

Mario Bunge y su *Filosofía* para médicos

Rafael Alarcón Lavín*



El propósito del presente texto es ofrecer, en mi calidad de médico y como activista, una breve reflexión crítica sobre el libro *Filosofía para médicos*,¹ del físico y filósofo Mario Bunge, fallecido a principios de año.²

Limitaré el análisis y la reflexión a partir de la dedicatoria del libro; ya que ahí, en el enlace de esas 34 palabras, podemos develar algunos de los elementos (falaces, medias verdades, incongruencias y falta de información) que se repiten durante los diez capítulos posteriores del libro; no obstante, para complementar

¹ Mario Bunge, *Filosofía para médicos*. Gedisa, Barcelona, 2012, 207 pp.

² Este texto fue inicialmente pensado para el centenario de Bunge y agradezco a Víctor Hernández la invitación para ofrecerlo a la presente revista. Mi labor como activista consiste en asesorar a médicos y parteras tseltales y tsotsiles, en Chiapas, desde hace 39 años.

* Médico. Asesor del área de mujeres y parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C. (OMIECH).

Fecha de
recepción:

2020-01-18

Fecha de
aceptación:

2020-03-05

CHA
MI
ZAL

030

mis observaciones, retomaré algunos juicios de estos capítulos. Este pequeño ejercicio lo haré con el propósito de que, en aportaciones futuras, el pensamiento médico/filosófico de Bunge sea analizado a la luz de una reflexión crítica y duda socrática, fundamentadas en un espíritu epistemológicamente más profundo, para ser redimensionado a la luz de una “filosofía para médicos” sin posiciones maniqueas y con el propósito de encontrar los caminos para imaginar una medicina verdaderamente materialista, sistémica, realista, científica y humanista.³

Aclaro que no estoy en contra de la “medicina científica” *per se*, ni de los avances que ha logrado en el campo clínico individual y social. Estoy en contra de quienes la han utilizado con fines de acumulación de capital y de proselitismo para llevarla a ser la única que deba, y pueda, resolver todas las enfermedades de la humanidad, a costa de desaparecer otras medicinas existentes, aunque éstas no utilicen en su totalidad el método científico. Tampoco pretendo caer en la posición maniquea de Bunge, la cual plantea una contradicción irresoluble entre la “medicina científica” (basada en evidencias científicas) y las medicinas que incluye en la bolsa del “Curanderismo actual”: “terapias”, “tradicionales”, “no convencionales”, “arcaicas”, “alternativas”, de “chamanes o médicos brujos”.⁴

El objetivo general, e implícito, del libro está centrado en un prejuicio: la medicina científica o biomedicina debe ser la única que exista en este planeta. Uno de los mecanismos para lograrlo estará encaminado a eliminar las “medicinas tradicionales, primitivas y arcaicas”⁵ y, uno de sus instrumentos, es este volumen. Bunge escribe para atizar la batalla epistemológica y ontológica dentro de la medicina, para que sus ideas y propuestas sean retomadas no únicamente por médicos, si no también por estudiantes de medicina y tomadores de decisiones con cierto poder para crear leyes y normas médico-sanitarias en una biopolítica inmediateista y en un ambiente mundial donde el neoliberalismo está en crisis.

No obstante, la mayoría de los lectores en el ámbito médico y biopolítico, y bien lo sabe Bunge, navegan en un mar donde no visibilizan completamente las fallas, dislates e intenciones del autor. Bunge, en un plano por demás beligerante, plantea y propone una guerra frontal, emprendida desde la “medicina científica”, contra las medicinas “arcaicas”, sin la más mínima posibilidad de tregua. En su concepción sanitaria beligerante no cabe la posibilidad de una síntesis de las medicinas existentes. Esta idea tiene rasgos de su historia familiar, principalmente de su padre, al cual Moreno lo identifica como un militarista justificador de la guerra alemana (primera

³ Bunge, *Filosofía...*, ed. cit., p. 195.

⁴ *Ibid.*, p. (363).

⁵ *Ibid.*, p. 119.



guerra mundial), supremacista étnico, con “la asociación de virtudes privadas ligadas a referencias religiosas nos indican que estamos frente a un socialista con un discurso conservador”.⁶

En este tenor llevaré a cabo mis reflexiones y dudas sobre la dedicatoria, tratando de aclarar algunos dislates propios de quien se introduce a la medicina (no siendo propiamente médico) con una asesoría inadecuada. Cito: “En memoria de mi hermana Eva, tan lista como hermosa y cariñosa, muerta a los nueve meses de edad de gastritis, enfermedad que 20 años después se hubiera curado con una dosis de penicilina”.

Teniendo en cuenta que a Bunge le interesa sobremanera, y propone en primer término, definir las enfermedades “antes de ordenar clases, o clasificarlas”⁸, debió haber definido que entiende por gastritis. Nosológicamente

es un padecimiento inflamatorio delimitado al estómago⁹ y se define como “una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica”.¹⁰ Si en ciertas enfermedades, como las gastritis, quienes aplicaban la ciencia médica en el primer cuarto de los años 20, en Argentina, tenían dificultades para delimitar si la lesión se ubicaba en

un área específica del estómago, o ésta se continuaba con el duodeno, ¿debe Bunge afirmar que su hermana falleció debido a una gastritis? ¿No será que lo más cercano a un juicio “científico” hubiera sido un diagnóstico presuncional

“ En memoria de mi hermana Eva, tan lista como hermosa y cariñosa, muerta a los nueve meses de edad de gastritis, enfermedad que 20 años después se hubiera curado con una dosis de penicilina. ”

Mario Bunge,
Filosofía para médicos.

un área específica del estómago, o ésta se continuaba con el duodeno, ¿debe Bunge afirmar que su hermana falleció debido a una gastritis? ¿No será que lo más cercano a un juicio “científico” hubiera sido un diagnóstico presuncional

⁶ Claudia de Moreno, “¿Cultura o civilización?: Augusto Bunge y la Primera Guerra Mundial”. *Épocas*, 5 (2012), p. 47.

⁷ En su biografía no se encuentra ninguna alusión extra a este hecho. Los dos renglones en cursiva son los que preferentemente analizaré.

⁸ M. Bunge, *Filosofía...* ed. cit., p. 70 (363).

⁹ El estómago forma parte del aparato digestivo. Es un bolsa situada entre el duodeno y el esófago, que tiene la forma de una J mayúscula. Su parte superior colinda con la porción inferior del esófago, a través de su músculo denominada cardias; en la porción inferior, a través de su porción pilórica, colinda con el duodeno, que es la porción superior del intestino delgado.

¹⁰ Mario Valdivia Roldán, “Gastritis y Gastropatías”. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 1, 31 (enero-marzo, 2011), p. 38.

de gastritis o gastroenteritis¹¹ de etiología desconocida?¹²

La definición de una enfermedad nos da el conocimiento para poder, a través de la historia clínica del paciente, llegar al diagnóstico, el cual puede ser presuncional o seguro. Y, precisamente, la otra preocupación filosófica de Bunge es llegar al diagnóstico: “Creo que el más difícil de esos problemas es el del diagnóstico, porque es un problema inverso: va de la observación de síntomas a la conjetura de mecanismos casi siempre ocultos”.¹³ Y será más difícil si, en el interrogatorio, se ignora que es un signo en relación a un síntoma. Bunge refiere que “El médico intentará traducir los *síntomas* que siente el paciente a *signos o indicadores objetivos*”.¹⁴ En el interrogatorio clínico el médico interroga y el paciente le refiere los síntomas; los signos el médico logra percibirlos con sus sentidos sin necesidad que el paciente se los refiera. El médico no trata de “traducir” los síntomas en signos. Como lo explica Foucault,¹⁵ la clínica médica nació de la matemática aplicada a la experiencia que previamente tenían los clínicos sobre las características de los síntomas y los signos, lo que hicieron los médicos/filósofos fue

únicamente sumar signos y síntomas para poder conformar los síndromes o enfermedades.

Debido a que Bunge no definió adecuadamente qué es una gastritis, por consiguiente no pudo haber llegado a un diagnóstico de certeza, lo que le debió haber impedido emitir el juicio de que su hermana falleció por gastritis. En la medicina “científica”, si no se llega a un diagnóstico certero no es posible aplicar un tratamiento certero. Si Bunge no pudo llegar a un diagnóstico certero de la supuesta gastritis de su hermana, por consiguiente no debió concluir que falleció debido a que aun en los años veinte no existía la penicilina en el cuadro de medicamentos.

La conclusión de Bunge refiere, silogísticamente como buen científico biomédico, que su hermana “se hubiera curado con una dosis de penicilina”. Si la premisa diagnóstica es dudosa, no se debe afirmar que se hubiera salvado con una dosis de penicilina. Actualmente es sabido que un tratamiento incompleto, de una sola dosis de penicilina, provoca resistencias bacterianas; además, si hubiera sido gastritis o gastroenteritis no se recomienda el uso rutinario de anti-

¹¹ OMS, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). [En línea]: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release [Consulta: 16 de diciembre, 2019].

¹² Ambas con definiciones parecidas, pero no iguales, en relación a su localización anatómica. La gastritis es delimitada al estómago; la gastroenteritis, como su nombre lo indica, incluye al intestino delgado. La clasificación de gastritis por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), onceava revisión del año 2018, presenta aproximadamente 51 tipos de gastritis, en base a estudios clínicos, endoscópicos e histopatológicos

¹³ M. Bunge, *Filosofía...* ed. cit., p. (363)

¹⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁵ Michel Foucault, *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (trad. Francisca Perujo). Siglo XXI, Buenos Aires, 20 ed., 2001, 293 pp.

bióticos, agentes antidiarreicos y antieméticos; y puede causar daños.¹⁶ Su hermana nació en 1924, y murió a los nueve meses del nacimiento; Bunge afirma que si hubiera nacido 20 años después, en 1944 (cuando ya iniciaba la comercialización de la penicilina) se hubiera salvado. No obstante, en esa época, en los países sudamericanos, la penicilina se utilizaba únicamente por vía parenteral en “bacteremia por estafilococo aureus, infecciones locales por estafilococo sin respuesta a los sulfonamidos, infecciones estreptocócicas y neumonía neumocócica, de igual conducta, meningitis y empiema por neumococos, estreptococos o estafilococos y endocarditis bacteriana subaguda”,¹⁷ no en gastritis ni en gastroenteritis.

Si, científicamente, se ha demostrado la participación de múltiples determinantes bio-sociales en los procesos salud/enfermedad/cuidado, ¿cuáles fueron esos determinantes sociales y familiares que participaron en la muerte de su hermana? No lo sabemos, ya que Bunge, en su autobiografía, no hace ni una referencia a este hecho. Lo que si sabemos es lo que el historiador de la medicina en Argentina y América Latina, Diego Armus, retrata sobre el ambiente social, político y médico en el cual estaba inmersa y participaba la familia Bunge. Describe como, en la sociedad urbana argentina de las últimas cuatro décadas

del siglo XIX y hasta la mitad del XX, se instaló y enraizó, importada del positivismo médico europeo, la ideología de la “cultura higiénica” la cual promovía, a través de todos los medios sociales de comunicación existentes y, obligaba, imponiendo leyes y normas oficiales de salud pública, a adoptar una “higiene social” que la protegiera contra las enfermedades infecciosas, con el propósito de “...la aceptación por parte de la mayoría de la sociedad de un nuevo código higiénico para la vida diaria [...] la higiene personal y colectiva se constituyeron en prácticas civilizatorias y de socialización”.¹⁸ Un objetivo implícito de esta ideología salubrista, entre los años veinte y cuarenta, era:

...ofrecer a la élite un entorno urbano seguro y controlable desde el punto de vista epidémico [...] El discurso de la cultura y el hombre higiénico fue alentado por educadores, médicos y burócratas. Aún más que la educación, fue un asunto que invitaba al consenso y definía un terreno donde lo que decían liberales, socialistas, radicales, católicos, conservadores activos en la reforma social, incluso algunos anarquistas, encontraba notables coincidencias y superposiciones. Esta suerte de catecismo higiénico, se suponía, debía ofrecer una herramienta para incorporarse a la vida de la ciudad moderna.¹⁹

¹⁶ Elizabeth Jane Elliott, “Acute gastroenteritis in children”. *BMJ*, 334 (January 6, 2007), p. 35. [En línea]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764079/> [Consulta: 16 de diciembre, 2019].

¹⁷ Óscar Correa, “La penicilina. Sus propiedades y usos”. *Revista Chilena de Pediatría*, 1, 15 (enero, 1944), p. 69.


¹⁸ Diego Armus, “Cultura higiénica, corsés, discursos médicos y seducción femenina en la historia de la tuberculosis”, en H. Cardona y Z. Pedroza, (Comp.), *Al otro lado del Cuerpo. Estudios de biopolítica en América Latina: Buenos Aires, 1870-1950*, Uniandes, Bogotá. 2014, pp. 275-277.

¹⁹ *Ibid.*, p. 279

Ya que en su libro *Filosofía para médicos*, Bunge recomienda a los médicos siempre ejerciten el planteamiento de hipótesis, siguiendo su consejo me atrevo explicitar una: Siendo el padre de Bunge médico y diputado, promotor prolífico de leyes y reglamentos higienistas para promover la prevención de las enfermedades infecciosas en Argentina,²⁰ tenía una responsabilidad profesional y social de prevenir la “gastritis infecciosa” de su hija. Por consiguiente, los argumentos utilizados por Mario Bunge, para explicar la causa de la muerte de su hermana, debido a la inexistencia del descubrimiento de la penicilina, son utilizados para exculpar a su padre médico y diputado higienista, de este deceso.

Las medicinas existentes, científicas y no científicas, deben ser entendidas en su historia, estructura y función

Los argumentos utilizados por Mario Bunge, para explicar la causa de la muerte de su hermana, debido a la inexistencia del descubrimiento de la penicilina, son utilizados para exculpar, a su padre médico y diputado higienista, de este deceso.

social actual para luego intentar complementarlas en un plano de conocimiento científico, producto de estudios interdisciplinarios/cuali/cuantitativos diseñados en un proceso de inclusión y articulación, que nos validen, o no, los elementos de las diferentes medicinas. La inclusión se refiere a la cantidad, calidad y pertinencia en la participación de las ciencias, según las circunstancias, lugares y tiempos; la articulación implica mecanismos de interacción caracterizados por contradicción, cooperación, circularidad e intercambios de fundamentos éticos, marcos epistémicos, conceptuales y metodológicos, objetivos, instrumentos, técnicas y recursos humanos y materiales, para generar un lenguaje heterogéneo (en lo individual) e híbrido (en lo comunal) congruente con un diseño flexible y aplicable al contexto específico del problema planteado.²¹ 

²⁰ C. Moreno, art. cit.

Augusto Bunge fue un médico y diputado, socialmente ubicado y reconocido. Empezó importantes cruzadas contra las epidemias de sífilis y tuberculosis

²¹ Luis Carrizo, Mayra Espino Prieto *et al.*, “Transdisciplinariedad y Complejidad en el Análisis Social”. UNESCO, 70 (2004), 68 pp. [En línea]: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001363/136367s.pdf>; Miguel Martínez Miguélez, “Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad”. *Opción*, 65 (2011), pp. 45 – 80; Agustín de la Herrán, “Complejidad y Transdisciplinariedad”. *Educação Skepsis*, 2, 1, (2011), pp. 294-320; Agustín de la Herrán, “Fundamentos de Racionalidad Compleja: Aplicación al Ámbito Científico”. *Encuentros multidisciplinares*, 6, 2 (2000), pp. 60-72; José Aureliano Betancourt, “Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 34 (2013), pp. 359-63; Rolando García, “Interdisciplinariedad y sistemas complejos”. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1, 1 (2011), pp. 65-101 y Maura Paula Spina Prieto, “Complejidad, transdisciplina y metodología de la investigación social”. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 38 (julio-septiembre, 2007), pp. 29-43.