

SOBRE LA APLICABILIDAD DEL PRINCIPIALISMO NORTEAMERICANO

ON THE APPLICABILITY OF THE NORTH AMERICAN PRINCIPALISM

Pablo Requena Meana

Pontificia Università della Santa Croce

requena@usc.urbe.it

Resumen

La propuesta de cuatro principios *prima facie* que Beauchamp y Childress han sugerido para la bioética (el principialismo) se ha impuesto como uno de los paradigmas más seguidos, no sólo en los Estados Unidos, sino también en muchas otras partes del mundo. Este modelo ha sido criticado desde distintos puntos de vista, sobre todo en los últimos quince años. Una de las mayores objeciones que se hace al principialismo es la dificultad de aplicar la propuesta a los casos de la vida real. El problema de fondo está en que, a la falta de jerarquización de principios, se suma la ausencia casi total de indicaciones antropológicas sobre los bienes morales que deberían proteger dichos principios. El resultado es que ante un dilema ético se pueden sacar conclusiones opuestas, según se utilice un principio u otro. Los autores proponen como instrumentos para superar estos conflictos la especificación y ponderación de los principios y reglas morales; pero, en bastantes casos, no resultan suficientes.

Palabras clave: principialismo, métodos de la bioética, especificación, ponderación.

Abstract

The four *prima facie* principles proposed for bioethics by Beauchamp and Childress (*principlism*) has been one of the most followed bioethical paradigms, gaining a

prominent place not only in United States, but in many other parts of the world. This model has been criticized from different points of view, especially in the last fifteen years. One of the major objections to principlism is the difficulty of applying the system to real bioethical dilemmas. The essential problem of the system, apart from an absence of hierarchy among the four principles, is an absence of a clear framework of human goods (anthropologically speaking) which are necessary to protect. Consequently, in the face of an ethical dilemma two opposite solutions can be reached using one principle or another. The authors offer as a solution to these difficulties the specification and consideration of the principles and rules. However, in many cases, this is not sufficient.

Key words: principlism, methods of bioethics, specification, balancing.

Introducción

Desde sus orígenes la bioética se ha propuesto como una de sus tareas fundamentales ayudar al personal sanitario en la toma de decisiones ante dilemas éticos de difícil resolución. Con el tiempo esta nueva disciplina ha tomado diversos caminos, y aquella vocación primaria de ayuda al médico en su práctica diaria ha quedado englobada en lo que se conoce actualmente como bioética clínica. Entre los muchos autores que escriben sobre esta subdisciplina destacan, sin duda alguna, Tom L. Beauchamp y James R. Childress por su famoso libro «Principios de ética biomédica», cuya primera edición inglesa vio la luz en 1979, y en poco más de veinte años ha llegado a la quinta; con una difusión amplísima no solamente en los Estados Unidos, sino también en Europa, y en el resto del mundo¹. Esta propuesta, que desde

1990 se conoce como «principlismo», considera cuatro principios *prima facie*: respeto de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia². Tiene el mérito de haber proporcionado una herramienta conceptual para pensar en categorías morales un buen número de problemas éticos que aparecen en la práctica médica actual. Sin embargo, son muchos los autores que, sobre todo a partir de la

2 Un principio *prima facie* es aquél que se debe seguir, siempre que no entre en conflicto con otro de igual rango. La resolución de los conflictos se realiza, como tendremos ocasión de ver más adelante, a través de la especificación y de la ponderación. El término «principlismo» procede del inglés (*principlism*), y fue utilizado por primera vez en un artículo crítico, que ha tenido después gran repercusión, y que así denominaba despectivamente al modelo de principios de Beauchamp y Childress: Clouser, D. y Gert, B., «A Critique of Principlism». *The Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990), 219-236. Con el tiempo ha llegado a ser el modo habitual de referirse a aquellas teorías que se estructuran alrededor de una pluralidad de principios de obligación no absolutos: cfr. DeGrazia, D., «Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism». *The Journal of Medicine and Philosophy* 17 (1992), 518. Los mismos Beauchamp y Childress no tienen dificultad en utilizar este término.

1 *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 20015 (a partir de ahora PoBE). Existe una traducción española de la cuarta edición del libro (Masson S. A., Barcelona, 1999).

década de los Noventa, han puesto en duda la validez del principialismo como método para la resolución de los nuevos casos. Éstos aseguran que los principios raramente superan los conflictos morales que aparecen en la práctica habitual: servirían, más bien, para justificar una determinada conclusión a la que se ha llegado por otro camino³. De entre las objeciones que se han presentado a la propuesta de Beauchamp y Childress quizá sea ésta la que más consensos ha recibido⁴.

3 «The popularity of principles rests in large part on the fact that the principles serve as slogans that are used to support conclusions that one has reached without really using the principles at all»: Clouser, K. D. y Gert, B. «Morality vs. Principlism» en Gillon, R. *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, 1994, 259. «The other major reason for moving away from principlism is that it hasn't really worked»: Cassel, C., «Clinical Medicine and Biomedical Ethics in the 1990s: a Physician Reflects» en DuBose, E. R., Hamel, R. P., O'Connell, L. J., *A Matter of Principles?*, Trinity Press International, Valley Forge, 1994, 337. Engelhardt y Wildes consideran los principios como cabeceras o títulos de capítulos morales más que como reales guías para la acción o fuentes para la justificación de acciones morales: Engelhardt, H. T. y Wildes, K. W., «The Four Principles of Health Care Ethics and Post-Modernity» en Gillon, R., *op. cit.*, 146. Pellegrino y Thomasma, al igual que Wulff, los consideran demasiado abstractos: Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993, 19; Wulff, H. R., «Against the Four Principles: a Nordic View», en Gillon, R., *op. cit.*, 277.

4 El principialismo ha recibido también críticas en relación al contenido de los principios, a la consideración del acto moral, a la fundación de la propuesta, y al modo de concebir el sujeto moral y sus virtudes. Para una presentación del modelo y sus críticas nos permitimos remitir a Requena, P. *Modelos de bioética clínica. Presentación crítica del principialismo y la casuística*, Edizioni Università della Santa Croce, Roma, 2005.

Este artículo tiene como objeto la valoración del principialismo desde la perspectiva de su aplicabilidad. Para ello presentaremos las indicaciones de mayor interés que encontramos en la bibliografía bioética, sobre todo la anglosajona, que es la que ha estudiado la propuesta con mayor profundidad.

1. Posible resolución de un caso utilizando los cuatro principios

Antes de pasar revista a los diferentes autores que han escrito sobre la aplicabilidad de los principios propuestos por Beauchamp y Childress intentemos resolver una situación real con la ayuda de esta metodología. Podemos utilizar como banco de pruebas el caso en estudio que propone la revista *Hastings Center Report* en su primer número de 2006. Se trata de una mujer de 67 años con un cáncer de ovario avanzado. Ingresa en el hospital por una obstrucción intestinal, y en la sala de urgencias pide que todas las decisiones que no pueda tomar ella en caso de incapacidad, las tome su marido. Aunque no llega a firmar directiva alguna, señala su deseo de no limitar a priori ningún tipo de tratamiento posible, ni siquiera la reanimación cardio-pulmonar. La enfermedad empeora, y después de dos meses de hospitalización el médico le hace presente lo precario de su situación, y las pobres esperanzas de supervivencia a medio plazo. Ella insiste en que se le sigan aplicando todos los tratamientos requeridos, pues según explica, quiere seguir disfrutando de la visita diaria de sus familiares. El doctor le advierte de los

sufrimientos innecesarios que supondría la reanimación cardiorespiratoria en el supuesto de una parada cardíaca. La enferma responde que, estando así las cosas, preferiría evitar esa maniobra, aunque continua sin querer firmar ningún documento. A los dos días el médico vuelve a preguntarle si desea firmar la directiva sobre la no reanimación, a lo que vuelve a responder negativamente. Éste se dirige al marido para que intente convencerla, pero se da cuenta de que, en realidad, es él quién quiere la reanimación a toda costa. Incluso, en una reunión en la que están los tres presentes, la enferma asegura su deseo de ser reanimada en caso de paro cardíaco. Más tarde manifiesta al médico que hizo esa afirmación porque no quería disgustar a su marido, que sufriría si se tomara la decisión de no reanimar. El médico refiere posteriormente esta conversación al marido, que no cambia de opinión sobre la necesidad de hacer todo lo posible para mantenerla en vida el mayor tiempo posible. A los pocos días se produce el paro cardíaco. La pregunta que hace la revista es: ¿debe el médico intentar la reanimación cardio-pulmonar?

A esta pregunta siguen dos comentarios que ofrecen una posible respuesta. Aunque ninguno de los dos utiliza los cuatro principios para construir su argumentación, podemos aquí intentar una tercera respuesta siguiendo la propuesta de Beauchamp y Childress. Lo haremos en dos momentos sucesivos: el primero, que podemos llamar de aplicación sumaria de los principios; el segundo, al que denominamos uso científico del principialismo.

a) Aplicación sumaria de los principios

Si intentamos solucionar el caso como lo haría un médico que haya estudiado la propuesta de estos autores, y tenga en mente los cuatro principios, vemos ante todo que se plantea un dilema: reanimar o no a la paciente. Haciendo un rápido repaso de los principios, se puede descartar en seguida el de justicia, pues en esta situación no parece que la actuación en un sentido o en otro afecte a la justicia distributiva en relación a los medios terapéuticos, lugares en la UCI, etc. Quedan por tanto los otros tres principios: beneficencia, no-maleficencia y autonomía. El primero de ellos, la beneficencia, nos dice que hemos de actuar siempre por el bien del paciente. El problema en este caso es descubrir cuál es el bien de la enferma. Se trata de un cáncer avanzado, pero tenemos pocas indicaciones sobre su calidad de vida. Sabemos solamente que disfruta de las visitas diarias de sus familiares. No poseemos información sobre el dolor que padecía antes del paro cardíaco, ni sobre la incapacidad que le provocaba para la realización de las tareas ordinarias... En todo caso, parece que lo más indicado, teniendo en cuenta lo avanzado de la patología, sería no hacer nada. Esta conclusión provisional llama en causa el principio de no-maleficencia, que subraya como uno de los deberes primarios del personal sanitario el no provocar daño. En este caso, como ha explicado el médico a la paciente, la reanimación cardiopulmonar comportará seguramente un cierto sufrimiento; y por tanto, parece que lo más adecuado es dejarla morir. ¿Tiene algo que decir el

principio de autonomía en esta situación? Su formulación general indica que se deben seguir las decisiones autónomas de los pacientes. Pero aquí nos encontramos con el problema de determinar cuál era la voluntad de esta señora, ya que no resulta muy clara con los datos que tenemos. De una parte, da la impresión de que ella prefería no intentar las maniobras de reanimación. De otra, es manifiesto su deseo de no disgustar a su marido, y no cargarle con el peso de no haber intentado todo lo posible el sacarla adelante. Con este rápido bosquejo de una posible aplicación de los principios, tenemos la impresión de que seguimos con el dilema inicial. Ciertamente podríamos justificar cualquiera de las dos posibilidades haciendo referencia a alguno de los principios, pero sin que hayan sido éstos los que nos hayan dado la solución. Cabría optar por reanimar a la paciente llamando en causa el principio de autonomía, ya que en el fondo es lo que hubiera preferido para satisfacer a su marido; pero también se podría justificar la omisión de la maniobra, según el principio de no-maleficencia.

b) Uso científico del principialismo

Hasta ahora, en el estudio del caso, no hemos tenido necesidad de abrir el libro de Beauchamp y Childress. Hemos utilizado los principios siguiendo el modo en el que han cristalizado no sólo en ámbito biomédico, sino también en buena parte del mundo académico de la bioética. Sin embargo se hace necesario dar otro paso y hacer un estudio más preciso, más científico, acudiendo a las indicaciones

concretas que estos autores nos ofrecen en su famoso texto. En el capítulo sobre el respeto de la autonomía se explica que su contenido se puede formular en modo negativo (las acciones autónomas no deben ser controladas por otros), pero también mediante un enunciado positivo (se han de respetar las visiones y derechos de los individuos, mientras sus pensamientos y acciones no supongan un serio daño para otras personas)⁵. Dado que estas formulaciones, como las que aparecen referidas a los otros principios, son muy generales, Beauchamp y Childress proponen como herramienta para acercarse a las situaciones concretas la especificación de Herny S. Richardson. Se trata de un proceso por el cual se pasa del abstracto enunciado del principio a reglas de actuación más específicas⁶. En el caso del respeto de la autonomía estas reglas obligan a «decir la verdad, a respetar la vida privada de los demás, a proteger la información confidencial y a obtener el consentimiento para las intervenciones sobre los pacientes»⁷.

5 «As a negative obligation: *autonomous action should not be subjected to controlling constraints by others (...)* The principle asserts a broad, abstract, obligation that is free of exceptive clauses, such as, «we must respect individuals' view and rights so long as their thoughts and actions do not seriously harm other persons»» (PoBE, 64, la cursiva pertenece al original).

6 «Process of reducing the indeterminateness of abstract norms and providing them with action-guiding content» (PoBE, 16). Sobre el proceso de especificación puede consultarse: Richardson, H. S., «Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems». *Philosophy and Public Affairs* 19 (1990), 279-310; «Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles». *Journal of Medicine and Philosophy* 25 (2000), 285-307.

7 PoBE, 65.

A continuación, los autores pasan a estudiar los diferentes problemas éticos que pueden plantearse con relación a la autonomía del paciente. Escriben sobre los posibles tipos de consentimiento, sobre los casos en los que el paciente cambia de opinión durante la enfermedad, sobre las formas de influencia legítimas o no, y finalmente, sobre los tipos de decisiones subrogadas⁸. No plantean ningún caso similar al nuestro. Quizá el más cercano, por tratarse de una situación en la que el paciente cambia de parecer respecto a un posible tratamiento, es el de un joven diabético. Se trata de un paciente de 28 años, prácticamente ciego y obligado a estar en cama. La penosa situación en la que se encuentra le lleva a la decisión de no continuar con las sesiones de diálisis, para adelantar de ese modo su muerte. El médico que le atiende y la mujer del enfermo están de acuerdo con seguir su decisión. Después de un tiempo sin diálisis, al empeorar de modo crítico su situación, el paciente pide que se le conecte nuevamente al aparato. No lo hacen y muere pocas horas después. Beauchamp y Childress comentan este caso diciendo que el respeto a la autonomía del sujeto sugiere que el paciente debía haber sido reincorporado al tratamiento de diálisis, al menos hasta comprobar si su primera decisión se mantenía o no. Vemos por tanto, que en esta situación, es la voluntad autónoma del paciente el criterio fundamental para la resolución del caso.

8 PoBE, 57-112 (especialmente, 66-68, 98-104).

Un poco más adelante, cuando hablan de las decisiones subrogadas, explican que pueden ser de tres tipos:

- 1) el *juicio sustituido*, donde se toma la decisión que habría tomado el paciente (al que se conoce bien), en el caso en que fuera competente;
- 2) el modelo llamado de *autonomía pura*, que sigue las indicaciones que haya formulado anteriormente el enfermo (independientemente de que las haya dejado por escrito o no);
- 3) el modelo del *mejor interés*, que toma la decisión considerando la calidad de vida del paciente; o sea, realiza un juicio sobre lo que, desde fuera, se considera que será mejor para el paciente en sus condiciones.

Beauchamp y Childress ofrecen la siguiente jerarquización: en primer lugar se debe seguir lo que haya dicho el paciente; si no se conoce, se pasa a un juicio sustituido (lo que habría elegido); y si tampoco es posible llegar a éste, se ha de utilizar el criterio del mejor interés.

Si intentamos estudiar ahora nuestro caso con estas indicaciones, llegaremos a la conclusión de que el criterio fundamental para su resolución está en la voluntad expresa de la paciente, que correspondería a la decisión subrogada según el modelo de autonomía pura. La dificultad está en determinar cuál es esa voluntad, ya que, como sabemos, no siempre ha manifestado el mismo deseo.

Dejemos por un momento el principio de respeto de la autonomía y pasemos al

capítulo que trata de la no-maleficencia⁹. Su formulación clásica, *primum non nocere*, ha de entenderse en el sentido de que la primera obligación del médico es la de no provocar daño al paciente. Al explicar qué significa causar daño, nuestros autores hacen referencia fundamentalmente al «daño físico, especialmente el dolor, la incapacidad y la muerte»¹⁰. En este caso, el proceso de especificación llega a reglas del tipo: «no matar, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar, no ofender, no privar a otros de los bienes de la vida»¹¹. A continuación, Beauchamp y Childress pasan a estudiar algunas distinciones que se han utilizado con frecuencia en los tratados de ética para justificar la supresión y el mantenimiento de ciertas terapias. Después de negar su utilidad sugieren otra clasificación que distingue los tratamientos entre opcionales y obligatorios. El criterio sobre el que apoya esta distinción es la calidad de vida del paciente. Cuando un tratamiento produce más pesos que beneficios está justificado su abandono (o el no iniciarlo). En todo caso, el apelo a la calidad de vida debe apoyar sobre criterios defendibles, que configuren el mejor interés del paciente. En algunos casos, explican los autores, un dolor severo o una grave limitación podrían justificar el abandono de un cierto tratamiento, incluso en contra de una directiva previa del enfermo (en estas situaciones, la no-maleficencia tendría prioridad sobre la autonomía).

9 PoBE, 113-164 (especialmente, 133-136).

10 PoBE, 114-115.

11 PoBE, 117.

Volviendo al caso que hemos tomado prestado del *Hastings Center Report*, para analizarlo desde la perspectiva del principio de no-maleficencia, hemos de preguntarnos si la reanimación cardio-pulmonar producirá mayor beneficio que daño. Desde un punto de vista estrictamente clínico los posibles beneficios se cifran en algunos días más de vida. En el otro lado de la balanza habrá que poner la situación terminal de la paciente, junto a las molestias que le puedan causar las maniobras de reanimación. A este cálculo habrá que sumar otros criterios que salen del campo clínico y que indudablemente tienen un peso importante en la valoración de daños y beneficios, como son por ejemplo el apoyo que recibe de la familia, los gastos de la asistencia, etc.

Llegados a este punto debemos admitir que con los datos que poseemos no es fácil dar respuesta a la pregunta que originó estas reflexiones. Después de leer con más detalle el texto de Beauchamp y Childress tampoco hemos dado con una solución convincente. Hemos de concluir que los principios presentados nos ayudan a considerar muchos aspectos éticos importantes del caso. Sin embargo, al menos en este dilema, carecen de utilidad para su resolución. En los dos comentarios que la revista acompaña a la presentación del caso se sugiere que la opción más adecuada sería la reanimación de la paciente. Con el principialismo podemos llegar a esa misma conclusión o a su contraria.

c) Posibles objeciones

Se pueden formular al menos dos objeciones a lo que se ha dicho hasta ahora. En

primer lugar habría que justificar el por qué se ha analizado el caso distinguiendo entre una aplicación sumaria de los principios y un uso científico. Por otro lado, alguno podría plantear que el modo en el que se han utilizado aquéllos no es adecuado, o no corresponde al análisis propio del principialismo. La primera objeción se puede contestar recordando la finalidad del principialismo y la razón que ha motivado su gran desarrollo. Se trata de una propuesta para ayudar al médico, y en general a todo el personal sanitario, en la resolución de los problemas éticos que ha de afrontar en su práctica médica habitual. Son por ello principios fáciles de recordar, y cuyo contenido a grandes rasgos no ofrece ninguna dificultad. Esto hace que sea relativamente sencillo acudir a ellos sin necesidad de volver al texto para releer lo que se dice sobre una u otra cuestión. Además, buena parte del éxito de la propuesta está ligada a los cursos de verano que durante muchos años ha organizado el *Kennedy Institute of Ethics* de la Universidad de Georgetown, durante los cuales, los autores del principialismo han explicado su sistema a muchas tandas de médicos y de estudiosos de bioética, que después han difundido la teoría principialista por toda la geografía estadounidense, y también fuera de sus confines¹². El modo de resolución de casos de la propuesta es muy atractivo para el médico, que está acostumbrado

12 Sobre la importancia de los cursos de verano en la difusión del principialismo remitimos a: Evans, J. H., «A sociological account of the growth of principlism». *Hastings Center Report* 30, 5(2000), 31-38.

a trabajar con diagramas de decisión, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Estos cursos intensivos no pueden proporcionar más que un conocimiento relativamente superficial de los problemas morales de fondo, pero ofrecen unos procedimientos de actuación sencillos de utilizar para resolver problemas. Esto justifica el haber comenzado con una aplicación sumaria de los principios, en nuestro intento de responder a la pregunta sobre el modo de actuar en el caso de la enferma oncológica. Si la razón anterior no fuera del todo convincente, se ha de constatar que no pocos especialistas de bioética utilizan los cuatro principios, en los artículos que aparecen en las revistas especializadas, de un modo bastante parecido al que hemos denominado «aplicación sumaria»¹³. De todas formas, nos parecía necesario acudir también al texto de Beauchamp y Childress para estudiar el caso, a partir de las indicaciones concretas que proporcionan estos autores.

La segunda objeción sólo se puede superar recogiendo, aunque sea de modo muy resumido, las conclusiones a las que han llegado otros autores, sobre todo de

13 Somos conscientes de que el uso del término «aplicación» no es adecuado si se pretende seguir a la letra las últimas ediciones del texto de Beauchamp y Childress, pues explican que fácilmente llevaría a confusión el pensar que la resolución de los problemas éticos pueda hacerse simplemente «aplicando» unos principios o normas generales a los casos reales, al modo que se resuelven los problemas de álgebra y geometría. De todas formas, no está de más recordar que la propuesta de estos autores en sus primeras ediciones era fuertemente deductivista. Y algunos consideran que todavía hoy sigue siéndolo: Turoldo, F., *Bioetica e reciprocità*, Città Nuova, Roma, 2003, 7.

ámbito anglosajón, en su estudio del principialismo. Éste será el objeto del resto del artículo, que dividimos en dos partes: en la primera se considera la aplicabilidad de los principios en líneas generales, mientras que la segunda se ocupa más concretamente de las dos herramientas que Beauchamp y Childress proponen para la resolución de los conflictos: la especificación y la ponderación.

2. El camino entre los principios y los casos

Arras piensa que los principios de Beauchamp y Childress se entienden de modo diferente según los contextos. Pone el ejemplo del principio de autonomía en relación a una actuación gravemente inmoral y traumática para la mujer, como es el aborto. Para este autor, las mujeres de Estados Unidos tienen mucha mayor facilidad de acceder al aborto invocando la autonomía que la que puedan tener las mujeres alemanas. Sin embargo, cuando a estas últimas se les reconoce la posibilidad de abortar, están mucho más cubiertas por la sanidad pública que las americanas. En este ejemplo la diferencia podríamos decir que es de matiz. Sin embargo, este mismo autor considera que en la literatura bioética abundan los reclamos superficiales a la autonomía o la beneficencia. Y concluye que mientras no se determine exactamente el contenido de cada principio, no seremos capaces de responder a las preguntas reales que se plantea el médico. Arras se cuestiona concretamente qué significa el «mejor interés» (dentro del ámbito del principio

de beneficencia) cuando se analiza el caso de un recién nacido gravemente incapacitado¹⁴.

Por su parte Botros llega a la conclusión de que un mismo caso se resolverá de modo diferente según lo analice un utilitarista o un deontologista. Esta afirmación mina uno de los puntos de fuerza del principialismo, que se propone como un sistema en el que pueden coincidir distintas concepciones filosóficas. Botros pone el ejemplo del médico que descubre un tumor en una paciente. Sabe que si le propone dos posibles tratamientos elegirá el menos invasivo, opción que el médico considera peor a largo plazo. Analizando la cuestión desde una perspectiva utilitarista, Botros escribe que el médico podría ocultar la posibilidad de la terapia menos invasiva, teniendo en cuenta el principio de beneficencia. De esta manera se obtendría el mayor bien para el paciente y para su familia. Sin embargo, siguiendo un análisis deontológico, de ningún modo cabría la posibilidad de callar esa infor-

14 Arras, J. D., «Principles and Particularity: the Role of Cases in Bioethics». *Indiana Law Journal* 69 (1994), 994-995. Una crítica similar la encontramos en Turner: «For example, the principle of respect for autonomy can lead to the justification of a host of conflicting moral claims and policies. To supporters of privatized medicine in the United States, respect for autonomy means that citizens ought to be able to use their income as they see fit to purchase whatever level of health care that they can afford. Within a more libertarian conception of autonomy, respect for autonomy means freedom from governmental taxation schemes»: Turner, L., «Zones of Consensus and Zones of Conflict: Questioning the «Common Morality» Presumption in Bioethics». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13 (2003), 213.

mación. Se haría prioritario el principio de autonomía, que obliga al médico a dar a la paciente todos los datos necesarios para que realice una elección autónoma. Con este sencillo ejemplo Botros concluye que, aunque los cuatro principios pueden ver de acuerdo en muchas ocasiones a representantes de diversas escuelas morales, no siempre se puede garantizar una respuesta unitaria¹⁵.

También encontramos en la literatura ejemplos a la inversa: se llega a la misma solución de un caso llamando en causa diferentes principios. En un número monográfico sobre el principialismo del *Journal of Medical Ethics* se proponen diversas situaciones como objeto de estudio. Una de ellas es el clásico problema del hijo de los testigos de Jehová: ¿cómo actuar cuando los padres se niegan a autorizar una transfusión de sangre que el equipo médico considera necesaria? Macklin analiza la cuestión a partir del principio de autonomía, explicando que la autonomía de los padres no puede prevalecer sin más. Se ha de buscar la decisión subrogada más adecuada, ya que el niño no es todavía un sujeto autónomo. Utilizando el concepto de «mejor interés» se concluye que se debe realizar la transfusión si la vida del niño corriera peligro. A la misma

conclusión llega Callahan, pero partiendo de los principios de no-maleficencia y de justicia¹⁶.

El reciente análisis del caso del hijo de los testigos de Jehová nos permite sacar una conclusión. Si diferentes principios llegan a la misma solución quiere decir que no es el principio en sí el que ha dado la respuesta. Debe haber algún otro elemento que sea el que determine dicha solución, y que de alguna forma está relacionado con el principio. En realidad podríamos decir que la crítica que se hace a los principios sobre su vaguedad e imposibilidad para llegar a los casos concretos, sería un problema más teórico que práctico, ya que nuestros autores a lo largo del libro van resolviendo los diferentes casos que plantean. El verdadero

15 Botros, S., «Rights and the Four Principles», en Gillon, R., *op. cit.*, 236-237. Privitera sostiene que el concepto de universalización que utilizan Beauchamp y Childress cae en contradicción, pues no se pueden universalizar dos sistemas morales que llegan a juicios morales diversos sobre la misma acción: cfr. Privitera, S., «Sui principi della bioetica». *Bioetica e Cultura* 3 (1993), 46.

16 Macklin, R., «Applying the Four Principles». *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), 276-277; Callahan, D., «Principlism and Communitarianism», 288. Gillon, uno de los mayores defensores del principialismo en Europa, escribe que el uso de los principios puede legítimamente cambiar de persona a persona, y de cultura a cultura: Gillon, R., «Ethics Needs Principles—Four Can Encompass the Rest—and Respect for Autonomy Should Be «First Among Equals»». *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), 309-310. Esta afirmación es difícilmente compatible con aquella otra de Beauchamp en la que sostiene que los principios son normas válidas que permiten realizar juicios interculturales y transculturales sobre la depravación moral, creencias morales equivocadas, crueldad salvaje y otros errores morales: Beauchamp, T. L., «Methods and Principles in Biomedical Ethics». *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), 269. Sobre este punto son interesantes las irónicas palabras de Harris: «I have always been perplexed as to why it is an advantage that by fiddling the weightings of the principles one can come to radically different conclusions»: Harris, J., «In Praise of Unprincipled Ethics». *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), 306.

problema, a nuestro modo de ver, está en el recorrido entre la formulación general de los principios y las respuestas que se dan en los diferentes casos. La pregunta que habría que formular a Beauchamp y Childress es: ¿por qué y cómo se llega a una solución y no a otra invocando uno u otro principio? Seguramente la respuesta que recibiríamos es que se ha de seguir la solución más coherente con el conjunto de la propuesta. Solución que tendría su base en la moralidad común que nuestros autores ponen como fundamento de su sistema¹⁷. Nos parece que esta respuesta no es suficiente. Pongamos un ejemplo: acudir a la coherencia del sistema no explica por qué en algunos casos estaría justificado el suicidio asistido y en otros no, como aparece en el libro de estos autores. Es cierto que son muchas las condiciones que se ponen para justificar acciones de ayuda al suicidio, pero no se explica de dónde proceden, y por qué son esas y no otras¹⁸. Alguien podría sostener que el caso de la señora con Alzheimer en sus primeros estadios a la que se ayuda a quitarse la vida, se justifica desde el punto de vista moral, pues corresponde a un suicidio asistido en el que se ha respetado la voluntad de la paciente. Decir, como dicen Beauchamp y Childress, que esta mujer era capaz todavía de jugar al tenis podría no ser considerado un argumento convincente para justificar una actuación que impida al deseo de la paciente de acabar con su vida¹⁹. Tampoco

parece suficiente el llamar en causa la moralidad común como medio para zanjar la cuestión, pues aunque la mayoría de las personas considerase adecuadas las condiciones propuestas por Beauchamp y Childress para justificar el suicidio asistido, quedaría todavía por explicar por qué efectivamente son adecuadas. De otro modo, la ética, o la bioética, queda reducida a la pura descripción de lo que la gente opina sobre diferentes temas, cosa que está muy lejos del serio estudio sistemático de las razones que nos llevan a considerar buenos o malos los diferentes comportamientos²⁰. En este sentido, Strong sostiene que Beauchamp y Childress esconden algunos de los elementos que utilizan en la resolución de dichos casos²¹.

3. Resolución de los conflictos entre los principios

Los conflictos entre los principios *prima facie* de los que hablan Beauchamp e Childress, no pueden resolverse a priori, pues como repiten insistentemente no existe una jerarquía entre ellos. Para su

20 DeGrazia sostiene que el principialismo reduce la ética normativa a ética descriptiva: cfr. DeGrazia, D., «Common Morality, Coherence, and the Principles of Biomedical Ethics». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13 (2003), 224.

21 Cfr. Strong, C., «Specified principlism: what is it, and does it really resolve cases better than casuistry?» *Journal of Medicine and Philosophy* 25 (2000), 326 y 339. Entre los elementos escondidos destaca ciertamente la deriva utilitarista de la propuesta, que resulta evidente a pesar de que Childress pretenda sostener una ética de matriz deontológica.

17 Cfr. PoBE, 397-408.

18 Cfr. PoBE, 150-151

19 Los detalles del caso puede encontrarse en PoBE, 149-150.

resolución ofrecen dos instrumentos: la ponderación y la especificación²². Pasamos a considerar ahora brevemente algunas críticas en relación a este modo de solucionar los conflictos morales²³. Para algunos autores los únicos conflictos posibles son entre el principio de autonomía y alguno de los otros tres²⁴.

a) Críticas a la ponderación (*balancing*)

La principal crítica que ha recibido la ponderación de los principios es la de caer en una resolución de los conflictos totalmente subjetiva²⁵. Arras vuelve a

poner el ejemplo de los debates en torno al aborto: si se intenta hacer una ponderación entre los principios de autonomía y no-maleficencia se podrá resolver el problema en uno u otro sentido. Si dicha ponderación la realiza una ardiente feminista, dirá que prevalece el principio de autonomía, pues de otro modo la mujer queda considerada como un simple «contenedor de fetos». Si la hace un aguerrido pro-life dirá que, teniendo en cuenta la dignidad de la nueva vida, en este caso la prioridad toca al principio de no-maleficencia, ya que el daño para el feto (en el caso del aborto) sería fatal y definitivo²⁶.

Por su parte Veatch explica que la ponderación se ha relacionado históricamente con el intuicionismo. Al plantear el caso de una investigación, aunque ésta conlleve un gran beneficio para un elevado número de personas, Beauchamp y Childress explican que esta investigación no debería realizarse sin el consentimiento de los sujetos que participen; y mucho menos en contra de su voluntad (llamando en causa los principios de autonomía y no maleficencia). Pero también se podría razonar —continúa Veatch— de modo contrario: la investigación se puede justificar, incluso en contra del consentimiento

22 De la especificación se trató ya brevemente. La ponderación no es otra cosa que la comparación de la relativa importancia moral que tienen determinadas obligaciones éticas al entrar en conflicto en una situación específica: cfr. PoBE, 18-23.

23 Grodin considera esta crítica como una de las más importantes dirigidas contra el principialismo: cfr. Grodin, M. A., *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1995, 18. Clouser y Gert sostienen que al rechazar todas las teorías éticas el problema se hace irresoluble. Explican que, a nivel práctico, Beauchamp y Childress toman de una u otra teoría, según los casos, y de esta forma solucionan los conflictos: cfr. K. D. Clouser y B. Gert (1990), *op. cit.*, 223. Sobre la incapacidad de resolver los conflictos entre los principios ver también: Have, H. T., «Principlism. Western European Appraisal» en DuBose, E. R., Hamel, R. P., O'Connell, L. J., *op. cit.*, 106; Munson, R., *Intervention and Reflection. Basic Issues in Medical Ethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, 1996, 32.

24 Callahan, D., «Principlism and communitarianism», *op. cit.*, 289.

25 «This weighing and balancing, some critics contend, is inherently subjective and unpredictable (...) its resolutions of hard cases must remain ad hoc, fundamentally unprincipled, and therefore unjustified»: Arras, J., *op. cit.*, 996. Esta crítica es similar a aquella que han recibido autores como Ross, del que Beauchamp y Childress son muy dependientes:

«The most familiar objection to the newer intuitionism is moral: that it allows ordinarily respectable persons to do anything they are likely to choose, and to have a good conscience in doing it. While "speciously strict," as Peter Geach has remarked, it "leads in fact to quite laxist consequences"»: Donagan, A., *The Theory of Morality*, The University of Chicago Press, Chicago, 1977. 23.

26 Cfr. Arras, J., *op. cit.*, 996.

de los sujetos implicados, invocando el principio de beneficencia, pensando en la gran cantidad de personas que podrían beneficiarse de dicha investigación²⁷.

Beauchamp y Childress son conscientes de que la ponderación no puede ser algo arbitrario o puramente intuitivo, sino que se deben aportar buenas razones a la hora de realizarla²⁸. Para ello establecen una serie de reglas que evitarían de algún modo el deslizamiento en el intuicionismo²⁹. Privitera se pregunta si realmente se consigue evitar esa caída. Y añade que puede ayudar a entender el relativismo de la propuesta una frase tomada del libro *Principios de ética biomédica*: «el valor de la distinción entre obligaciones *prima facie* y obligaciones efectivas, lo mismo que el método de la ponderación refleja la estrecha conformación con nuestra experiencia moral y el papel que en ella desarrolla la intuición y la subjetividad». No se hace referencia alguna —sigue Privitera— a la imparcialidad, a los valores, a las consecuencias de las acciones»; o sea, a todos aquellos elementos que deberían considerarse para poder realizar un juicio moral verdaderamente imparcial y universal³⁰.

27 Veatch, R. M., «Resolving conflicts among principles: ranking, balancing, and specifying». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (1995), 209.

28 Desde el punto de vista metodológico la necesidad de aportar «buenas razones» para la ponderación contrasta con el enunciado del principio de autonomía, que señala que se «han de respetar las visiones y derechos de los individuos mientras que sus pensamientos y acciones no dañen seriamente a otras personas» (PoBE, 64); por tanto, independientemente de las razones que se aporten.

29 PoBE, 20.

30 Privitera, S., «Il relativismo dei principi». *Bioetica e Cultura* 23 (2003), 64.

Por su parte, Holm escribe que las reglas que presentan Beauchamp y Childress se quedan a un nivel puramente formal, sin proporcionar criterio alguno para guiar nuestra decisión. La consecuencia es que con la ponderación se puede llegar a justificar cualquier comportamiento³¹.

Otro punto que interesa señalar en relación a la ponderación es que cuando nos encontramos ante un conflicto moral, la posible ponderación no se da a nivel de principios. En realidad, son los bienes —que los principios o las normas morales tratan de proteger— lo que valoramos y ponderamos en esos casos³². Decir, por ejemplo, que en una situación la autonomía tiene prioridad con respecto a la no-maleficencia no tiene habitualmente

31 «But can the five condition help us, if we don't have further conditions delimiting the field of considerations that can validly be introduced in the balancing? Not very much, because they are almost purely formal. We are given no criteria with which we can decide whether something is a relevant moral consideration (...). We are presented with a structure for moral reasoning which cannot give any definite answers to moral problems, or perhaps more accurately can produce almost any answer we want»: Holm, S., «Not just autonomy - the principles of American biomedical ethics» [Book review essay]. *Journal of Medical Ethics* 21 (1995), 336-337. La cuarta edición del libro, que es la que conoce Holm al escribir su artículo, señala cinco reglas para la ponderación. Aunque la última edición añade una más el problema persiste, pues la nueva condición sigue estando a un nivel formal.

32 Nos parece que ésta es la idea de Churchill cuando escribe que «in such a scheme, the principles take on intrinsic value, as things to be protected, rather than the means to respect and protect persons»: Churchill, L., «Rejecting Principlism, Affirming Principles. A Philosopher Reflects on the Ferment in U.S. Bioethics» en DuBose, E. R., Hamel, R. P., O'Connell, L. J., *op. cit.*, 326.

significación alguna: nunca sostendremos que en esa situación esté justificado «dañar». Lo que se quiere decir es que la voluntad libre del paciente (bien 1) se considera más importante que la salud (bien 2). Este análisis sería el que hay detrás del caso del testigo de Jehová que se niega a recibir una transfusión de sangre.

b) Críticas a la especificación

La especificación ha recibido un menor número de críticas respecto a la ponderación. Es lógico, pues de algún modo cualquier sistema moral ha de contar con un modo de especificar sus normas, de clarificar las indicaciones generales para los ámbitos concretos de actuación. La mayor crítica apuntada es la posibilidad de realizar especificaciones que llevan a conclusiones morales contrarias en un mismo caso³³. Strong pone como ejemplo los padres que piden que se suprima la hidratación y nutrición de un neonato con malformaciones. Según este autor la especificación de la regla general («no

dañar») podría justificar, según como se realice, tanto la petición de los padres como la necesidad de continuar con la hidratación y la nutrición³⁴.

Jonsen, por su parte, aunque entiende que la especificación es una herramienta útil, piensa que no llega a considerar todas las circunstancias específicas de los casos concretos³⁵. Esto es cierto, pero no parece decisivo ya que lo que sugiere Jonsen no es necesario a nivel de normas. Sería preciso solamente en el caso en el que no existiera el juicio de prudencia, donde la norma específica se considera a la luz del caso concreto teniendo en cuenta entonces todas sus circunstancias. Por su parte, Clouser y Gert critican la posibilidad que la especificación tendría de cambiar el contenido de las normas morales³⁶. Nos parece que en la especificación propuesta por Richardson, que es la que sugieren Beauchamp y Childress, no se da un verdadero cambio en el contenido de la norma, sino una mejor descripción de dicho contenido. Más que de cambio

33 Beauchamp admite que «different persons and groups will offer conflicting specifications». Pero a continuación escribe que «a specification is justified if and only if it maximizes the coherence of the overall set of relevant beliefs»: Beauchamp, T. L., «A Defense of the Common Morality». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13 (2003), 268. «A particular specification, or any revision in moral belief, is held to be justified if it maximizes the coherence of the overall sets of beliefs that are accepted upon reflection»: Beauchamp, T. L. y DeGrazia, D., «Principles and Principlism» en Khushf G. (ed.), *Handbook of bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 2004, 70.

34 Strong, C., *op cit.*, 326-330.

35 Jonsen, A. R., «Strong on specification». *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (2000), 348-360.

36 Gert, B., Culver, C. M. y Clouser, K. D., «Common morality versus specified principlism: reply to Richardson». *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (2000), 316. En otro artículo, Clouser dice que «there is neither any systematic way of arriving at the appropriate specified principles, nor do the specified principles provide any systematic way of carrying out this balancing»: Clouser, K. D., «Concerning Principlism and its Defenders: Reply to Beauchamp and Veatch» en Kopelman, L., *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston, 1999, 192-193.

habría que hablar de enriquecimiento en la formulación lingüística de la norma o principio³⁷.

De todas formas, no siempre se llega mediante la especificación a un modo adecuado de justificar una decisión. Veamos la especificación que realiza Beauchamp al estudiar el caso de los Testigos de Jehová ya mencionado³⁸. Explica que en este caso dos normas entran en conflicto:

«1. Está moralmente prohibido llegar a una situación de riesgo de muerte de un paciente cuya vida está amenazada por una condición que puede ser tratada con una adecuada intervención médica.

«2. Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento»³⁹.

Beauchamp sugiere la siguiente especificación de la segunda regla:

«2.1 Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento por parte de un paciente, a no ser que la petición no sea autónoma y presente un peligro significativo para el paciente»⁴⁰.

37 Cfr. Richardson, H. S. (2000), *op. cit.*, 285-307.

38 Cfr. Beauchamp, T. L. (2003), «Methods and principles...», *op. cit.*, 270.

39 «1. It is morally prohibited to risk death for a patient whose life threatening condition can be medically managed by suitable medical techniques. 2. It is morally prohibited to disrespect a first party refusal of treatment».

40 «It is morally prohibited to disrespect a first party refusal of treatment by a patient, unless the refusal is non-autonomous and presents a significant danger to the patient».

Un rápido análisis de esta especificación descubre que no sólo no nos ayuda a la resolución del caso, sino que la complica. En realidad, la primera condición que se pone para no tomar en cuenta el rechazo de un tratamiento (que la petición no sea autónoma), aunque efectivamente no aparece en la primera formulación de la norma, es evidente que la supone: nadie acepta el abandono de un tratamiento si la petición la realiza un paciente que no es competente (que no es capaz de realizar una petición autónoma). Por tanto no aporta nada nuevo para la valoración moral. La segunda condición (que no presente un peligro significativo para el paciente) es justamente lo que está en juego en el caso del testigo de Jehová que rechaza la transfusión de sangre. Por tanto, un poco más adelante, cuando Beauchamp escribe que «un Testigo de Jehová tiene una base razonable para rechazar la recomendada transfusión de sangre», está afirmando que, aunque exista peligro significativo para el paciente, es necesario seguir su decisión autónoma. Pero esto es justamente lo contrario de lo que la regla especificada sostenía. Con lo cual el conflicto entre la autonomía y la no-maleficencia no se ha resuelto a través de la especificación, sino a través de una justificación de la decisión autónoma basada en las creencias religiosas del paciente.

4. Apunte conclusivo

El sistema de principios *prima facie* no ofrecen una resolución a priori de los conflictos que puedan surgir entre

ellos, debido a la falta de jerarquía entre ellos. Este problema ha de ser superado, según Beauchamp y Childress, a través de la ponderación y especificación de los principios en los casos concretos. Sin embargo, si no hay nada más detrás de los principios, las dos herramientas antes mencionadas quedarán a merced de la intuición, llevando el sistema hacia el relativismo moral. No parece que sea ésta la intención de nuestros autores, al contrario, todo el esfuerzo del libro está dirigido a evitar dicho relativismo en el ámbito biomédico. De todas formas no es posible eliminar un cierta caída en esa dirección, al menos a nivel teórico.

A nivel práctico, como apuntan Strong y Privitera, la resolución de las cuestiones se hace en relación a otros elementos que no son explícitos en la propuesta de Beauchamp y Childress. Estos otros elementos corresponderían a lo que en algunos planteamientos éticos se denomina teoría de bienes. Dichos bienes estarían por una parte detrás de cada uno de los principios; y por otra, como criterio motor de la ponderación y de la especificación. Para evitar la sospecha de relativismo nuestros autores deberían proporcionarnos la lista de bienes que intentan proteger con los principios, y cómo se relacionan unos con otros. El problema está en que en el panorama actual de la ética puede resultar problemático hablar de bienes, pues existe un enorme desacuerdo sobre cuáles serían y cómo se habría de afrontar su jerarquización. La impresión es que el principialismo teme perder su pretendida posición pluralista si intentara contestar a la pregunta sobre los bienes. Sin embargo,

afrontar esta cuestión se hace necesario para dar razón tanto de los principios como del modo de solucionar los conflictos que surgen entre ellos⁴¹.

Otra conclusión que podemos sacar en relación a la aplicabilidad de los principios nos la da Truog. La experiencia de este autor le lleva a considerar que los principios son útiles como instrumentos para explicar una elección hecha, pero de poca ayuda para la decisión⁴². Un ejemplo claro lo tenemos en el caso de los testigos de Jehová antes estudiado: primero se llega a la conclusión que se considera más aceptable y después se utiliza uno u otro principio para justificar dicha elección. El problema está en que con este planteamiento se podría justificar prácticamente todo, como ha puesto de manifiesto Veatch. Esta objeción llama en causa el papel de los principios en el momento del juicio moral. Beauchamp y Childress hablan poco de este punto. Parecen más interesados en el momento posterior: la justificación moral de los distintos comportamientos⁴³. Ciertamente este nivel de razonamiento moral es

41 Sobre la falta de la noción de bienes y fines en muchos planteamientos de bioética clínica ver Rodeheffer, J. K., «Practical Reasoning in Medicine and the Rise of Clinical Ethics». *The Journal of Clinical Ethics* 1 (1990), 192.

42 Truog, R. D., «Principles, rules and actions: a response to Devettere» en Grodin, M. A., *op. cit.*, 53.

43 En este sentido la crítica de Engelhardt de que los principios no funcionan como fuentes de justificación de acciones no parece acertada, ya que es precisamente la justificación de las acciones lo que buscan Beauchamp y Childress (cfr. Engelhardt, H. T. y Wildes, K. W., *op. cit.*, 146).

importante para explicar las razones que están detrás de los posibles cursos de acción que encontramos en las diferentes situaciones. De todas formas, se hace necesario completarlo, como señalan Churchill y O'Neill, con una adecuada consideración del momento del juicio moral⁴⁴. Esto resulta obligado para evitar el riesgo de concebir una bioética cuyas decisiones se realizan aplicando sin más unas indicaciones normativas a los casos que se han de resolver, de modo parecido al que utiliza la geometría para la resolución de los problemas de superficies y volúmenes. Utilizando conceptos propios de la tradición aristotélica podríamos decir que un planteamiento de este género siempre tiene el riesgo de confundir el razonamiento práctico con uno de tipo especulativo, que sin ser totalmente distinto al primero, pierde de

vista elementos esenciales de la práctica moral; y concretamente del momento de la decisión, como son, por ejemplo, las circunstancias del caso, o las virtudes morales del agente.

Acabamos este artículo retomando la crítica de Clouser y Gert. Estos autores dicen que los principios de Beauchamp y Childress no son en realidad principios morales al modo de los principios de justicia de Rawls o del principio de utilidad de Mill, sino slogans morales⁴⁵. Quizá sea exagerado utilizar el término slogan, lo que sí es cierto es que los famosos principios de la bioética no son estrictamente hablando principios de la razón práctica, sino indicaciones normativas genéricas que se pueden utilizar de diversos modos para justificar o rechazar acciones que ya por otras razones se consideran acertadas o desacertadas⁴⁶.

Recibido: 18-07-2007

Aceptado: 03-09-2007

44 «My main thesis is that we cannot escape recognition of our agency by trying to replace judgments with principles. The ongoing critique of principlism attempts to recapture moral agency, and with it, a more robes cultural context. To emphasize that principles are tools is to see that they are always and only our tools. We cannot make up for using them poorly by claiming that they have some special status in and of themselves»: Churchill, L., «Rejecting Principlism, Affirming Principles: a Philosopher Reflects on the Ferment in U.S. Bioethics» en DuBose, E. R.; Hamel, R. P. y O'Connell, L. J., *op. cit.*, 330. O'Neill, O., «Practical principles & practical judgment». *Hastings Center Report* 31, 4(2001), 15-23. Sobre la necesidad de los juicios particulares ver también Devettere, R., «The Principled Approach: Principles, Rules, and Actions» en Grodin, M. A., *op. cit.*, 43.

45 Cfr. Clouser, D. y Gert, B. (1990), *op. cit.*, 221.

46 Nos parece que se puede aplicar al principialismo lo que Rhonheimer señala para las éticas teleológicas en general: «they do not properly have a conception about principles of practical reason. This can also be regarded as a consequence of their lack of action-analysis. «Teleological ethics» essentially and exclusively is a decision-making theory: it tries to explain how we work out decisions about what to do here and now»: Rhonheimer, M., ««Intrinsically Evil Acts» and the Moral Viewpoint: Clarifying a Central Teaching of Veritatis Splendor». *The Thomist* 58 (1994), 34-35.