXIOLOGÍA

Es necesario acudir a alguna obra de nuestro autor⁴ para saber cómo explica de manera muy resumida la relación entre la praxiología y la ética, y de ésta con la axiología, con el fin de “elaborar principios éticos que... respondan a las aspiraciones de la gente de carne y hueso”.

3.1. La Praxiología o Filosofía de la Praxis o de la Acción

El concepto general de acción se refiere a cualquier cosa (animada o inanimada) que actúa sobre otra modificando su historia o sucesión de estados. La acción es humana cuando el agente

es un ser humano y, además, es racional cuando “se diseña y ejecuta a la luz del mejor conocimiento pertinente”. Pero esto no basta. Es preciso que el agente se ajuste a un código moral mínimo que consiste en no dañar a terceros y practicar la solidaridad. Así pues, una acción es moral cuando se tiene en cuenta su valor moral, lo que permite distinguir entre acciones buenas, malas e indiferentes. Por tanto, la moralidad de una acción depende de su racionalidad, su valor, su código moral (mínimo) y sus normas de referencia, que luego veremos.

Es más, la acción racional, a diferencia de la irracional o impulsiva, está precedida de estudios, deliberaciones, elecciones y decisiones, cuyo objetivo es diseñar cosas, procesos y planes de acción. En consecuencia, es posible y deseable justificar racionalmente la elección de valores (axiología), así como elaborar reglas de conducta (ética) que obliguen a actuar moralmente bien. Se trata de un procedimiento típico de la técnica, que estudia Bunge en otra obra suya⁵.

La moralidad de las acciones también se puede ordenar por su utilidad en el sentido de eficiencia. Ejemplo de ello es la acción intencional analizada en función del Objetivo “O” y del Resultado “R”. Ahí está subyaciendo el concepto de “eficiencia” “e” cuando los resultados deseados se adecúan a los objetivos de la acción. Una acción tiene eficiencia mínima cuando no alcanza ninguno de sus objetivos ($e = 0$) y tiene eficiencia máxima ($e = 1$) cuando $R = O$.

3.2. La Axiología o Filosofía de los Valores

Siempre está referida a objetos a los que se atribuye algún valor. Dicho con más precisión, “el valor básico de un objeto es la medida en que satisface una necesidad básica; y el disvalor básico de un objeto es la medida en que genera una necesidad básica”. Hay diferentes tipos de valores (estéticos, morales, sociales y económicos...), lo cual hace dudosa la posibilidad de construir una única “tabla” jerarquizada de valores. Además, si no se pueden ordenar, tampoco se pueden comparar 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, universales, pero el acto de valoración es individual y contextual, o sea, está relacionado directamente con un individuo concreto en una circunstancia concreta.

3.3. La Ética o Filosofía Moral

Se ocupa de normas, derechos y deberes. Las normas morales son costumbres “normalizadas” que se adoptan para responder al bienestar individual y social: favorecer la justicia, la convivencia, la paz y otros valores sociales. No son verdaderas ni falsas, sino eficaces o ineficaces para alcanzar ciertas metas en la medida en que mandan conseguir valores básicos y efectos valiosos. Asimismo, las normas morales son de dos tipos: universales y particulares (tribales o clasistas). Los mandamientos bíblicos son típicamente tribales y sexistas. En cambio, las normas de equidad y de reciprocidad son universales y sólo éstas son sostenibles, porque no sólo imponen deberes o conceden derechos, sino que proponen pares derecho-deber.

Todo código moral es piramidal y tiene en la cima alguna norma máxima, como “cumple con tu deber” (kantismo) o “maximiza tu utilidad” (utilitarismo). No hay por qué elegir entre ellas, pues 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 que se concentra en el “agatonismo” como búsqueda de lo bueno para uno mismo y para los demás. Combina la moral kantiana y la utilitarista y el egoísmo con el altruismo: es una máxima “yotuísta”, dice Bunge.

Por otra parte, un derecho moral es la capacidad de satisfacer una necesidad básica o un deseo legítimo. Análogamente, un deber moral es el que obliga o manda ayudar a otros a ejercer sus derechos morales legítimos. Un derecho moral es básico o primario “si contribuye al bienestar básico del agente sin impedir a otras personas que ejercer el mismo derecho”. Y es secundario “si contribuye a la felicidad razonable de alguien sin interferir con los derechos primarios de otras personas”. Todos tienen derecho básico o primario a comer o asociarse, por ejemplo, pero es secundario el derecho a estudiar filosofía o mejorar el estilo de vida.

Los deberes también son paralelos, es decir, si una persona tiene un derecho moral

primario o si tiene un derecho secundario, otra persona tiene el deber de ayudarla a ejercerlo si ninguna otra puede hacerlo en su lugar. Por ejemplo, llevar a un accidentado al hospital si no hay una ambulancia a mano es un deber primario, mientras que ayudar a alguien a estudiar filosofía si no hay una escuela adecuada a mano es un deber secundario.

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

- Norma 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.
- Norma 2: Las normas legales y convencionales deben supeditarse a las normas morales.
- Norma 3: i) Los derechos y deberes primarios tienen precedencia sobre los secundarios; ii) los deberes primarios prevalecen 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: 1^a) Teorema 1: Todo derecho implica un deber; 2^a) Corolario 1: Todos tienen algunos deberes; 3^a) Corolario 2: Todos necesitan la ayuda de otros para satisfacer derechos primarios y secundarios; y 4^a) Teorema 2: el principio de la ayuda mutua o quid pro quo es recíproco, es decir, ayudar implica ser ayudado y viceversa o, de otro modo, no hacer daño y ser solidarios.

4. La Ética Médica

Nuestro autor está convencido de que la ética médica occidental hunde sus raíces en el Juramento Hipocrático, y en sus principios básicos de “no dañar” y “asistir a los enfermos” que recogen los escritos hipocráticos en la conocida expresión de “ayudar o, al menos, no dañar”⁶. Hasta comienzos del siglo XX apenas ha cambiado pero, a partir de entonces, se han producido al menos dos hechos fundamentales: el espectacular desarrollo de la medicina, mucho mayor en los últimos cien años que durante los siglos anteriores, y el hecho de que la ética médica afronta multitud de nuevos problemas como consecuencia del progreso biomédico.

Las bases de esa ética hay que buscarlas entre las principales corrientes éticas actuales: 1ª) Éticas religiosas: “casi ninguna de ellas” reconocen derechos ni promueven los valores sociales modernos como libertad, igualdad, solidaridad...; 2ª) Deontología: no promulga los derechos humanos ni defiende 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”; 4ª) Utilitarismo: es incapaz de justificar la moralidad de las acciones espontáneas y, menos aún, de las altruistas; 5ª) Individualismo radical: sólo reconoce al individuo y 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, 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.

4.1. Ética Médica Individual

El agatonismo, aplicado en medicina, genera normas y consecuencias específicas¹:

a “Todo ser humano consciente es dueño de su propio cuerpo”.

Consecuencias; 1) derecho a la muerte digna y al suicidio mientras no se dejen deudas 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 feto de más de siete meses contando desde su concepción; 4) son inmorales los programas y las actuaciones de ciertas empresas para patentar genes humanos.

b “Todos tenemos el derecho moral a la asistencia médica”.

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

c “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.

d “El trabajador de la salud debe asistir a sus pacientes usando solamente medios aprobados por la investigación biomédica a su alcance”.

Consecuencias: 1) proteger la salud de la población poniéndola “a salvo de los charlatanes”, y 2) encarecer progresivamente los recursos sanitarios acentúa el problema de la desigualdad cuando hay sociedades donde la salud se puede comprar...“¿Qué pensaría Hipócrates, que instaba al médico a tratar a todos por igual?”, añade Bunge.

e “Los trabajadores sanitarios procurarán respetar la norma de W. Osler: ‘Seguridad absoluta y pleno consentimiento’”.

Consecuencias: 1) no confundir enfermos con cabayas; 2) el paciente tiene derecho a participar en la toma de decisiones que le afectan; 3) los heridos y enfermos graves no pueden ejercer este derecho y 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”.

f “Es deber de los médicos proteger a sus pacientes de las exigencias de sectas religiosas y seudomedicinas que pongan en peligro su salud”.

Consecuencias: 1) protegerse contra el sectarismo y la charlatanería pseudomédica; 2) el turismo médico no supervisado entraña graves riesgos sanitarios; 3) la venta de tratamientos con células madre no validadas por pruebas clínicas controladas, ni debidamente autorizadas, 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 recibir una transfusión de sangre para salvar su vida.

g “Los trabajadores de la salud tienen derecho a asegurarse contra juicios por errores médicos, así como a agruparse en sindicatos”.

Consecuencias: 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. Pero todo esto implica 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.

4.2. Ética Médica Social

Este campo de la ética trata de las acciones colectivas dirigidas a proteger la salud individual y social o salud pública¹. Son acciones que ocurren en la calle, en los centros de salud y en los hospitales, en los parlamentos, en los laboratorios y en las empresas farmacéuticas, por ejemplo, y se han multiplicado desde finales del siglo XIX con la instauración del Estado de Bienestar. Bunge concentra toda su atención en torno a la industria farmacéutica:

- El uso de voluntarios en ensayos clínicos masivos, donde suelen participar inmigrantes sin familia, viola derechos humanos supeditados a la adquisición de conocimientos pagados a buen precio. Es un problema que no tiene 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, como de hecho ocurre en buena parte de Occidente.
- El elitismo de la farmacopea contemporánea, protagonizado por los habitantes del llamado “primer mundo” y los individuos de las clases superiores en el resto del mundo. Sólo ellos 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 tales posibilidades sino que, además, las industrias del ramo no orientan sus productos a enfermedades del “tercer mundo”. A esas industrias, añade Bunge, “les conviene mucho más promover Viagra y antidepresivos que diseñar fármacos para tratar enfermedades de pobres”.

- La escasez de fármacos genéricos es uno de los conflictos entre lo privado y lo público. La causa principal reside en 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 debe garantizar la provisión de los medicamentos y hacer frente a los intereses de las industrias privadas.

Y Mario Bunge concluye así: “...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... 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’¹.”

ALGUNAS MATIZACIONES SOBRE LA OBRA DE MARIO BUNGE

Aparte de otras, quizá más técnicas y pertinentes⁷, paso a exponer seguidamente algunas matizaciones que se pueden hacer, a mi juicio, sobre su filosofía y ética para médicos.

1. Utiliza el término “bioética” en cuatro ocasiones (p. 176 y 180), 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.
2. La descalificación de las “éticas religiosas” (p. 176), sin más, carece de fundamento porque: 1º) contienen normas que no son “tribales o sexistas” como lo demuestra el mandamiento del “amor al prójimo...(y) a los enemigos”; 2º) constituyen la base de una razonable propuesta sobre la posibilidad de una ética mundial⁸; y 3º) apuestan con firmeza y claridad por los derechos humanos, cosa que se puede comprobar leyendo la encíclica “*Pacem in terris*”⁹ del Papa Juan XIII (1963), por ejemplo.

3. El “agatonismo” (p. 177) es un término de raíces griegas (agathós: bueno, recto...) utilizado para sintetizar el significado humanista de la ética. Sin embargo, no explica por qué su máxima es la de “disfruta de la vida y ayuda a vivir” en lugar de otras como la antiquísima Regla de Oro, el imperativo kantiano de tratar a cada persona como un fin y nunca como un medio, o el principio de la “justicia equitativa” (J. Rawls), por ejemplo. Por otra parte, la primera parte de la máxima (“disfruta de la vida...”) no creo que sea entendida ni asumida por los millones de seres humanos excluidos sistemáticamente del disfrute de la vida.
4. Es cierto que la ética médica que se enseña en las facultades de medicina “suele llamarse deontología” (p. 177), pero la Bioética se está implantando con rapidez. Véase “Bioética en España 3: las Universidades”¹⁰ y “Bioética en América Latina”¹¹.
5. En la Norma 1 (p. 177-178) incluye varias consecuencias (que no hemos recogido más atrás), 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...”, que forman parte de la ética pero no de la ética médica. Bunge no da razones al respecto.
6. En la Norma 5 (p. 180) asegura que “lo importante vale más que lo urgente”. Es un criterio claro, práctico y útil para un médico militar en situación de guerra, por ejemplo (dar los primeros auxilios a los soldados que pueden sobrevivir que a los soldados moribundos...), pero hay ocasiones en las que lo urgente vale más que lo importante: para cualquier médico que trabaje en África, la urgencia de contar con suficientes recursos sanitarios para tratar la malaria, que durante 2012 causó casi 600.000 muertes de las que el 91% eran niños menores de 5 años, es lo realmente importante.
7. La “ética médica social” (p. 182-185) concen-

trada exclusivamente en los problemas morales generados por la industria farmacéutica, es real pero incompleta. A esa ética, por definición, también le 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 sociedad¹².

REFERENCIAS

1. Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa; 2012. p. 15-17, 57, 178-84.
2. Bunge M. Materialismo y ciencia. Barcelona: Ariel; 1981. p. 138.
3. Bunge M. Tratado de filosofía, 4, Un mundo de sistemas. Barcelona: Gedisa; 1979.
4. Bunge M. Ser, saber, hacer. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002. p. 31-61.
5. Bunge M. Ética, ciencia y técnica: Sudamericana: México; 1996.
6. Tratados hipocráticos, 5, Epidemias. Madrid: Gredos; 1989. p. 62-63.
7. Silva Aycaguer LC. Reflexiones a raíz de Filosofía para médicos, un texto de Mario Bunge. [acceso 2014-07-17]. Disponible en: http://www.lcsilva.sbhac.net/Articulos/53.Reflexiones_a_raiz_de_Filosofia_para_medicos.pdf.
8. Declaración del II Parlamento de las Religiones del Mundo. Hacia una ética mundial. Chicago: 1993 [acceso 2014-07-05]. Disponible en: http://classic.weltethos.org/pdf_decl/Decl_sp_anish.pdf.
9. Juan XXIII. Carta Encíclica Pacem in Terris. [acceso 2014-07-12]. Disponible en: http://www.vatican.va/holy_father/john_xxiii/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem_sp.html.
10. González Quintana C. Bioéticas de Asturias: Bioética en España 3: las Universidades. [acceso 2014-07-07]. Disponible en: <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/12/bioetica-en-espana-3-las-universidades.html>.
11. González Quintana C. Bioéticas de Asturias: Bioética en América Latina. [acceso 2014-07-07]. Disponible en: <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2012/12/bioetica-en-america-latina.html>.
12. León-Correa FJ (coord.). Bioética y Sociedad en Latinoamérica. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2012.