

La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación

Hans-Martin Sass

Interacción tradicional de la medicina con la filosofía, y de la ética con la pericia

La medicina y la filosofía no se excluyen mutuamente. De los ciclos del nacimiento, la vida, el sufrimiento, el dolor, la felicidad y la muerte surgen interrogantes esenciales sobre la existencia humana. En el ámbito profesional, estas cuestiones se abordan de acuerdo con los distintos métodos de la filosofía, la ética y la medicina.

En Occidente, el pensamiento pitagórico y en Oriente, las enseñanzas taoístas de hace casi 2 500 años sentaron las bases de una filosofía médica que acentuaba los principios de armonía y equilibrio: se consideraba que la salud y la felicidad representaban un equilibrio cósmico o una meta de armonía en la vida. La enfermedad era el resultado de algún desequilibrio, y la función de la medicina era restituir el equilibrio o la armonía, luchar contra el desequilibrio y la desarmonía, y aceptar y entender las limitaciones de la pericia médica como confines naturales de la intervención humana. Tanto el Corpus Hippocraticum como las antiguas autoridades médicas de Asia, por ejemplo, Sun Simiao en la China (1), recalcan la importancia de los estudios filosóficos para el dominio de la medicina.

El ejercicio de la medicina está orientado por principios éticos arraigados en conceptos filosóficos, tales como los de *nil nocere*, 'no causar daño', y *bonum facere*, 'hacer el bien' (al paciente). La mayor parte de los textos clásicos de medicina también establecen limitaciones en cuanto al empleo de los conocimientos médicos para ciertos objetivos. Actos como la eutanasia, el aborto, la tortura, el ejercicio del poder o la manipulación de las personas por medio de la intervención médica pueden ser excluidas de la práctica idónea y hábil de la medicina por esas restricciones de la conducta profesional. Por tradición, la ética y la pericia se aúnan en el campo de la medicina: la ética sin pericia nunca puede ser eficaz; la pericia sin ética nunca redundará en el bien del paciente.

La filosofía clásica de la medicina comprende los siguientes conceptos metafísicos: el lugar que ocupa el hombre en la naturaleza; su relación con lo Divino; la salud y la enfermedad, y los conceptos epistemológicos y metodológicos de diagnóstico, clasificación, evaluación de riesgos y tratamiento. La ética médica clásica establece criterios para la relación entre paciente y médico, "lo que es mejor" para el paciente y el conjunto de virtudes que debe reunir el buen médico.

Los adelantos de la tecnología médica y el surgimiento de la sociedad pluralista han producido una combinación de factores que determinan el conjunto particular de prioridades de la filosofía y la ética médicas en los umbrales del siglo XXI. La medicina moderna nos permite, mediante el cuidado intensivo, prolongar la vida de algunos pacientes hasta tal punto que debemos preguntarnos si ese acto es exigido o no por el ethos médico y su gloriosa tradición. El trasplante de órganos, la fecundación in vitro, los cuidados intensivos, la reanimación y la psicofarmacología son nuevos términos que indican la

mayor responsabilidad moral emanada de la expansión de la capacidad técnica. El trabajo en equipo, los especialistas médicos, el trabajo por turnos, los seguros de salud y los sistemas de atención de salud son expresiones que denotan los cambios orgánicos que ha sufrido la relación tradicional médico-paciente. Otros términos, tales como la autonomía del paciente y el consentimiento informado, se derivan de cambios emancipatorios en el estilo de vida y de la comprensión que tiene de sí mismo cada ciudadano instruido de fines del siglo XX.

Aun el nuevo término bioética indica que los aspectos epistemológicos y morales de la prestación de asistencia sanitaria ya no se pueden describir en función de los parámetros tradicionales de la relación médico-paciente. La bioética abarca un campo mucho mayor que el de la estricta relación entre el médico y el paciente, e incluye la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y por el ethos particular que debe prevalecer en las formas modernas de la medicina institucionalizada y organizada (2,3).

En el presente documento se analizarán las siguientes cuestiones filosóficas relacionadas con la bioética: el concepto de salud y enfermedad; los principios de la bioética; la relación médicopaciente, y la medicalización de valores relacionados con el estilo de vida.

La incertidumbre médica y moral y los modelos de explicación médicos

En los días de auge del racionalismo, Descartes formuló el postulado de que solo podía ser verdadero lo que se percibiera de manera clara y distinta: *Illud omne esse verum quod valde clare et distincte percipio* (4). Si se exigiera esa percepción clara y distinta antes de cualquier intervención médica, los médicos podrían actuar solo en contadas ocasiones. Los críticos de Descartes formularon la teoría neokantiana de la ciencia, en la que se hace una distinción entre la nomotética (las ciencias naturales) y las ciencias idiográficas (las humanidades) (5). En ese caso, el arriesgado asunto de diagnosticar, pronosticar y aplicar terapia no se ajusta a los modelos que se limitan a establecer leyes o a describir ideas.

Toulmin subraya que el modelo de historia propuesto por Vico ofrece un marco mucho mejor que el modelo geométrico cartesiano para analizar la ciencia médica (6). Después de todo, el cuerpo humano, su salud, el deterioro de esta y los accidentes que representan riesgos para la salud tienen una historia. Esta se reconstruye en la anamnesis médica y proporciona información para pronosticar futuros acontecimientos con intervención médica o sin ella. Los adelantos alcanzados en la medicina desde la época de Sydenham hasta la del diagnóstico computarizado y los sistemas especializados pueden explicarse como un proceso de disminución o aun de desaparición del concepto substancializado de la enfermedad, *species morbosae*, y de orientación hacia la noción de flexibilidad en la recolección de datos y su interpretación (7). El diagnóstico no establece leyes ni explica ideas; es una "singular declaración temporal" (7). Entre los elementos esenciales de todo acto médico están la responsabilidad, la confianza, la orientación en materia de decisiones y la etiología; sin embargo, ninguno de estos elementos en sí determina el acto médico (8). La verdad en la medicina no es ni la explicación precisa de ideas ni la interpretación de leyes naturales, sino más bien el éxito de la terapia y el consuelo. Hay un antiguo dicho alemán

que contesta la mayor parte de los interrogantes epistemológicos que surgen en la biomedicina y la bioética: "El verdadero curandero siempre tiene razón".

Al examinar los diversos parámetros que ofrece la teoría de la ciencia, es evidente que la medicina no es una ciencia en el sentido estricto de las ciencias naturales ni tampoco un arte de discernimiento. Debemos reconocer que la medicina es más bien un método idóneo para evaluar riesgos, resolver la incertidumbre y emitir un pronóstico basándose en la experiencia, en un paradigma y en la responsabilidad personal y profesional.

La aplicación de la ética a la medicina sigue las mismas reglas que la de la pericia técnica: diagnóstico cuidadoso y diferencial, ponderación de las posibilidades de intervención y elección de la más beneficiosa. El diagnóstico médico sigue las reglas de la hermenéutica y lleva a investigar y valorar el relato que hace cada paciente de su bienestar objetivo y subjetivo. Así como la vida es un cuento que se puede narrar, también lo son los cambios, las mejoras y el deterioro de la vida. Pero al contrario de la hermenéutica en el campo de las humanidades, la medicina no solo interpreta sino que obra según los resultados de los procedimientos hermenéuticos, entrelazando de forma dialéctica la interpretación con la interacción, la cuantificación con la manipulación y la teoría con la práctica.

En definitiva, la medicina no se puede reducir a los parámetros de una simple ciencia natural. La responsabilidad profesional de curar y consolar no puede depender exclusivamente de exámenes de sangre ni de otros datos de carácter científico. El estado de los valores del paciente es tan importante como su estado serológico, para los fines de diagnóstico, pronóstico e indicación terapéutica. En forma análoga, el estado de los valores del médico y los que se incorporen en el medio en que se presta la atención de salud son tan importantes como la capacidad técnica individual de cada profesional, el marco del sistema de atención de salud y la calidad de sus instituciones. Es de particular interés la función que desempeñan las organizaciones profesionales para conformar, proteger y establecer los principios de ética profesional, orientando en sentido paternalista tanto a sus miembros como a los clientes de estos. Las organizaciones profesionales desempeñan un papel de importancia, todavía no evaluado cabalmente desde el punto de vista filosófico, como mediadoras de la interacción de las personas en su función de proveedoras y receptoras de servicios profesionales.

Cuando se trata del cuidado de los pacientes, debemos tener presente el ambiente cargado de valores en que se realiza la intervención médica. Es por esta razón que se han elaborado listas de verificación de datos no científicos con objeto de abordar las cuestiones personales y de valores en la relación médico-paciente y determinar "lo que es mejor" para el paciente (9,10). La intervención médica no se puede basar únicamente en datos científicos, por la compleja naturaleza de la explicación médica, por la incertidumbre inherente al diagnóstico y al pronóstico, y porque el ethos de la medicina es tratar al paciente como un todo y no los síntomas o enfermedades aislados. Especialmente en esta era de alta tecnología en el campo de la medicina, la historia de la ciencia médica avala la exigencia de una nueva apreciación de los valores tradicionales humanistas y éticos que solían ser parte del "arte y ciencia de curar": en el buen ejercicio de la medicina el "axiograma" del paciente tiene tanta

importancia como su hemograma. Los conceptos de salud, bienestar objetivo y subjetivo y felicidad, al igual que sus opuestos, son mucho más inclusivos que los datos de laboratorio. La bioética es, pues, parte integrante de la biociencia; mientras que esta se basa en los principios de las ciencias naturales y la evaluación de riesgos, la bioética descansa en los principios morales formulados durante el curso de la historia de la ética general y profesional, y en su aplicación tradicional.

Principios de bioética en el mundo moderno

El mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por un incremento del número de tecnologías que permiten intervenir en casos que en el pasado no daban lugar a luchar contra el sufrimiento o la enfermedad. En el mundo moderno, los cambios tecnológicos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales. Además de la nueva riqueza tecnológica, el mundo moderno ha generado un caudal de posibilidades individuales en cuanto a los valores que puede considerar prioritarios. La sociedad moderna se ha llamado pluralista porque emancipa al ciudadano instruido de las antiguas fuerzas ideacionales dominantes que a menudo tenían carácter de adoctrinamiento. Los ciudadanos instruidos, clientes y proveedores de servicios, tienen que entablar un diálogo sobre los riesgos y beneficios que proporcionan ciertos servicios, porque en una sociedad pluralista las personas instruidas pueden diferir en su evaluación cultural y moral de los riesgos.

Esta nueva situación social con su abundancia de opciones de diversos valores exige concentrarse en los "principios morales intermedios" tradicionales en la ética médica, tales como beneficencia, *nil nocere*, justicia, responsabilidad profesional y respeto por la autonomía del paciente, bien individual y bien común, alivio del dolor y abstención de prolongar la agonía (11). Estos principios de bioética han sido y serán reconocidos por una amplia variedad de posturas religiosas, filosóficas e ideológicas. La actitud de Jesús hacia el Buen Samaritano (Lucas, 10:25 sqq.) es un caso en el cual se destaca que el principio intermedio de ayudar al vecino puede apoyarse en distintas tradiciones metafísicas o religiosas. En lo que respecta al principio tradicional de la beneficencia médica, es alentador señalar que dicho concepto puede encontrar apoyo y, de hecho, ha sido respaldado por tradiciones tan diversas como la ética cristiana de distintas denominaciones, la tradición humanista no religiosa, la filosofía utilitarista británica, los rigorismos kantianos del imperativo categórico, el concepto marxista de solidaridad y aun la posición anarquista de ayuda mutua propuesta por Kropotkin. Otros principios de bioética que pueden encontrar amplio apoyo en las diversas tradiciones de una sociedad pluralista son el respeto por la autonomía del paciente, el principio de no causar daño y la prioridad del paciente por encima de cualquier consideración general de índole política o económica. Independientemente de los distintos parámetros culturales o históricos en que se presten los servicios médicos, hay ciertos principios intermedios que parecen ser esenciales para el buen ejercicio de la medicina.

Sin embargo, hay otros principios que son más difíciles de aplicar a casos concretos debido al desacuerdo que provocan en las sociedades pluralistas. Hay muchas polémicas, por ejemplo, en torno al tratamiento de pacientes comatosos o con diagnóstico de muerte cerebral y de recién nacidos con graves discapacidades, así como en torno al derecho de practicar la anticoncepción o el aborto. Cabe recalcar que el hecho de centrarse en esos principios intermedios en lugar de luchar contra las creencias básicas de otros contribuirá a establecer una sociedad pacífica, rica en diversos valores. En los argumentos bioéticos se han establecido algunos "principios pragmáticos para la reducción del riesgo moral" que ayudarán a reducir o aun a resolver algunos de los problemas que suscitan las divergencias de opinión (12):

- En bioética y en los otros campos de la ética aplicada, el primer principio adaptable a una sociedad pluralista es la necesidad de respetar el marco de prioridades de cada ciudadano y abstenerse de inducir a cualquier persona a actuar de una forma que no pueda justificar moralmente. Ello entrañaría no solicitar nunca a persona alguna que practique un aborto o que done órganos o sangre, si él o ella cree que el hecho de abortar un feto o de donar sangre u órganos no se puede justificar por razones religiosas, metafísicas o de otra índole.
- El centenario principio tomista de subsidiaridad afirma que los servicios que se puedan proporcionar de forma descentralizada y voluntaria no deben organizarse en el plano central del gobierno ni de la sociedad. La aplicación de este principio podría reducir la presión ejercida sobre las instituciones políticas centrales para que se hagan responsables de asuntos controversiales y, al mismo tiempo, permitiría actuar a los grupos descentralizados y de voluntarios de acuerdo con sus propias prioridades morales.
- El principio de solidaridad humana exige que se preste asistencia y se proteja del sufrimiento al prójimo, aun cuando existan profundas diferencias ideológicas o religiosas entre individuos.
- En ciertos casos concretos, la evaluación moral exige la microasignación de principios intermedios con el fin de centrarse con precisión en el objetivo moral y médico que se persigue. El consentimiento informado, por ejemplo, ha de ser microasignado según diversas posibilidades: consentimiento por poder, presunto, con conocimiento de causa, con dolor, con persuasión o por medio del testamento sobre la propia vida. El médico benefactor debe microasignar sus buenas intenciones al decidir entre posibilidades conflictivas; si ha de aliviar el dolor o iniciar un tratamiento enérgico, prolongar la vida o consolar al paciente, o prestar cuidados intensivos o paliativos.
- A veces es preciso asignar a un mismo caso varios principios opuestos; por ejemplo, respeto a la autonomía del paciente junto con una responsabilidad médica de tipo paternalista, o bien aliviar el dolor con medicamentos que podrían representar un grave riesgo para la salud o la vida.

- Por último, la asignación de prioridad a las necesidades urgentes de cada paciente, por encima de las consideraciones generales de justicia para todos o de la estructura del sistema general de atención de salud, permite que el médico pueda distinguir sus obligaciones médicas como profesional de sus deberes cívicos como ciudadano.

El médico benefactor y el bien del paciente

Tanto las modificaciones en la prestación social e institucional de servicios de atención de salud como los cambios sociales y culturales hacia una sociedad más pluralista han influido en la relación del médico con el paciente. Desde la época de Hipócrates hasta el siglo pasado, la eficacia de la medicina era bastante marginal y el médico definía lo que era bueno para el paciente. Hoy en día, la definición de bonum facere beneficencia, hacer el bien al paciente- no puede ser formulada exclusivamente por el médico, por dos razones. La primera radica en que la multiplicidad de opciones que tiene el facultativo exige determinar el propósito de su intervención. Para decidir si debe aplicar quimioterapia o radioterapia posoperatoria intensiva o atención paliativa, tiene que preguntarse: ¿cuál es el "bien" que le conviene más al paciente? La segunda razón es que diferentes personas tienen distintos conceptos de lo que desean de la vida y de lo que están dispuestos a sacrificar para obtenerlo: el nocivo y estresante hábito de trabajar en exceso o el consumo recreativo de drogas a cambio de la salud; el gasto en las cosas placenteras de la vida a cambio de los ahorros para el seguro de salud o la vejez.

Según el diagnóstico de Pellegrino y Thomasma, la bioética contemporánea lleva la importancia de la autonomía a extremos morbosos. Estos autores piden que se restituya el principio de la beneficencia en forma de "beneficencia fiduciaria"; es decir, que los médicos y los pacientes mantengan "en confianza" (fiducia, en latín) la meta de actuar en pro de los mejores intereses mutuos (13). Sostienen que tanto los pacientes como los médicos deben orientarse de conformidad con un determinado conjunto de virtudes, y proponen un "juramento post-hipocrático" que adapte los principios hipocráticos básicos al mundo moderno de pacientes instruidos y que lleve al médico y al paciente a compartir la adopción de decisiones. La función del médico en la era post-hipocrática tiene por lo menos tres aspectos distintos:

1. El modelo hipocrático representa la situación antropológica y existencial de la ayuda urgente y de la necesidad apremiante; ese es el modelo tradicional que no admite reemplazo mientras haya seres humanos que sufren y necesiten atención médica y moral.
2. El modelo contractual asigna al médico la función de proveedor y al paciente la de receptor de servicios especializados, como los de diagnóstico o tratamiento, de laboratorio, anestesia o intervenciones quirúrgicas especializadas. En este caso el paciente está en pleno control de su autonomía y su relación con el médico no es distinta de la que existe entre otros proveedores y sus clientes.

3. Por último, el modelo de asociación convierte al médico en consultor, en el socio que maneja a largo plazo los riesgos para la salud o las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o la enfermedad de Alzheimer. El paciente participa como principal centinela del equilibrio de su salud y bienestar objetivo o subjetivo. La función del médico es ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo. Este modelo en particular exige un paciente instruido y dispuesto a aceptar una gran parte de la responsabilidad (14).

Los tres modelos describen diferentes situaciones hermenéuticas y formas de manejar la comunicación entre el médico y el paciente, y hay ciertos casos en que se combinan.

El paciente virtuoso y los riesgos derivados del estilo de vida

Las discusiones sobre bioética se han centrado generalmente en las nuevas funciones y responsabilidades del médico, pero no han ahondado lo suficiente en el papel que desempeña el ciudadano instruido como paciente o como centinela en la protección de su salud y en la prevención de riesgos. Las dos virtudes que se han exigido siempre al paciente son el cumplimiento y la confianza. En épocas pasadas, el ciudadano común era menos educado y contaba con pocos medios para asegurarse de su buena salud, lo que dificultaba su participación en la toma de decisiones médicas, prevención de riesgos y aceptación de la responsabilidad principal en materia de salud. Sin embargo, existía un conocimiento general de la dietética, la regla de oro que impartía la sabiduría de evitar los extremos en la vida, reduciendo así la exposición individual a los riesgos. La tradición dietética ha sido reemplazada por el concepto de la medicina como intervención y reparación del deterioro que podría haberse evitado desde un principio.

En nuestros días, hay cada vez más enfermedades y riesgos para la salud que se relacionan con el estilo de vida; se ha abandonado la sabiduría dietética. No obstante, desde el punto de vista moral hay que considerar el derecho de cada ciudadano a la salud tanto como su deber y responsabilidad de velar por ella. Sobre todo, esto significa la obligación o el deber de proteger la propia salud por medio de la nutrición, el ejercicio y el solaz, y de evitar los riesgos ocupacionales o recreativos que la puedan perjudicar. En sentido moral, es difícil aceptar que los frutos que rinden los estilos de vida nocivos son para el consumo individual, mientras que los costos de salud que de ello se derivan tienen que ser compartidos por la sociedad.

Además, se contrapone a la proclamada autonomía del ciudadano y del paciente que los asuntos relativos a la atención de la salud no se resuelvan de forma razonada en el plano individual.

Cuando los servicios públicos de atención de salud son fácilmente asequibles, algunos de los conflictos personales sobre valores se suelen abordar indirectamente por medio de la medicalización de la felicidad o la tristeza, las sensaciones de malestar, frustración, y desilusión, o la muerte o pérdida de un ser querido. Esta medicalización de problemas no

médicos relacionados con el estilo de vida representa un abuso de la práctica de la medicina y es contraproducente como forma de afrontar y dominar las crisis existencialistas o las dificultades de la vida.

Los principios éticos del paciente y del médico así como cualquiera otra forma de ética profesional, pueden basarse ya sea en el concepto de virtudes (8) o bien en el de deberes contractuales que en una sociedad pluralista implican una compleja trama de obligaciones entre sus miembros (15). Por tradición, la ética personal y profesional siempre se basaba en una teoría de virtudes cuyo fundamento epistemológico era la verdad revelada, como en el Antiguo o el Nuevo Testamento, o la verdad basada en ciertas formas de ley natural. La influencia de las teorías del racionalismo y del criticismo ha socavado las de la verdad revelada y de ley natural y estas han sido reprochadas de apoyar la ética heterónoma y explotadora. El modelo contractual entre personas instruidas y conscientes de los riesgos reemplazó los modelos basados en la ontología; esto se observa ya en Montesquieu, Locke y Althusius. Recientemente, McIntyre ha presentado razones decisivas en apoyo de la ética contractual (16, 17). Los escritos de Engelhardt y Veatch también influyen en su favor (15, 18), en tanto que otros eruditos se inclinan a reafirmar los principios de los deberes fiduciarios profesionales basados en la virtud (13). Dentro de la riqueza de la historia de la ética ambos modelos hallan sólido respaldo como formas de orientar el establecimiento de una ética biomédica (19); aunque diferentes en su estilo de argumentación, en la práctica bien podrían funcionar juntos y fomentarse mutuamente, ya que en la medicina lo que cuenta es la práctica, no la teoría.

En su modelo tradicional de las virtudes, Aristóteles señaló los tres conjuntos de cualidades que conforman a la persona virtuosa (educación e información; elección razonada y con conciencia del riesgo; coherencia, consecuencia y fiabilidad): "En primer lugar, debe tener conocimientos; en segundo lugar, debe escoger los actos y escogerlos por su valor intrínseco; y en tercer lugar, sus obras deben proceder de un carácter firme e invariable" (Ética a Nicómaco, 1105, 31sq).

El futuro de la medicina -y de la salud y la felicidad- dependerá del desarrollo de una pericia moral relacionada con la salud y el bienestar, basada en la capacidad prudente y juiciosa de analizar, evaluar y aplicar principios filosóficos, de la misma manera que la medicina buena y eficaz de los últimos 100 años se fundamentó en el análisis cuidadoso, evaluación y aplicación de la pericia técnica. Sin embargo, el futuro de la bioética será determinado por el éxito que se pueda lograr en reintroducir y reafirmar no solo la ética del médico sino la del paciente; es decir, del ethos que siguen los seres humanos instruidos y responsables que, según Aristóteles, son los elementos esenciales de una sociedad pacífica, feliz y rica en cultura. El destino de las personas y las sociedades sanas del futuro dependerá de la medida en que se aprovechen los tesoros que encierran los libros de filosofía y ética; ante todo, por parte del ciudadano instruido y luego por los proveedores profesionales de servicios de prevención y tratamiento de los riesgos para la salud, o sea, la comunidad médica. Esta será la prueba definitiva que determinará si autonomía, responsabilidad y beneficencia son solo palabras en los libros de filosofía, juramentos y declaraciones o si son parte de nuestra naturaleza humana que, cabe reconocer, requiere perfeccionamiento y

cultivo, incluso en los actos de beneficencia, consuelo, cura y apoyo. La pericia y la ética deben ir de la mano: la ética sin pericia es desatinada; la pericia sin ética, ciega.

Referencias

1. Qiu, R. Medicine-the art of humaneness. *J Med Philos* 3:277-300, 1988.
2. Clouser, K. D. Bioethics. In Reich, W. ed. *Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York, The Free Press, 1978, pp. 115-127.
3. Sass, H. M. *Bioethik in den USA*. Heidelberg, Springer, 1988.
4. Descartes, R. *Meditationes de prima philosophiae*. III 1641.
5. Windelband, Präludien, 8a. ed. Tübingen, J. C. Mohr, 1921.
6. Toulmin, S. E. *An Examination of the Place of Reason in Ethics*. Nueva York, Cambridge University Press, 1950.
7. Wieland, W. *Diagnose. Überlegungen zur Medizinteorie*. Berlín, De Gruyter, 1975.
8. Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. *A Philosophical Basis of Medical Ethics*. Nueva York, Oxford University Press, 1981.
9. Batistiole, J. V. *Protocolo de Bochum para la práctica de ética médica*. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 1988.
10. Mainetti, J. M. *Protocolo para la práctica eticomédica*. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 1988.
11. Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. *Principles of Bioethics*, 2a. ed. Nueva York, Oxford University Press, 1983.
12. Sass, H. M. *Ethische Kosten-Nutzen Analyse*. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 1989.
13. Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. Nueva York, Oxford University Press, 1988.
14. Wolff, H. P. *Art und Patient*. In: Sass, H. M., ed. *Medizin und Ethik*. Stuttgart, Reclam, 1989, 184-211.
15. Engelhardt, H. T. *The Foundations of Bioethics*. Nueva York, Oxford University Press, 1986.
16. McIntyre, A. *After Virtue*. Chicago, Notre Dame University Press, 1981.
17. Viefhues, H. *Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft*. In: Sass, H. M., ed. *Medizin und Ethik*. Stuttgart, Reclam, 1989, pp. 17-39.
18. Veatch, R. *A Theory of Medical Ethics*. Nueva York, Basic Books, 1981.
19. Beauchamp, T. L. y Faden, R. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford, Oxford University Press, 1986.