

La transformación de la ética médica

Torres León J.M.¹

Sanid. mil. 2011; 67 (2): 131-134; ISSN: 1887-8571

RESUMEN:

La ética médica, basada en un modelo paternalista y con raíces en la filosofía aristotélica, dominó la forma de practicar la medicina hasta bien avanzado el siglo XX. Los acontecimientos provocados por la segunda guerra mundial y los cambios sociales de este siglo, proporcionaron argumentos suficientes para la irrupción de la filosofía en los problemas relacionados con la ética médica. El principialismo, en especial el principio de autonomía, y la teoría del consentimiento informado, cambiaron el carácter tradicional en la que se apoyaba la relación médico-enfermo. Lejos de quedar asentado, el principialismo no ha resuelto la esencia de los problemas éticos que con frecuencia se plantean en la actualidad. Las exigencias sociales e individuales sobre lo que hoy se espera que la medicina logre, colisionan frecuentemente con la forma de entender el médico su profesión. El argumento ético que sustente la actuación de un médico por el bien de su enfermo se ha convertido, en no pocas ocasiones, en una fuente de incertidumbre para la profesión.

PALABRAS CLAVE: Ética médica. Principialismo. Medicina del deseo.

The transformation of medical ethics

SUMMARY:

Medical ethics based on a paternalistic model inspired by aristotelic philosophy, prevailed in medical practice well into the 20th century. The events of the Second World War and social changes of the century provided enough arguments for philosophy to burst into medical ethics related issues. Principlism, especially the principle of autonomy, and the theory of informed consent, changed the traditional character of the relation physician-patient. Far from being established principlism has not solved the essence of the ethical issues that often appear nowadays. Individual and social demands about expected medical advances often clash with the physicians' understanding of their profession. The ethical argument to support the physicians' behavior for the good of the patient, in quite a few occasions, has become a source of uncertainty for the physician.

KEYWORDS: Medical ethics. Principlism. Wish-fulfilling medicine.

Los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos han proporcionado una capacidad, antes inimaginable, de intervenir en las esferas más esenciales del hombre: su nacimiento, su muerte, sus ilusiones. Los problemas morales, sobre las posibilidades que la medicina ofrece, han dejado al médico «de a pie» alejado del debate argumental ético y en muchos casos con el único amparo de su pasión en la defensa de una forma de actuar que tradicionalmente se ha considerado correcta.

LA ÉTICA CLÁSICA

Para analizar los preceptos morales, que han sustentado la práctica médica, es necesario hacer referencia a la filosofía aristotélica. La ética clásica no indagó en las cuestiones propias de la profesión médica, sin embargo su tutela se vio reflejada en las normas morales recogidas en el corpus hipocrático.

El juramento hipocrático es el origen de todos los códigos de deontología que han regulado la actuación médica en la cultura occidental. Este conjunto de normas, elaboradas por los propios médicos, incluye preceptos morales que han permanecido inalterados hasta la actualidad (el secreto médico, la búsqueda del bien para el enfermo, el no dañar) y

prohibiciones de ciertas prácticas, algunas de ellas de plena actualidad, (el aborto, la eutanasia). La práctica médica, según el corpus hipocrático, debe adornarse por la que se considera una virtud esencial del médico: la prudencia o juicio práctico que debe hacer reflexionar al médico sobre lo correcto en cada caso. Sin embargo, los principios que orientan la opción moral no fueron objeto de los médicos de la época. Hipócrates no sometió a los médicos de la escuela de Cos a los condicionamientos de un consenso social, ni de comisiones o consejos. Más bien intentaba vincularles a unas normas incondicionales de conciencia.

Este modelo paternalista, basado en la beneficencia y un ejercicio profesional asentado en las virtudes, permaneció casi inalterado hasta la mitad del siglo XX. Los textos hipocráticos sólo sufrieron pequeñas variaciones fruto de la inclusión de preceptos religiosos, cristianos y judíos. Las corrientes filosóficas que con la Ilustración separan lo científico de lo religioso, iniciaron una etapa de conflictos éticos sociales que sin embargo no tuvieron gran calado en la forma tradicional de ejercer la medicina.

LA TEORÍA DE LOS PRINCIPIOS

A partir de los años 60 el modelo paternalista empieza a ser cuestionado. Las causas que propiciaron las dudas sobre el modelo tradicional son varias:

- El avance de la ciencia médica favoreció el aumento y la complejidad de los problemas éticos en medicina, novedosos en gran parte.
- El cambio en los valores morales de la sociedad, el pluralismo social y la desconfianza en las instituciones dieron paso a la aparición

¹ Tcol. Médico. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Dr. Juan M. Torres. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército sn. 28047 Madrid.

Recibido: 13 de agosto de 2010

Aceptado: 24 de marzo de 2011

de asociaciones de consumidores y movimientos pro derechos civiles. De esta forma los médicos se encontraron sin una guía fiable para la toma de decisiones morales, más aún cuando las mismas podían tener trascendencia legal y ser contraria a las reconocidas por los tribunales. Esta situación, antes no contemplada, de peligro real a la hora de ejercer la medicina ayudó a la llegada de la filosofía moral como ciencia capaz de abordar de forma sistemática y objetiva los problemas éticos.

- El antecedente de los crímenes nazis en la segunda guerra mundial y el proceso de Nüremberg.

- La conmoción social que se produjo en EE.UU tras la publicación de algunos experimentos realizados en las décadas anteriores (el estudio sobre hepatitis en niños con retraso mental del Willowbrook State School o el estudio Tuskegee sobre la evolución natural de la sífilis en una población de afro-americanos).

Esta última causa propició que en 1974, el gobierno de los Estados Unidos constituyera una Comisión Nacional para el estudio de las cuestiones éticas relacionadas con la investigación médica en sujetos humanos. Su resultado fue la elaboración de un documento que vio la luz cinco años después y que se conoció como el informe Belmont¹. Este documento es en la actualidad un referente ético para la investigación médica. La Comisión señaló tres principios relevantes para la investigación sobre sujetos humanos: el respeto de las personas, la beneficencia y la justicia. El informe Belmont concluye con las condiciones para la aplicación de estos principios: El consentimiento informado, la ponderación de riesgo/beneficio de la experimentación y el criterio de justicia colectiva e individual para la selección de los participantes en la experimentación.

Aunque el informe Belmont se restringía al campo de la investigación, su publicación puso de manifiesto la intranquilidad gubernamental, social y médica sobre los problemas morales que se suscitaban en la práctica de la medicina. La filosofía comenzó a aportar a la ética médica una serie de fundamentos que en general tenían su origen en dos corrientes confrontadas: la deontológica y la consecuencialista.

Entre las teorías filosóficas, la teoría de los principios desarrollada por el filósofo británico Ross adquirió un gran predicamento. Su obra *The Right and the Good (1930)*² describe, desde una perspectiva kantiana, algunos principios morales que sin ser absolutos puedan emplearse al margen de la concepción utilitarista dominante en la época. Ross define los deberes *prima facie* como las acciones que intuitivamente sabemos que se deben cumplir. Esta teoría resultó especialmente atractiva para su aplicación en la resolución de conflictos éticos en medicina.

Dos bioeticistas, Beauchamp y Childress, publican, el mismo año que ve la luz el informe Belmont, el libro titulado *Principles of Bio-medical Ethics*³. La repercusión de esta obra ha sido tan importante que es difícil encontrar algún autor en este campo que no lo utilice o al menos no la mencione. Beauchamp y Childress insisten en que el fin de la obra no es proponer una nueva teoría moral, sino un sistema para la resolución de casos difíciles que permite el acceso desde distintas posiciones filosóficas. Con ello pretenden proporcionar un método sistemático para abordar las cuestiones éticas que se planteen caso por caso. Esta forma de analizar los dilemas morales evitaba por una parte la subjetividad y proporcionaba unas orientaciones sobre como se debía actuar y además organizaba los casos planteados de forma muy similar a la elaboración clínica de un problema diagnóstico.

Dentro de la categoría de principios *prima facie*, Beauchamp y Childress, seleccionan cuatro por ser especialmente apropiados en

la ética médica: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios tienen la ventaja de ser compatibles con teorías diferentes, consecuencialistas o deontológicas. Sin embargo, la aportación de la obra no radica en su fundamento filosófico sino en la aplicación práctica de la teoría de los principios.

El principio de respeto de la autonomía tiene sus raíces en la filosofía moderna y supuso el reconocimiento de un cambio drástico frente al tradicional paternalismo médico. Su contenido supone, sin duda, la mayor novedad de la bioética con respecto a la ética médica clásica. En su concepción ha influido notablemente el pensamiento individualista que impera en la sociedad norteamericana, algo que choca con la idea más comunitaria de la europea. Por ello, el principio de respeto de la autonomía ha sido entendido por algunos como un límite moral para la actuación del médico y una carga contraria a la beneficencia para el enfermo, que incluso puede volverse en su contra. Este principio propició el nacimiento de la teoría del consentimiento informado, que indudablemente ha transformado la práctica de la medicina.

El principio de no-maleficencia, es un principio que no aparece como tal en el informe Belmont, pero pertenece a la más antigua tradición de la ética médica. Su formulación clásica, *primum non nocere*, está claramente señalada en el Juramento Hipocrático. Beauchamp y Childress admiten que intuitivamente la obligación de no ocasionar un daño sería previa a la de causar un beneficio. Sin embargo, en determinadas situaciones las obligaciones de beneficencia tendrían prioridad sobre las de no-maleficencia. Otro concepto directamente relacionado con este principio es la negligencia. Los autores de la obra la entienden como «ausencia de la atención debida» e incluye también evitar aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para otros. En la formulación de este principio, al igual que en los otros, es fácil entrever que el interés por las cuestiones legales juega un papel importante en el nacimiento del principialismo.

El principio de beneficencia ha sustentado la forma tradicional de entender la relación médico-paciente hasta no hace mucho. Su supremacía como regla del ejercicio médico ha desaparecido conforme ha crecido en importancia el valor que se le concede a la autonomía del enfermo. Beauchamp y Childress distinguen entre beneficencia como «la obligación de actuar en beneficio de los otros» y benevolencia como una virtud que «nos pone en disposición de estar siempre dispuesto a actuar en beneficio de otro». Es decir la benevolencia se entiende más como hábito, en la línea de las virtudes aristotélicas, y la beneficencia como obligación por razones que incluso pueden ser utilitaristas.

El principio de justicia es el más distante de la ética médica tradicional. Beauchamp y Childress relacionan este principio con el problema de la justicia distributiva y sus consecuencias: La regulación del acceso a los servicios o la distribución de los recursos médicos escasos. El médico se convierte de hecho en un gestor obligado a seleccionar los enfermos que pueden acceder a una determinada prestación o a racionar bienes sanitarios escasos.

Entre los principios no existe jerarquía alguna y esto hace que con cierta frecuencia se presenten conflictos entre los mismos cuando se analiza un caso concreto. En caso de conflicto entre los principios habrá que realizar una *ponderación* de la importancia de cada uno, según las circunstancias concretas; y mediante la llamada *especificación* obtener reglas menos indeterminadas, más cercanas al problema moral concreto con la intención de facilitar la decisión moral. El modo de fundamentar este planteamiento se hace mediante la *moralidad común*, lo que las personas corrientes piensan sobre la vida moral y sus normas. En definitiva, el principialismo es un

método para poder afrontar los problemas de una forma estructurada con un fundamento moral tan frágil que lo hace admisible por pensamientos filosóficos muy diferentes.

La teoría del principialismo ha calado tanto en la práctica de la medicina que puede afirmarse que la ética médica ha sido «principialista» hasta finales del siglo XX. En ello ha influido su difusión a través de los cursos de bioética impartidos en el Instituto Kennedy de ética de la Universidad de Georgetown y su posterior expansión en las escuelas de medicina americanas y europeas. De hecho, no es infrecuente que sea el marco de referencia de los Comités de Ética españoles para analizar conflictos morales. Sin embargo sus limitaciones, sobre todo en el plano moral, han sido objeto de críticas que han abierto paso a otras teorías.

Unos de los aspectos criticados del principialismo es su frágil fundamentación filosófica. El hecho de ser aplicables a concepciones tan diferentes como el utilitarismo, la ética kantiana, teorías individualistas o la ética del «cuidado» ponen de manifiesto su inconsistencia. Esto hace que a la hora de estudiar casos concretos se tomen elementos de una u otra teoría, según convenga, para su solución. Es decir, el principialismo esquiva su adhesión a una teoría moral y este relativismo parece muy moldeado por aspectos de puro legalismo. El único fundamento ético propuesto por Beauchamp y Childress es el de «moralidad común» un concepto criticado por maleable y que podría conducir a la justificación de comportamientos médicos cuanto menos discutibles. En descarga de esta carencia del principialismo hay que decir que esta dificultad no es fácil de superar y de hecho está por ver que exista un pensamiento filosófico capaz de enfrentarse al vasto campo de la ética médica sin entrar en contradicciones.

La dificultad a la hora de aplicar los principios también es objeto de polémica. Los principios son tan generales que a veces resulta difícil su aplicación a un caso concreto. Pero la mayor dificultad para su uso surge de la falta de un orden jerárquico. Las soluciones para resolver el problema de la primacía de alguno de los principios han variado según diferentes autores: Engelhardt⁴ otorga a la autonomía el mayor rango, Thomasma y Pellegrino⁵ creen que la beneficencia debe ser el principio prioritario, Diego Gracia considera la justicia y la no maleficencia en un rango superior⁶.

Las críticas en relación con el contenido de los principios se han centrado sobre todo en el principio de autonomía. La principal dificultad para aplicar el principio de autonomía radica en establecer los límites del mismo y en su conciliación con el principio de beneficencia que tradicionalmente ha liderado la relación médico-paciente. Volcar totalmente la balanza de las decisiones del lado del paciente supone desde luego un alejamiento de la tradición médica. Este principio suscita múltiples problemas entre los que destacan la concepción del médico como un prestador del servicio requerido por un «paciente-cliente» y los problemas derivados de la valoración de la competencia del enfermo.

Beauchamp y Childress reconocen el peligro de caer en un concepto fuerte de autonomía, y utilizan por ello otros instrumentos que servirían de contrapeso. Entre ellos ocupa un lugar principal el concepto de calidad de vida, que consideran un «concepto ético esencial». La calidad de vida juega un papel importante a la hora de tomar decisiones en relación a enfermos incompetentes y también es el elemento clave para establecer si un tratamiento es obligatorio u optativo. El significado de calidad de vida es en sí mismo un concepto muy vago y no hay indicaciones precisas sobre el modo en el que hay que entenderlo. Por otra parte es un concepto que se presta a la manipulación por un tercero por lo cual es dudosa su utilidad como un instrumento válido desde el punto de vista ético.

Parece evidente que el principialismo tiene carencias difícilmente salvables. Su valor como teoría que sustente las decisiones clínicas es endeble, pero su valor como método es indudable.

LA CRISIS DE LA ÉTICA MÉDICA EN EL PERÍODO ACTUAL

Hablar de crisis en la ética médica supone hablar de la falta de una estructura filosófica que la sostenga. El problema no solo afecta a la medicina, es algo que incumbe a la ciencia en general, pero en el caso de la medicina sus consecuencias tienen un mayor alcance por lo que su práctica pone en juego.

Las razones del momento actual tienen que ver con la desilusión generalizada respecto a las tesis de la modernidad que durante más de dos siglos han dominado la escena de la ciencia. La Ilustración y el influjo del pensamiento de Descartes aspiraron a explicar la realidad en términos exclusivamente naturales. Su modelo no fue otro que el paradigma de la certeza. Según este modelo la realidad no esconde ningún secreto cuando se utiliza la razón y un método científico adecuado. Estas ideas tuvieron continuidad en pensadores como Hume y la teoría positivista de los filósofos del círculo de Viena que influyeron de forma decisiva en lo que se ha denominado filosofía de la ciencia⁷. Sin embargo, el positivismo comenzó a tener dificultades por su exigencia inherente de verificar todo avance en el conocimiento. De esta forma la necesidad de confirmar lo que de siempre se había considerado cierto *a priori* condujo a poner en duda la propia noción de la verdad.

La crisis de la modernidad se relaciona con acontecimientos históricos como el Mayo francés o la caída del muro de Berlín. El post-modernismo actual no es en sí una corriente única. Aunque los términos no son aceptados de una forma generalizada, uno de los frutos de la post-modernidad es el denominado post-estructuralismo o tardomodernismo con conclusiones en las que se intuye el legado de Nietzsche:

- El tiempo entendido como una sucesión de instantes.
- Se niega que haya una verdad única, la verdad es solo una apariencia.

Momento	Deseo	Solución médica
Comienzo de la vida	No engendrar un hijo Tener un hijo sin tener una pareja Tener un hijo tras una histerectomía Tener un hijo con un determinado sexo	Píldora del día después Inseminación a partir un banco de gametos «Útero de alquiler» Diagnóstico pre-implantatorio para la selección sexual
Vida adulta	Un sexo distinto al cromosómico Modificar la propia fisonomía. Mayor rendimiento físico	Cirugía para la reasignación de sexo Medicina y cirugía estética Doping
Final de la vida	Morir Inmortalidad	Eutanasia Técnicas criogénicas

- Las palabras tienen diferentes significados según la concepción del que las utiliza.
- El placer en sí mismo, no como fruto de una acción, es lo prioritario.
- No existe un marco de referencia.

Esta concepción, de la vida misma, ha tenido reflejo en medicina con la aparición de nuevos conceptos como el de calidad de vida, una cuestión tan personal y variable que puede tener importantes repercusiones en la práctica médica.

En el año 2006 un psicólogo alemán, Matthias Kettner, acuñaba el término de «medicina del deseo» (*Wunscherfüllende Medizin*) para referirse a un conjunto de situaciones, cada vez más frecuentes, que están modificando la esencia misma de la medicina. Es indudable que la tradicional idea sobre la enfermedad, como alteración del curso de la naturaleza, se ha transformado en un proceso muchas veces subjetivo y a veces la medicina es un recurso para lograr una aspiración que no tiene que ver con el reestablecimiento de la salud. Además, los avances tecnológicos en el campo diagnóstico y sobre todo terapéutico han dado la oportunidad de abordar muchos de estas pretensiones. Esta idea puede relacionarse con un fenómeno social al que el filósofo Charles Taylor denomina «política del reconocimiento»⁸ que no es otra cosa que el compromiso político de permitir y ayudar a que cada cual pueda conseguir lo que cada uno entienda como su verdadera identidad o autenticidad.

Las situaciones que se derivan de este planteamiento resultan a veces discordantes: El servicio de ginecología de un hospital puede tener en su cartera de servicio una consulta de infertilidad que atiende el deseo de tener hijos de una pareja y por otra parte tiene que satisfacer la demanda de abortar en caso de un embarazo no deseado.

Estas nuevas perspectivas pueden progresar a otros aspectos como la «medicina del perfeccionamiento» o en un mayor grado a la «medicina del perfeccionamiento transhumano»⁹, una opción posthumanista que aspira a la mejora de la especie homo sapiens mediante la manipulación científica, a la cual se le concede un poder ilimitado.

De esta forma la relación médico-paciente se convierte no sólo en la de un prestador de servicios sanitarios y un cliente, sino que además transforma el propio objeto de la medicina que se orienta no hacia la curación sino a satisfacer un deseo de perfección o mejora.

Los modelos de deseos que pueden verse satisfechos por la medicina afectan a múltiples aspectos de la vida y con objetivos a veces contrapuestos, Quirós y Puerta en un artículo reciente lo apuntan con claros ejemplos¹⁰ (Tabla):

El relativismo ético del postmodernismo ha tenido su repercusión en la sociedad occidental, acrecentado por el hecho de la multiculturalidad. La filosofía política ha establecido una primacía de lo «correcto» sobre lo «bueno», esto último queda restringido al ámbito de lo privado puesto que las leyes intentan ser neutrales respecto a los intereses individuales. Sin embargo esta presunta neutralidad ha acabado en muchas ocasiones en el relativismo ético que se traduce en el permisivismo legal, la libertad entendida como *choice* para poder elegir entre diferentes posibilidades. Las cuestiones espinosas (aborto, eutanasia, investigación con embriones...) se relativizan, acaban por ser despenalizadas y con ello se crea una concepción de «normalidad» en el sentido de que lo consentido es lícito. El médico y su moral pueden quedar en una situación de desamparo que, en caso de conflicto, difícilmente pueden tener otra salida que el acogimiento a la objeción de conciencia.

Frente a la tesis de la postmodernidad han surgido otras propuestas que toman gran parte de su base filosófica en la tradición. Hans Jonas¹¹ toma la idea de la identidad personal ligada al propio cuerpo, una perspectiva defendida por el filósofo español Xavier Zubiri, a través de la distinción entre personabilidad (la realidad humana presente desde la fecundación) y personalidad (la realidad humana fruto de la potencia de la personabilidad). La fenomenología aporta razones para argumentar sobre los problemas relacionados con los dilemas del comienzo de la vida y la conciencia. La mirada hacia la tradición ha adquirido una especial relevancia en España con la ética personalista que se fundamenta en argumentos como la concepción integral del hombre y su fe en la razón humana, a la que entiende capaz de llegar a la verdad moral. Filósofos como MacIntyre¹² o Spaemann¹³ proponen la vuelta a la tradición clásica y a los modelos aristotélicos y tomistas basados en la virtud.

El momento actual de la ética médica, desde mi punto de vista, es de indefinición. La opinión de los propios médicos es quizás la menos fuerte en el debate sobre las cuestiones espinosas que atañen a la práctica de la medicina. Sin embargo, paradójicamente, hoy más que nunca recaen sobre los médicos la toma de decisiones alejadas de lo que hasta ahora era su competencia. Las aspiraciones de los ciudadanos, a veces alentadas de un modo infundado y otras amparadas por leyes, hacen complejo el ejercicio diario. Nunca antes se habló tanto de objeción de conciencia en nuestra profesión. Se impone que el médico tome la palabra con la defensa de argumentos, más que con el apasionamiento, para sustentar lo que en la conciencia de la profesión ha sido siempre su meta: pretender el bien de un enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research, «The Belmont Report». Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research DHEW Publication No (OS) 78-0012, Washington DC. September, 30, 1978.
2. Ross, W. D. *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1930.
3. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica, Barcelona, Masson, 1999. (Traduce la 4ª edición norteamericana de 1994).
4. Engelhardt H T, Rie M R. Morality for the medical-industrial complex: a code of ethics for the mass marketing of health care. *New engl J Med* 1988; 1:086-99.
5. Pellegrino E, Thomasma D. For the patient's Good: The restoration of Beneficence in Health Care. Nueva York: Oxford University Press; 1988.
6. Gracia D. Principios y Metodología de la ética. En *Bioética para clínicos*. Ed Triacastella.. Madrid. 1999: 201-202.
7. La concepción científica del mundo: el Círculo de Viena, en *Redes. Revista de Estudios y la Tecnología* 18 (2002): 103-149 (traducción directa y completa de Carnap, Rudolf, Hahn, Hans u. Neurath, Otto, *Wissenschaftliche Weltanschauung: der Wiener Kreis*, Wien: Artur Wolf Verlag, 1929). Sobre la Ciencia.
8. Taylor C. Multiculturalismo y la «política del reconocimiento». Barcelona: Fondo de cultura económica; 2003.
9. Wolbring G. The Triangle of Enhancement Medicine, Disabled People, and the Concept of Health: A New Challenge for HTA, Health Research, and Health Policy. Health Technology Assessment Unit, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, HTA Initiative 23, December 2005 (disponible en: www.ihe.ca/documents/HTA-FR23.pdf).
10. González Quirós J L. Puerta J L. Tecnología, demanda social y «medicina del deseo». *Med Clin (Barc)*. 2009; 133 (17): 671-675.
11. Jonas H. El principio vida. Hacia una biología filosófica. Madrid. Ed. Trotta 2000.
12. Mas Torres S. MacIntyre, lector de Aristóteles. *Revista de Filosofía*. 3ª época, vol. IX (1996), núm. 15, págs. 159-181. Servicio Publicaciones UCM. Madrid.
13. Spaemann R. Teleología natural y acción. Publicado originalmente con el título «Naturteleologie und handlung», en Spaemann, R. *philosophische essays*, reclam, stuttgart 1983, pp. 41-59. Traducido del alemán por Urbano Ferrer.