



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y
HUMANIDADES EN SALUD
CAMPO DE CONOCIMIENTO HUMANIDADES EN SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA

LA DELIBERACIÓN EN LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN BIOÉTICA

PRESENTA:
IXCHEL ITZA PATIÑO GONZÁLEZ

TUTORA DRA. LIZBETH MARGARITA SAGOLS SALES
FACULTAD DE FILOSOFÍA

COMITÉ TUTOR
DRA. LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

DR. ALBERTO CUAUTHÉMOC MAYORGA MADRIGAL
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CIUDAD UNIVERSITARIA CD.MX., SEPTIEMBRE DE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Abreviatura	4
Introducción	6

Capítulo 1 Comités Hospitalarios de Bioética

1.1 Transformación de la relación profesional de la salud-paciente	15
1.1.1 Respeto a la autonomía de los pacientes	16
1.1.2 Debilitamiento del paternalismo	19
1.2 Surgimiento de los CHB	22
1.3 Comités Internacionales de Bioética y Comisiones Nacionales de Bioética	28
1.3.1 Comités Internacionales de Bioética	29
1.3.2 Comisiones Nacionales de Bioética	33
1.3.3 Comisión Nacional de Bioética de México	37
1.4 Características de los Comités Hospitalarios de Bioética	40
1.4.1 Los CHB son interdisciplinarios	41
1.4.2 Los CHB son plurales	44
1.4.3 Los CHB son tolerantes	46
1.4.4 Los CHB participan justamente del consenso	49
1.4.5 Los CHB son laicos	54
1.5 Funciones y limitaciones de un CHB.....	61
1.5.1 Función educativa	62
1.5.2 Función consultiva	64
1.5.3 Función orientadora	65
1.5.4 Otras funciones de los CHB	67
1.5.5 Limitaciones	68
1.6 Miembros de un CHB: expertos, ciudadanos y representantes	71
1.6.1 La integración de los miembros	72
1.6.2 La selección de los miembros	73
1.6.3 El papel de los miembros	75
1.6.4 La formación de los miembros	86

Capítulo 2 Argumentación y Ética

2.1 Campos de la argumentación	96
2.1.1 Argumentación y argumento	96
2.1.1.1 Argumento por su forma (formal e informal)	104
2.1.1.2 Argumento por su construcción	106
2.1.1.3 Razonamiento	112
2.1.1.4 Inferencia	116
2.2 Identificación de argumentos	119
2.3 Análisis de argumentos	122
2.4 Evaluación de argumentos	129
2.5 Falacias	135
2.6 Diálogo y tipos de diálogo	145
2.7 Campos de la ética	155
2.7.1 Teorías éticas	156
2.7.2 Niveles de reflexión ética	160
2.7.3 Elementos constitutivos del acto moral	164
2.7.3.1 Los motivos	165
2.7.3.2 Los propósitos	166
2.7.3.3 Los medios	168
2.7.3.4 El agente moral	169
2.7.3.5 La decisión	172
2.7.3.5 Los juicios morales	176

Capítulo 3 Argumentación en Ética	
3.1 Juicios morales y sus tipos	180
3.1.1 Juicios morales afirmativos	181
3.1.2 Juicios morales compromisorios	182
3.1.3 Juicios morales imperativos	183
3.1.4 Juicios morales declarativos	183
3.1.5 Juicios morales expresivos	184
3.2 Acuerdos y desacuerdos	186
3.3 Problema moral	192
3.4 Dilema moral	200
3.5 Argumentación deliberativa en ética	205
3.5.1 Identificación de argumentos en ética	207
3.5.2 Análisis de argumentos en ética	212
3.5.3 Evaluación de argumentos en ética	214
3.5.4 Falacias comunes en ética	220
Capítulo 4 Argumentación y Deliberación en Bioética	
4.1 Fundamento y procedimiento/método	231
4.2 Procedimientos para análisis de casos en bioética	236
4.2.1 Método	236
4.2.1.1 Hansen y Bergsma	241
4.2.1.2 Burrell	241
4.2.1.3 Davis	242
4.2.1.4 Thomasma	242
4.2.1.5 McCullough	243
4.2.1.6 Rest	244
4.2.1.7 Curtin y Flaherty	245
4.2.1.8 Jonsen, Siegler y Winslade	246
4.2.1.9 Kieffer	247
4.2.1.10 Cande y Puka	247
4.2.1.11 Pellegrino	248
4.2.1.12 Strong	249
4.2.1.13 Galveston. Schwinle, Bernard, Kluge, Hayes y Alensworth	250
4.2.1.14 Brody y Payton	251
4.2.1.15 Hunt y Vitell	251
4.2.1.16 Bochum, Sass y Viefhues	252
4.2.1.17 Bommer, Gratto, Gravender y Tuttle	255
4.2.1.18 Hasting Center. Wolf	256
4.2.1.19 Drane	257
4.2.1.20 Erde	258
4.2.1.21 Jonsen y Toulmin	258
4.2.1.22 Viafora	259
4.2.1.23 Ferrell, Gresham y Fraedrich	259
4.2.1.24 Gracia	260
4.2.1.25 Grundstein-Amado	261
4.2.1.26 Thompson y Thompson	262
4.2.1.27 Jones	263
4.2.1.28 Pope y Vázquez	263
4.2.1.29 Lo	264
4.2.1.30 Dolgoff, Loewenberg y Harrington	264
4.2.1.31 Morata	265
4.2.1.32 Congress	266

4.2.1.33 Bermejo	266
4.2.1.34 Roque	267
4.2.1.35 Nijmegen	268
4.2.1.36 Altamirano, Garduño, García y Muñoz	268
4.2.1.37 UNESCO	269
4.2.1.38 Day	270
4.2.1.39 Bush, Conell y Denney	270
4.2.1.40 Engelhardt	271
4.2.1.41 Childress	271
4.2.1.42 Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias	272
4.2.1.43 Montero y Morlans	273
4.2.1.44 Ley Social. Ballesteros-Izquierdo	274
4.2.1.45 Corey, Corey y Callahan	275
4.2.1.46 Netza	276
4.2.1.47 Anguita	277
4.2.1.48 Schmidt	277
4.2.1.49 Guevara, Altamirano y Altamirano	279
4.3 Deliberación argumentativa en bioética	283
4.3.1 Condiciones óptimas para la deliberación argumentativa	286
4.3.2 Propuesta de deliberación argumentativa para los CHB	290
Conclusiones	295
Bibliografía	300
Referencias consultadas	305

Abreviaturas

LGS	Ley General de Salud
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CHB	Comité Hospitalario de Bioética
AMH	Asociación Americana de Hospitales
CIB	Comités Internacionales de Bioética
CIGB	Comité Intergubernamental de Bioética
COMEST	Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología
AMM	Asociación Médica Mundial
CCNE	Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud
AHEC	Comité Australiano de Ética en la Salud
CEH	Comité de Ética Hospitalaria
CLEC	Comités Locales de Ética Clínica
COFT	Comité de Orientación Familiar y Terapéutica
INCan	Instituto Nacional de Cancerología
CEI	Comités de Ética en Investigación
TCB	Tests Cognitivos Breves
AABH	Asociación Americana de Bioética y Humanidades

RSA	Relevancia, Suficiencia y Adecuación
ARG	Aceptabilidad, Relevancia y Soporte
ReMMuF	Seminario Permanente de la Red Mexicana de Mujeres Filósofas
CI	Consentimiento Informado

Introducción

Los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) se han consolidado como espacios de deliberación, en los cuales se realiza el análisis de casos “desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, propiciando el razonamiento y la fundamentación para cada caso, y formulará recomendaciones” (CONBIOÉTICA), 2015:18). El CHB es la versión contemporánea de la *boulé* de hace más de dos mil años. Una diferencia crucial es que el CHB está dirigido al ámbito clínico, mientras que, la *boulé* estaba dedicada al ámbito político.

El análisis de caso -más que la implementación aislada de metodologías- involucra una serie de procedimientos e implica para quienes lo realizan, que conozcan cuáles se han propuesto hasta el momento y de qué manera pueden contribuir a la función consultiva de cualquier CHB.

Para marzo de 2023 se contabilizan 1250 CHB en México (CONBIOÉTICA, 2023). El número nacional de hospitales privados es de 2886 (INEGI, 2022: 1) y de hospitales públicos es de 4995 (estadista, 2022) que dan un total de 7881 establecimientos en salud a nivel nacional. La proporción de CHB según el total de establecimientos en salud es de tan solo 15.86 %. Esto significa que los esfuerzos por hacer posible lo que marca el artículo 41 bis de la LGS (Ley General de Salud) aún están alejados aún de la realidad. A pesar de que en los años recientes se ha impulsado la importancia de conformar y registrar CHB por parte de la CONBIOÉTICA.

Dichos cuerpos colegiados están aún en proceso de integración y conformación. Esto implica que las funciones que deben desempeñar aún se encuentran en proceso de construcción, toda vez que la conformación de CHB empezó hace no más de siete años en México cuando se aprobó el artículo 41 bis en la LGS en 2011 su implementación obligatoria en instancias sanitarias.

Hasta el 2017 existían 729 CHB registrados en la CONBIOÉTICA en comparación con las 4354 instancias sanitarias existentes hasta ese momento. Esto significa que aún es insuficiente la conformación de CHB en todo el país.

La CONBIOÉTICA tiene entre sus funciones llevar a cabo el registro de los CHB y además, proporcionar toda la información correspondiente para aprobar el registro. Además, se hace un *Informe de Actividades*, en el que se lleva a cabo una exploración de las actividades desarrolladas en los CHB y así saber qué necesidades y preocupaciones inquietan a los integrantes para saber cómo subsanarlas y atenderlas. Para ello, la CONBIOÉTICA ha

organizado y coordinado cursos y talleres dirigidos a la formación educativa en los integrantes de los CHB. Por ejemplo, en el 2022 se llevó a cabo la capacitación “Análisis de casos prácticos con dilemas bioéticos” en el que se presentaron casos que posteriormente fueron comentados por algún especialista en el tema.

El trabajo de la CONBIOÉTICA y las Comisiones Estatales de Bioética ha sido titánico y lograr las metas deseadas implica compromisos colaborativos interinstitucionales educativos y sanitarios que aún están elaborándose.

La relevancia de los procedimientos para analizar casos en los CHB favorece la viabilidad de saber cómo orientar paso a paso el examen de casos clínicos. Cada procedimiento se ha propuesto desde diversas áreas del conocimiento, como la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, teoría de sistemas y bioética. Todas ellas abordan la necesidad de sistematizar los procesos para saber cómo tratar los desacuerdos en bioética.

En este trabajo se apuesta por la aproximación de la propuesta deliberativa-argumentativa para analizar casos, conciliando la argumentación con la ética. En este sentido, la pregunta de investigación fue ¿cómo aproximar las herramientas argumentativas y la deliberación argumentativa a los CHB?

La pregunta planteada en el pasaje anterior, tiene como proposición previa que: las herramientas argumentativas y la deliberación argumentativa se puede aproximar a los CHB. Saber cómo, es lo que se precisa en el desarrollo de este trabajo.

El objetivo central en este trabajo fue:

Aproximar la deliberación argumentativa hacia el análisis de casos que se tratan en los CHB. Para lograr este cometido es necesario ordenar los objetivos específicos:

Objetivos específicos:

- 1) Explicar los componentes y cualidades de los CHB; para ello es indispensable hacer un recorrido por el pasado y el presente de los CHB y así comprender cómo se entiende la deliberación (y la argumentación) como parte de las funciones primordiales.
- 2) Exponer el panorama general de la argumentación y de la ética filosófica para comprender las aportaciones que se han hecho en cada uno de éstas áreas de tal manera que puedan ser direccionadas hacia la deliberación.
- 3) Establecer los puntos de intersección entre la argumentación y la ética filosófica para comprender los elementos teóricos bajo los cuales se constituye el diálogo deliberativo, particularmente, desde la nueva dialéctica.

- 4) Exponer todos los procedimientos de análisis de casos que se han formulado hasta el momento para saber cómo se han transformado y cómo han expuesto la deliberación y la argumentación.
- 5) Proponer y adaptar el procedimiento deliberativo argumentativo dirigido al análisis de casos.

Para lograr el objetivo central se acude a la propuesta de deliberación argumentativa que formula Walton en su obra *Ethical Argumentation* (2003) en la que se exponen cada uno de los pasos acompañados de alguna herramienta argumentativa.

En el primer capítulo se desarrolla el primer objetivo específico en el que se da cuenta del estado del arte del pasado y presente de los CHB. Un aspecto sobresaliente en el recorrido histórico de los CHB es la deliberación. La cual se ha consolidado en las funciones educativa, consultiva y orientadora. Los CHB se han afianzado desde las siguientes características representativas: interdisciplinariedad, pluralidad, tolerancia, la búsqueda del consenso (aunque los disensos son vitales para retomar los diálogos) y la laicidad. En este capítulo se explica la relevancia y razón de ser de cada una de las características; las cuales forman la base sobre la que se despliega la puesta en escena de la deliberación argumentativa.

Para lograr la deliberación en el análisis de casos es indispensable adquirir diversas competencias: conocimientos, habilidades y actitudes. Dichas competencias se describen según el listado sugerido que hace la Asociación Americana de Bioética y Humanidades (AABH). Entre los conocimientos asociados a la deliberación argumentativa destacan los siguientes: conocer de las distintas teorías éticas y razonamientos morales, conocer temas y conceptos en bioética. Entre las habilidades más estrechamente relacionadas a la deliberación argumentativa predominan los siguientes: a) identificar y analizar el conflicto que se plantea, b) la búsqueda del consenso, c) educar en los aspectos éticos que se plantean en los casos, d) identificar y superar las barreras de comunicación en cada una de las partes implicadas, e) identificar los valores morales ya puestos en la deliberación y f) identificar incongruencias argumentativas durante el proceso de deliberación. Por último, todas las actitudes están ligadas a la deliberación argumentativa, estas son: la tolerancia, paciencia y compasión, la honestidad, la comunicación efectiva, la prudencia y la humildad (sobre todo intelectual), el liderazgo y la integridad.

En el segundo capítulo se procura el segundo objetivo específico en el que se expone un panorama general de la argumentación orientada hacia la nueva dialéctica y también se exponen las contribuciones de la ética filosófica. Para ello se explican y describen las

herramientas de la argumentación desde la nueva dialéctica. También se describen los campos argumentativos, entre los que figura la ética como uno de los campos argumentativos en los que hay marcos normativos específicos para lograr el análisis y evaluación de argumentos. Por otro lado, se comentan cada una de las etapas argumentativas (confrontación, apertura, argumentación y cierre) y la diagramación de argumentos. Además, se presenta la diversidad de teorías y enfoques en ética en las que se examinan y precisan cada uno de los componentes de la estructura del acto moral (motivos, propósitos, decisión, agente, medios y juicios morales). Por último, se señala que los juicios morales pueden aludir a cualquiera de los niveles de reflexión ética (descriptiva, metaética, normativa o aplicada) en los que se intenta comprender los componentes que constituyen el acto moral.

En el tercer capítulo se pretende desarrollar el tercer objetivo específico en el que establece la intersección entre la argumentación y la ética filosófica. Los juicios morales son el punto de partida de toda argumentación ética. Para ello se formula una clasificación de los diversos tipos de juicios morales -entendidos como actos de habla- que son las proposiciones o puntos de vista, que conforman los argumentos en ética. Los tipos de juicios que se describen son: afirmaciones o negaciones, imperativos, compromisorios, declarativos y expresivos.

Cuando algún punto de vista (juicio moral) que sea puesto en duda o genere desacuerdo, entonces se dará paso a la identificación de los problemas o dilemas morales. En este capítulo se sostiene que es indispensable distinguir entre problema y dilema moral, pues cuando se emplean de forma indistinta entonces su uso suele generar confusión entre uno y otro. La precisión conceptual se formula a partir de la correspondencia con los componentes de la estructura del acto moral.

El problema moral hace patente alguna de las dificultades que existen en cualquiera de los componentes del acto moral, en cambio, el dilema moral se externa solo en el componente de la decisión y es por el número de alternativas; las cuales se caracterizan por ser incompatibles e irreconciliables.

La distinción conceptual entre problema y dilema es crucial para saber qué tipo de desacuerdo se hace visible (de creencia o de actitud, o ambos) y externar en forma de pregunta el obstáculo que alude a algún nivel de reflexión ética (descriptiva, metaética, normativa o aplicada) acorde al desarrollo de la argumentación ética.

En este capítulo se considera indispensable la identificación, análisis y evaluación argumentativa para sistematizar la deliberación argumentativa. Para ello, se presentan algunas herramientas que se han propuesto desde la argumentación; las cuales favorecen el estudio del contenido de los argumentos en ética, tales como: la diagramación de argumentos, la fuerza

con la que operan los argumentos y contraargumentos, las falacias, la identificación de los campos argumentativos (científico, jurídico, administrativo, estético y ético) y la sistematización de las etapas argumentativas de la pragmadialéctica.

El cuarto capítulo está dirigido hacia el desarrollo del cuarto y quinto objetivo específico. Para ello, se expande la intersección de la argumentación ética hacia la bioética; particularmente hacia los CHB. La deliberación argumentativa se comprende como procedimiento; el cual se delimita como un método organizado, repetible, presentable y transmisible. El procedimiento es distinto de la fundamentación, la cual se dirige al estudio de los principios base sobre los que se construye la estructura que se pretende comprender.

Además de la deliberación argumentativa se han explorado otros procedimientos dirigidos al análisis de casos en los CHB. En este trabajo de investigación bibliográfica se pretende recabar y registrar todos los procedimientos existentes hasta el momento para saber cómo se han representado, adaptado y transformado los pasos utilizados al analizar casos. Y como objetivo específico se pretende explorar y examinar si alguno de los procedimientos recurren entre sus pasos a la argumentación y/o deliberación para saber cómo se representan. Para ello se realizó el siguiente estudio.

La técnica empleada es recolección de material de tipo expositiva. Las fases en las que se atendió el estudio son: 1) la recolección de material, 2) selección de material y 3) análisis de material.

Fase 1. Recolección de material. Se colocaron las siguientes palabras clave en español e inglés: “procedimientos para la toma de decisiones”, “procedimiento de decisión para la ética clínica”, “procedimiento para análisis de casos” y “procedimiento ético para análisis de casos”. Se emplearon las siguientes fuentes de búsqueda: scielo, redalyc, JSTOR. También se buscaron en diversos artículos de revistas de ética, ética clínica y bioética de acceso libre provenientes de alguna institución educativa u organización de reconocido prestigio dirigida hacia los estudios en ética y bioética.

Fase 2. Selección de material. La selección de propuestas se obtuvo con base en el cumplimiento de por lo menos uno los siguientes criterios: 1) presentación de los pasos o procesos a seguir, 2) hechos o datos, 3) problema, dilema o conflicto, 3) prescripciones, como valores, principios, normas o reglas y 4) decisión o elección.

Fase 3. Análisis de material. A partir de la selección de documentos se describen y comentan cada uno de los procedimientos de análisis de casos desde un orden cronológico.

Posteriormente, se realizó una comparación de todos los procedimientos en relación a los criterios de selección para distinguir los criterios presentes o ausentes en cada uno de ellos.

Criterios de selección:

a) pertinencia: los procedimientos (descriptivos y normativos) para análisis de casos son creados desde diversas áreas de conocimiento, como la ética aplicada, la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, teorías de sistemas y bioética.

b) coherencia: los procedimientos seleccionados se cotejaron con las fuentes originales, pues había fuentes secundarias en las que se describen los procedimientos. Se descartaron aquellos que no empataron con los criterios de selección y aquellos en los que las fuentes indirectas presentaron información incompatible con las fuentes originales.

El quinto objetivo específico -el cual está contenido en el capítulo cuarto- se dirige a la propuesta y adaptación del procedimiento deliberativo argumentativo. La propuesta de la deliberación argumentativa, a diferencia de las propuestas anteriores, apuesta por un orden en el que se debe tener en cuenta *condiciones óptimas previo a la deliberación argumentativa*; tales como: 1) la presentación del caso, 2) interlocutores que van a deliberar, 3) lugar para deliberar y 4) tiempo para deliberar. Sin éstas condiciones el diálogo deliberativo puede menguar su propósito inicial.

Una vez cubiertas las *condiciones óptimas previas a la deliberación argumentativa*, entonces se recurre a la atención y adaptación de los pasos que conforman el procedimiento deliberativo argumentativo: apertura, información, proposición, consideración, revisión, recomendación, confirmación y cierre. Dichos pasos son explicados y comentados en este capítulo.

Para dirigir la atención de dicha pregunta fue necesario explorar y saber cuáles son los procedimientos que existen y también identificar cuáles han considerado entre sus pasos la deliberación y la argumentación. No obstante, al explorar la diversidad de propuestas que hay y saber que no había un trabajo previo en el que se hayan registrado todos los procedimientos existentes, entonces se configuró el estudio en el que los objetivos se delimitaron solo hacia la presentación de propuestas existentes y comparar si entre sus pasos consideran: 1) la presentación de problema/dilema/ conflicto, 2) datos/hechos, 3) prescripciones (valores/normas/principios/reglas), 4) teorías o enfoques en ética, 5) enfoques en bioética, 6) argumentación, 7) deliberación y 8) toma de decisiones/ recomendación.

La investigación realizada sobre todos los procedimientos encontrados hasta este momento da cuenta de la creciente preocupación por precisar paso a paso el análisis de casos paradigmáticos que ocurren en los hospitales. Los procedimientos necesitan ser mejorables para tratar de acercarse a evaluaciones cada vez más precisas que favorezcan claridad y acuerdos a los implicados en problemas y dilemas morales.

Capítulo 1

Comités Hospitalarios de Bioética

René Descartes afirma en *El discurso del Método* que para poder producir conocimiento científico o dirigir nuestro comportamiento no se necesitaba nada más que el pensamiento propio o sentido común. De hecho, es así como se posicionan las primeras líneas de la obra del “padre de la filosofía moderna”

Mas cuando hube pasado varios años estudiando en el libro del mundo y tratando de adquirir alguna experiencia, me resolví un día estudiar también a mí mismo y a emplear todas las fuerzas de mi ingenio en la elección de la senda que debía seguir; lo cual me salió mucho mejor, según creo, que si no me hubiese alejado de mi tierra y de mis libros (2010:40)

La generación de conocimiento masivo -tanto en las humanidades como en el engranaje de las tecno-ciencias- incita a formular puntos de vista cada vez más precisos, cada vez más justificados, bajo la revisión y evaluación de diversos especialistas y bajo el enfoque de valores plurales.

Lo mismo ocurre en la toma de decisiones en el ámbito sanitario. La acción se fragmenta en diversos agentes morales -quienes se encuentran frente a otros razonamientos teóricos y prácticos muy variados- ante el desafío de lograr acuerdos para optar por algún curso de acción que involucre intereses, deseos, valores y conocimientos. Un recurso que intenta dar respuesta a las diversas dificultades éticas en el campo clínico es la instauración de comités de bioética; los cuales tienen como propósito ayudar a comprender y orientar los diversos problemas y dilemas en el ámbito sanitario.

... cuando nos agrupamos para trabajar en equipo, a menudo pueden superarse las limitaciones que encontramos en tanto individuos que observan el mundo desde una perspectiva puramente personal y se ven constreñidos por el alcance de los recursos propios (UNESCO, 2005:14).

Es decir, el pensamiento propio o el sentido común no sería suficiente para afrontar los conflictos éticos; sino sólo en tanto se colocan en relación con otros y se mantenga un conocimiento actualizado. Los comités de bioética son una alternativa, hasta el momento, en la que los agentes morales pueden optar por recomendaciones que ayudan a repensar y reconsiderar un curso de acción.

En este capítulo se presenta cómo la transformación en la relación *médico-paciente* marca el parteaguas que configura el trasfondo en la aparición de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB). Posteriormente, se aborda y precisa la descripción de los acontecimientos que marcan el surgimiento de los primeros CHB; los cuales forman parte del contexto histórico que detonó, a la vez, el nacimiento de la bioética con la obra *Bioethics: Bridge to the future* en 1971 de Van Rensselaer Potter, considerado un pionero en la bioética. Más adelante, se explica el panorama general de cómo se institucionalizan las figuras de los CHB; planteado bajo

directrices internacionales, como la Comisión Internacional de Bioética y directrices nacionales, como las Comisiones Nacionales de Bioética. También se explica y analiza sus características, funciones específicas, objetivos y limitaciones. Finalmente, se revisa y analiza las propuestas de algunos autores sobre los miembros que conforman un CHB; ya sean expertos, representantes de pacientes y ciudadanos.

1.1 Transformación de la relación profesional de la salud-paciente

Antes de revisar cuáles fueron los acontecimientos que dieron lugar al surgimiento de los CHB es menester resaltar el escenario sanitario en el que se transforma la relación tradicional *médico-paciente* o, mejor dicho, profesional de la salud-paciente; pues así se pueden entender las tensiones de diversos valores morales que sobresalen en los casos paradigmáticos.

La importancia de conformar CHB se dirige a ofrecer alternativas de comprensión en caso conflictivos y proveer vías razonables de acción para los implicados. De acuerdo con Adèle Langlois,

La necesidad de recurrir a la conformación de comités es para promover los derechos de los pacientes, por buscar y acordar cómo atender casos difíciles, reflexión sobre cómo atender asuntos sobre el inicio y final de la vida, información y formación del personal hospitalario a través de la implementación de programas educativos (1996:253).

La relación *médico-paciente* durante el siglo XX recibió severos cuestionamientos de orden moral, ético y jurídico, que motivaron su replanteamiento normativo e institucional. Hay dos factores que revolucionaron este replanteamiento y que robustecieron la necesidad de conformar CHB. Un primer factor es el respeto a la autonomía de los pacientes y un segundo factor es el debilitamiento del paternalismo.

1.1.1 Respeto a la autonomía de los pacientes. La elaboración de la primera Carta de los Derechos de los Enfermos¹ en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales AMH en Estados Unidos o la Declaración de Lisboa sobre de los Derechos del Paciente² en 1981 y reafirmada en 2005 por la Asociación Médica Mundial AMM; son muestras del reconocimiento de la autonomía de los pacientes. Aunque, estos derechos no se limitan a quienes pueden tomar decisiones, sino que, también aplica el reconocimiento de derechos para pacientes que no pueden tomar decisiones por sí mismos³.

Entre los derechos que se reconocen está el de otorgar o no el consentimiento válidamente informado. La historia sobre el consentimiento informado da cuenta de la necesidad de reconocer la capacidad de los pacientes para tomar sus propias decisiones y reconocer su propia autodeterminación en el ámbito de la salud. “El enfermo es, mientras no se demuestre lo contrario, un ser adulto y responsable que, salvo excepciones, debe tomar las decisiones sobre su enfermedad” (Gracia, 2004:15).

El Consentimiento Informado (CI) se ha entendido como pieza clave en el proceso de toma de decisiones autónomas. El registro de los primeros casos que se tiene sobre el CI -como el caso *Slater vs Baker and Stapleton*⁴ en 1767 o el caso de *Carpenter vs Blake*⁵ en 1871- funde su origen en el ámbito legal. En décadas posteriores, la evaluación de los resultados de las Cortes propició que el CI fuese ampliamente discutido más allá del ámbito legal. El aporte de

¹ Traducido y redactado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original. En: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>.

² Publicada en la página de la Asociación Médica Mundial (WMA, por sus siglas en inglés). En: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente>

³ De manera reciente, la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos publicada en 2005 por la UNESCO reconoce el artículo 7 ‘Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento’, en el que destaca que la autorización a una práctica médica “debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación” (UNESCO, 2005b)

⁴ El caso *Slater vs Baker y Stapleton*, ocurrió en el Hospital de San Bartolomé en Inglaterra cuando el Señor Blake se encontraba en recuperación por una fractura. Sin embargo, el médico Stapleton decidió junto con Baker que su alivio no era el apropiado y procedieron a refracturar la pierna implementando un aparato ortopédico que el médico Stapleton diseñó. El señor Slater interpuso una demanda pues indicó que no fue informado de dicho procedimiento alegando que no pagaría los honorarios. La Corte evaluó el caso y otorgó el fallo anunciando que “en respuesta a esto, de la evidencia de los cirujanos se desprende que fue impropio refracturar sin el consentimiento; esto es el uso y ley de los cirujanos: entonces fue ignorancia y falta de destreza hacer lo contrario a la profesión en este caso particular, lo que ningún cirujano debió hacer, y en efecto es razonable que el paciente conozca lo que se le va a hacer y valorar si puede someterse a la operación” (Faden y Beauchamp, 1986:117).

⁵ El caso *Carpenter vs Blake* en el que la Corte de New York otorgó el fallo a la paciente Carpenter, dado que, sufrió una luxación de hombro sin encontrar mejoría en el tratamiento dado por el médico Blake. Faden y Beauchamp explican que “la corte sostuvo que la debida atención de los médicos debe dirigirse a brindar información a los pacientes para alertarlos de los efectos secundarios de los medicamentos, para obtener su asistencia y cuidados en casa, para educarlos sobre las posibles complicaciones, y demás” (1986: 118).

estos casos permitió que las decisiones sobre los proyectos de vida, preferencias, intereses y bienestar en la salud deben concebirse como parte de los elementos que favorecen la manifestación de la autonomía de los pacientes.

El concepto de autonomía ha sido tratado y discutido, no solo en la filosofía⁶, sino también en la bioética⁷. De manera general, se entiende la autonomía como la capacidad humana de decidir y la capacidad de autodeterminación, en la cual hay tres elementos centrales: agencia, independencia y racionalidad (Miller, 1995: 246).

La capacidad para decidir –como criterio que soporta el proceso del CI- por parte de los pacientes produjo, inicialmente, el rechazo categórico de la comunidad médica⁸. Pero, paulatinamente se ha ido aceptando el impulso de las decisiones autónomas de los pacientes; inclusive son alentadas por las instituciones hospitalarias y por el personal de salud.

En la segunda mitad del siglo pasado se logró un avance significativo en el reconocimiento de derechos que logran influir, principalmente, en el modo de tratar a los pacientes. En las naciones occidentales se reconocen derechos civiles reflejados en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), la cual fomenta en los ciudadanos la posibilidad de tomar el control sobre lo que sucede con su cuerpo, específicamente, con el estado de salud y de enfermedad.

En 1973 se crea la *Carta de los derechos de los pacientes* aprobada por la Asociación Americana de Hospitales. Sin embargo, dicha Carta no fue muy bien aceptada inicialmente debido a que su contenido limitaba el actuar del profesional de la salud y de las instituciones

⁶ El concepto de autonomía lo desarrolla Kant de manera crítica en su obra *la Crítica de la razón práctica* en 1781, en la que “la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes que les corresponden... El único principio de la moralidad consiste en la independencia de toda materia de la ley (es decir, de un objeto deseado) y, al mismo tiempo, en la determinación del arbitrio mediante la mera forma legislativa universal de la cual una máxima” (1781:38).

⁷ Algunos autores que destacan en el análisis del concepto de autonomía son Faden y Beauchamp en su obra *A History and Theory of Informed Consent* publicada en 1986 y Dworkin en su obra *The Theory and Practice of Autonomy*, en la que la autonomía “se concibe como una capacidad de segundo orden de las personas para reflexionar críticamente sobre sus preferencias o deseos, etc. de primer orden, y la capacidad de aceptar o intentar cambiarlos a la luz de preferencias y valores de orden superior” (1988:20).

⁸ Al menos se puede constatar en la comunidad médica norteamericana. Un caso emblemático por la sentencia dictada por el Juez Cardozo fue el *Schloendorff vs The Society New York Hospital en 1914*. La paciente fue operada contra su voluntad realizándole una histerectomía. Se presentaron complicaciones tras la operación debiendo amputar dedos de la mano. Una vez que pasó por el proceso de recuperación la paciente Schloendorff demandó al hospital por los daños causados y por haber realizado la operación quirúrgica sin su consentimiento. La opinión del Juez Cardozo indica que “Cualquier ser humano en edad adulta y mente sana tiene el derecho a determinar qué se hará con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión, por la cual es responsable de los daños” (Mendelson, 1996:21).

sanitarias; pues las decisiones ahora correrían a cuenta de los pacientes. La comunidad médica se enfrenta al desafío del respeto a la autonomía, pues

Quizás por primera vez en un documento importante de ética médica, al médico se le obligaba bajo forma de derecho, a incorporar al paciente al proceso de toma de decisiones y a reconocer su derecho a tomar la decisión final (Gracia: 1989: 177).

En 1976 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa decreta un documento (recomendación 779) -creado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales- en el que se extiende la invitación a dieciocho miembros a tomar medidas para que los pacientes cuenten con información sobre sus padecimientos y tratamientos. Asimismo, se promueve el consentimiento informado en las instituciones sanitarias, en ese sentido, la “conformación inicial [de la bioética] se encuentra íntimamente vinculada al origen y paulatino reconocimiento de los derechos de los enfermos, concretamente los derechos de libertad y autonomía” (Gómez-Ullarte, 2014:272-273).

Los teóricos sobre la autonomía como Ruth Faden y Tom Beauchamp hacen un análisis minucioso del concepto de autonomía, en el que destacan tres elementos indispensables en el actuar autónomo “1. Intencionalidad, 2. Comprensión y 3. Sin influencias controladoras” (1986: 238). Exploran estos elementos, su naturaleza y sus dificultades cuando se ponen en práctica.

El paciente informado, a diferencia de aquél que no es informado, comprende y valora con mayor detenimiento el padecimiento. Por ejemplo, se muestra en un estudio sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer a los pacientes

... el 75% de los pacientes informados hablaban claramente de su enfermedad y de sus consecuencias con sus familiares, mientras que solamente el 25% de los no informados hacía lo mismo. Además, añaden que un 40-70% de los enfermos con cáncer conocen la naturaleza maligna de la enfermedad, aun cuando sólo un 25-50% ha sido informado de ello (Centeno Cortés, 1998:110, 744-750).

Aunque, resaltan Beauchamp y Childress existen dificultades suscitadas en la toma de decisiones autónomas en el ámbito de la atención sanitaria que no pueden pasar desapercibidas: omisión de información, comprensión limitada, problema en la aceptación de información relevante e ideas equivocadas, renuncia expresa del consentimiento o el alcance del ejercicio médico ante la influencia de la coacción, manipulación y persuasión en la decisión del paciente (1999:120-172).

El desarrollo del proceso del CI es una muestra indudable de la defensa en la toma de decisiones autónomas. No obstante, es un desafío constante que los CHB impulsen las

decisiones autónomas de los pacientes mediante -educación y sensibilización del equipo sanitario, pacientes y familiares- la implementación del proceso que engloba el CI considerando los casos particulares y las dificultades por las que atraviesan.

1.1.2 Debilitamiento del paternalismo. Se entiende por paternalismo aquel trato en el que

P actúa paternalmente hacia Q si y sólo si

- (a) P actúa con la intención de evitar algún daño o promover algún beneficio para Q.
- (b) P actúa en contra de las preferencias actuales, deseos o disposiciones de Q.
- (c) El acto de P es una limitación de la autonomía de Q (Dworkin, 2001:1282–1284).

Lo que se pretende rescatar de la definición de Dworkin es que en el ámbito clínico los tres sentidos: a) el médico evita daños y promueve algún beneficio para el paciente, b) el médico decide en contra de las preferencias, deseos o disposiciones del paciente y, c) el actuar médico limita la autonomía del paciente.

Se asume, además, que quien comprende, valora y decide lo mejor en aspectos de la salud es el profesional de la salud, pues el paciente -quien es evaluado también por el profesional de la salud capaz o no de decidir-, no estará en condiciones de decidir lo mejor para él. Entre la década de los setentas y de los ochentas se publicaron diversos estudios acerca del concepto y la práctica paternalista⁹, los cuales favorecieron el encuentro entre diversos profesionales.

⁹ Al respecto Dworkin publicó “Paternalism” en la revista *The Monist*, de la Universidad de Oxford. Dicho artículo rastrea desde Mill en *On Liberty*, 1859, la defensa de la libertad de actuar y la autodeterminación. La singularidad de este trabajo ofrece la definición de paternalismo que será ampliamente discutida por diversos autores, al respecto argumenta “Yo debo entender rudamente por paternalismo la interferencia que la libertad de actuar de una persona es justificada por razones referidas exclusivamente para el bienestar, el bien, la felicidad, necesidad, intereses o valores de una persona que está siendo coaccionada” (1972:65). La publicación del artículo “Medical Paternalism” por Buchanan expone de manera abierta que el modelo paternalista ha caracterizado la relación *médico-paciente*. Distingue dos tipos de argumentos en contra del paternalismo y resalta que la fuerza de los derechos humanos podrían, en última instancia, rebatirlo (1978: 370-390). Por otro lado, Kleinig, en su obra *Paternalism* de 1983, realiza un estudio tanto teórico como práctico del paternalismo; en la cual destaca los enfoques sobre los argumentos que justifican el paternalismo, su alcance y sus limitaciones. Sobresale el análisis en los ámbitos en el que el paternalismo se presenta como en la psiquiatría, la medicina, el bienestar a largo plazo, el mercado y en la formación del carácter. En su propuesta inicial explica que “aunque mi propia discusión en algunos puntos refleja la concentración liberal en el paternalismo legal, intentó lanzar más allá los términos discutidos, tomando en cuenta las relaciones menos formales y coercitivas” (1983:XI). Otra publicación intitulada también *Paternalism* de Sartorius, recoge el trabajo de varios autores situando el paternalismo en el ámbito clínico en el que invita a repensar el paternalismo y que podría ajustarse a los derechos morales básicos (1983: XII). Cabe mencionar, por último, el trabajo de Van De Veer *Paternalistic Intervention: The Moral Bounds on Benevolence*, publicado en 1986; en el cual sitúa la discusión del paternalismo entre el riesgo y el beneficio cuando se cuestiona o se justifica la competencia del paciente. Parafraseando al autor, indica que, decidir si el paternalismo es apropiado no agota las complejidades morales, pero sí es un tema presente en estas (1986:9).

La práctica médica ha sido cuestionada por la presencia del paternalismo en situaciones que no son justificables. Dichas situaciones injustificables han suscitado su debilitamiento y, de manera simultánea, da paso a la toma de decisiones autónomas. En otras palabras, gracias a la importancia concedida a la autonomía se ha debilitado el paternalismo¹⁰.

El impacto que ha tenido el cuestionamiento del paternalismo llegó hasta las universidades en las que se empezaron a impartir asignaturas sobre bioética. Las instancias educativas en el área de la salud reconocen la importancia de la ética y bioética en la formación del profesional de la salud. Clouser, (como se citó en Potter, 1988:78) estimó en una encuesta no publicada sobre bioética realizada por Carolina Monet y el *Hasting Center* que, había 1500 facultades que ofrecían cursos sobre bioética en 1978.

Ha costado mucho esfuerzo que el equipo de salud, principalmente el médico, actúe tomando en cuenta la participación del paciente, admitiendo que éste también debe valorar lo que es mejor y benéfico para su propia salud. Pues (al menos en sociedades democráticas) de acuerdo con Viesca se concibe como “un comportamiento antidemocrático y que atenta en contra de los derechos del ciudadano, al que se busca revestir con un poder que en realidad antes no había tenido” (2017:11).

Al paciente adulto se le concede la capacidad de decidir por los tratamientos ofrecidos por el profesional de la salud. La vía en la que se refleja el respeto al paciente es mediante la firma del documento por escrito del consentimiento informado. No obstante, existen críticas que se han lanzado al respecto, verbigracia, el consentimiento firmado no garantiza la comprensión y evaluación de la información relevante por parte del paciente. Neil Manson y Onora O’Neill asumen que no es atribuible dicha responsabilidad por completo al paciente pues,

... la información relevante para todos los pacientes rara vez es factible... Además, cuando estamos enfermos puede que nos falte la energía, o la capacidad de asistir o pensar con claridad, por lo que es posible (quizás temporalmente) incapaz de encontrar y asimilar información compleja (2007:30).

¹⁰ Aunque, de acuerdo con Husak Douglas, filósofo del derecho en la Universidad Rutgers en Estados Unidos, no son indisociables en la práctica, “El paternalismo ya no parece ser un medio por el cual la autonomía de cada quien sea inevitablemente comprometida. En cambio, el paternalismo puede ser reconocido como uno de los medios por los cuales los agentes pueden indicar una seria preocupación por su futuro bienestar. Una indicación de tal preocupación puede no representar una negación de la propia autonomía sino una expresión de ella (1981: 46).

En este sentido, se puede enunciar que el compromiso por informar y proporcionar datos que son complejos es labor, inicialmente, por parte del profesional de la salud y no propiamente por parte del paciente.

Otra crítica es que tampoco hay garantía de que el profesional de la salud haya evitado algún tipo de influencia que afecte la voluntad del paciente; sobre todo cuando se omite o minimiza algún riesgo o daño de algún tratamiento presentado como única alternativa. Al respecto señalan Manson y O'Neill que

Desafortunadamente, las aparentes solicitudes pueden acoplarse fácilmente, -y viciarse-, por el uso manifiesto de la fuerza, la restricción y la coerción. Dichas solicitudes falsas constituyen “ofertas que no se pueden rechazar” y, de la misma manera, ofertas que nadie puede aceptar genuinamente (2007: 92).

Aunque el proceso del CI necesita mejorar su aplicación; no obstante, su impacto en la conducta paternalista se ha atenuado. Ciertamente, asumir que el paciente sea el que decida y valore por su cuenta sin tomar en cuenta los conocimientos del médico, es tan peligroso como dejar que el profesional de la salud valore y decida sin tomar en cuenta al paciente. Explica Merle Spriggs que “la conversación entre el paciente y el médico (o educador) puede ayudar... que las decisiones sean dignas de respeto” (2007:141).

La conversación entre el médico y el paciente propician el acercamiento a la toma de decisión autónoma. Sin embargo, resulta arriesgado afirmar que la conversación sea garantía de una decisión digna de respeto porque los compromisos de veracidad y de confianza pueden ser menoscabados, inclusive cuando la conversación está presente. De acuerdo con Manson y O'Neill “las transacciones del consentimiento informado son transacciones comunicativas que incluyen reclamos de verdad. Por lo tanto, solo tendrán éxito si las diversas partes en tales transacciones son epistémicamente responsables” (2007: 87).

Las recomendaciones de los CHB son una vía para mejorar las transacciones del consentimiento informado (incluyendo las comunicativas) porque favorecen la relación entre el profesional de la salud y el paciente al detectar las limitaciones y dificultades en el proceso del CI y ofrecer orientación en la toma de decisión. Entre las limitaciones que se pueden destacar son: ausencia real de elección, condicionantes culturales o preconcepciones cognitivas y emocionales (Berg, Appelbaum, Parker, et. al, 2001: 307-317). Entre las dificultades se encuentran: establecer requisitos legales y éticos para revelar información; excepciones que escapan a los requerimientos legales como situaciones de emergencia, renuncia, privilegio

terapéutico, tratamientos obligatorios y criterios para establecer capacidad y competencia (Berg, Appelbaum, Parker, et. al, 2001: 78-93).

La importancia de promover la conformación de CHB debe favorecer, mediante la correcta deliberación, las decisiones autónomas y se debe detectar conductas paternalistas fuera de lugar en los casos concretos. La correcta deliberación -a diferencia de la conversación- sugiere revisar y evaluar si el paciente comprende y decide justificada y explícitamente, pero también implica revisar y evaluar si el profesional de la salud se sitúa ante una conducta paternalista justificada o se sitúa ante una conducta paternalista injustificada. Por ejemplo, “se han propuesto comités de ética para abordar preguntas sobre la determinación de la competencia, la elección de un sustituto y la conveniencia de cumplir con las directivas anticipadas y las decisiones de tratamiento actuales” (Berg, Appelbaum, Parker, et. al, 2001: 123).

Como se mencionó con anterioridad, la importancia de los CHB en la autonomía de los pacientes y el debilitamiento del paternalismo se debe a que, históricamente, marcaron pautas morales, éticas y jurídicas que expandieron el horizonte de otros¹¹ planteamientos y otras cuestiones controversiales. Como bien subraya García que, la bioética se posiciona ante los retos que diversos acontecimientos históricos germinaron:

... la crisis en la relación clínica que afectaba a la autoridad paternalista que durante veinticinco siglos venía ejerciendo el médico; el auge de la autonomía del enfermo, la cual se convierte en un principio ético de obligado cumplimiento y norma moral de los códigos deontológicos de los profesionales sanitarios; la introducción de nuevas tecnologías biomédicas que afectan los procesos de diagnóstico y tratamiento, y, finalmente, la extensión de la asistencia sanitaria en la mayor parte de los países occidentales, que adquirió un carácter universal (García, 2011:32).

1.2 Surgimiento de los CHB

Ubicar el surgimiento, en este caso el surgimiento de los CHB, implica entender la necesidad de su instauración, además de comprender los hitos históricos que propiciaron su creación.

El registro de los primeros comités se sitúa durante la segunda mitad del siglo XX. Prueba de ello se instaura en 1962 el “Comité de Seattle” por *Seattle Artificial Kidney Center* y en 1976 se establece el Comité de ética dictaminado por el Tribunal de New Jersey en Estados

¹¹ Ciertamente, los temas que analizan los CHB no se reducen por la preocupación de la autonomía y tampoco se reducen a revisar las conductas paternalistas en el área de la salud. Los temas, según las inquietudes de cada región son de justicia distributiva, de vulnerabilidad, de inicio y final de la vida, de discriminación, de beneficios y daños o sobre la dimensión interpretativa del marco jurídico, por mencionar algunos. Además, en la relación médico-paciente son significativos los roles de otros profesionales de la salud, los familiares de pacientes, representantes de comunidades o representantes institucionales.

Unidos. También durante 1974 se crea el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica (COFT) en España (Abel, 1996:10). Al respecto señala Francesc Abel que, la instauración y expansión de los CHB fue ascendente en los siguientes años, particularmente Estados Unidos fue pionero en la conformación de CHB (1996:10).

La necesidad de instaurar CHB deriva de las preocupaciones que distintos profesionales, tanto de la salud como de otras ciencias que tratan con la vida, asumen acciones que resultan controversiales (las cuales deben tratarse) al generar nuevos conocimientos o al aplicar algún adelanto científico.

La necesidad de dar paso a la creación de comités de ética o bioética supone también problemas de orden institucional; en los cuales salen a flote continuas tensiones entre profesionales y no profesionales de la salud. En otras palabras, entre médicos, pacientes y familiares de pacientes. Señala Diego García Capilla que “El nacimiento de la bioética tiene una íntima relación con conflictos institucionales o de poder... Estos conflictos institucionales desembocaron en la necesidad de crear comités o comisiones para el debate de problemas bioéticos” (García, 2010:38-39).

Las tensiones morales sobre qué, quién, cómo, cuándo y porqué se debe decidir en algún servicio o suministro de salud destinado a los pacientes es asunto que atañe la necesidad de conformar cuerpos colegiados para analizar casos concretos. En ese sentido resalta Azucena Couceiro que el objetivo común de todo comité es “asesorar sobre la corrección de las decisiones morales que surgen en la actividad sanitaria” (1999: 269).

Las causas que dieron lugar a la conformación de los CHB contribuyeron también al surgimiento de la Bioética¹². Fueron varios acontecimientos, mismos que se tomaron como

¹² Entre los autores que destacan en dicho acontecimiento se encuentran Van Rennselaer Potter, bioquímico y oncólogo en el Laboratorio McArchie de Investigaciones sobre Cáncer de la Universidad de Wisconsin-Madison y pionero de la bioética; quien publica en 1970 un artículo “Bioethics the science of survival” y un año después *Bioethics. Bridge to the future*; obra en la que posiciona nuevos desafíos en las ciencias de la vida y en las humanidades. Además, a la par se crea el *Hasting Center* en 1969, fundado por Daniel Callahan, filósofo estadounidense, y por Willard Gallynd, profesor emérito de psiquiatría de la Universidad de Columbia. Dicha institución independiente, se establece como la primera en el mundo, logra reunir el trabajo de investigadores y académicos de diversas áreas de conocimiento con el propósito de generar trabajo colaborativo que aborde cuestiones y reflexión ética aplicada en las ciencias experimentales que inciden en vida humana y no humana. Al respecto señala Albert Jonsen, profesor emérito de ética médica en la Universidad de Washington considerado uno de los fundadores de la bioética, “Los contribuyentes al progreso científico comenzaron a expresar sus preocupaciones durante la década de 1960, en escritos ocasionales y en reuniones profesionales y conferencias públicas. Les preocupaba que la antigua tradición de la ética médica fuera demasiado frágil para hacer frente a los desafíos éticos planteados por la nueva ciencia y la medicina” (1998:3).

referente para dar a conocer y analizar los conflictos de valores en la práctica clínica y en la atención hospitalaria,

... entendieron que se necesitaba mecanismos formales que abordaran y dieran respuestas a los mismos. No fue entonces desacertada la organización de agrupaciones humanas bajo las denominaciones de comité, consejo, comisión etc., que se encargaran de dialogar, debatir y reflexionar sobre una multiplicidad de situaciones generadas por los avances de la medicina. (Sorokin, Actis y Outomuro, 2016:92)

Los avances de la medicina han generado indudables mejoras en la salud de los pacientes. Pero las dudas surgen ante los avances médicos en los que se deben tomar decisiones sobre aquello que se valora o se juzga como mejor (o lo menos perjudicial). Entonces, ¿qué causas dieron lugar a la conformación de los CHB? Para responder a la pregunta es menester dar cuenta de algunos acontecimientos previos a los primeros CHB como lo fue el empleo de la máquina de hemodiálisis, el diagnóstico de muerte cerebral y el caso de Quinlan sobre el estado vegetativo.

En 1960 las expectativas de vida de los pacientes con insuficiencia renal mejorarían con la diálisis, una técnica que supliría la función del riñón, eliminando las toxinas de la sangre. Pero esta novedosa técnica requería del empleo de un recurso tecnológico altamente costoso, además sólo existían pocos ejemplares y una gran demanda. Esto ocasiona tener que tomar decisiones delicadas dado que no todos podrían verse beneficiados. Así se crea el primer centro de diálisis *Seattle Artificial Kidney Center* que “se ve obligado a hacer una selección de pacientes que pueda verse beneficiado con esta técnica” (Abel, 1996:10).

En 1962 se da a conocer el trabajo del Comité de Seattle publicado en la revista *Life*: “They decide who lives, who dies: medical miracle puts a moral burden an small committee” (Ellos deciden quien vive y quien muere: milagro médico pone una carga moral a un comité pequeño), por la periodista Shana Alexander, quien narra la historia de un paciente, John Myers, al ser seleccionado para recibir el tratamiento y poder tratar su daño renal. La periodista resalta que, son 100,000 personas que fallecen al año por fallas renales y solo una de cincuenta pacientes era candidata por el Comité para recibir el tratamiento (1962:104).

Los criterios para seleccionar a los pacientes fueron eminentemente sociales. Dichos criterios se consideraron deficientes dado que excluían a muchos enfermos y, por lo tanto, no soportaron el peso de la crítica,

Entre los pacientes para quienes la indicación es correcta, los criterios de selección deben efectuarse por razones no médicas. Creó [el doctor Belding Scribner] un comité que hizo

cuanto pudo, pero parece que no llegó a una sistematización o jerarquización de prioridades. (Abel, 1996:10)

Los criterios para seleccionar a los pacientes con fallas renales se revisaron y, posteriormente, fueron modificados. La aplicación de tratamientos médicos y servicios novedosos anunciaba revisión, análisis y evaluación cuidadosa. Al parecer, las decisiones que tomó el Comité de Seattle no fueron producto de una deliberación cuidadosa. Una situación inquietante, a la par en la conformación de comités, es que los miembros debían capacitarse para analizar casos. Se requiere de formación para deliberar, más aún deliberar de forma correcta, sobre los asuntos delicados e inciertos y poder emitir óptimas recomendaciones.

En agosto de 1968, se publica en el *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Americana, JAMA por sus siglas en inglés) un informe “A definition of irreversible coma” (Una definición irreversible de coma) por el Comité de Harvard de la Escuela Médica para examinar la definición de muerte cerebral basada en el diagnóstico neurológico. Dicho diagnóstico es soportado en criterios de irreversibilidad de las funciones del tronco encefálico mediante la constatación en pruebas que serían revisadas y valoradas por miembros de comités de bioética.

El informe de Harvard yuxtapone consecuencias que en la práctica generaron controversias morales inadvertidas. Por un lado, facilitaba el diagnóstico de pacientes sin posibilidad de recuperarse del estado de coma profundo acercando nuevos escenarios para decidir, posteriormente, la desconexión de los pacientes del respirador artificial. Al respecto menciona Hans Jonas, filósofo alemán, que “la nueva definición [muerte cerebral] debe dar al médico el derecho de poner fin al tratamiento de un estado que solo se puede prolongar, pero no mejorar, pero cuya prolongación no tiene sentido para el paciente mismo” (1997:148-149). Por otro lado, mantener la conexión del respirador artificial facilitaba una práctica adyacente: extracción de órganos con fines de trasplante. En ese sentido comenta Jonas que

...la libertad para la utilización de órganos tiene posibles implicaciones que no están igualmente cubiertas por la razón primaria, que es el paciente mismo. Por que con esta razón primaria -la falta de sentido de una existencia meramente vegetativa- el informe *estricto sensu* no ha definido la muerte, la circunstancia última misma, sino un criterio para dejar que se produzca sin obstáculos, por ejemplo mediante desconexión del respirador artificial (1985/1997:149).

Saber qué paciente desconectar del respirador artificial y qué paciente no desconectar atendía a aspectos de conveniencia tanto para las instituciones sanitarias (por los costes y demanda de servicios limitados), para los familiares (por los costos, cuidados y cargas); como para la sociedad (por el beneficio de trasplante de órganos). La deliberación y, posteriormente,

la toma de decisión, corría a cuenta de los comités de los hospitales de Estados Unidos que estaban conformándose. No tardaron en hacerse llegar los comentarios sobre el establecimiento del Informe de Harvard, figurando pensadores como el mismo Hans Jonas y Peter Singer. Jonas considera que, si se extraían los órganos del paciente se estaría provocando la muerte ante un diagnóstico incierto o dudoso (1997: 150). Esto implica dejar de tratar como paciente a quien será tratado como cadáver. Singer argumenta que el diagnóstico no fue fácilmente aceptado inicialmente

¿Por qué la gente se niega a aceptar que la muerte cerebral es realmente muerte? Una posible explicación es que, aunque la gente sepa que la muerte cerebral es muerte, le resulta demasiado difícil abandonar formas de pensar obsoletas acerca de la muerte. Otra posible explicación es que nadie cree en la muerte cerebral porque pueden ver que la persona con muerte cerebral no está realmente muerta. (Singer:1997, 46).

Los CHB en Estados Unidos que analizaron y deliberaron casos para desconectar o no el respirador artificial tuvieron que contemplar los diversos puntos de vista que se enfrentaban en dicha situación porque había quienes estaban convencidos de la nueva definición de muerte cerebral y quienes no estaban convencidos. Era irrelevante si fuesen legos o expertos en el tema. La nueva definición de muerte se incorporaba como un nuevo diagnóstico frente a la concepción tradicional. En términos de Carlos Gherardi “el soporte vital inauguró una época de muerte tecnológica” (2008:396). Es decir, las tecnologías aplicadas al final de la vida y la reciente incorporación del diagnóstico de muerte encefálica abren paso a una era de donde la muerte está cada vez más tecnificada.

El doble reto que marcaría el informe de Harvard en los CHB es la necesidad de acercamiento a otras áreas de conocimiento para precisar términos y, para dialogar y deliberar sobre el alcance e implicaciones que tendrá desconectar el respirador artificial en cada caso concreto.

Por último, cabe mencionar otra de las situaciones que propició la necesidad de conformar CHB y fue el caso de Quinlan. En 1975 Karen Ann Quinlan ingresó a urgencias del Newton Memorial Hospital por presentar apnea y después fue trasladada al Hospital Santa Clarise siendo diagnosticada con estado vegetativo persistente al presentar daño cerebral irreversible. El estado vegetativo, a diferencia de la muerte encefálica, se caracteriza por que existe “escasa probabilidad de que el paciente se recupere y la pérdida se limita a los hemisferios cerebrales y solo ocasionalmente llega a afectar áreas focales del tallo cerebral” (Castro, Villagómez, Torres, et.al., 2008:79). Quinlan fue mantenida con vida mediante sonda nasogástrica y bajo ventilación mecánica. Al saber la noticia y lo que deparaba a Karen, sus

padres solicitaron al personal de salud que fuese desconectada de la ventilación mecánica. No obstante, el personal de salud se negó a realizar la petición. En 1976, ante la respuesta negativa del personal de salud, los padres de Quinlan solicitaron a la Suprema Corte de New Jersey retirar el respirador artificial.

Este caso abrió públicamente los debates, sobre el empleo de las medidas hospitalarias al preservar la vida y sobre la precisión en el diagnóstico del estado vegetativo (persistente o permanente), en Estados Unidos. Para tratar este asunto el Juez Richard Hughes, del Tribunal Supremo de New Jersey, solicitó integrar un CHB para valorar ampliamente los diversos cursos de acción que pudieran tener una decisión o un fallo entre ambas posturas. Esta sugerencia, sobre crear un comité para dialogar, la hizo el juez apoyado en un artículo que publica la pediatra Karen Teel en la revista *Baylor Law Review* (Teel, 1975:6); el cual resalta la intersección entre la dimensión ética y legal en la que se desenvuelve el médico actual enfatizando que los dilemas morales requieren ser tratados por un grupo interdisciplinar que puedan analizarlos. Así, cabe resaltar que, la necesidad de crear comités conformados por miembros de distintas disciplinas para analizar y deliberar un caso se debe a la dificultad moral que atraviesan para tomar decisiones.

Una vez revisada y evaluada la información el juez autoriza la suspensión de la ventilación mecánica. Sin embargo, no se esperaba que ocurriera una respiración espontánea. Esta vez, Karen fue mantenida con vida a través de la sonda nasogástrica durante diez años. Falleció por una neumonía el 11 de junio de 1985 a la edad de 31 años. Al respecto, comenta Albert Jonsen que “los médicos americanos comienzan a atender más seriamente la dimensión ética de las decisiones clínicas para renunciar al tratamiento de soporte vital” (1998:255)

En los siguientes años se impulsó la conformación de CHB en Estados Unidos “para tomar decisiones éticamente correctas en los casos de pacientes incapaces mentalmente, en pacientes inconscientes y en recién nacidos gravemente enfermos” (Abel, 1996:10). Además “para el estudio de los problemas éticos en neonatología, revisión de casos, docencia al personal sanitario y elaboración de normas institucionales” (Abel, 1996:10). Tan solo en Estados Unidos en 1985 más de la mitad de los hospitales docentes ya contaban con Comités Hospitalarios de Bioética (Abel, 1996:11).

Durante 1987 en Maryland Estados Unidos se establece por decreto que todos los hospitales deben contar con un comité de ética. Este decreto se aprueba luego de que los

tribunales revisan casos en los que los pacientes reclaman su derecho a decidir sobre su estado de salud¹³.

Hay un trabajo simultáneo entre la revisión de casos por CHB y por los tribunales de Estados Unidos. Al respecto resalta Jonsen que “la reflexión bioética, corre en paralelo hacia los casos judiciales, ayudando a disipar las confusiones” (1968: 268).

Ahora bien, no significa que en el resto del mundo no hubiera controversias morales en el área de la salud y tampoco que no se buscará forma alguna para abordarlas. Las hubo, como se mencionó con anterioridad, la conformación del Comité de Orientación Familiar y Terapéutica (COFT) en 1974 en España, teniendo como miembro a Francisco Abel, médico español, quien propuso un procedimiento para abordar este tipo de casos, en palabras del médico señala

Explicé cómo concebía las características que debían tener las deliberaciones de un Comité de Bioética –que fue el nombre que dimos al primer Comité– para analizar los hechos clínicos a la luz de los valores éticos con la finalidad de aunar rigor científico y deliberación ética en situaciones de incertidumbre o de conflicto de valores (2006:77).

Destaca Abel dos elementos fundamentales básicos para la deliberación de casos: la incertidumbre de hechos y los conflictos de valores; los cuales impulsan el diálogo deliberativo para tratar, mediante procedimientos, casos clínicos.

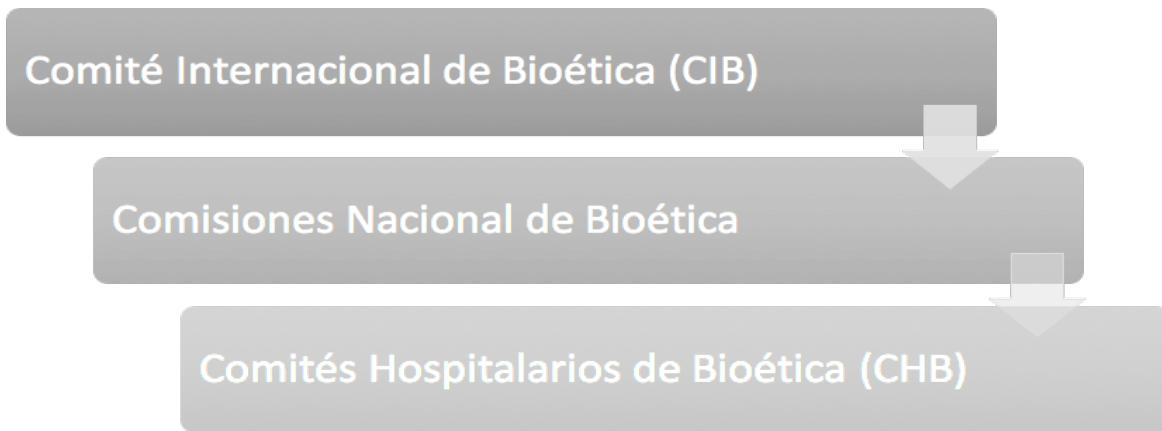
La conformación de CHB se ha extendido en otros países y los asuntos tratados son variados. La revisión de casos depende, no solo de la preocupación por analizar el uso de las techno-ciencias; sino que también depende de los problemas morales que se acentúan ante la pluralidad de puntos de vista, sin menospreciar las cuestiones económicas, políticas, sociales, y de educación que atraviesa cada país.

1.3 Comités Internacionales de Bioética y Comisiones Nacionales de Bioética

La instauración de Comités Internacionales de Bioética (CIB) por parte de la UNESCO surge a partir de la necesidad de ajustar y uniformar los lineamientos o directrices que asumirán los diversas Comisiones Nacionales de Bioética y, en correspondencia los CHB (ver Figura 1).

¹³ Caso de Karen Quinlan (Quinlan,1977) Caso de Terri Schiavo (Novoa, 2007), casos de baby Doe 1 y 2 (Abel,1996:10-11) caso de bebé Theresa (Rachel, 2006:18-23), Caso de Nancy Cruzan (Pence 2008) por mencionar algunos.

Figura 1. Tipos de Comités de Bioética



Fuente: elaboración propia

En este apartado se describen de manera general los tipos de comités de bioética que existen según los asuntos y desafíos que afrontan. El propósito de este apartado es dar cuenta de que existen otros tipos de comités de bioética y que su labor no debe ser confundida con los CHB; no obstante, determinan y perfilan las funciones específicas de éstos.

1.3.1 Comités Internacionales de Bioética. Estos organismos son de carácter normativo, su actividad se concentra en políticas de salud y de investigación que generan impacto en la población y en el medio ambiente. La intersección entre la ética (y bioética) y la política implican temas de carácter públicos en los que hay desafíos que escapan a los límites entre las naciones. Su abordaje requiere de la participación y cooperación de los gobiernos para hacer frente a las dificultades que atraviesan en el campo de la salud, la investigación y el medio ambiente.

Los órganos consultivos internacionales han sido conformados principalmente por la UNESCO; ya que asume la labor educativa como eje rector de los Estados miembros. Estos son: el Comité Internacional de Bioética (CIB), el Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB), la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST) y el Comité Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Bioética. Otro cuerpo colegiado internacional de gran relevancia es la Asociación Médica Mundial (AMM). Aquí una breve explicación de su labor y de cómo impacta en los CHB.

El CIB fue creado en 1993 conformado por 36 expertos los cuales se dedican a supervisar las aplicaciones de las *tecno-ciencias*. México cuenta con un comisionado experto

que colabora con miembros de diversos países. Emite recomendaciones y procedimientos para llevar a cabo la conformación de comités de bioética. Destaca en la *Guía N° 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* (UNESCO, 2006: 61-68) un reglamento para convocar las reuniones y el funcionamiento de dicha instancia internacional.

Además sobresale entre las actividades del CIB la elaboración de la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, el 11 de noviembre de 1997, la cual tuvo gran impacto en la comunidad dedicada a la investigación genómica, siendo adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1998. La *Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos*, en 2003, en el que se destaca la relevancia de la autonomía y la protección de los datos personales. Y la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, en octubre de 2005, en la que se destaca la labor continua de difundir y promover sus principios en foros por parte de los miembros que conforman el CIB.

El CIB tiene su alcance en las Comisiones Nacionales de Bioética y en los CHB porque contribuyen con declaraciones y material de reflexión (reportes e informes) para su formación y capacitación. A través de la difusión de las declaraciones y material de reflexión (de acceso público), los CHB adquieren un panorama más amplio en la comprensión y enriquecimiento del diálogo de los temas presentes en las sesiones, como lo son el consentimiento informado, la vulnerabilidad humana, la dignidad humana, por mencionar algunos.

El CIGB fue creado en 1998 y está conformado por 36 Estados miembros quienes se encargan de reunirse cada año para revisar y examinar las recomendaciones que emite el CIB. México es un estado miembro representado por un comisionado. Los Estados son elegidos por la Conferencia General de la UNESCO tomando en cuenta la diversidad cultural y el balance de la representación geográfica.

Entre las revisiones destacan: 1) *Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications* (Reporte del CIB sobre los sistemas de medicina tradicionales y sus implicaciones éticas) (UNESCO, 2013) en el que se rescata la cultura médica de diversas áreas, de su inclusión en los sistemas de salud al interior de cada población así como de los desafíos éticos y políticos que deben atravesar; 2) *Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization* (Reporte del CIB sobre el Principio de no Discriminación y No Estigmatización) (UNESCO, 2014) en el que se acentúa la importancia de difundir dicho principio dado que las prácticas discriminativas aún persisten, por ejemplo, en la falta de interés para investigar en enfermedades tropicales, sobre SIDA y sobre donación

de órganos, así como problemas emergentes de discriminación en la investigación sobre biobancos, nanotecnologías y en neurociencia. Dicho reporte fue creado durante la celebración de la 20ª sesión del CIB revisado en la sede de la UNESCO en París los días 05 y 06 de septiembre de 2013 y; 3) *Eighth session of the Intergovernmental Bioethics Committee* (Octava sesión del Comité Intergubernamental de Bioética) (UNESCO, 2013) en el que recuperan conclusiones generales sobre los reportes publicados por la CIB.

La labor de revisión del CIGB y la difusión de los reportes publicados por el CIB también tienen alcance en los CHB porque da cuenta de cómo se puede lograr la reflexión y diálogo continuo; en este sentido menciona Solinís que

El interés puesto por el Programa de Bioética en el debate público no estriba únicamente en facilitar la implementación de normas universales, ni en garantizar la eficiencia de las políticas públicas, sino en llevar a cabo la práctica ética poniendo en la misma mesa de resolución, valores y conflictos derivados de intereses establecidos. (2015: 9)

La COMEST fue creada en 1998 está conformada por 18 especialistas y se encarga de crear informes y estatutos que son el resultado del análisis tratado en diversos temas como medioambiente, biodiversidad, cambio climático, la ética en las nanotecnologías, agua y prevención de desastres, entre otros. Mantiene vínculo con las Comisiones de los Estados miembros promoviendo la educación en bioética en áreas sobre ciencias biomédicas. Se han publicado 17 Informes y Recomendaciones entre las que destacan *The ethics of space policy* (La ética en el espacio público) (UNESCO, 2000), *The Teaching of Ethics* (La enseñanza de la ética) (UNESCO, 2004), el *Informe del Grupo de expertos sobre el principio precautorio* (UNESCO, 2005) y, reciente el *Report of COMEST on Robotics Ethics* (Informe sobre la ética de la Robótica) (UNESCO, 2017). Los estatutos (10 artículos) aprobados por el Consejo Ejecutivo de la UNESCO en el 154ª reunión el 07 de mayo de 1998 destacan las siguientes funciones obligatorias de la COMEST:

1) ser un foro intelectual para el intercambio de ideas y experiencias; 2) detectar sobre esa base los primeros signos de situaciones de riesgo; 3) Realizar el papel de asesor a los responsables de la toma de decisiones al respecto. y por último, 4) Promover el diálogo entre las comunidades científicas, los decisores y el público en general (UNESCO, 1998).

La COMEST también contribuye en las funciones de los CHB, dado que han publicado material educativo que ofrece un panorama global de la reflexión en ética. Además, busca promover y enriquecer, de manera directa, el diálogo. “Argumentos racionales y diálogo racional son de suma importancia para que una democracia funcione bien. Educar a las personas en estas actividades es una parte importante de toda la enseñanza, y en particular de la enseñanza de la ética” (UNESCO, 2003:11).

En este sentido, la deliberación toma un papel central para promover la participación argumentativa en los integrantes que conforman un CHB. Solinís menciona al respecto que “la deliberación permite así trabajar en la libre elección de la sociedad que se desea construir, favoreciendo el diálogo tripartito entre expertos, políticos y ciudadanos, incluyendo cuerpos profesionales, legisladores y representantes de los medios masivos de comunicación” (2015:8).

Por otro lado, uno de los cuerpos colegiados ajenos (en cuanto a su conformación) a la UNESCO es la Asociación Médica Mundial (AMM) con sede en Francia desde 1975, creada el 18 de septiembre de 1947 y figura en su propósito inicial

...para asegurar la independencia de los médicos y para servir los niveles más altos posibles en conducta ética y atención médica, en todo momento. Esto fue particularmente importante para los médicos después de la Segunda Guerra Mundial y por esto, la AMM siempre ha sido una confederación independiente de asociaciones profesionales libres (AMM, 2019).

Ha llevado a cabo la creación de más de cien Declaraciones y Resoluciones desde 1983 hasta la fecha que han influido en la práctica médica en todo el mundo. Además, se ha publicado un *Manual de Ética Médica* (AMM, 2015) de acceso gratuito en el que describe la relación del médico con el paciente, sus colegas y la sociedad. Cuenta con el *World Medical Journal* comenzando a publicar desde 1954. La AMM contribuye a la sensibilización del médico sobre los compromisos y retos que implica dicha profesión. Sus comunicados de prensa dan cuenta de los problemas reales y adversidades que enfrentan los médicos de diversas latitudes.

La AMM, al igual que la OMS son un referente innegable en los CHB, pues promueve el compromiso insoslayable que la comunidad médica reconoce y pacta ante los desafíos políticos, económicos y morales presentes. Por un lado, la AMM, contribuye con herramientas educativas que le permiten apreciar valoraciones que son compartidas, discutidas y conocidas entre la comunidad médica. Por otro lado, la OMS es el referente global que destaca por ofrecer publicaciones y reportajes, establecer directrices en salud, y apoyo a la población con medidas y cuidados de la salud. Al respecto señala en su página las actividades que desarrollan,

La OMS colabora con las instancias normativas, los asociados para la salud mundial, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado para ayudar a los países a elaborar y aplicar planes sanitarios nacionales consistentes, así como a hacer un seguimiento de ellos (OMS, 2020).

Éstas comisiones y organismos internacionales se han consolidado como referentes en la generación y difusión de temas que tienen implicaciones en la salud y temas que aportan al análisis bioético. Gracias a los aportes de dichas comisiones es que se puede contar con más

instrumentos educativos que favorecen la continua capacitación de los CHB, a través de cursos, diplomados, seminarios y foros de discusión.

1.3.2 Comisiones Nacionales de Bioética. La UNESCO, en su *Guía 1 Creación de Comités de Bioética*, ofrece una tabla con el listado de las cincuenta y cinco Comisiones Nacionales de Bioética que existen en el mundo, ordenadas por orden alfabético, acompañadas por su fecha de creación, su página web y el tipo de Comité según la clasificación ofrecida (2005: 67-70). Destaca el *Comité Permanente de Ética Médica y Derecho Médico del Consejo de Salud de los Países Bajos* creado en 1977 siendo el primero del que se tiene registro.

Las Comisiones Internacionales de Bioética, anteriormente señaladas, orientan y propician la generación de Comisiones Nacionales de Bioética; las cuales tienen como labor (entre otras funciones) impulsar la creación e instauración de CHB en las instancias hospitalarias. Las políticas de instauración de las Comisiones Nacionales de Bioética son determinantes para saber qué tipo de funciones desempeñará el CHB, así como asentar el alcance de su participación.

En este apartado se exponen las cinco Comisiones Nacionales de Bioética más sobresalientes en el mundo por su destacada y continua participación en la producción de informes y documentos que propician un marco orientativo y reflexivo.

1.- En Estados Unidos *The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (La Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y Biomedicina y en la Investigación de la Conducta) fue creada en 1978 hasta 1983; resalta Gracia Guillén que su creación atiende a la exigencia inicial de abordar el tema del consentimiento informado por la orden del Congreso norteamericano en 1978 desde un carácter ético y no propiamente jurídico (1989:178).

Dicha Comisión transitoria sobresale porque sus aportaciones impulsaron la generación de Comisiones Nacionales de Bioética en otros países. Durante la década de los sesenta, afirma Jonsen, el trabajo de dicha comisión benefició el desarrollo de la bioética (1998:107-115). El resultado fue la publicación destacada *Deciding To Forego. Life-sustaining Treatment. Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions* (1983) (Decidir a renunciar. Tratamiento de Soporte vital. Cuestiones éticas, médicas y legales en las decisiones de tratamiento) obra en la que resaltan cuestiones sobre las preocupaciones especiales en diferentes grupos de pacientes: aquellos que no cuentan con la capacidad de decidir, pacientes con consciencia disminuida de

forma permanente, neonatos y pacientes hospitalizados bajo la orden de resucitación. Dicha publicación orientó las inquietudes presentes en la toma de decisión en el ámbito clínico de los CHB.

Hubo otras Comisiones Nacionales en Estados Unidos¹⁴ que concentraron sus actividades adyacentes a la investigación biomédica. Por último, se estableció en noviembre de 2009 la *Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues* (Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Bioéticos) bajo el gobierno de Barack Obama. Una de sus publicaciones que concierne a este trabajo es *Bioethics for every Generation. Deliberation and Education in Health, Science, and Technology* (Bioética para cada Generación. Deliberación y Educación en la Salud, Ciencia y Tecnología (2016), la cual enfatiza en la apuesta por la democracia deliberativa y la educación en bioética para lograr un óptimo encuentro entre diversos puntos de vista, desde los posicionamientos de expertos hasta los posicionamientos de los ciudadanos. Al respecto la *Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues* señala que, “la deliberación y la educación se complementan entre sí, elevando el nivel del discurso y mejorando la forma en que nuestra sociedad resuelve los desafíos moralmente complejos en salud, ciencia y tecnología” (2012: 3).

Cabe resaltar que, las Comisiones Nacionales de Bioética y los CHB en Estados Unidos han orientado -mediante guías e informes- y tomado decisiones sobre cursos de acción en el ámbito clínico y en la atención hospitalaria en casos delicados¹⁵. Este es un rasgo distintivo de dichos cuerpos colegiados. A diferencia de otras Comisiones Nacionales de Bioética y CHB que su labor se confina en emitir recomendaciones y solo a orientar en cursos de acción.

2.- En Europa, Francia crea en 1983 el primer *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé* (CCNE) (Comité Consultivo Nacional de Ética para

¹⁴Por ejemplo, se instaura, posteriormente, el *National Bioethics Advisory Commission* (Comisión Nacional Consultiva de Bioética) (1996-2000) bajo el gobierno de Bill Clinton, concentrando su revisión sobre temas de investigación biomédica como células madre, clonación, y experimentación humana. Un año después se crea el *President's Council on Bioethics* (Consejo Presidencial de Bioética), ordenado por el Presidente en turno, George Bush. Entre los temas polémicos que encaró el Consejo fueron la clonación humana, en el que se discutió su aplicación con fines reproductivos y su empleo con fines terapéuticos.

¹⁵ Recordando que, en 1960 cuando se establecen los criterios para seleccionar a los pacientes que recibirán el beneficio de la máquina de hemodiálisis asentados por un Comité en Seattle, (conocido como “Seattle God Committee”) se atribuye la función de seleccionar a los pacientes basado en aspectos sociales (Fletcher, 2004: 434). La *Guidance for Healthcare Ethics Committees* (Guía para los Comités de Ética Hospitalaria) editada por Hester y Schonfeld expresa las tres funciones que desempeña actualmente un comité de ética en Estados Unidos: 1) consultores de casos, ya sea por un equipo multidisciplinario, una consulta individual o por un subcomité de consulta; 2) desarrollo, revisión e implementación de políticas internas en los hospitales; y 3) educación interna y externa, desde sus propios miembros hasta la comunidad hospitalaria (2012:3-4).

las Ciencias de la Vida y de la Salud), en el que su labor se concentra al asesorar sobre aspectos éticos y sociales en las ciencias biológicas, en la medicina y las implicaciones de la salud. Cuenta con reportes anuales y ha publicado 127 opiniones desde 1984. Una de sus misiones es “estimular constantemente la reflexión sobre la bioética al contribuir a alimentar los debates conflictivos” (*Comité Consultatif National d’Ethique*, Presentación).

También, el CCNE funciona, a la par, como CHB. Los asesoramientos y aportaciones bioéticas en el ámbito hospitalario pueden ser solicitados por cualquier ciudadano o por cualquier instancia que así lo solicite.

Además el CCNE, despunta porque su labor consultiva ha influido en la conformación de otras comisiones nacionales en otras regiones, como el Comité Nacional de Bioética en Uganda o el Comité Nacional de Ética en Nigeria.

3.- También en Europa se crea el *Belgian Advisory Committee on Bioethics* (Comité Consultivo de Bioética en Bélgica) en 1993, es un órgano independiente y solo es consultivo. Ha publicado 73 opiniones en temas como la salud, alimentos, animales y plantas y medio ambiente desde 1999. Tiene como misión dos puntos a resaltar

- 1) Proveer opiniones sobre los problemas planteados por la investigación y las aplicaciones de la investigación en los campos de la biología, medicina y el cuidado de la salud. Los aspectos éticos, sociales y legales de estos problemas son estudiados particularmente desde el ángulo de los derechos humanos.
- 2) Informar al público y a las autoridades gubernamentales de éstos problemas (*Belgian Advisory Committee on Bioethics*, Sobre nosotros)

Dicha Comisión sobresale porque impulsa el acercamiento entre los ciudadanos, expertos y autoridades para dar a conocer y comprender los problemas en bioética mediante la promoción de foros de discusión a través de los diversos órganos consultivos, como lo son los CHB. Además, su participación consultiva se ha extendido no solo en Europa, sino también en organismos internacionales como la OCDE, la OMS o la UNESCO.

4.- En Reino Unido la Fundación Nuffield crea el *Nuffield Council on Bioethics* (Consejo de Bioética Nuffield) en 1991, un órgano independiente, deliberativo y que se dirige principalmente a

...informar a la política y al debate público a través de la consideración oportuna de las cuestiones éticas planteadas por la investigación biológica y médica para que los beneficios para la sociedad se realicen de una manera que sea consistente con los valores públicos (*Nuffield Council of Bioethics*, 2014).

Ha creado informes anuales desde 1999 los cuales han sido publicados para su consulta de libre acceso. El funcionamiento del *Nuffield Council on Bioethics* que le caracteriza, a diferencia de las otras Comisiones Nacionales de Bioética, es que no regula los CHB establecidos; sino que se instauran grupos de trabajo emergente, independientes de las instituciones públicas y privadas. Sus miembros son elegidos por los Miembros del Consejo.

Los temas se seleccionan según el monitoreo exhaustivo que un grupo asesor de escaneo investiga en diversas regiones de Reino Unido. Posteriormente, los temas se comunican al Consejo para que puedan establecer su agenda y los grupos de trabajo. Una vez que se completa la labor del grupo de trabajo (18 a 24 meses aproximadamente) ofrecen un informe detallado con recomendaciones de políticas. Su impacto ha sido tal que, el Supremo Tribunal de Reino Unido ha atendido las recomendaciones del Consejo de Bioética Nuffield¹⁶.

5.- En Australia se crea en 1992 el *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) (Comité Nacional de Salud y de Investigación Médica), el cual funda el *Australian Health Ethics Committees*, AHEC (Comité Australiano de Ética en la Salud); y tiene como misión crear pautas nacionales para asesorar los servicios de salud y asegurar la calidad de éstos de manera justa. Promueve la prestación de servicios en ética clínica en instancias hospitalarias. En su *Clinical Ethics Capacity Building Resource Manual* (Manual de Recursos para Desarrollar Capacidades en Ética Clínica) publicado en 2015, ofrece mecanismos y procedimientos específicos para poner en marcha los servicios de ética clínica.

El distintivo de dicha comisión es que -al reconocer el esfuerzo que se está logrando en otras naciones-, logra unificar varios modelos para que sean las instituciones u organizaciones las que elijan cuál es la que mejor se adapta a sus necesidades para la conformación y capacitación de servicios en ética clínica. El Manual describen los modelos y, sus respectivas funciones del *Clinical Ethics Committee* (Comités de Ética Clínica), el *Clinical Ethics Advisory Panel / Clinical Ethics Response Team* (Panel de Asesores en Ética Clínica) y el *Clinical Ethics Consultant* (Consultor de Ética Clínica) (2015: 6).

¹⁶ En mayo de 2011 el Supremo Tribunal considera ilegal la retención indefinida de ADN de personas que fueron arrestadas y, que fueron absueltas o se retiraron cargos, pues constituye una violación del respeto por el derecho a su vida privada. Esta consideración tuvo como base el reporte *The forensic use of bioinformation: ethical issues*, publicado el 18 de septiembre de 2007 por el Consejo de Bioética Nuffield. Recuperado en <http://nuffieldbioethics.org/news/2011/supreme-court-decision-finds-indefinite-dna-retention-unlawful>

1.3.3 Comisión Nacional de Bioética de México. En este país la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) fue creada en 1992. Es el organismo nacional desconcentrado de la Secretaría de Salud que genera políticas para promover y difundir la bioética en la población mexicana.

La CONBIOÉTICA es la institución encargada de llevar a cabo el registro y regulación apropiados para la conformación de CHB. Es un organismo institucional que se encarga, entre otras funciones, de “promover que en las instituciones de salud públicas y privadas, se organicen y funcionen Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación con las facultades que les otorguen las disposiciones jurídicas aplicables” (CONBIOÉTICA, 2012). Así, podemos reconocer que, la conformación de CHB es indispensable para atender los problemas de bioética en las instancias hospitalarias.

Se instauró por decreto en 2011 en la Ley General de Salud (artículo 41 bis) que toda institución hospitalaria debe contar con un CHB. Sin embargo, las cifras nos son alentadoras. En el último registro del 18 de abril de 2019 que ofrece la página oficial de la CONBIOÉTICA, existen 1004 registros emitidos, de los cuales solo 331 CHB lo han renovado en comparación con los 4354 hospitales que existen en el país; 1182 son públicos y 3172 privados (Gómez, Sesma, Becerril, et.al. 2011: 227). Lo que significa que el número de CHB es aún insuficiente tanto en el sector público como en el privado. Además significa que todavía están en proceso de conformación en todo el país.

En su *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, publicado en 2015; resalta los siguientes objetivos de los CHB

- Asesorar al personal de salud y usuarios en relación con los problemas y dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica.
- Fungir como foro para la reflexión de problemas y casos bioéticos.
- Promover la participación de la población en el debate de los problemas bioéticos (2015:18)

Estos objetivos resaltan la participación educadora, orientadora y consultiva de los CHB. Estos tres objetivos no son actividades que se mantienen por separado, sino que, los interlocutores hacia los que están dirigidos (personal de salud, usuarios de servicios de salud y población) toman decisiones y expresan puntos de vista, los cuales se ven traducidos en los escenarios en los que se exteriorizan los conflictos morales.

Los temas en los que se concentra el análisis de los CHB giran en torno a la atención clínica de los profesionales de la salud. Entre los temas que se requiere capacitación, dadas las necesidades y prioridades del país, reportadas por la CONBIOÉTICA, son las siguientes

❖ Abordaje de pacientes infantiles en etapa terminal	❖ Aspectos éticos legales de alta hospitalaria de pacientes en agonía
❖ Análisis de casos en neonatología	❖ Bioética y atención del enfermo terminal
❖ Bioética en la atención del adulto mayor	❖ Bioética y atención de personas vulnerables
❖ Consentimiento informado	❖ Cuidados paliativos
❖ Interrupción del embarazo	❖ Maternidad subrogada
❖ Esterilización en pacientes con discapacidad intelectual	❖ Maternidad en personas de la comunidad LGBTTTI
❖ Eutanasia	❖ Voluntad anticipada
❖ Elaboración de procedimientos, lineamientos y manual de funcionamiento	❖ Donación y trasplantes de órganos
❖ Bioética y VIH	❖ Bioética en enfermería
❖ Metodologías de deliberación y análisis para el abordaje de casos	❖ Trato digno y calidad en los servicios de salud
❖ Responsabilidad profesional en el acto médico	❖ Obstinación terapéutica
❖ Derechos humanos y salud	❖ Rechazo y retiro de tratamiento
❖ Dilemas al final de la vida	❖ Bioética y atención del paciente psiquiátrico
❖ Nociones de bioética (bioética básica)	❖ Nuevas tecnologías y bioética
❖ Normativa nacional e internacional aplicada a CHB	

Fuente: Base de datos CONBIOETICA, elaboración propia.

Como se puede apreciar entre los temas prioritarios de capacitación se encuentra el interés por metodologías de deliberación y análisis para el abordaje de casos. La deliberación argumentativa ofrece herramientas de análisis para tratar casos. Se puede considerar que, la argumentación puede proveer de conocimientos y habilidades que contribuyan en la capacitación de los miembros de CHB.

Estos temas prioritarios son los que generan mayor preocupación en las instancias hospitalarias públicas y privadas. La instauración de CHB podría contribuir a mejorar las prácticas al brindar mayor comprensión y sensibilización en la toma de decisiones en situaciones difíciles, tomando en cuenta las necesidades reales de cada hospital. Más adelante se hablará a detalle sobre las características que no son propias de los CHB. Por lo pronto se puede enunciar que estos cuerpos colegiados tienen una función orientadora, consultiva y educativa.

Si bien, se tiene registro de los primeros CHB en el mundo y de sus actividades, en México la información de los primeros CHB es poco precisa. Pero, no significa que previo al Decreto en 2011 no se hubieran conformado. Por ejemplo,

... en junio de 1983 se creó el Comité de Ética del Hospital Central Militar... dicho comité se convirtió en pionero en México. Sin embargo, el Dr. J. Guerra Medina del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, informó que el Hospital San José de Monterrey, Nuevo León, existe un comité que funciona desde 1970, por lo que este sería el comité más antiguo del país (Fernández: 1998:36).

También, en 1995 ya funcionaba con regularidad un comité de bioética en el Hospital No. 14 del IMSS en Guadalajara (2007:163), declaran Gómez y Gómez. Por otra parte, explica Edith Valdez-Martínez que previamente se conocían estos cuerpos colegiados como Comités Locales de Ética Clínica (CLEC) instaurándose principalmente en el IMSS y, aunque no eran de carácter obligatorio, mantenían su funcionamiento de manera independiente. Agrega Valdez que, en diciembre de 2006 había 78 CLEC tan solo en el IMSS (2007:268). Entre los temas prioritarios que se atendían en las sesiones destacan el consentimiento informado, la competencia, el rechazo de tratamiento, interrupción del embarazo, trasplante y donación de órganos, confidencialidad y privacidad, manejo de expediente clínico, relación médico-paciente y cuidados paliativos; los cuales expone Valdez en el *Cuadro II Temas atendidos por los Comités Locales de Ética Clínica del IMSS en la revisión y análisis de casos clínicos, 2005-2006* (2007:267).

Cabe destacar que Valdez presenta los temas atendidos desde 2006 hasta los temas registrados en la CONBIOÉTICA han ido aumentando y algunos han persistido. Aunque, inicialmente, la conformación de los CLEC no eran independientes de los comités de ética en investigación, según el estudio realizado por Valdez en el IMSS “59 (58,4%) de los 101 comités encargados de atender los problemas/dilemas que surgen de la práctica clínica también evaluaban las consideraciones éticas de los proyectos de investigación” (Valdez, 2008:88). De ahí la necesidad de separar y organizar cada uno de estos cuerpos colegiados según sus características y funciones específicas.

1.4 Características de los Comités Hospitalarios de Bioética

Las cualidades que caracterizan a los CHB se han estructurado y distinguido sobre las funciones¹⁷ que se han ido conformando. Las características de los CHB han sido motivo de discusión ante los posicionamientos generados para entender el alcance y la comprensión que engloba el quehacer bioético¹⁸. En este apartado se explica qué características conforman a estos cuerpos colegiados y los posicionamientos que se han generado al respecto.

Las características representativas de los CHB son:

- Interdisciplinaria. No se deben conformar por una sola disciplina.
- Plural. No hay posicionamientos absolutistas, fundamentalistas o dogmáticos.
- Tolerante. No debe haber coacción y tampoco coerción.
- Consenso. No prevalece el criterio de la mayoría y tampoco la parcialidad.
- Laica. No se compromete con grupos religiosos.

¹⁷ Las funciones sobre los CHB se explicarán en el siguiente apartado de este capítulo.

¹⁸ Estas características se han adoptado a partir de las reflexiones generadas en la construcción de la bioética. Callahan señala las cuestiones sobre el alcance, la disciplina y la metodología: “Mientras la importancia de un enfoque disciplinar era tempranamente reconocido, otros tres asuntos fueron más problemáticos. Primero, ¿cuál debería ser el alcance de este campo? Segundo, si la nueva bioética fuera interdisciplinaria, ¿cómo se relacionaría con las antiguas disciplinas de la teología moral y la filosofía moral? (...) Un campo interdisciplinar no necesariamente está bien servido por una apretada metodología” (Callahan, 1995: 280-281). Por otro lado, González pugna por una bioética que define como “secular, plural y dialógica, contrario al dogma, abierta a la deliberación, a la tolerancia y al respeto a la pluralidad” (2008: 41-53). Además, García Capilla señala que “La bioética nació fruto del diálogo interdisciplinario y pluralista” (2007:230). Durand coincide en que la bioética presenta características que subsisten en los CHB, como la de “Multi e interdisciplinar, secular y pluralista, abierto al futuro, global y sistemático” (2005:120). Del mismo modo Gracia señala como características básicas de la bioética “secular, pluralista, autónoma, racional y más allá del convencionalismo” (2004: 18-20). Lo que resulta común a estos autores, para abordar las características que propiciaron el surgimiento de la bioética, es el panorama abierto e inacabado al diálogo desde diversas áreas de conocimiento.

1.4.1 Los CHB son interdisciplinarios¹⁹. La cuestión sobre si los CHB deben conformarse solo por una disciplina o si deben conformarse por varias disciplinas ha sido motivo de desacuerdos en correspondencia con la delimitación de la bioética²⁰. Por un lado, se encuentran aquellos que apelan a que se conforme por una sola disciplina pues argumentan que son quienes padecen y encaran los conflictos. Tal es el caso de médicos que apelan a que solo ellos deben conformar los CHB o bien, que deben ser los facultados para ser consultores en ética. Por otro lado, aquellos que apelan a que los CHB sean conformados por miembros de diversas profesiones, pues el conflicto involucra otras áreas de conocimiento que no son ajenas al análisis de los casos clínicos. Aquí figuran posicionamientos tanto de médicos como no médicos.

Mark Siegler argumenta que,

La práctica de la medicina clínica siempre ha sido una combinación única de competencia técnica y sensibilidad ética, que juntas constituyen el arte del médico...los avances tecnológicos de los últimos 30 años han creado una gama imprevista de dilemas éticos que exigen respuestas clínicas creativas y reflexivas...estas capacidades médicas genera una gama de preguntas ético-clínicas que deben tenerse en cuenta al formular una decisión clínica. Estos son ejemplos de los tipos de problemas ético-clínicos que ponen a prueba cada vez más el temple de los médicos concienzudos, técnicamente competentes y moralmente escrupulosos²¹ (1979: 914-915).

Es decir, Siegler anuncia que la práctica médica funde el saber práctico (valorar y saber tomar decisiones) en el saber técnico. Esto implica que, el médico debe saber cómo manejar su práctica, inclusive en situaciones con las que no está familiarizado y ejercitar sus competencias a partir de los saberes adquiridos sin necesidad de recurrir a otras disciplinas.

¹⁹ No me centraré en la discusión a saber si los CHB son multidisciplinarios, transdisciplinarios o alguna otra vertiente.

²⁰ Mientras Jonsen explica que la bioética se concibe como una sola semi disciplina por una parte y como disciplina por otro en un sentido académico al explicar que “los debates sobre la bioética como disciplina son en realidad una señal que la bioética está madurando como disciplina. A medida que el período cubierto por esta historia llega a su fin, la bioética debería ser llamada semi disciplina. Solo la mitad de la bioética cuenta como una disciplina académica ordinaria: la mitad que tiene teorías, principios y métodos originales y prestados” (1998: 345-346). García concibe la bioética como interdisciplinaria al señalar que, “al abordar problemas de gran complejidad, la bioética exige la participación de expertos y estudiosos de disciplinas muy variadas, lo que condiciona el que nadie posea toda la formación necesaria para comprender todos los temas propios de la bioética desde todas sus perspectivas, y ello haría dudar sobre la posibilidad de que la bioética sea considerada una sola disciplina” (2007: 172-173). Del mismo modo Hottois considera la bioética como una interdisciplina al considerar que “no se refiere a una nueva disciplina tecnocientífica (ya que es demasiado interdisciplinar y ya que está demasiado investida de apuestas ideológicas y filosóficas)” (1991:169).

²¹ Traducción original: The practice of clinical medicine has always been a unique blend of technical proficiency and ethical sensitivity, which together constitute the physician's art... technological advances of the last 30 years have created an unanticipated range of ethical dilemmas that demand creative and reflective clinical responses... Each of these medical capabilities generates a range of clinical-ethical questions that must be taken into account in the course of formulating a clinical decision. These are examples of the kinds of clinical-ethical problems that increasingly test the mettle of conscientious, technically proficient, and morally scrupulous physicians.

Coinciden también John La Puma y Rush Priest al señalar que, la propia comunidad médica es la que debe resolver su práctica, pues “cuando surgen dilemas éticos en la atención de un paciente en particular, los médicos deben poder recurrir a un colega capacitado con las habilidades necesarias para identificar, analizar y ayudar a resolver esos dilemas” (1992: 18). Las habilidades que debe desempeñar el médico son que

... identifique y analice los problemas morales en la atención al paciente; utilizar un juicio ético clínico razonable para resolver estos problemas; comunicarse efectivamente con profesionales de la salud, pacientes y familias; negociar y facilitar la negociación; enseñar a estudiantes de medicina, personal de apoyo y médicos tratantes cómo identificar, analizar y resolver problemas similares en casos similares (La Puma y Priest, 1991: 155).

Las habilidades prácticas que deben desempeñar los médicos, siguiendo a Siegler, La Puma y Priest, son resueltas recientemente, pues en décadas pasadas no eran motivo de consideración tomar en cuenta a otros profesionales de la salud, a la familia o inclusive el propio paciente para la comunicación efectiva y la toma de decisiones. Siguiendo este razonamiento entonces los médicos, al enfrentarse a los problemas o dilemas que engloba su práctica, serían los más aptos para poder tratarlos. Más aún, la opinión de otras disciplinas en estos asuntos sería una intromisión pues no están familiarizados con los casos tanto de manera técnica como práctica.

Aunque, por otro lado, hay autores que consideran que los CHB deben conformarse por varias disciplinas. García Capilla considera que los CHB, al igual que la bioética, presentan como característica básica la interdisciplinariedad, la cual es “una garantía del pluralismo y condición necesaria para la deliberación” (2007:219). Idea que Ferrer remarca al considerar que hay interdisciplinariedad “cuando existe una interacción entre dos o más disciplinas en el análisis de una cuestión o problema dando lugar a una comprensión del objeto de estudio que no la hubiese alcanzado ninguna de ellas por sí sola” (2003:41). Estos autores reconocen que los CHB analizan problemas y dilemas desde diversos campos de conocimiento y que su comprensión y enriquecimiento estarían limitados en ausencia de algunos de ellos.

Además Richard M. Zanner considera óptima la característica de la interdisciplinariedad en los CHB y objeta que sea una sola disciplina la que deba conformarlos. Al respecto señala Zanner que

... es precisamente por el enfoque del especialista en ética en el encuentro clínico que el trabajo en la consulta ética es necesariamente complejo y no puede hacerse solo. No solo esa relación se establece dentro de un complejo inmediato de personas (pacientes, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, capellanes, familiares, amigos y aún otros), cada uno de los cuales tiene, o afirma tener, algo en juego que no puede ser ignorado (2015: 96).

Zanner enfatiza que la labor del consultor (o bien de los comités) no puede realizarse dejando al margen las voces de todos los involucrados. Es decir, además de los médicos también deberían estar (o hacerse presentes) presentes los posicionamientos de los pacientes, familiares, y profesionales de la salud que hayan colaborado.

Sin menospreciar los posicionamientos de Siegler, La Puma y Priest, se puede rescatar que, ciertamente cuando el médico se enfrenta a una situación problemática debería contar con destrezas y habilidades para poder resolverla. Pero, cuando la situación aborda diversidad de valores, enfoques y disciplinas, tales que, éstos no son compatibles (o aparentemente no son compatibles) con su posicionamiento particular, entonces debería consultar a un CHB para que pueda comprender y orientarse en un panorama más amplio sobre la dificultad del conflicto.

De acuerdo con García, Ferrer y Zanner coinciden en que los CHB deben conformarse por varias disciplinas pues la complejidad de los problemas no podría abordarse por una sola. El análisis de una sola disciplina sería parcial y estaría desprovisto del enriquecimiento que otras podrían argumentar.

La colaboración de distintas profesiones propicia el abordaje de la función deliberativa desde diversas disciplinas. Es aquí que adquiere sentido lo que Potter resalta en su artículo “Bioethics the science of survival” (1970) porque justamente se enlazan tanto la explicación de los hechos en las tecno-ciencias y la valoración sobre los hechos de las *tecno-ciencias*. Esto solo será posible en la medida en que se dé el encuentro de diversos saberes, es decir, será posible cuando se dé el encuentro genuino entre diversas disciplinas y también de diversos actores. En otras palabras, cuando haya “voluntad de comprensión y un esfuerzo intelectual de integración de los conocimientos ajenos” (Montero y Morlans, 2009: 168).

Las disciplinas que integran (o han integrado) los CHB son medicina, enfermería, trabajo social, derecho, filosofía, sociología, psicología, nutrición, contaduría, ingeniería, entre otras. Siguiendo el estudio que realizaron Valdez, Lifshitz-Guinzberg, Medesigo-Micete y Bedolla en 2005 a 619 comités²², en México más de la mitad estaba compuesto por médicos, seguido de enfermeras (2008: 87-88).

También la CONBIOÉTICA realizó un estudio reciente sobre las disciplinas que han conformado los CHB en México. El resultado arrojó que 306 de 366 CHB están integrados por

²² Es importante precisar que en la conformación no había distinción entre Comités de Ética en investigación (CEI) y CHB.

médicos especialistas, seguido de enfermeras (2017:12). Cabe destacar que tanto el resultado en la conformación de CHB que presenta Valdez y compañía, así como el resultado de la CONBIOÉTICA, sigue siendo el mismo. Lo que resalta la influencia e iniciativa que ha marcado la profesión médica para conformar estos cuerpos colegiados. Cabe destacar que, la interdisciplinariedad en los CHB se ha dado de forma paulatina y ello depende tanto de la inclusión de otras profesiones como del compromiso que asumen para formar parte de dichos cuerpos colegiados.

1.4.2 Los CHB son plurales. Mientras que la interdisciplina reconoce la colaboración entre diversas áreas de conocimiento, la pluralidad enfatiza en la diversidad de valoraciones y conocimientos presentes en grupos sociales que conforman una sociedad. La pluralidad se reconoce como una característica en los temas de bioética. Al respecto señala Hottois que

El debate bioético expone el pluralismo de nuestras sociedades tecnocientíficas con una agudeza inigualable y establece la inexistencia de un fundamento común o de una argumentación capaz de conducir sin constricciones, mistificaciones o violencia a todos los miembros de una sociedad a compartir las mismas convicciones. La bioética manifiesta la ...multiplicidad irreductible de nuestras sociedades y, a contrario, el carácter dogmático, totalitario y, por tanto, intolerable de toda voluntad no pacífica de dar a las preguntas bioéticas respuestas con pretensión universal ancladas en principios y fundamentos absolutos que se impongan por ser las únicas “verdades” (1991: 178-179).

El pluralismo de valores y conocimientos encauzados en la bioética propicia el diálogo el cual rompe con posicionamientos inmodificables e incuestionables. El reconocimiento del pluralismo implica que, tanto en el discurso como en las acciones, los interlocutores de distintos grupos o sectores sociales puedan deliberar y tomar decisiones sobre asuntos en los que están implicados sin que alguno de ellos se imponga como único y verdadero. El aparente pluralismo en los CHB simula la conformación de sus miembros de diversas áreas de conocimiento, pero que pertenecen a un mismo grupo religioso o político. El pluralismo de valores entre los miembros, incluso de una misma profesión, debe propiciar el diálogo de especialistas y no especialistas; los cuales están situados ante creencias morales, religiosas, económicas, políticas o educativas diversas.

Al respecto Theresa López de la Vieja señala cómo se traduce el pluralismo en la bioética

El pluralismo incorporado al análisis bioético significa, por ejemplo, que los acuerdos en torno a cuestiones prácticas han de ser contruidos, que los distintos argumentos —a favor y en contra— han de ser conocidos y sopesados, que los principios, por válidos que estos sean, no pueden ser tomados como absolutos sino como prima facie, que no habrá respuestas únicas ni últimas para los dilemas, que el juicio moral está al alcance de todos los agentes con

competencia moral, sea cual sea su nivel de conocimientos, que las diferencias en los valores no implican jerarquía y, en fin, que la deliberación es un proceso complejo (López de la Vieja, 2013:8-9).

En este sentido, los CHB, al estar conformados por miembros de diversas profesiones y miembros de diversos grupos sociales, no deben caracterizar la deliberación por discursos fundamentalistas o tradicionalistas, por la relevancia en la pertenencia a un grupo social o por actitudes dogmáticas. Sino que, los miembros de los CHB deben situar la deliberación ante los desafíos que logren reconocer a cualquier agente moral capaz de argumentar y enriquecer la reflexión, que logren situar esfuerzos intelectuales independiente de la pertenencia al grupo social, al género y, del nivel de educación o cúmulo de conocimientos y, por último, que logren reconocer la importancia de la actitud empática y heurística, pues favorecen el camino hacia diálogo deliberativo abierto a la revisión continua de puntos de vista. De acuerdo con García,

Los comités de bioética se insertan dentro de esta concepción de la ética del pluralismo y, del procedimiento democrático y abierto... Es una ética respetuosa con los derechos humanos fundamentales, pero sin respuestas a priori, absolutas y definitivas para todas las situaciones posibles... solo desde la representación plural de intereses y conocimientos es posible una deliberación auténtica (2011: 218).

El reconocimiento del pluralismo entre los miembros que conforman los CHB será alcanzable en la medida en que se acompañe del respeto y tolerancia correspondientes con la genuina disposición constante al diálogo deliberativo.

1.4.3 Los CHB son tolerantes. La coerción²³ y coacción²⁴ violentan toda pretensión de disponer el diálogo deliberativo que suscita la tolerancia en el intercambio de puntos de vista. Anuncia Gracia que “el pluralismo moral no es posible sin la aceptación del principio de la tolerancia. Y esto no ha existido siempre. Más aún, cabe decir que la aceptación de ese principio supone ya un importante logro moral” (2004: 60). Es decir, la tolerancia como una práctica moral deseable guarda íntima relación con la pluralidad y tiene su momento de aparición. La publicación de la *Carta sobre Tolerancia* por el filósofo inglés Jonh Locke en 1689 está centrada en la propuesta de separar Iglesia y Estado. Distingue Locke el alcance y límites de estas entidades al proponer como derechos civiles la libertad de pensamiento y de asociación.

Ser tolerante y ser laico no es lo mismo. Pero, no son términos que están distanciados. Es decir, mientras la tolerancia está inmersa como una práctica deseable en la esfera humana, política, económica, científica y educativa; incluyendo la religión. La laicidad, se dirige exclusivamente al respeto de diversas manifestaciones religiosas. En ese sentido, se puede inferir que, la tolerancia incluye la laicidad, pero no a la inversa.

La tolerancia, al igual que el reconocimiento del pluralismo, hace frente a manifestaciones ideológicas intolerantes que no son compartidas por todos y que optan por imponerse por la fuerza. Tal es el caso de sistemas totalitarios que, en nombre de la paz, el progreso, o inclusive la razón, someten y reprimen a quien no comparte sus ideologías²⁵. Al respecto señala Gracia que,

... ha sido necesario el gran progreso de las ciencias biológicas y médicas en las últimas décadas, para que los viejos esquemas sobre el proceso de toma de decisiones en estas áreas

²³ El término está tomado del latín *coercere* que significa reprimir, contener, frenar (Corominas, 1961:156). En la *Enciclopedia de Filosofía de Stanford* el concepto se entiende en dos dimensiones diferentes. En una en la que los agentes (coercitivo) emplean alguna técnica para que otros hagan o no hagan algo. En la otra, los agentes (coercitivos) hacen o se abstienen de hacer algo empleando algún tipo de razón. La coerción implica la disminución de la libertad y responsabilidad de otros concebida incorrecta e injustificada (Anderson, 2006).

²⁴ Se suele tener como sinónimo de coerción, pero sus raíces etimológicas son diferentes. El término de coacción está tomado del latín *coatio/onis*, acción de forzar (Corominas, 1961:155). Se ha empleado el término en el campo de la filosofía del derecho que “consiste en el constreñimiento que en el ánimo ejerce la promesa de un mal grave, irresistible e inminente, viciado, por supresión o reducción, la capacidad de determinación del sujeto.” (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2014:1276).

²⁵ La historia de la humanidad está cargada de situaciones intolerantes en todas las esferas humanas; ya sea en el ámbito político, religioso o científico. Un acontecimiento reciente en las ciencias biomédicas fue la realización de investigaciones en personas reclutadas en campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial. Dichas investigaciones fueron respaldadas y financiadas por el sistema político totalitario nacional-socialista; el cual manifestó una ideología y, consiguiente práctica, intolerante hacia judíos y demás grupos sociales que no compartieran sus convicciones y no presentaran características propias de la raza aria. Weinding refiere un estudio, “a British analysis of the Nazi system of medicine appeared in the *Basic Handbooks* series for briefing the occupation authorities...The report noted at least 100,000 compulsory abortions and sterilisations... and that ‘hundreds of thousands, if not millions, of “racial and genetic enemies” have perished in the prisons and concentration camps” (2004: 35-36).

entrara en profunda crisis, y se fuera viendo la absoluta necesidad de respetar también aquí cada vez más la diversidad de creencias, valores y opciones de los propios individuos. De este modo, el pluralismo y la tolerancia entraban en un nuevo campo, el de la gestión del cuerpo y de la vida (2004:62).

En las ciencias médicas y biológicas prevalecieron posicionamientos intolerantes, en los cuales se han justificado prácticas de lesa humanidad en nombre de la ciencia. Si la tolerancia invita a reconocer y respetar la libertad de pensamiento entonces ¿cualquier punto de vista y práctica debe ser tolerado? Más aún, ¿la tolerancia tiene algún límite? Éstas cuestiones y otras ya han sido detectadas y abordadas por diversos autores²⁶. Por ejemplo, la paradoja del *ateo virtuoso*²⁷, muestra esa tensión irreconciliable entre preservar las creencias propias o ceder a éstas en una sociedad religiosa con el fin de mantener los estándares de convivencia.

Se ha llegado a entender la tolerancia como el ejercicio de soportar y aguantar²⁸ a otros, pero este significado coloca el énfasis de prácticas disfrazadas de tolerancia. En este sentido, la tolerancia es “entendida como una concesión paternalista de quien cree saber que el otro está en el error, pero se muestra dispuesto a soportarlo” (López de la Vieja, 2011:305). La aparente tolerancia es tan perversa como la pluralidad disimulada. Los intereses ocultos y la imposición de puntos de vista solapan vanas deliberaciones que merman y obstaculizan el genuino ejercicio argumentativo.

²⁶ La obra *Tratado sobre la tolerancia. Con ocasión de la muerte de Jean Calas* escrita por Voltaire en la que analiza la tolerancia a partir del juicio y sentencia de Calas, a quien se le acusó de haber matado a su hijo sobre la base de falta de pruebas. Se juzgó culpable bajo argumentos que destacan su pertenencia al protestantismo frente a la religión católica predominante. Voltaire enfatiza en la necesidad de analizar las implicaciones de prácticas de tolerancia e intolerancia que llevan a consecuencias desastrosas y con alcances que ponen en duda las decisiones en la esfera pública impuestas por autoridades políticas y líderes religiosos. El propósito de su obra se condensa en estas líneas: “Este escrito sobre la tolerancia es una súplica que la humanidad presenta humildemente al poder y a la prudencia. Siembra un grano que podrá un día dar una cosecha” (1763:171). Fetscher describe la tolerancia como “una virtud democrática indispensable en las sociedades modernas, con su pluralidad de minorías nacionales y agrupaciones religiosas” (1991:25). Por otro lado, Popper extiende la tolerancia hacia el ámbito académico. En su conferencia *Tolerancia y responsabilidad intelectual* dictada el 21 de mayo de 1981 en la Universidad de Tubinga, expresa que “nosotros, los intelectuales, hemos hecho el más terrible daño durante miles de años. Los asesinatos en masa en nombre de una idea, de una doctrina, una teoría o una religión fueron obra nuestra, invención nuestra, de los intelectuales... todos hemos de perdonarnos mutuamente las insensateces... Hay una insensatez, una intolerancia difícil de tolerar. En realidad, es aquí donde encuentra su límite la tolerancia. Si concedemos a la intolerancia el derecho a ser tolerada, destruimos la tolerancia, y el Estado constitucional”.

²⁷ Expuesta por Pierre Bayle quien se cuestiona en su *Diccionario Histórico y crítico* (1696) “¿Tendré fuerzas para renunciar a mis pasiones, a mi devoción, a los intereses de mi causa, y para no mentir jamás a favor de aquello por lo que siento predilección?” (Aramayo, 2015:24). Dicha paradoja acentúa el alcance moral de aquellos que no tienen convicciones religiosas frente a quienes sí tienen convicciones religiosas, “Un ateo no sería de fiar, por definición, ya que, al carecer de credo alguno, sería imposible que se atuviera a sus promesas o secundara cualquier pacto, quedando así fuera de la sociedad civil (Aramayo, 2015:24).

²⁸ Tomado del latín *tolerare*, soportar, aguantar (de la raíz de *tollere* levantar) (Corominas, 1961:572).

También se puede entender la tolerancia como una actitud de indiferencia en la que los intereses, necesidades y preocupaciones de otros son tratados al margen del diálogo. Este forma de entender la tolerancia también es aparente, al respecto señala Victoria Camps que,

La tolerancia es una forma de expresar el respeto a los demás, aceptando sus diferencias. Pero, sobre todo, somos tolerantes cuando esas diferencias *nos importan*. No necesitamos tolerar lo que nos es indiferente. Lo que significa, por tanto, que la tolerancia no es ni debe ser lo mismo que la indiferencia. Por el contrario, se tolera lo diferente, lo molesto, lo que parece equivocado porque no coincide con lo propio (Camps, 1990:86).

La actitud tolerante a otros puntos de vista abre la posibilidad de colaboración interdisciplinar y plural en el esfuerzo continuo de reconocer los desacuerdos. En otras palabras, reconocer los disensos, los cuales deben contemplar, durante la deliberación, diversas capacidades argumentativas de los involucrados y reconocer diversas actitudes que favorecen el diálogo. Pero también reconocer que hay vicios argumentativos y actitudes desfavorecedores que frustran el diálogo. En este sentido, la tolerancia en una sociedad democrática finca sus límites en dos aspectos: “en primer lugar, para que la tolerancia sea una virtud de la democracia deben poder ejercer todos los individuos o grupos de individuos. En segundo lugar, no todo debe ser tolerado por igual” (Camps, 1990: 84).

Los miembros de un CHB deben estar preparados para asumir que el análisis de casos comprenderá el análisis de juicios morales y éticos diametralmente opuestos. Juzgarlos como incorrectos o correctos no debe ser un asunto a tratar. Más aún, culpar, señalar o censurar a cualquier agente moral que argumente o disienta de la mayoría no debe ser tampoco asunto a tratar en la deliberación. En otras palabras, reprimir el uso de la palabra, de manera arbitraria, va en contra de la naturaleza constitutiva de un CHB.

La autonomía de los miembros de un CHB en el ejercicio de sus funciones, particularmente la consultiva, posibilita la libertad de expresión de diversos argumentos y contraargumentos. Para ello, es imprescindible un ambiente caracterizado por la tolerancia activa, auténtica y libre de coerción y coacción de autoridades institucionales, de asociaciones o cualquier organismo externo.

1.4.4. Los CHB participan justamente del consenso. Los términos aristotélicos de *politikón zóion*²⁹ (Aristóteles, 1253a), han prevalecido hasta nuestros días. Siguiendo al pensador de la Antigua Grecia, Aristóteles, ser ciudadano implica establecer acuerdos y negociar sobre lo que resulta conveniente a todos (o la mayoría) los miembros de la comunidad. Si bien es innegable que, posicionarse como ciudadano implica guardar preocupación por los asuntos públicos que son comunes a todos; no obstante, el peligro radica en que se trasladen de forma ilegítima características de la comunidad social a las características de un CHB.

Antes de abordar el asunto previo, es indispensable señalar que las cuestiones y reflexiones que ha suscitado el quehacer bioético oscilan entre lo público y lo privado. Pero, “no es posible hacer una distinción tajante entre espacio público y privado... como ha pretendido el pensamiento liberal” (García, 2011: 180). Los límites no quedan tan claros cuando se presentan situaciones en las que su alcance dispone razonamientos tanto para lo público como para lo privado. Señala García al respecto que la aparente separación rotunda entre la moral pública y privada es equivalente a la separación “entre el derecho y la ética, entre lo que es justo para todos y lo que es bueno para cada uno” (2011: 180-181).

El individuo no se conforma por sí solo con una voluntad plenamente libre y autónoma. Necesita de la comunidad y la comunidad necesita de los individuos en la mutua conformación. “Los factores organizativos influyen en el comportamiento individual en igual medida que los comportamientos personales repercutirán en la vida de la organización” (Camps, 2001:149).

En este sentido, la brusca separación entre lo público y lo privado en la bioética sería inadmisibles. Aunque, se pueden plantear aproximaciones provisionales que distinguen una de la otra. Dichas dimensiones no permanecen estáticas y definitivas, sino que, sobrellevan adaptaciones y transformaciones en el curso del tiempo y el espacio. Es decir, lo que en un momento determinado se consideraba tradicionalmente en el ámbito público, en otro momento puede situarse en el ámbito privado, o en ambas. Un claro ejemplo es el debilitamiento del paternalismo médico en aras de la voluntad autónoma del paciente.

Cabe señalar que “la bioética nace con una doble dimensión, pública y privada; dos dimensiones conectadas e interdependientes” (García, 2011:186). En este sentido, la

²⁹ En el libro I de la Política de Aristóteles concibe al hombre por naturaleza como un “animal social”, como un “animal cívico” o como un “animal político”. En alguna de estas acepciones implica que, quienes viven en comunidad, es decir, en *polis*, pueden negociar y debatir sobre lo conveniente y lo perjudicial, sobre lo justo y lo injusto.

deliberación producida en los CHB debe situar este doble escenario que hereda del quehacer bioético. En otras palabras, la deliberación de un caso paradigmático se sitúa en una doble dimensión, pública y privada; pero ¿a quién le corresponde deliberar? ¿A quién le corresponde tomar decisiones? Al menos, el profesional de la salud, el paciente y sus familiares. El CHB contribuye a la deliberación para que las decisiones sean favorables para los implicados. El diálogo deliberativo, situado en esta doble dimensión pública y privada, se diluye entre los agentes morales. Si bien, se puede ofrecer un acercamiento provisional que permita comprender, clarificar y precisar el alcance de la deliberación y la toma de decisión; particularmente cuando se hacen presente en los CHB. Las cuestiones planteadas previamente se retoman en los siguientes apartados. Por el momento cabe destacar que

La deliberación también es un procedimiento propio de una determinada manera de entender la política; esto está en íntima conexión con... un carácter público y privado, en continua interacción y condicionamiento permanente (García, 2011: 216).

Siguiendo a García, si la deliberación es una forma de entender la política entonces cabe preguntarse, ¿hay contribuciones del ámbito político que favorecen el diálogo deliberativo en los CHB? Considero que sí hay contribuciones, pero son concretas. Previamente se señaló que se corre el riesgo de trasladar -de forma ilegítima- características de la política, particularmente de las sociedades democráticas, a las características correspondientes con los CHB. Para clarificar este asunto es importante examinar qué se ha precisado sobre el consenso y su traslado a los CHB.

En este apartado se presenta la propuesta de Tristram Engelhardt Jr. quien distingue cinco vías para lograr el consenso; la propuesta de Jonathan D. Moreno quien asume dos tipos de consenso por el modo de reflexión; por último, la propuesta de Mark Kuczewski quien distingue dos tipos de consenso por la participación de los implicados.

Tristram Engelhardt distingue cinco tipos de clasificaciones sobre el consenso; 1) consenso como consentimiento unánime en el que se elige según la concurrencia de los colaboradores; 2) consenso como una mayoría autorizada en el que se opta por posiciones generalizadas apelando a dos tercios seguido de un acuerdo de tres cuartos del total de los miembros del grupo; 3) consenso como poder retórico en el cual se opta por la intimidación para socavar las minorías disidentes radicales; 4) consenso como una marca de la verdad: la epistemología del conocimiento práctico en el que se apela a las afirmaciones empíricas que se asumen como ciertas y; 5) consenso como una creación ideológica en la cual “el oscurecimiento de la diferencia moral en la búsqueda de un consenso a pesar de las diversidades morales

fundamentales que nos separan no es simplemente un error conceptual sino una expresión fundamental del poder político” (2002: 12-15).

Cuatro de las cinco vías que clasifica Engelhardt incurren irreparablemente en el traslado ilegítimo de criterios políticos hacia la bioética. Lo que implica apelar a resultados parciales, tendenciosos, unilaterales o meras simulaciones que socavan la posibilidad de considerar, a la vez, el disenso. Cabe destacar que la vía cuatro -en la que se entiende el consenso como una marca de la verdad- abre la posibilidad de apegarse a la verdad como un criterio fiable. El problema será el acceso a datos e información que se asuma como verdadera, excluyendo a quienes no están en posibilidad de verificarla y evaluarla.

Las sociedades democráticas son las que, por sus rasgos generales, figuran en el surgimiento de la bioética. Pues, “tanto en su dimensión epistemológica como en la institucional, utiliza procedimientos de resolución de conflictos en los que la deliberación ocupa un lugar central, es decir procesos deliberativos propios de sociedades abiertas, democráticas y plurales” (García, 2011:77). Las sociedades democráticas están conformadas por diversos grupos sociales y culturales políticos, religiosos, científicos, tecnológicos y educativos; las cuales reflejan el modo de organización y la vía de consenso en la conformación, instauración y funcionamiento de los CHB.

La tolerancia y la pluralidad son características más próximas a sociedades democráticas y también son compartidas por los CHB; como ya se comentó en pasajes anteriores. Otra de las características compartidas es el consenso: “A finales del siglo XX, el consenso se había convertido casi en un fin en sí mismo entre los encargados de formular políticas con la intención de encontrar un terreno común en las sociedades posmodernas de alquiler por cuestiones divisivas” (Moreno, 2004:520).

Hay dos características propias del consenso en las sociedades democráticas que no se trasladan a la bioética (o al menos no son características relevantes en su consenso), el criterio de la mayoría y el criterio de la negociación; como criterios argumentativos. Entonces, cabe la cuestión, ¿de qué criterios participa la bioética y los CHB para lograr el consenso?

De acuerdo con Jonathan D. Moreno, la búsqueda del consenso se produce cuando “los miembros del grupo no llegan con posiciones fijas, pero cada uno aprecia un desconcierto genuino sobre el problema y la solución óptima” (2004:521). Es decir, se reconoce la flexibilidad de modificar el posicionamiento inicial y se está en la disposición de reconocer que hay dudas y cuestionamientos que previamente no se habían planteado.

Cuando se asume el aparente consenso hay susceptibilidad de que los problemas no sean analizados, que los acuerdos sean apresurados y que las recomendaciones mengüen el proceso deliberativo. Además, señala Moreno, “cuando el consenso es la preocupación, el acuerdo superficial a menudo es bastante procedente y los esfuerzos para resolver las diferencias más profundas deberían abordarse con precaución” (2004: 521). Esto significa que, hay dos modos de llegar al consenso por su nivel de reflexión, ya sea profundo o aparente. Esta diferencia de modo depende del empeño y preocupación genuina de los interesados para acercarse a los asuntos controversiales.

Por otro lado, Kuczewski distingue dos tipos de consensos por el tipo de participación en su artículo *Two Models of Ethical Consensus, or What Good is Bunch of Bioethics?* Uno es sobre *autonomía individual* y otro es consenso *comunitario*. En el consenso sobre la *autonomía individual* indica que

Cada propuesta está sujeta a una especie de voto de "pulgar hacia arriba o hacia abajo"... Y, como se considera que este tipo de prueba concuerda con el énfasis estadounidense en el valor de la libertad, el consenso social debería ser fácil de promulgar (2002: 31).

Esto implica que, se traslada de manera ilegítima el criterio de la mayoría para aceptar o rechazar alguna propuesta. El consenso en los CHB solo refleja una labor cómoda que evita el esfuerzo por argumentar ante el disenso y que evita el esfuerzo por ejercitar actitudes favorables ante las diferencias. Aunque este tipo de consenso rescata los valores comunes, no por ello significa que también se rescaten las justificaciones de éstas, pues podrían revelar desacuerdos que dejarían entredicho su conveniencia.

El otro tipo de consenso es el comunitario, en el que las posiciones son moderadas; al respecto señala Kuczewski que “si los especialistas en ética adoptan un enfoque tan moderado, las propuestas que los bioeticistas presentan como un grupo pueden no siempre obtener una aceptación fácil” (2002: 34). Pues es difícil determinar y precisar si las valoraciones analizadas son las que realmente deberían revisarse. Al respecto comenta que, “La cuestión mucho más difícil será determinar cuándo una cuestión es sobre la cual se debe adoptar una posición” (Kuczewski, 2002: 35).

El consenso entendido en este sentido abre la posibilidad de que se pueda representar alguna valoración relevante de los implicados. No obstante, la dificultad estriba en aparentar imparcialidad cuando es la justificación ideológica la que se externa. Es decir, los miembros de un CHB, al sumar esfuerzos por mostrar los valores comunes que representan a los implicados, podrían ser parciales al externar las tendencias personales y su participación no

sería desinteresada. Ante este inconveniente, Kuczewski en sus conclusiones: “el tema principal para el futuro de los bioeticistas será si resistiremos la tentación de convertirnos en simples partidarios y si seguiremos en nuestro papel apropiado de facilitación calificada. Este resultado no puede garantizarse por adelantado” (2002: 36).

Lo que se puede recuperar de estas tres propuestas, la de Engelhardt Jr., la de Moreno y la de Kuczewski, es que 1) el consenso invita acercarse al criterio de verdad y reconocer su limitación en el encuentro de diferencias de opinión, 2) identificar el consenso por sus modos de reflexión, aparente y profundo, y percibir los esfuerzos para dar cabida a los disensos, y 3) la distinción del consenso por la participación como *autónoma individual* y *comunitaria* adquiere notoriedad cuando las valoraciones relevantes son representativas.

Puede ser peligroso optar por el consenso como único fin ante una diferencia de opinión y también cuando el consenso es aparente en los CHB. Al menos tres peligros se extienden: 1) entenderlo exclusivamente como alguna de las vías que distingue Engelhardt; 2) entenderlo como una vía de reflexión superficial en la que se evite el diálogo de aquellas ideas compartidas para indagar en sus razones o justificaciones, pues destapa desacuerdos profundos³⁰; 3) situarse en la valoración extrema del consenso *autónomo individual* y del consenso *comunitario*, pues, por un lado, se soslaya el esfuerzo argumentativo continuo ante el disenso y la búsqueda de actitudes favorables ante el disenso y, por otro, se aparenta imparcialidad cuando se minimizan las diferencias de opiniones contrapuestas.

Una realidad en los CHB es facilitar sus funciones al emitir recomendaciones y sugerencias; no obstante, uno de los obstáculos relacionados con el consenso es la falta de tiempo para tratar los desacuerdos. Pues eso retrasaría la posibilidad de emitir alguna recomendación oportuna; más aún cuando el tiempo está comprometido.

Lograr el consenso implica advertir de los peligros previamente mencionados. Pero, ¿qué criterios favorables son los que podrían lograr consenso? Inicialmente propongo que, el consenso no debe posicionarse como la meta última en el proceso deliberativo, sino como una característica valiosa para iniciar y mantener el diálogo tolerante y plural de diversos puntos de vista razonados. Además, *la disociación del consenso y el disenso merma la posibilidad de*

³⁰ Por ejemplo, dos miembros de un comité pueden estar de acuerdo en que es importante que el paciente comprenda el proceso del consentimiento informado. Uno de ellos puede estar convencido porque apela al fortalecimiento de la autonomía y otro puede estar convencido de que así evita demandas legales.

comprender y reflexionar sobre temas insolubles que anteponen nuevos desafíos para el quehacer en bioética.

1.4.5 Los CHB son laicos. La laicidad está estrechamente ligada a sociedades plurales, tolerantes y, mayoritariamente, democráticas³¹. A finales del siglo XIX, el término laico, a diferencia del término secular³², surge del mundo latino que se gesta en

... la transición a un régimen social cuyas instituciones se legitiman crecientemente por la soberanía popular y ya no por elementos sagrados o religiosos... Así como no existe una sociedad absolutamente democrática, tampoco hay un sistema político que sea total y definitivamente laico (Blancarte, 2008:14).

En México “quienes profesan una religión distinta a la mayoritaria o no tienen una creencia, son casi quince por ciento de la población y para su clasificación son necesarias más de 250 categorías religiosas, de acuerdo con el Censo 2010” (INEGI, 2011: VII). La población total en 2010 fue de 112, 336 538³³ ; de las cuales 92 millones 924 mil 489 pertenecen a la religión católica según el último registro nacional de la población (INEGI, 2011:3).

La *Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público* reconoce en su artículo 3º que “El Estado mexicano es laico: “El Estado no podrá establecer ningún tipo de preferencia o privilegio en favor de religión alguna. Tampoco a favor o en contra de ninguna iglesia ni agrupación religiosa” (1992: 2). El panorama de la laicidad en México está marcado por la influencia de la Iglesia católica. Pero no significa que funcionarios y representantes políticos del Estado mexicano deban velar por el interés común según el criterio de la mayoría acorde a su pertenencia religiosa; pues, siguiendo este razonamiento, de manera ilegítima también podría seleccionarse el criterio de la mayoría por alguna otra creencia de la moral pública. Al respecto, Blancarte Pimentel argumenta que

Los principales riesgos que le aqueja a la democracia moderna y en consecuencia al Estado laico consiste en buscar la legitimidad del poder político en una fuente que no es de donde formalmente proviene la autoridad del Estado (la voluntad del pueblo) y acudir a una instancia religiosa para buscar una legitimidad allí donde no existe, minando así la propia autoridad política, socavando así el poder de los ciudadanos (2008 :46).

³¹ A diferencia de sociedades totalitarias, que se caracterizan por preservar una estructura de gobierno legítimamente inmodificable, las sociedades democráticas (o que han transitado a las democracias) reconocen que su conformación se establece por diversos grupos sociales, culturales y étnicos caracterizados por manifestar una estructura de gobierno que es legítimamente modificable.

³² El cual, aunque procede del mundo religioso al igual que el término laico, se origina en el mundo anglosajón en el que “la pluralidad y la competencia religiosa, sin instituciones eclesiásticas hegemónicas, son lo común” (Blancarte, 2008:13). Mientras que, en los países latinos, la laicidad hace frente a una sola institución eclesiástica, la Iglesia católica.

³³ La estima de la población total en México en 2020 es de 127, 09 millones de habitantes (Statista, 2019). Lo que indica el aumento del 11 % aproximadamente de la población desde el 2010 según el último censo poblacional.

La manifestación laica ha caracterizado y perfilado la reflexión en temas de bioética. La doble dimensión moral pública y privada en un Estado laico, plural y tolerante centra su atención en el rol del ciudadano. Más aún, la reflexión en bioética dirige sus esfuerzos para tratar de desmenuzar esas dos dimensiones, pública y privada, en situaciones (verbigracia controversias morales) en las que tanto los compromisos ciudadanos y los esfuerzos gubernamentales replanteen nuevos modos de vivir y, en la medida de lo posible, convivir.

Si tenemos en cuenta que las controversias morales pueden afectar en principio a todos los agentes morales... Tenemos aquí un medio para caracterizar la comunidad moral secular como el posible lugar de encuentro intelectual de personas interesadas en resolver las controversias morales por medios que fundamentalmente no se basan en la fuerza (Engelhardt, 1995: 92).

Siguiendo a Engelhardt, el medio para tratar las controversias morales no puede estar soportado en el uso de la fuerza. La comunidad moral debe recurrir a vías pacíficas, como el diálogo; el cual posibilita lazos de entendimiento entre los extraños morales: “la extrañeza moral no exige que el otro sea incomprensiblemente diferente, sino tan sólo que se considere al otro como alguien diferente porque tiene distintos compromisos morales y metafísicos” (Engelhardt, 1995: 106). Una de las cuestiones que genera tensión es ¿cuál es el alcance de llegar a considerar a otros?

Por lo pronto, siguiendo a Camps, se puede entender el alcance de la laicidad como el respeto hacia otros, es decir, “la laicidad es la autonomía de la consciencia y es el respeto a la autonomía de la consciencia de los otros... En este sentido, un creyente puede ser laico” (Camps, 2012). Traspasar el límite de la laicidad implica situarse en la imposición de cualquier convicción religiosa o espiritual, pues anula el respeto a otros, es decir, anula la consideración moral de los agentes morales. En este sentido, la laicidad es entendida “como un régimen de convivencia pacífica” (Gutiérrez y Mocelín, 2019:51).

Las controversias morales que se abordan desde el diálogo, se decía con anterioridad, invitan al reconocimiento mutuo en la participación del consenso y del disenso moral. Esto implica que los fundamentalismos no sobreviven en este régimen de convivencia: “El fundamentalista se autoexcluye de cualquier posibilidad de consenso moral, no solo por creerse en posesión de la verdad, sino por creerse en la obligación moral de imponerla a los otros” (Montero y Morlans, 2009: 185). Hottois indica que,

... existe un número indefinido e importante de cuestiones graves sobre las que los hombres no pueden entenderse porque no tienen la misma concepción del mundo y de la vida, ni la misma jerarquía de valores... Los que abordan la bioética desde un punto de vista «fundamental» es decir, tradicional y dogmático, ya sean metafísicos o teológicos (y son muchos) no respetan la especificidad –la novedad– de las cuestiones y su contexto... La bioética invita, pues, a cambiar

el punto de vista fundamentalista por el punto de vista *regulador*... donde hay reconocimiento recíproco de las personas como sujetos de la argumentación (178-180).

En este sentido, abordar el punto de vista *regulador* implica reconocer diversas formas de entender y valorar la salud, la enfermedad, la vida o la muerte. Los *extraños morales* que tienen la voluntad de situarse ante el desafío de la bioética como actividad *reguladora*, logran materializar la laicidad en la bioética.

Pero eso no significa que todos los puntos de vista sean aceptables por igual y tampoco significa que alguno deba descartarse a capricho o por que la mayoría lo aprueba o por que alguna autoridad así lo ha decidido. En este sentido, resulta limitada la apreciación cuando se sustenta la reflexión en bioética bajo el dominio autoritario, como así lo muestra Capella al expresar que “si la bioética laica es la que se arroga la potestad de determinar quiénes pueden hablar y qué puntos de vista merecen ser discutidos y cuáles no, quizá nos estemos encontrando ante una variedad más de las bioéticas fundamentalistas” (2007 :73).

La laicidad no debe entenderse como elemento rector para decidir quienes pueden hablar o qué temas deben ser discutidos. En un CHB todos pueden hacer uso de la palabra razonada, todos pueden disponer de argumentos que pueden ser revisados por todos y esto aplica tanto para quienes son o no son confesionales como para quienes son o no autoridad en algún campo de conocimiento. En ese sentido, resulta insostenible, como lo precisa Capella, entender la bioética laica como una variedad de las bioéticas fundamentalistas porque contraviene el sentido de ánimo de los CHB dado que sería excluyente.

Ahora bien, “cualquier acuerdo en términos de contenidos morales es siempre precario puesto que se deja de lado la muy importante cuestión de cómo se justifican esos mínimos contenidos” (Sádaba, 2004 :50). Este punto que destaca Sádaba es relevante porque se puede dar el consenso, en un escenario laico, sobre la base de criterios que no son explicados o no son claros. Además de lo señalado en el apartado anterior, el consenso en bioética debe formularse sobre la base de criterios argumentativos, específicamente, sobre la base de un procedimiento deliberativo. Procedimiento en el cual los mismos interlocutores deben construir y aprobar para la atención de sus funciones específicas. Particularmente, la laicidad en los CHB propicia el reconocimiento de *extraños morales* y, a través de la deliberación, promueve la exposición de puntos de vista absteniéndose de fundamentalismos bajo un régimen pacifista.

Una cuestión específica en los CHB que genera desacuerdos es ¿deben figurar los posicionamientos personales (por ejemplo religiosos) en el análisis de los casos? Hay quienes

sostienen que sí deben figurar, también hay quien sostiene que no, y también hay una posición moderada. El primero expresa que los posicionamientos personales sí figuran en el análisis de casos. Al respecto señala Parker que

Si el objetivo de emitir juicios éticos independientes es emitir juicios justificados y verdaderos, entonces la CEC [Comités de Ética Clínica] debe esforzarse, lo mejor que pueda, por emitir dichos juicios. Esto implicaría pensar cuidadosamente sobre las consideraciones morales en un caso dado y tratar de juzgar lo que en última instancia se debe hacer (2019:112).

La labor de los comités, al emitir juicios éticos verdaderos y justificados, está situada bajo una formulación particular de entender la ética y la moral. La falta de un acuerdo unánime sobre la distinción entre la ética y la moral provoca que la formulación de juicios éticos no siempre se logre distinguir de la formulación de juicios morales³⁴; como se aprecia en este pasaje

La justificación de los juicios morales puede provenir de diferentes fuentes, como intuiciones centrales sobre casos particulares, generalizaciones de intuiciones centrales en principios o un principio, razonamiento instrumental sobre medios que conducen a fines particulares y, como se señaló anteriormente, coherencia con el propio antecedentes metafísicos, epistemológicos, metaéticos, axiológicos y creencias políticas. Esas creencias pueden incluir creencias sobre la existencia de Dios, la relación de Dios con la moralidad y la comunicación de Dios sobre la moralidad. Además, como parte de las creencias epistémicas de fondo, uno también podría aceptar la legitimidad del testimonio como una fuente de justificación sobre la moralidad (Parker,2019:112).

Siguiendo este razonamiento, la variedad de justificaciones de los juicios morales legitima la formulación de juicios éticos verdaderos³⁵. Esto implica aceptar que la labor de los CHB al analizar casos estará mediada por los posicionamientos morales personales de sus miembros. Además se puede inferir que los CHB estarán lejanos de algún escrutinio argumentativo sólido y lejanos de ser imparciales en sus resultados. El criterio evaluador para justificar un posicionamiento, señala J. Clint Parker que será la coherencia la que mantenga el interlocutor en todo su sistema de creencias

... tratar de hacer juicios morales justificados y verdaderos, ... utilizando la coherencia y la no coherencia con estas creencias de fondo como una forma de evaluar el grado de justificación de estos juicios. Si esta práctica es epistémicamente aceptable para el CEC [Comités de Ética Clínica] ateo, también es epistémicamente aceptable para el CEC cristiano(2019:113).

³⁴ En el siguiente capítulo se explica con precisión la distinción entre juicios morales y juicios éticos.

³⁵ La cualidad de verdad en los juicios éticos ha quedado reducida exclusivamente a los enunciados normativos (sobre deberes y valores) que se pueden constatar en los hechos. Más aún, se han formulado juicios éticos en términos de aceptabilidad o de probabilidad, pero ya no de verdad. Kutschera señala al respecto “debe distinguirse entre enunciados de mandatos e imperativos, que tienen a menudo la misma forma lingüística, pero que no son ni verdaderos ni falsos, y con los que el hablante no afirma nada, sino que pide, prohíbe o permite algo” (2006: 19).

La laicidad entendida bajo este modelo tiene alcances fuera de observancia de los miembros de un CHB, pues las creencias falsas o las creencias que aparenten ser verdaderas basta con que sean justificadas bajo el sistema coherente de creencias morales personales para ser admitidas como verdaderas. Parker señala cuatro logros para dar y recibir razones de lo que creemos “persuadir a otros de las verdades a las que ha llegado, comprensión mutua, modelar un comportamiento virtuoso y por último se puede ejemplificar la humildad epistémica” (2019: 115-116). Resulta rescatable este listado de dar y recibir razones porque reconoce la posibilidad de aproximar la laicidad bajo el pluralismo y no desde un enfoque relativista. Pero, queda la cuestión a saber ¿es favorable persuadir a otros de “verdades” para ser asumidas? o ¿es compatible la humildad epistémica y la persuasión sobre un punto de vista?

Por otro lado, la perspectiva de Malek aduce que los posicionamientos personales no deben figurar en el análisis de casos,

...las creencias personales de una CEC [Comités de Ética Clínica] nunca deberían influir en su análisis ético o en el desarrollo de una recomendación. Además, las apelaciones religiosas no deben usarse en la comunicación durante las conversaciones de toma de decisiones que no sean para describir la perspectiva declarada del paciente o sustituto (2018: 1).

En este sentido, está descartada la posibilidad de deliberar y analizar casos desde las justificaciones particulares. Este enfoque precisa el modo de entender la ética distinto a la moral. Siguiendo este razonamiento, el análisis ético debe apelar a reflexiones éticas y no apelar al sistema de creencias morales, a menos que sean sólo para describir el contexto. Más aún, precisa Malek que “la cosmovisión religiosa de un consultor de ética clínica no tiene cabida en el desarrollo de recomendaciones éticas o en la comunicación sobre ellas con pacientes, sustitutos y médicos” (2018: 2). La laicidad se entiende como un criterio que abre paso a la tolerancia y a la pluralidad para analizar cualquier caso independiente del contexto religioso del caso y de quienes analizan el caso. La deliberación se orienta hacia la asepsia de argumentos y recomendaciones que revelen el sistema de creencias particulares. Pero ¿es posible analizar casos cuando los problemas se centran en aspectos religiosos?

Para responder a la pregunta previamente planteada, es menester presentar la última perspectiva. Por último, hay una posición moderada que se coloca entre las dos perspectivas anteriores. Moskop asume la idea de que los posicionamientos personales están presentes en el análisis de casos y considera que son retos saber asumirlos

Los conflictos morales sobre el tratamiento médico que son el resultado de las diferencias en los compromisos morales fundamentales de las partes interesadas, incluidos los compromisos

relacionados con la religión, pueden presentar desafíos difíciles para los consultores de ética clínica (Moskop, 2019:141).

Los CHB tienen entre sus retos saber analizar casos en los que intervienen cuestiones religiosas. Las cuestiones religiosas no se pueden eludir, pero tampoco deben ser analizadas bajo la lupa de una sola convicción religiosa. Los compromisos morales fundamentales serán mejor comprendidos si existe un ministro de culto acorde a la convicción religiosa presentada. Los casos que presentan problemas sobre cuestiones religiosas deben ser revisados bajo la pluralidad de los miembros del CHB, pues facilita la imparcialidad de las partes implicadas. En este sentido, sí es posible analizar casos cuando los problemas se centran en aspectos religiosos siempre y cuando haya un ministro de culto afín a la convicción religiosa que ofrezcan una comprensión amplia sobre las justificaciones y decisiones de los agentes morales.

Ahora bien, los miembros que conforman los CHB ¿deben asumir sus convicciones personales para analizar casos? Para abordar la pregunta, Moskop ofrece un panorama general pues describe y analiza el rol del consultor en ética, clasificándolos en: el enfoque de experto, el enfoque de puro consenso, el enfoque de facilitador y el enfoque de defensor. Por ejemplo el enfoque de experto (The Authoritarian Approach) enuncia que

... [se] asigna la autoridad principal para la toma de decisiones al consultor de ética clínica, presumiblemente porque se lo considera "el experto moral"... Las profundas diferencias entre una variedad de convicciones morales y religiosas en sociedades pluralistas, y la aparente ausencia de un argumento convincente para la verdad de una posición moral o metafísica sobre todas las demás, plantea dudas obvias sobre la existencia de una única "solución moralmente correcta" para los conflictos que son conocidos por "el experto moral"... Si abogar por sus propias convicciones morales constituye un autoritarismo inapropiado, y estos individuos no están dispuestos a dejar de lado esas convicciones, entonces presumiblemente no deberían servir como consultores de ética clínica (2019: 143-144).

En este sentido se puede inferir que, los miembros que se colocan como autoridades "expertas en moral" y que dirigen sus convicciones personales para defender o rechazar otros puntos de vista, no deberían, presumiblemente, formar parte de ningún CHB. Más aún, el rol del "experto moral" contradice rotundamente la característica de la pluralidad en bioética y, consecuentemente, en los CHB, pues se erige como única autoridad legítima para analizar casos, desestimando lo que otros miembros podrían aportar. En el apartado 1.5 se abordan cuestiones específicas de este asunto.

Otro enfoque que clasifica Moskop es el de puro consenso (The Pure Consensus Approach): "Este enfoque asigna a los consultores de ética clínica la única tarea de ayudar a las partes interesadas principales en la atención de un paciente a llegar a un acuerdo sobre un curso de acción" (2019:144). Se puede inferir que la labor destacada es la de mediador y las

convicciones personales no están presentes en el análisis de casos. No obstante, el disenso no figura como posibilidad de mostrar que hay convicciones personales religiosas que podrían ser incompatibles.

Otro enfoque es el facilitador (The Ethics Facilitation Approach), destaca Moskop que “las leyes aplicables pueden, después de todo, proporcionar una dirección más concreta y autorizada que los principios morales o las reglas para resolver disputas” (2019:145). (2019:145). Si bien es cierto que las leyes pueden ofrecer un panorama sobre los elementos mínimos exigibles, pero no ofrecen pautas o resoluciones para abordar conflictos morales particulares. Este enfoque reduce el análisis de casos a facilitar leyes, normas o reglamentos, pero se obstaculiza la labor cuando el facilitador deba atender algún caso en el que las partes implicadas recurran a leyes bajo soportes jurídicos opuestos y también se obstaculiza este enfoque si las leyes no ofrecen elementos mínimos sobre el caso concreto. Más aún, podría el facilitador ofrecer alguna ley a las partes que sea afín a sus convicciones personales omitiendo aquellas que no sean acorde a aquellas.

El último enfoque es el consultor de ética como defensor (Consultants as Advocates). Moskop destaca tres líneas de defensa, la de los pacientes (The patient Advocate approach), la de los médicos (The Clinician Advocate Approach) y la de las instituciones (The Institutional Advocate Approach). “Este enfoque dirige a los consultores de ética clínica para promover los intereses y preferencias” (Moskop, 2019:146). Ya sea de los pacientes, de los clínicos o de las instituciones.

Si los tres o más de un enfoque se hace presente en un CHB ante un caso particular y los intereses no son compatibles ¿qué interés prevalece? Explica Moskop que en el caso de los pacientes sí se puede establecer una comparación

Los pacientes con creencias y prácticas religiosas poco comunes y desconocidas pueden ser especialmente vulnerables a los malentendidos y la resistencia. Son los pacientes, además, y no las otras partes interesadas, quienes tendrán las principales consecuencias de las decisiones sobre sus tratamientos, por lo que sus intereses deberían tener prioridad sobre los intereses de esas otras partes interesadas (Moskop, 2019:147) .

En este sentido, se puede inferir bajo este enfoque que, el miembro de algún CHB defenderá los intereses y preferencias de los pacientes sobre los intereses y preferencias de los clínicos y de la instituciones cuando haya alguna convicción religiosa presente.

La perspectiva que plantea Moskop es moderada porque, por un lado, reconoce que en el análisis de casos puede haber compromisos morales religiosos presentes, por otro, asume

que el consultor de ética debe estar capacitado para saber cómo asumirlos. Además, debe tener presente que hay diversos enfoques, y sus respectivas limitaciones, que podrían ajustarse cuando se inclina por alguna convicción moral personal (o ajena); la cual debe dimensionar y comprender su alcance en el diálogo argumentativo.

Considero que la perspectiva moderada de Moskop invita a reconocer todos los elementos, incluyendo posicionamientos personales (por ejemplo religiosos), pueden estar presentes en un CHB. El desafío para todos los miembros será la capacitación constante para saber reconocer cuando están frente a un juicio moral y cuando están frente a un juicio moral que está injustificado. Ambos están presentes en la deliberación del análisis de casos, pero bajo propósitos y precisiones distintas que deben examinarse. Los juicios morales injustificados pueden llegar a emplearse de manera indiscriminada, recurriendo a pasos ilegítimos para argumentarlos. Es decir, argumentar de manera impropia juicios morales que no guardan una relación o hay irrelevancia en ellos.

1.5 Funciones y limitaciones de un CHB

En este apartado se explica cuáles son las tres funciones de un CHB y sus respectivos objetivos que marca la CONBIOÉTICA. También se expone la afinidad que mantienen estas funciones y objetivos con los lineamientos que señala la UNESCO. Además, es importante comprender cómo se concretan las funciones en los CHB que registra la CONBIOÉTICA y sus implicaciones en el proceso deliberativo. Por último, se revisan y comentan las limitaciones en las funciones que no forman parte de la competencia de un CHB.

Las funciones se formalizaron posteriormente al esfuerzo de los comités pioneros³⁶. Precisa Fernández que “la principal función del comité debe ser la de consejo y de información” (1998:37). Esto significa que los primeros cuerpos colegiados tenían claro que una de las funciones es recomendar e informar a los que toman decisiones ante casos difíciles. El establecimiento de las funciones que debe desempeñar un CHB es acorde a esta precisión. Las tres funciones que desempeñan los CHB son educativa, consultiva y orientadora.

El objetivo básico que debe figurar en todo CHB, presente en la *Guía 1 Creación de los Comités* publicado por la UNESCO, es “garantizar prácticas idóneas en la adopción de decisiones relativas a la atención médica y ayudar a los pacientes” (UNESCO, 2005:36). Además, la *Guía 2 Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas*,

³⁶ Como se describe en el apartado 1.1.2 se tienen registro de los primeros CHB en México desde 1970.

precisa el objetivo de los CHB, estableciendo que se debe “mejorar la atención centrada en el paciente en hospitales, clínicas de consulta externa, instituciones de asistencia prolongada y hospicios” (UNESCO, 2006 9). Este objetivo se encuentra en consonancia con los objetivos que están presentes en la CONBIOÉTICA (explicados en el apartado 1.1.2). Los objetivos plantean metas en las que los profesionales de la salud, pacientes y familiares requieren apoyo para comprender las implicaciones de su toma de decisión y sus cursos de acción. La deliberación es una herramienta argumentativa que favorece la comprensión, análisis y evaluación de la toma de decisión y acto moral. El ejercicio deliberativo, en ese sentido, puede encaminar a los miembros a la materialización de los objetivos propuestos para los CHB.

Por otro lado, las tres funciones muestran cómo es el escenario del ejercicio deliberativo, ya sea de forma directa o indirecta. Así, la deliberación favorece el cumplimiento de los objetivos al estar presente en las tres funciones. Tanto las funciones como los objetivos deben estar en mutua correspondencia, de tal forma que, el ejercicio deliberativo sea el dispositivo que logre su articulación. Si las funciones son deficientes o ausentes entonces la deliberación no logrará la respectiva articulación con los objetivos planteados. En ese sentido, el ejercicio deliberativo comparte el mismo escenario que acaece en el cumplimiento o incumplimiento de cada una de las funciones.

1.5.1 Función educativa. La función educativa se caracteriza por suministrar capacitación, de manera continua, tanto a los miembros como a los que no son miembros sobre temas prioritarios en bioética. Al respecto la *Guía N°1 Creación de Comités de Bioética* de la UNESCO destaca dos mecanismos para capacitar “Educación en bioética mediante: (a) programas encaminados a la formación de sus miembros, y (b) programas encaminados a formar a las personas designadas y los voluntarios que ulteriormente formarán parte del CEH [Comité de Ética Hospitalaria]” (2005:38).

Se destaca en la *Guía N°3 Capacitación de los Comités de Bioética* que, dada la pluralidad de valores y de contextos habrá de tomarse

... en consideración la diversidad cultural y el pluralismo ético es necesario organizar una serie de temas y material didáctico y brindar opciones a los comités a la hora de elegir los temas y prepararse para iniciar los programas de capacitación de sus miembros (UNESCO, 2007: 47).

En ese mismo sentido, la CONBIOÉTICA señala algunas de las actividades que corresponden a la función educativa

El grupo que integra el Comité transita por una etapa de capacitación, así como el personal hospitalario, a través de conferencias, jornadas, cursos, materiales audiovisuales y otras

actividades. Posteriormente el CHB fomenta el conocimiento bioético entre los pacientes y familiares para sensibilizarlos en el debate de los problemas bioéticos (2015:19).

Una de las capacitaciones brindadas como parte de la Red Nacional de Apoyo a la Capacitación en Bioética para Comités de Ética en Investigación y Hospitalarios de Bioética durante 2015 fue sobre el funcionamiento, con el tema “Funcionamiento de los CHB”. En esta conferencia, dictada por Rodríguez Mayoral, se establecen cuatro métodos³⁷ para analizar casos, entre los que destaca el proceso deliberativo. En dicho proceso resalta la presencia de argumentos presentes en los implicados. No obstante, no se mencionan criterios específicos para que el proceso deliberativo sea realizable, además tampoco se menciona si hay algún autor o escuela que haya trabajado este método. A diferencia del método de deliberación clínica y ética de Gracia, otro método presentado como parte de la capacitación, el cual indica un seguimiento en el caso concentrados en aspectos de carácter clínicos.

Según el *Informe Anual de Actividades 2018. Comités Hospitalarios de Bioética*, se encuentra que, de los 991 Comités registrados al 31 de diciembre de 2018, 397 presentaron su Informe Anual de Actividades, resaltando además que,

... 318 CHB (80%) indicaron que los integrantes del comité recibieron capacitación durante 2018, principalmente en modalidad presencial 69%. El 20% restante que no se capacitó, mencionó que algunas de las causas principales fueron: el cambio constante de integrantes, falta de apoyo por parte del hospital y la falta de tiempo para asistir a cursos (CONBIOÉTICA, 2019:31-32).

El proceso deliberativo, o cualquier otro método como parte de la capacitación, es indispensable para la capacitación de todos los miembros de un comité. Se señalaba con anterioridad que, el ejercicio deliberativo es el dispositivo que articula la correspondencia entre funciones y objetivos. De manera específica, si el comité no está capacitado con algún método específico para analizar casos entonces veremos que las otras funciones, tanto la función consultiva como la orientativa, podrán verse afectadas. Más aún, la falta de capacitación o capacitación deficiente de un CHB no podrá materializar de forma óptima los objetivos planteados en el apartado 1.1.2. Además, las causas por las que no hubo capacitación muestran la falta de importancia por parte de las mismas instancias hospitalarias.

³⁷ También se encuentra el método principialista, el método de análisis de Jonsen y el método de deliberación clínica y ética de Diego Gracia; los cuales se abordan en el apartado 3.6

1.5.2 Función consultiva. La función consultiva se caracteriza porque en ella se hace presente el diálogo en el cual se expone la revisión, análisis y evaluación de algún caso problemático. Esta función es decisiva para lograr el consenso genuino; así como las otras características expuestas en el apartado 1.3. Además, la función consultiva favorece el empleo de las herramientas teóricas aprendidas durante la capacitación. En otras palabras como señala la CONBIOÉTICA,

En el ejercicio de esta función, el Comité recibirá las dudas presentadas, podrá recurrir a la opinión de expertos, analizará el caso desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, propiciando el razonamiento y la fundamentación para cada caso, y formulará recomendaciones (2015: 18).

La función consultiva advierte, indudablemente, la necesidad de la función educativa. La capacitación continua de todos los miembros marcará diferencias que ayudarán en la sensibilización y mejoría de la relación entre profesionales de la salud, pacientes y familiares. En ese sentido, la capacitación implica proveer conocimientos, favorecer actitudes y habilidades que logren atender los casos difíciles durante dicha función.

El panorama de la función consultiva en los CHB no es alentador. En el *Informe Anual de Actividades 2018. Comités Hospitalarios de Bioética*, de los 397 CHB que presentaron su informe, 24³⁸ no tuvieron una sola sesión;

Algunos de los motivos por los cuales 24 CHB (6%) no sesionaron incluyen: ausencia de solicitudes; comité de reciente creación; cambio de directivos; rotación de integrantes; renuncia de integrantes; falta de quórum; no contaban con un plan de trabajo; falta de experiencia para implementar el procedimiento de análisis de casos; proceso de certificación del establecimiento; inhabilitación por sismo; recepción de auditorías internas; el presidente labora en otra ciudad; falta de compromiso institucional; prejubilación de integrantes, así como desconocimiento de la existencia del comité por los usuarios (CONBIOÉTICA, 2019:21).

Esto resalta que los motivos se pueden agrupar en internos y externos. Los internos corresponden a las limitaciones que se generan al interior del comité, por ejemplo aquellos por falta de experiencia y por falta de mecanismos para sesionar. Los motivos externos son ajenos a los esfuerzos y compromisos del comité. Como aquellos por falta de apoyo institucional, por ausencia de solicitudes y cambio de sus integrantes.

De manera específica, se puede inferir que, cuando son de reciente creación o cuando no han sesionado, la articulación entre la función educativa y consultiva es deficiente; pues

³⁸ Un año antes, los datos indican que hubo más comités sin sesionar. En el *Informe de Seguimiento a Comités Hospitalarios de Bioética* durante 2017, se realizó un estudio a 366 CHB, de los cuales 90 señalaron que no sesionaron debido a que “no recibieron solicitudes por parte de los profesionales de la salud y/o pacientes, a modificaciones por cambio de integrantes y a la falta de capacitación de los miembros (2018:16).

contar con capacitación no implica contar con la experiencia para revisar casos. La práctica para analizar casos debe ser constante; en la que se debe prestar atención -con el paso de las sesiones- a los vicios, prejuicios y ausencias en las habilidades comunicativas, argumentativas y de actitud con el fin de precisar mecanismos para su mejoría.

El ejercicio deliberativo, como propuesta argumentativa, podría articular tanto la función educativa como la consultiva. La práctica constante en el ejercicio deliberativo durante las sesiones podría, en principio, mitigar los motivos internos. Por ello, sería conveniente que los miembros de comités con experiencia sean quienes encaminan y sensibilicen a quienes están en dicha condición.

1.5.3 Función orientadora. La función orientadora se dirige a la implementación de mecanismos y procedimientos para mejorar las relaciones entre los implicados en un caso difícil, como los procedimientos para entablar el diálogo. Al respecto señala la CONBIOÉTICA que,

El ejercicio de la función orientadora contempla los siguientes aspectos: 1. Establece procedimientos de toma de decisiones en el ámbito clínico que contemplan conflictos de valor, como el rechazo del tratamiento y la falta de capacidad para otorgar el consentimiento, como el caso de menores de edad, personas con deficiencia mental o pérdida temporal de consciencia; 2. Instaura procesos de diálogo y consentimiento informado con las áreas clínicas para fomentar la adecuada relación del personal de salud con los pacientes; y 3. Realiza el análisis de los aspectos bioéticos involucrados en la donación y trasplantes de órganos y tejidos, provenientes de donadores vivos u obtenidos por donación cadavérica (2015: 19).

Una vez que todos los miembros de un comité ya cuentan con conocimientos, actitudes y valores puestos en la práctica durante las sesiones; una vez que los miembros han emitido recomendaciones a los casos más recurrentes al interior del hospital, entonces se podría llevar a cabo la labor de proponer mecanismos argumentativos que auxilien procedimientos en temas frecuentes; es decir, la función orientadora podrá cobrar relevancia cuando la función educativa y consultiva se hayan cumplido.

La función orientadora implica detectar las inquietudes y necesidades que surgen durante la función educativa y consultiva. Esto significa que los miembros deberán estar al tanto de los resultados de las otras dos funciones y proponer vías o alternativas que mejoren las relaciones entre el profesional de la salud, paciente y familiares. En ese sentido, se podría reconocer -por ejemplo- mecanismos de diálogo comunes y propios en el consentimiento informado y toma de decisiones para cada escenario: como de donación, de cuidados paliativos, intensivos o para interrupción en el embarazo.

Las funciones destacadas de la CONBIOÉTICA son acordes a las que propone la UNESCO. Salvo por una función en especial que tiene un alcance fuera de la institución hospitalaria, como lo es la

Puesta en marcha de proyectos comunitarios y formación de relaciones del CEH en el ámbito de su ciudad o región, como, por ejemplo, creación de un foro de bioética en la comunidad local o resolución de problemas relacionados con los servicios médicos de urgencia (UNESCO, 2005:39).

Esta labor orientadora sería posible una vez que el comité esté consolidado. Acercar espacios de reflexión y diálogo por parte de los miembros que conforman un CHB podrá ser posible cuando se cuenta con la experiencia adecuada pues así podrían atender las inquietudes que la ciudadanía requiere. Lograr sensibilizar a la población sobre temas de bioética es una labor compartida por parte de la comisión nacional, comisiones estatales e instituciones educativas.

La deliberación en la función orientadora es una herramienta que favorece las vías de comunicación y argumentación, principalmente cuando la sociedad se conforma por diversos grupos sociales en los que es difícil lograr el consenso. Al respecto señala García que,

En un intento de resolver los problemas derivados de conflictos de valores en las sociedades pluralistas que vieron nacer a la bioética, se utilizó el método de la deliberación como el propio de la bioética desde sus inicios, lo que propicia la participación activa de todos los grupos implicados en un problema concreto. Es un método que pretende recuperar el concepto aristotélico de prudencia (*phronesis*), aplicado a conflictos de valores en sociedades pluralistas (García, 2011).

En el ejercicio deliberativo se despliegan los conflictos de valores no solo para lograr consensos; sino también se advierten los disensos en los que, aunque no haya resolución, reflejan las diversas tensiones entre los valores en juego y; reflejan las diversas argumentaciones y actitudes contemporáneas que logran recuperar a los clásicos (como lo es Aristóteles).

El ejercicio deliberativo es indispensable en las tres funciones. Además, la deliberación encamina dichas funciones hacia la concreción de los objetivos instaurados tanto por la CONBIOÉTICA como los propuestos por la UNESCO.

1.5.4 Otras funciones de los CHB. Otras funciones específicas que promueve la UNESCO en su *Guía 1 Creación de Comités de Bioética*, son:

7. Presentación al centro de recomendaciones sobre la información que debe impartirse a los pacientes sobre las decisiones anticipadas (testamentos vitales, poderes notariales duraderos en el ámbito de las decisiones relativas a la atención médica, designación de un representante o un agente que defienda los intereses del paciente en el ámbito médico). Cuando un CEH está debidamente asentado, puede diversificar sus funciones encargándose de actividades como éstas;
8. Determinación de los conflictos entre distintos intereses, derechos y deberes y prestación de asistencia con vistas a conciliar objetivos institucionales opuestos, por ejemplo en relación con la distribución y utilización de recursos médicos que son escasos o limitados;
9. Solución de las controversias que surjan entre los trabajadores del centro y entre los trabajadores, los pacientes y la familia de los pacientes, por ejemplo en relación con las decisiones de aplicar tratamiento o no aplicarlo;
10. Apoyo a los centros médicos y las normativas que den cabida a elementos de bioética (probablemente en colaboración con los CEI del mismo centro);
11. Investigaciones sobre bioética en el seno del centro;
12. Integración de la bioética en las fases prehospitalarias, como por ejemplo en el departamento de urgencias o en las salas de consulta externa o cuidados ambulatorios;
13. Funciones de foro de debate bioético, como por ejemplo durante la transición a un modelo alternativo de financiamiento y procedimientos de pago en relación con la atención médica;
14. Participación en las audiencias públicas de la legislación de ámbito local, regional o nacional que guarden relación con la salud pública; y
15. Colaboración en la redacción de políticas uniformes, como por ejemplo las relativas a los aspectos bioéticos del trasplante de órganos o los xenotransplantes (UNESCO, 2005: 39-40).

Sería deseable que todas estas funciones estuvieran presentes en todo CHB. Dichas funciones robustecen los objetivos que perfila la CONBIOÉTICA. Además, estas funciones implican el vínculo con otras instancias al interior y exterior del hospital; por ejemplo otros comités (calidad, de ética en investigación o de trasplantes); con otras áreas como urgencias, UCI o psicología; también con instancias externas como comisiones de arbitraje médico, comisiones de derechos humanos y, por supuesto, comisiones estatales de bioética.

El panorama no es plausible para desempeñar las funciones que propone la UNESCO, pues dichas funciones están previstas para un comité consolidado. En el *Informe Anual de Actividades 2018 Comités Hospitalarios de Bioética*, se detectaron diversas dificultades para que los CHB pudieran operar las funciones educativa, consultiva y orientadora; entre las que destacan “más del 50 % dificultades asociadas a falta de tiempo, incentivos institucionales y falta de capacitación y el 6 % ... la limitación de recursos físicos, humanos y económicos, así

como la falta de difusión de la existencia del comité y falta de capacitación continua” (CONBIOÉTICA, 2019:29).

1.5.5 Limitaciones. Cabe señalar que hay limitaciones en las funciones en los CHB que pueden confundirse con otro tipo de comités³⁹, o bien, que no son coherentes con las atribuciones anteriormente señaladas. La *Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CHB* formula las siguientes limitaciones:

- No suplen las funciones de los profesionales en la toma de decisiones clínicas, sólo intervendrán a petición de los mismos, cuando se identifique un conflicto en el ejercicio de la atención a la salud y se requiera asesoría para su análisis, por lo que deberán abstenerse de involucrarse en decisiones que competan al médico tratante y al paciente.
- No es ámbito de competencia analizar o sancionar la negligencia médica.
- No les corresponde tratar asuntos o problemas de carácter laboral, administrativo o legal.
- No deberán comprenderse como grupos activistas o políticos
- No es competencia de los CHB revisar protocolos de investigación (CONBIOÉTICA, 2015: 19).

Estas limitaciones enfatizan las características de un CHB descritas en el apartado 1.3. de modo negativo. Sobre la primera limitación, no le corresponde a los miembros de un comité tomar decisiones por los interesados. El alcance se limita a emitir recomendaciones y, darles seguimiento a éstas para saber de qué forma aquellos atendieron su situación. Siegler, enuncia que los CHB, “deberían divorciarse absolutamente de la participación en la toma de decisiones de los pacientes y de las consultas de ética y ni siquiera deberían revisar y criticar las decisiones que se han tomado previamente” (1986: 23). Ciertamente, un CHB no debe usurpar y tampoco responsabilizarse por la labor que le compete al profesional de salud y al paciente, pero sí considero que Siegler cierra toda posibilidad de lograr el ejercicio deliberativo grupal que abone en la comprensión y claridad de un caso difícil.

En esa misma línea Montero y Morlans enuncian que los CHB “no participan en la decisión clínica si no que se limitan a formular un consejo en los casos particulares” (Montero y Morlans, 2009:164). ¿Debería involucrarse un CHB si los agentes morales le solicitan para atender una decisión clínica controversial? Considero que esta pregunta no puede responderse con un sí o un no tajante. Para ello debemos primero revisar cada uno de los componentes de

³⁹ Como los Comités de Ética en Investigación (CEI) que tienen entre sus funciones revisar y evaluar protocolos de investigación.

un curso de acción moral⁴⁰ y qué se entiende por cada uno de éstos. Por el momento se puede enunciar que el elemento de la ejecución de la decisión ciertamente le compete exclusivamente a los implicados. Los miembros de un CHB pueden ofrecer diversas alternativas argumentativas en las que están presentes todas las valoraciones en juego.

Sobre la segunda y tercera limitación, no le corresponde a los miembros tener atribuciones punitivas, legales o asuntos administrativos. También Montero y Morlans señalan entre las limitaciones “No manifestarse ni efectuar un peritaje sobre las reclamaciones y denuncias presentadas contra la actividad del centro [tampoco] asesorar en reclamaciones profesionales, sindicales o relativas a la organización y gestión del centro” (Montero y Morlans, 2009:164). No obstante, si se llega a presentar un caso que tiene implicaciones sobre alguna negligencia, impericia o error médico entonces sería conveniente que se derivara a las instancias correspondientes.

En el *Informe Anual de Actividades 2018 Comités Hospitalarios de Bioética*, se reportaron solicitudes que no fueron precedentes como parte de las funciones entre las que destacan “aspectos administrativos, de orden laboral, de orden disciplinario, de orden legal, impericia, hostigamiento y violencia laboral, acoso sexual, así como revisión de protocolos de investigación” (CONBIOÉTICA, 2019: 23-24). Este dato da cuenta de que se desconocen las funciones que le competen a un CHB, inclusive, por parte del personal de salud. Los miembros del comité deben darse a conocer dentro de la instancia hospitalaria mediante reuniones programadas en las que se expongan las funciones que les compete.

Sobre la cuarta limitación, implica reconocer que en sus funciones educativa, consultiva u orientadora podrían llegar a confundirse con ideologías o afición política al promover temas correspondientes a la bioética. Esta confusión se debe a que los temas resultan polémicos y difíciles de analizar. Resulta muy tentador tomar partido en el análisis de algún caso, porque podría generar afinidad con nuestras creencias, deseos o intereses. El problema es que genera pereza intelectual para distinguir una visión parcial y una visión imparcial. “la imparcialidad es una exigencia moral fundamental que se encuentra en todas las teorías morales y, sobre todo, es una característica de todos los conceptos de justicia” (Kustchera, 2006: 284). Es decir, los miembros de un comité deben superar posiciones tendenciosas y parciales de tal forma que puedan acercarse a recomendaciones derivadas de la reflexión ética.

⁴⁰ En el apartado 2.2 se explican los componentes de la estructura del acto moral.

Sobre la quinta limitación, la revisión de protocolos de investigación es labor exclusiva de los Comités de Ética en Investigación (CEI). Los primeros comités de ética -tanto en el ámbito clínico como en el de investigación- solían tratar de manera conjunta sus labores sin hacer distinción de funciones específicas para cada uno como se revisó previamente. La necesidad de definir las funciones para cada uno de los comités es vital ya que así se procurará claridad sobre las actividades que desempeña cada comité.

Por otro lado, el alcance de acción de los CHB debe quedar trazado de forma tal que, sus miembros comprendan con claridad cuando los análisis de casos se salen fuera de control. En otras palabras, lo que no le corresponde a un CHB es funcionar como comisión que ampara jurídicamente al profesional sanitario, establecer juicios valorativos sobre la conducta moral de los involucrados y sustituir la toma de decisión de otros⁴¹. Cuando los CHB comienzan a realizar dichas labores entonces se pronuncian como figuras de autoridad moral sancionadoras de los actos (morales y legales) imponiendo la razón más no disponiendo de ella a otros.

Ahora bien, ninguna actividad humana es infalible. Eso incluye también las deliberaciones y recomendaciones que emiten los CHB. Como señala la UNESCO

...el comité puede llevar a su institución a obrar equivocadamente, es decir, a adoptar un procedimiento no viable y contrario a la ética. Reconocer lo anterior puede suscitar un sentimiento de humildad que lleve al comité a admitir que como toda actividad humana, sus deliberaciones y recomendaciones son susceptibles de error. Ni la inteligencia, la experiencia, el esfuerzo o la coherencia con el pasado justifican la parcialidad, la complacencia o la convicción de que el asunto se ha resuelto definitivamente y por tanto, no requiere de un nuevo análisis (UNESCO, 2006: 13).

Deliberar no implica deliberar correctamente. Lo mismo sucede con las recomendaciones. Las herramientas teóricas para ejercitarse en la deliberación son un comienzo para evitar, en la medida de lo posible, errores y asuntos que puedan pasar desapercibidos. Ciertamente, puede haber errores aún cuando haya una preparación previa en el análisis de casos, pero deben ser detectados para que puedan enmendarse.

Un CHB debe reconocer, incluso, que no cuenta con preparación en las funciones que debe desempeñar y también reconocer que ha cometido alguna equivocación en alguna de éstas. La confianza en las recomendaciones se dará cuando sus miembros asuman que la deliberación

⁴¹ Al menos en Estados Unidos, los CHB sí tienen entre sus funciones tomar decisiones por otros, como señala Fletcher sobre las distintas razones para consultar a un comité, entre las que destaca la prevención de litigios; mediación de disputas y resolución de conflictos entre el paciente, el profesional de la salud y la familia; confirmación ó desafíos a las decisiones ya tomadas; apoyo emocional para las decisiones difíciles e identificación de alternativas moralmente aceptables (Fletcher, 2004:440).

no estará exenta de ser falible, incluso con preparación previa. “La credibilidad no se otorga ni se impone; se gana. Se gana cuando el comité convence a las partes interesadas que su labor es defendible, desde el punto de vista jurídico y racional” (UNESCO, 2006: 14).

1.6 Miembros de un CHB: expertos, ciudadanos y representantes

En este apartado se explica cómo es la integración de los miembros para conformar un CHB. Además se expone la importancia de la selección de los miembros; el papel que desempeña cada uno en las reuniones y, qué elementos mínimos comunes pueden prevalecer para lograr su funcionamiento. Por último, se expone la controversia que existe sobre la tensión entre los que son y no son expertos en algún tema.

El 9 de noviembre de 1962 se conformó en Seattle el primer comité del mundo del que se tiene conocimiento con el propósito de seleccionar a pacientes candidatos al procedimiento de diálisis y hemodiálisis (Sorokin, Actis y Outomuro, 2016:92). Entre sus miembros se encontraba un pastor, un abogado, una ama de casa, un hombre de negocios, un dirigente laboral y dos médicos especialistas no nefrólogos. Dicho comité no contaba con preparación alguna para analizar casos. Es decir, no se contaba con capacitación para saber bajo qué criterios razonables podría un paciente acceder al tratamiento en cuestión pues no todos podrían acceder al tratamiento clínico.

Los criterios predominantes para ofrecer la diálisis y hemodiálisis fueron “médicos y sociales, incluyendo la capacidad de pagar. Los pacientes que recibían la diálisis eran mayormente blancos, casados, varones, con estudios de enseñanza media, entre 25 y 45 años. Más del 40% tenían trabajo” (Beauchamp y Childress, 2002:330). Dichos criterios fueron fuertemente cuestionados. Si los criterios señalados podrían soportar buenos argumentos para favorecer niños, mujeres o ancianos, de cualquier descendencia, solteros, divorciados o sin estudios entonces no habría dificultad para rechazar aquellos criterios. Por ejemplo, el color de la piel no es una razón relevante para considerarla como criterio de decisión pues el éxito⁴² en el tratamiento no depende de ello.

⁴² El programa de Enfermedad renal en etapa terminal de Medicare (ESRD, por sus siglas en inglés) ha disminuido la diferencia entre blancos y negros que se someten a un trasplante de riñón. Señala Levinsky que, “Los negros, que constituyen el 12 por ciento de la población de los Estados Unidos representa el 8% de los donantes de cadáveres. Representan el 30 por ciento de los pacientes en lista de espera para un trasplante, pero esperan casi el doble que los blancos” (Levinsky,1991:1145).

Lo que se puede aprender del comité de Seattle es que la buena intención no puede nunca suplir la función educativa en un CHB. Es una primera motivación, pero es insuficiente cuando está ausente la capacitación continua. Cuando eso sucede entonces cualquier recomendación –como en el caso del comité de Seattle–, puede revestirse de éticamente adecuada cuando no lo es. Ciertamente “la competencia moral no es exclusiva de quienes se dedican a una actividad, por mucho que ésta suscite dilemas morales...La competencia moral pertenece a todos los agentes...La bioética invita al aprendizaje mutuo” (López de la Vieja, 2002: 169).

1.6.1 La integración de los miembros. Una pregunta que ha llegado a inquietar es ¿cuántos miembros debe conformar un CHB? La integración de los miembros no queda precisa, o por lo menos no hay un acuerdo definitivo. “Aun cuando no existe el tamaño ideal [para un CHB], en general todos los trabajadores del hospital o centro deben estar representados” (UNESCO, 2005:40). Su conformación se hará en la medida en que puedan representar la voz de los implicados, mediante el ejercicio de las funciones asignadas.

Sobre el tamaño del CHB cabe resaltar que, en el *Informe de Seguimiento a Comités Hospitalarios de Bioética correspondiente al 2018* que realiza la CONBIOÉTICA, de los 397 CHB que presentaron su informe anual de actividades se encontró que, “el número de integrantes reportados por los CHB oscila de tres hasta 24 integrantes, siendo la integración más frecuente de 5 a 10 integrantes” (CONBIOÉTICA, 2019:13). El mínimo de integrantes que señala la CONBIOÉTICA⁴³ es de cinco, siendo uno presidente y cuatro vocales.

Por otro lado, de los 397 CHB que presentaron su informe anual de actividades correspondiente al 2018 señalaron que “los CHB están integrados principalmente por médicos especialistas (1128 integrantes); personal de enfermería (518 integrantes); médico general (271 integrantes) y trabajo social (253); y en menor cantidad por profesionales en psicología; derecho; química; filosofía; nutriología; sociología y antropología” (CONBIOÉTICA, 2019:16). De este dato se infiere que, predomina la representación de las voces de los expertos clínicos.

También los CHB se conforman por otros miembros de otras profesiones, como

⁴³ Disposición SEXTA del ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el DOF el 31 de octubre de 2012 y su modificación de fecha 06 de junio de 2018.

“bioeticista; biología; administración; odontología; arquitectura; contador; informática; comunicación; tanatología; bibliotecología; ingeniería mecánica; cosmetología; fisioterapia; mercadotecnia; negocios internacionales; pedagogía; rehabilitación; ingeniería biomédica y veterinarios” (CONBIOÉTICA, 2019:16). Su conformación por miembros de otras profesiones distintas al perfil clínico no está restringida. Aunque, sería conveniente que cada miembro, según su perfil profesional y trayectoria, reconociera -en un ejercicio de humildad intelectual- que puede aportar desde su ámbito.

La representación de los implicados no se limita a contar con algún perfil profesional o a formar parte de la institución. Los familiares de pacientes, pacientes o representantes legales también forman parte de los agentes morales involucrados. De los 397 CHB el “54 % de los CHB reportó que cuentan con él [representante del núcleo afectado o representante legal], en tanto el 44 % de los CHB reportó que no” (CONBIOÉTICA, 2019:15). Lo que no queda claro es si el representante forma parte de los involucrados en el caso presente o es un representante ajeno al caso.

La integración de miembros debería evitar los extremos. Que no sean tan pocos que el trabajo en las funciones (educativa, consultiva y orientativa) los rebase y tampoco que no sean demasiados cuando la labor solo es hacer acto de presencia.

1.6.2 La selección de los miembros. Tanto profesionales como pacientes y representantes de pacientes son relevantes en la conformación de un CHB. La selección de los miembros no debe pasar desapercibida. De la selección de los miembros dependerá la calidad del CHB. Para ello se debe prestar atención a la disposición y compromiso por asumir tareas que, hasta el momento, son sin ninguna remuneración⁴⁴. Vale la pena señalar que,

La selección adecuada de miembros suele bastar para lograr que funcionen incluso instituciones mal concebidas; si se eligen individuos incompetentes, fracasará hasta la estructura mejor proyectada. Los comités de bioética enfrentan un problema común: gran número de individuos no calificados desean formar parte de ellos y muchos profesionales calificados no desean

⁴⁴ Sobre la remuneración de los miembros por pertenecer a un CHB es un tema controversial que en este trabajo no se abordará debido a su complejidad. Para ahondar en este asunto la CONBIOÉTICA establece que “Los gastos de operación del CHB deberán financiarse por las autoridades de la institución (2015:25). Aunque, hay quien sostiene que un pago significaría algún conflicto de interés “los gastos de operación de los CHB también pueden requerir financiamiento que puede traducirse a conflictos de interés con las funciones del comité, incluso si la fuente de financiamiento es las autoridades de la misma institución” (Cancino, 2019: 39). Por otro lado, hay quien considera que “los miembros de los Comités no reciben ningún tipo de prestación: no en todos los hospitales se apoya con disminución de horas asistenciales, para poder sesionar; ni tampoco a los Bioeticistas profesionales extra hospitalarios se les otorga un salario” (Tarasco: 2017:9). Considerándose como un problema para preservar los integrantes.

hacerlo (UNESCO, 2006: 23).

La *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética* señala varios requisitos para seleccionar a los miembros entre los que destaca “Contar con antecedentes que demuestren honestidad y compromiso (referencias de sus pares, puestos de trabajo, comunidad y/o de la organización a la que pertenece)” (CONBIOÉTICA, 2015:20). Esta puede ser, inicialmente, una buena estrategia para saber si la persona estará comprometida con las tareas delegadas. Cabe resaltar que, la honestidad no podría figurar como el único criterio relevante para seleccionarla, dado que, 1) no hay acuerdos o criterios morales unánimes para calificar la honestidad y compromiso basada en las referencias de pares y 2) se corre el riesgo de valorar la honestidad de forma parcial cuando la opinión o referencia de los pares va más allá de la profesionalidad.

Por otro lado, también se encuentran entre los requisitos para seleccionar a los miembros la siguiente característica: “Poseer interés y estar dispuesto a desarrollar las capacidades de escucha respetuosa, argumentar de manera racional y razonable. Ser tolerante, reflexivo, prudente y honesto” (CONBIOÉTICA, 2015:20). Estos requisitos son indispensables para el ejercicio deliberativo en la función consultiva. La cuestión que sobresalta es ¿cómo se puede saber el requisito de tolerancia, prudencia y honestidad en el proceso de la selección? Al igual que otros requisitos⁴⁵ que establece la CONBIOÉTICA, resulta difícil saberlo solo por decreto si la persona atenderá dichas disposiciones, compromisos y obligaciones. Una alternativa inicial para la selección de miembros sería realizar algún test que pueda probar si es un candidato para el comité idóneo o no lo es. Aparentemente, podría optarse como un criterio imparcial para la selección. Aunque, sí debe tenerse en cuenta que los test no resuelven por completo el asunto de la selección de miembros y, es conveniente tener presentes sus limitaciones.

Entre las limitaciones de los test, por ejemplo los Tests Cognitivos Breves (TCB) “los test y cuestionarios deben reforzar -pero nunca suplantarse- el juicio clínico, la comunicación profunda con el paciente y sus allegados, la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y el diálogo interprofesional” (Olazarán J. et. al., 2015:10). De la misma manera

⁴⁵ Los otros requisitos que establece la CONBIOÉTICA son: Adquirir el compromiso de capacitarse continuamente en el conocimiento bioético, desde una perspectiva laica y científica... Representar los intereses de la comunidad usuaria de los servicios de atención médica... Mantener el compromiso de permanecer durante el periodo establecido por el mismo Comité y realizar sus tareas... Admitir y transparentar conflictos de interés, en caso de existir... Comprometerse con el cuidado de los participantes en la atención médica (CONBIOÉTICA, 2015:20).

sostiene Mangone que “La no estratificación por educación es una debilidad... cada individuo es control de sí mismo, sólo cuenta la capacidad de reacción cerebral” (2017:8). Esto significa que, los test pueden ser una herramienta para corroborar evaluaciones imparciales y evitar la selección de miembros de manera discrecional. Aunque, se debe tener presente las desventajas de su implementación.

Una vez que los integrantes asumen formar parte de un CHB tampoco es garantía que durante las sesiones no haya muestra de alguna situación que resulte fuera de lugar, argumentos sin sentido o actitudes hostiles. “Las reuniones del comité son interacciones de individuos con esperanzas y temores, objetivos y obstáculos, aliados y adversarios, temperamentos y costumbres, que en ocasiones interactúan también con participantes invitados. Las reuniones reflejan esas dimensiones, casi nunca visibles” (UNESCO, 2006:22). Estas dimensiones deben ser detectadas y encauzadas sin el afán de recurrir a señalamientos públicos, por el contrario, buscar mecanismos de acción que contribuyan a su mejoramiento.

La vía para poder detectar y contener vicios, obstáculos o carencias se debe principalmente a la oportuna y constante capacitación. Es por ello que, se reconoce en este apartado que, todos los miembros deben tener acceso a conocimientos que contribuyan a los temas según sus necesidades, confianza para manejar actitudes y viabilidad para concretar habilidades que favorezcan el funcionamiento del CHB, específicamente, el ejercicio deliberativo. En los siguientes apartados se revisa de manera concreta dichas capacidades.

1.6.3 El papel de los miembros. Ahora bien, otra de las cuestiones recurrentes es ¿qué pueden y debe aportar cada uno de los miembros? Cada miembro puede aportar, desde su profesión, actividad o situación en la que se desenvuelve conocimientos que enriquezcan la argumentación deliberativa;

... desde diversas perspectivas para favorecer la resolución de los dilemas éticos, por ejemplo: 1. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, esto debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético; 2. El experto en bioética conduce la reflexión y la ponderación de los valores y principios en conflicto, conforme a la metodología de análisis bioético; 3. El abogado define el marco legal vigente y los aspectos legales a contemplar bajo el cual se analizará el caso; y 4. Los representantes ciudadanos hacen consideraciones como usuarios de los servicios de salud (CONBIOÉTICA, 2015:20).

Se reconocen al menos cuatro perfiles o figuras relevantes en la integración de los CHB: el clínico, el experto en bioética, el abogado y los representantes de pacientes. Cabe preguntarse al menos dos cuestiones. La primera, ¿los perfiles relevantes que considera la CONBIOÉTICA

son los únicos que pueden contribuir a las funciones de un comité? Aparentemente, la respuesta es no. La interdisciplinariedad promueve vínculos entre áreas de conocimiento que podrían considerarse lejanas o inadvertidas, como administración, comunicación, o artes. Por ejemplo, la bioética y el arte han mostrado la importancia de la sensibilidad como vía de la expresión artística que caracteriza consideraciones morales. De acuerdo con Fariña y Cambra sostienen que “la gestación del concepto de bioética estuvo desde sus inicios ligada al arte”. Precisan, además, que Fritz Jahr plasma en sus publicaciones la importancia de la música, la literatura, y la pintura como elementos que modelan el pensamiento en relación con las sensaciones y emociones (2013: 1-5). Particularmente, hay obras artísticas que capturan el momento en el que resalta un dilema moral y son acertadas para ejemplificar -durante la función educativa- el análisis de casos.

Y la segunda cuestión es ¿hay expertos en ética? más aún, ¿hay autoridades morales? Esta pregunta ha sido tratada por diversos autores. La respuesta se encuentra dividida; por un lado, hay quienes sostienen que sí hay expertos en ética como Juliana González y Hottois. Por otro lado, hay quien rechaza la figura de expertos en ética como Scofield y la enlaza con la figura de autoridad moral, como lo sostienen Montero y Morlans. Por último, hay una postura intermedia que asienten Zaner, Engelhardt y Gasparetto.

Sobre los que consideran que sí hay expertos en ética se encuentra González quien sostiene que

...no puede soslayarse el carácter eminentemente filosófico de la ética y que ésta equivale ciertamente a «filosofía moral». El filósofo tiene una visión específica que no tiene el científico ni el tecnólogo, ni el hombre común. Se ha de insistir, entonces, en algo en el fondo elemental: que la ética filosófica ofrece una perspectiva insustituible: proporciona, entre otras cosas, la distancia reflexiva, la visión fundamental y universal de los problemas, permitiendo que éstos se perciban dentro de su contexto, tanto histórico como actual. Y no se trata evidentemente de un asunto gremial o corporativo. Es el simple reconocimiento de la función y la responsabilidad propias de la ética como filosofía moral. En este sentido, el saber ético-filosófico, no se improvisa ni es del dominio común. Implica ciertamente una necesaria *expertise* (2008: 45).

Este pasaje precisa al menos dos ideas que no deben pasar inadvertidas. La primera es que hace una distinción del carácter filosófico de la ética. Es decir, la filosofía moral o ética, es una actividad reflexiva, la cual no debe confundirse con la ética social y las opiniones morales de otros. Acorde a la distinción que concretan Cortina y Martínez, el término moral se entiende como “cualquier sistema más o menos coherente de valores, principios, normas, preceptos, actitudes, etc., que sirve de orientación para la vida de una persona o de un grupo”

(2001:29). En otras palabras, el ámbito de la moral corresponde a la regulación del comportamiento de las personas. Aquí sí hay cabida para la improvisación y sí es del dominio de todos.

La segunda idea es que el estudio (enseñanza-aprendizaje) en ética, entendida como una rama de la filosofía, requiere de formación y conocimiento especializado sobre lo que implica la moral. Es decir, hay *expertise* para explicar y comprender qué es lo correcto; más no autoridad para decidir qué es lo correcto. Es decir, el filósofo, particularmente quien se dedica a la ética⁴⁶ estudia y analiza la dimensión moral, pero no se sigue que en su comportamiento tenga actos buenos, malos, correctos o incorrectos. Es análogo a quien estudia medicina, pues es independiente si el médico cuida o no su salud para saber si es experto en su área. Es decir, la labor de la ética -de manera general- se concentra en formular buenas preguntas, se concentra en examinar y precisar conceptos y, se concentra en analizar argumentos. En ese sentido, la ética no se dirige a enseñar cómo regular el comportamiento, “enseñar ética no es educar moralmente” (Camps, 2013: 12).

En relación con este posicionamiento, se puede inferir que, el papel del filósofo - particularmente quien se dedica al estudio de la ética- será el *expertise* que pueda aportar a los CHB diversas perspectivas y enfoques sobre teorías y metodologías que aclaren, justifiquen y fundamenten los componentes de la moral. Será un experto en ética, más no una autoridad moral.

Por otro lado, también el pensamiento de Hottois se encuentra en esta vertiente en la que sí hay expertos o especialistas en ética. El filósofo puede hacer al menos tres aportaciones a un CHB, “1.- Proponer y defender posiciones éticas [razonadas y aplicables al caso], 2.- Análisis y formulación de argumentos y objeciones la detección de consensos y disensos y 3.- Ambas” (Hottois, 2010:176).

⁴⁶ Cfr. Cortina ha hecho precisiones al respecto, en las que señala que “La ética es un tipo de saber que intenta construirse racionalmente utilizando el rigor conceptual y los métodos de análisis y explicación propios de la filosofía... la ética da razón del fenómeno moral” (2001:9). Es decir, de manera general, se entiende por ética al análisis de los diversos modos en los que se regula el comportamiento y sus respectivas valoraciones yuxtapuestas. La ética no puede (o no debe) inclinarse por alguna valoración, pues estaría moralizando, es decir, estaría negando la ambigüedad en la que se percibe y se concreta lo bueno y lo malo. Ahora bien, se entiende por moral cualquier de los sistemas de valores, principios, convicciones o pautas de conducta que mantiene un grupo social o alguna persona. Además de otros usos del término moral (Cortina, 2001:17-19).

La tercera vía que propone Hottois es la más completa porque aborda la intersección de dos ramas primordiales de la filosofía: argumentación y ética. La tercera vía implica que el *experto* o *especialista* deberá conocer tanto de ética como de argumentación; esto implica saber emplear y compartir herramientas metodológicas para analizar casos.

Se infiere que, también Hottois reconoce que la ética no es un saber que se improvisa y es menester la formación previa. El aporte del filósofo en el análisis de casos implica contar con conocimientos teóricos éticos y argumentativos y, también implica saber emplear los enfoques teóricos en los casos y saber emplear herramientas argumentativas en los razonamientos prácticos. Es decir, el filósofo no tiene entre sus aportaciones moralizar a los miembros o convencerlos de determinado posicionamiento, sino de detectar los razonamientos bajo los cuales presentan sus posicionamientos así como a detectar los enfoques morales desde los cuales se está partiendo.

Ahora bien, Scofield rechaza la figura de expertos en ética al interpretarla como autoridad moral. El consultor en ética solo debe demostrar cuatro aptitudes,

Los consultores de ética aún tienen que demostrar que poseen los elementos básicos de una profesión, que son que 1) poseen exclusivamente un cuerpo específico de conocimiento esotérico, 2) pueden aplicar este conocimiento de una manera objetiva, confiable y "científica" novedosa, 3) pueden regularse y supervisarse a sí mismos, y 4) están motivados a actuar en el interés público y no por interés propio (Scofield, 1993: 417).

Scofield no precisa qué profesión antecede al consultor en ética⁴⁷. De ello se puede inferir que, básicamente cualquier profesión apuntaría a ser un consultor o especialista en ética. Ahora bien, es preciso revisar cada uno de estos elementos básicos que señala el autor. Sobre el primer punto destaca el carácter esotérico del conocimiento, el cual es cuestionable debido a que, habría conocimiento que resultaría asequible y comprensible solo para algunos. Este punto llevaría a preguntar ¿habría conocimiento de la filosofía moral exclusiva para algunos? Hasta ahora la respuesta es negativa.

Ligado al punto uno, el punto dos es contradictorio al vincular el carácter objetivo y confiable del conocimiento novedoso al carácter esotérico. Pues esto implicaría la aceptación de posicionamientos dogmáticos y a la vez comprensibles. El especialista en ética “requiere conocimiento y experiencia, pero no el tipo de experiencia moral elitista que Scofield critica”

⁴⁷ La figura de consultor de ética surge a la par con la conformación de los comités en Estados Unidos. Precisa Couceiro una pregunta relevante, “consultor o comité, ¿quién es el más adecuado? es una pregunta que trae consigo la evaluación de sus ventajas e inconvenientes... aunque sus identidades y funciones sean distintas, deben trabajar conjuntamente; lo que no se dice es cómo hacerlo” (2018:19).

(Fletcher, 1993:430). En ese sentido, hay una confusión sobre lo que implica contar con experiencia en ética, acorde al señalamiento de Jonsen “Scofield insiste en tomar la autoridad de la experiencia "en el sentido habitual", como la imposición de puntos de vista” (1993:437).

Sobre el punto tres, precisa Scofield el comportamiento que debe exteriorizar el consultor en ética. Más aún, Montero y Morlans coinciden con este posicionamiento al especificar que

Los comités de ética no tienen poder real, pero sí deben aspirar a tener autoridad, una autoridad moral que deben ganarse día a día y que, como en toda cuestión de opinión, se fundamenta en la coherencia entre aquello que se dice y aquello que se hace (Montero y Morlans, 2009:173).

La concepción de que los CHB son brújulas morales es una interpretación descuidada en la que se intenta justificar y acreditar lo que se dice de manera pública apelando al actuar de los miembros. Este razonamiento resta valor a la trayectoria profesional y el uso del razonamiento para exponer y deliberar durante los análisis de casos.

Sin deliberación, se empobrece la democracia, porque se reduce la capacidad crítica y la cooperación social, y prevalece una concepción de democracia basada en el puro poder, exento de razón moral, o utilizada en busca de poder a través de la mera negociación (Couceiro, 2008:19).

No se sigue el ser experto en ética por ser autoridad moral. La confusión del punto dos de Scofield se extiende hasta el punto tres. El liderazgo o sabiduría moral, es decir, la integridad del *ethos* no es razón suficiente para que alguien tenga la capacidad de analizar casos. En todo caso se estaría usurpando la toma de decisión de los implicados; “el consultor "usurpa" erróneamente la autoridad del tomador de decisiones apropiado y "impone" erróneamente sus puntos de vista sobre los demás” (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

Ahora bien, quienes no cuentan con alguna profesión –como las mencionadas- y pueden formar parte de algún CHB tampoco sería conveniente que la integridad moral sea el motivo para seleccionar a pacientes, representantes de pacientes o cualquier otro ciudadano. Insisten Montero y Morlans al respecto, al justificar la selección de pacientes, señalan que

Generalmente se escoge a un antiguo paciente que tiene el valioso bagaje de su experiencia como enfermo, pero que actúa condicionado por su agradecimiento a la institución que le atendió. Si lo que se quiere es aproximar el comité a la sociedad, familiarizar a los ciudadanos con la idea de que existe un órgano que les puede ayudar en situaciones conflictivas, entonces conviene una persona conocida y respetada por la comunidad, esa figura entrañable a la que todos pedirían consejo (Montero y Morlans, 2009: 166).

Considero que la selección sería bajo la comodidad institucional más que apelar al buen uso del razonamiento práctico y actitudes favorables para el ejercicio deliberativo. La propuesta de líderes morales posibilita unificar valores ante la diversidad, pero cabe preguntarse si podría esperarse el mismo escenario cuando hay valores que no se comparten.

En este mismo tenor, Engelhardt propone que, existe autoridad moral en la bioética para tratar los desacuerdos morales que se suscitan cuando ya no hay vía efectiva de unificar valores comunes. Al respecto señala que

Teniendo en cuenta que no todos se han convertido en un único punto de vista moral, la autoridad moral secular es la autoridad del consentimiento. Esta base de la moralidad se encuentra en la noción de ética como medio para obtener autoridad moral a través del consentimiento ante las insolubles controversias morales dotadas de contenido. Si alguien está interesado en resolver las controversias morales sin recurrir a la fuerza, pero con la autoridad moral reconocida por todos como base del consenso, tendrá que aceptar el acuerdo entre las distintas partes en discordia o la negociación pacífica como los medios para alcanzar la resolución de controversias morales concretas (Engelhardt, 1995:91).

Engelhardt descarta que la argumentación pueda ser la vía para tratar los problemas o dilemas morales. Prioriza la negociación pacífica o acuerdos particulares que dan salida a los intereses personales y con ello acercarse a posiciones que tienen a subjetivismos morales, frente a la posibilidad de plantear el papel de consultores en ética como observadores imparciales que faciliten o medien el ejercicio deliberativo.

La moralidad de una bioética secular no sirve de orientación para vivir la vida, sino que es más bien una moralidad capaz de vincular a extraños morales que se encuentran y colaboran pacíficamente, ya que es lo poco que comparten personas provenientes de distintas comunidades morales y portadoras de visiones diferentes. Por tanto, hay que tolerar muchas cosas que sabemos que son profundamente erróneas. No podemos utilizar la argumentación racional para corregir estos errores. (Engelhardt, 1995: 452).

Esta visión evita el esfuerzo intelectual de recurrir a la argumentación -particularmente el ejercicio deliberativo- y ofrece la vía del consuelo en la que la tolerancia tenga el alcance suficiente como para admitir la entrada constante a errores que podrían fraguar el terreno espinoso de los desacuerdos.

Por último, el punto cuatro de Scofield –en el que suprime la motivación personal en pro del interés público- es un enfoque endeble. Pues tanto las motivaciones particulares como las que son acorde al interés público no necesariamente se encuentran en pugna; sino que, puede haber puntos de encuentro. Scofield señala que “a pesar de su deseo expreso de proteger al público contra profesionales inexpertos, parece que el interés propio, no el interés público, es lo que motiva a los consultores de ética a buscar un estatus profesional” (1993: 421). Este

pasaje destapa es una generalización precipitada que, incluso, podría ser aplicable a todo el profesional en busca del estatus. Dado que es difícil saber con certeza la causa de las motivaciones personales, además de que resultaría invasivo a la privacidad. En ese sentido, resulta impropio considerar la *expertise* en ética tan solo por las motivaciones personales sin observar los conocimientos y habilidades adquiridas. Acorde con Joseph F. Fletcher, considerado uno de los pioneros en la bioética norteamericana, profesor de ética médica de la Universidad de Virginia, indica que “el comité de ética debe tener la responsabilidad de supervisar y evaluar el desempeño de los consultores. El comité debe estar especialmente preocupado por prevenir posibles daños” (1993:432). Así, si un miembro presta mayor atención a sus intereses personales frente a los públicos ocasionando daño entonces no serían favorables para las funciones y compromisos que adoptan los comités.

En el siguiente pasaje Scofield sí hace distinción entre la capacitación en ética y la vivencia moral,

... al igual que la capacitación en ética no es garante de la pericia moral, la falta de un estudio formalizado no significa que una persona no pueda tomar decisiones "buenas". Si la capacitación formal no es necesaria ni suficiente para conferir dominio moral, los consultores de ética no pueden reclamar ser expertos (Scofield, 1993: 418).

Pero reduce las aportaciones del campo de la ética a la función indirecta y última de tomar solo buenas decisiones. En otras palabras, limita las aportaciones de la ética sólo por los resultados del nivel normativo; dejando fuera otras áreas de la ética, como la metaética, la ética descriptiva o la ética aplicada. En ese sentido, el desconocimiento de la reflexión ética desplegada desde la filosofía es un síntoma de que existe aún la confusión grave de que ética y moral son lo mismo; pasando desapercibidas sus distinciones en la realidad interdisciplinaria de la bioética y, en las cuales, debe quedar claro que le compete a cada una.

Scofield considera que el papel del consultor en ética debe redefinirse y acorde con él, señala que, “en una sociedad democrática, la ética es asunto de todos, no del dominio exclusivo de un grupo en particular” (Scofield, 1993: 421). Ciertamente, la ética social o la actividad moral sí es asunto de todos. Todos estamos en la posibilidad de opinar sobre temas de naturaleza moral. Pero, no todos cuentan con la capacitación para analizar con disciplina y el rigor conceptual algún punto que esclarezca la dimensión moral. Pues la ética, desplegada desde la reflexión filosófica, requiere de *expertise*, requiere de conocimientos, habilidades y actitudes específicas. Lo mismo sucede con la medicina, las ciencias o el derecho que requieren de conocimientos, habilidades y actitudes específicas.

El compromiso que tiene el profesional actual –sobre todo el que colabora de manera interdisciplinaria- es hacer accesible los conocimientos a la sociedad con independencia de quien los recibe, es decir, si es lego o experto. Particularmente, “las éticas aplicadas no son labor exclusiva de los filósofos, sino que se convierten en un trabajo interdisciplinar con participación múltiple: filósofos morales, ciudadanos y expertos” (García, 2011:27).

Por otro lado, Zaner se encuentra en una postura intermedia. Su cuestionamiento no rechaza por completo la figura del especialista en ética. El rechazo se dirige a considerar que los comités están formados por expertos morales; pues de ser así entonces, “cada individuo sería su propio experto moral, y cualquier reclamo para el contrario sería mera pretensión, una farsa” (Zaner, 2015: 132).

La propuesta de Zaner se dirige a clasificar el papel de los miembros que conforman un CHB. Zaner clasifica las diversas opiniones generadas sobre quienes deberían tomar el rol de orientar en la toma de decisiones en casos del ámbito cínico. Se encuentra el papel del *clínico*⁴⁸, quien es el único que cuenta con la experiencia y capacitación para tomar decisiones (2015:89), el *experto*⁴⁹, quién (no necesariamente es médico) cuenta con habilidades y métodos para tratar problemas especializados en la práctica médica (2015: 90), el *casuista*⁵⁰, quien es conocedor de los enfoques de ética aplicados a casos concretos que son desconcertantes (del área de humanidades como la filosofía) (2015: 91-92) y el *facilitador*⁵¹, quien es ajeno a la toma de decisión pues solo se encarga de proveer herramientas que favorecen la orientación apoyado en un grupo que discute previamente la situación (2015: 92-92).

Las figuras de *experto*, *casuista* y *facilitador* que propone Zaner no se oponen al enfoque que presenta tanto González y Hottois sobre el *expertise* o especialista en ética. No obstante, Zaner considera que el *casuista*, el *facilitador*, el *experto* o el *clínico* no pueden ser la voz representante de la comunidad y tampoco tienen un rol individual. Dichas figuras

⁴⁸ Propuesta por Siegler en su publicación “Clinical ethics and clinical medicine” publicada en 1979, *Archives of Internal Medicine* 139:914–915. También La Puma en su artículo. “Ethics consultants and ethics committees” publicado en 1989, *Archives of Internal Medicine* 149: 1109–1112 y en “Medical staff privileges for ethics consultants: An institutional model”. *Quality Review Bulletin* 17–20.

⁴⁹ Propuesta por Agich en su artículo “A role theoretic look” publicado en 1990. *Social Science and Medicine* 30(4): 389–399 y Bosk en su artículo “The fieldworker as watcher and witness” publicado en 1985. *The Hastings Center Report* 15: 10–18.

⁵⁰ Propuesta por Jonsen particularmente en su artículo “Can an ethicist be a consultant?” En *Frontiers in medical ethics*, en 1980 ed. V. Abernathy. Cambridge, MA: Ballinger.

⁵¹ Propuesta por Glover, Ozar y Thomas en el artículo “Teaching ethics on rounds: The ethicist as teacher, consultant, and decision-maker” en 1986, *Theoretical Medicine* 7: 13–32.

mantienen limitaciones “su contribución es solo de observadores. Al igual la figura del clínico o la figura del experto, porque su contribución sería parcial sin conocer a fondo las perspectivas éticas” (Zaner, 2015: 111).

La propuesta para dar cabida a un análisis y respectiva evaluación de los casos, debe ser conformada por miembros que, de alguna manera, sitúan todas estas figuras de manera global: clínico, experto, casuista y facilitador. Al respecto señala,

El enfoque central del especialista en ética clínica es el conjunto específico, la base del contexto de las múltiples interrelaciones que logra el encuentro específico. Esta es la tarea del ético, tal vez sólo idealmente en muchos encuentros, para habilitar o promover relaciones que están en consonancia con los respectivos compromiso morales propios y/o los compromiso de las profesiones tradicionales de los participantes (Zaner, 2015:111).

En ese sentido, descarta por completo el papel de autoridad o liderazgo moral en los especialistas en ética. Acorde con Tarzian precisa que la figura de facilitador

... no impide ofrecer recomendaciones u opiniones de expertos. El término "experiencia" a veces se ha malinterpretado para significar que el consultor de ética tiene "autoridad moral". La "experiencia" simplemente indica que un consultor de ética tiene competencias especializadas en conocimientos y habilidades (2013:3).

Las competencias especializadas –conocimientos, actitudes y habilidades- que engloban la *expertise* en ética se describen en el siguiente apartado. Ahora bien, García distingue dos tipos de figuras; “por un lado la del bioético, bioeticista o especialista sólo en cuestiones de bioética y, por otro lado, la de los expertos procedentes de distintas disciplinas y con formación para abordar las cuestiones morales propias de la bioética” (2011:44). Y más adelante suscribe que “... a pesar de que se trata de dos figuras distintas, la demarcación entre el bioeticista y el experto no es completamente nítida” (García, 2011: 44). Este asunto ocasiona la imprecisión del papel del especialista en bioética como figura de experto. No obstante, parece que hay una interpretación forzada sobre la figura del especialista en bioética al comprender su campo de conocimiento precedente solo en la bioética. La trayectoria profesional en alguna disciplina implica situarse, en mayor o menor extensión en competencias especializadas, como experto y, eso incluye al especialista en bioética o ética filosófica.

Posteriormente, García dirige un posicionamiento modesto que se acerca a sostener relativismos sobre la construcción de la bioética en el que señala que

La bioética es una disciplina que construimos entre todos mediante procesos de toma de decisión colectivos, para los cuales no hay ni debe haber expertos dedicados de manera

exclusiva. Se trata de un proceso de deliberación colectiva sobre riesgos y responsabilidades (2011:36).

La *expertise* sí es característica de cada una de las profesiones. El experto en medicina es indispensable, de la misma manera en la que lo es el experto en trabajo social, en enfermería y también el experto en ética (entendida como una rama de la filosofía). Los expertos en una disciplina no demerita que cualquier ciudadano pueda opinar sobre los resultados de dichas disciplinas. En ese sentido, los ciudadanos también participan en la construcción de la bioética. El resultado del diálogo no se encasilla en otorgar mayor peso a quienes son expertos y menos a quienes no lo son. Ya Potter subrayaba la importancia de la participación de toda la población en la toma de decisiones con respecto a la salud

... si la salud es vista como parte del esfuerzo de las personas, y si se acepta la salud generalizada como parte de la bioética global, podemos comenzar a aconsejar a las personas sobre lo que ellas describen por sí mismas, reconociendo que solo las personas como agentes morales, es decir, las personas en sentido estricto, pueden ejercer la autodeterminación necesaria para proteger y mejorar su cura personal (Potter, 1988:159).

La participación de los ciudadanos en los CHB es relevante porque contribuyen a mejorar la comprensión sobre cómo se logra la autodeterminación; las condiciones de vulnerabilidad y; las carencias y esfuerzos para mejorar la propia salud. Cabe señalar que, también la participación de ciudadanos en los comités obliga a evaluar si las propias instancias sanitarias favorecen o impiden la protección de la salud de la población.

Por último, otro posicionamiento intermedio es el de Gasparetto quien presenta una clasificación en el que precisa el papel del consultor en ética. Se encuentra el modelo “blando” y el modelo “difícil”.

En general, en la primera categoría, el consultor de ética puede actuar como facilitador o mediador, facilitando la discusión entre los actores involucrados, aclarando sus posiciones morales, explorando opciones y mediando conflictos para llegar a una solución. La segunda categoría, por el contrario, se asemeja más al modelo clínico de consulta, y el consultor de ética actúa como un profesional clínico que posee una experiencia específica y hace recomendaciones importantes sobre el mejor curso de tratamiento éticamente (2018: 2).

Dicha clasificación incluye –de manera indistinta- la figura de experto o casuista que propone Zaner. Lo que sí se puede rescatar en esta propuesta de Gasparetto es que en ambas clasificaciones el consultor en ética debe contar con competencias específicas para atender las inquietudes y desacuerdos morales en la toma de decisiones de los implicados.

Precisa Gasparetto que el consultor en ética no puede figurar como autoridad en ética social y/o moral. Aunque, reconoce que su campo de acción se ha limitado al grado de suprimir las recomendaciones o sugerencias en la toma de decisiones. Señala que

Muchos académicos y profesionales en el campo han descartado la práctica de expresar recomendaciones, lo que limita el papel del consultor a la identificación de posibles opciones. Una vez que las opciones se identifican como moralmente aceptables, por lo que sostienen, no es asunto del consultor informar a las partes cuál es la acción correcta o cómo deben decidir (2018:2).

Las recomendaciones en las que hay algún juicio de valor moral sobre lo que se debe hacer, o no, sobre lo que es correcto o no, va en contra de las características que constituyen los CHB; particularmente el pluralismo. Pues las recomendaciones o sugerencias que resaltan que un valor o principio debe atenderse frente a otro(s) legitimaría que los miembros sean autoridades en ética social y/o morales. Al respecto indica Gasparetto que

La idea de los expertos en ética plantea críticas incluso desde una perspectiva moral: la creencia de que alguien tiene una mejor visión de lo correcto y lo incorrecto parece ser incompatible con el pluralismo moral contemporáneo y con el principio de autonomía en la toma de decisiones. Las personas pueden tener opiniones personales bien justificadas pero divergentes sobre lo que está bien y lo que está mal, y nadie está en una posición privilegiada para poder juzgar estas opiniones (2018:3).

Este pasaje no plasma la realidad de los CHB. Un CHB no se debe proponer si una acción está bien o mal, correcta o incorrecta. Lo que debe proponer un CHB es enunciar el entramado argumentativo que hace que se considere una acción como adecuada o viable una acción, advertir qué riesgos o beneficios se pronostican y el peso de cada uno de éstos, pero sobre todo, se analiza el problema o dilema en el caso en cuestión.

Cabría preguntarse, si las recomendaciones no deben atender a una visión moralizadora entonces ¿qué pueden contener las recomendaciones que formulen los miembros de un CHB? Esta pregunta se aborda en los siguientes capítulos. Por lo pronto, cabe responder que deben contener precisiones que hagan más comprensible la toma de decisión y ofrezcan un panorama que logre ampliar la evaluación en procesos de toma de decisión. Hasta el momento no hay estudios que evalúen si el modelo de consultor de ética o el modelo de CHB es el más adecuado para tratar los problemas o dilemas. Lo que sí debe tenerse en cuenta son las necesidades de las instituciones y de la población en general así como de las limitaciones de cada uno de estos modelos. Al respecto aclara Couceiro que

... no hay datos concluyentes sobre la eficacia y resultados de unos modelos sobre otros, es importante analizar algunas cuestiones de fundamento que permiten reflexionar sobre cuál de ellos es mejor para nuestras instituciones... Si nuestro interés primordial es generar espacios

deliberativos, sin duda el comité es el modelo a desarrollar. Si lo que más interesa es resolver casos, la balanza se inclina ante el consultor, asumiendo todos los peligros que ello conlleva (2008:19).

Un CHB puede contribuir a aclarar las alternativas que no siempre se detectarían por un solo individuo, puede contribuir a comprender el alcance de las alternativas y las bases morales en las que se soportan las alternativas; puede contribuir a que se mejore la relación y comunicación entre los implicados reconociendo los acuerdos y desacuerdos que pueden mantener; y pueden enriquecer el ejercicio deliberativo sobre elementos de reflexión que pasan inadvertidos por los implicados.

La función educativa es indispensable porque prepara el terreno para las otras dos funciones. Es decir, es indispensable que los miembros que conforman un comité compartan una base mínima común de competencias específicas. El desafío estará en que la integración de los miembros logren desplegar -cada uno desde su disciplina o actividad- la labor interdisciplinaria que posibilite intercambiar conocimientos que enriquezcan el ejercicio deliberativo.

Finalmente, el papel de los miembros no debe caracterizarse como una figura de autoridad moral porque no tiene -entre toda la población- una voz privilegiada. La selección tendrá en cuenta otros aspectos en los que la integridad moral no es el asunto relevante.

1.6.4 La formación de los miembros. Los miembros que conforman un CHB requieren de formación inicial y continua; la cual prepara el terreno para atender las funciones encomendadas. Cabría preguntar ¿qué elementos formativos son indispensables para lograr el funcionamiento óptimo? Esta pregunta ha sido abordada por diversos especialistas, aquí se revisan algunas respuestas que han impulsado y enriquecido el tema de la capacitación.

Uno de los pioneros en abordar la pregunta es Edmund Pellegrino quien señala que la necesidad de la ética en el campo de la medicina debe colaborar mutuamente cada uno aportando sus propios saberes, al señalar que

La medicina y la ética deben comprometerse cada una con la otra en todos los niveles. Para hacer que esta tensión sea constructiva, el ético y el clínico deben compartir algo del lenguaje y método de cada uno preservando la identidad de su propia disciplina (1978:960-961).

De la misma manera, Siegler apunta a la necesidad de que los especialistas en ética sensibilicen e instruyan a médicos y estudiantes de medicina mediante diversos eventos académicos y publicaciones

Cualquiera que sea el programa específico de instrucción, los filósofos en ética deben ser alentados a interactuar formal e informalmente con médicos y estudiantes de medicina y para comunicar sus hallazgos a los médicos... Debería ciertamente continuar durante los años de clínica de escuela de medicina en conferencias y grandes rondas éticas y en el cabecera. Además, los especialistas en ética deben ser alentados a publicar sus hallazgos en revistas que se suscriben regularmente y leer por estudiantes de medicina, médicos y docentes clínicos (1978:955) .

Ambos autores, Pellegrino y Siegler, coinciden en que el especialista en ética debe ofrecer elementos de formación a quienes están en el campo clínico; brindando conocimientos que propicien la interacción entre ambas disciplinas. Otros referentes⁵² en abordan la cuestión de manera adyacente a los miembros que conforman un comité son La Puma y Priest quienes considera que

Para proteger a los pacientes de los profesionales que carecen de experiencia en ética clínica, el personal médico puede considerar aclarar lo que esperan de un consultor de ética, determinando así la base para acordar tales privilegios. Cuando surgen dilemas éticos en la atención de un paciente en particular, los médicos deben poder recurrir a un colega capacitado con la habilidad necesaria para identificar, analizar y ayudar a resolver esos dilemas (1992:19).

Este pasaje sugiere al menos dos inferencias. La primera es que el profesional de la salud debe reconocer los límites de sus conocimientos y experiencia en habilidades en el razonamiento ético. La segunda, es que el especialista o experto en ética⁵³ es quien puede encontrarse capacitado para apoyar en conocimientos y habilidades en el razonamiento ético como el manejo de problemas y dilemas.

De acuerdo con Mark Alusio señala que la consulta en ética no puede ser solo de buenas intenciones, necesitan desarrollar ciertas capacidades y herramientas para analizar casos;

Si un consultor de ética ayuda a resolver el conflicto, primero deberá detectar cuál es la naturaleza del conflicto ... la capacidad de distinguir varias dimensiones del caso será fundamental tanto para identificar los problemas éticos en el caso como para ayudar a los consultores a no sobrepasar sus límites al ofrecer asesoramiento médico, psiquiátrico o legal. Por lo tanto, la habilidad es una habilidad analítica importante que el consultor de ética necesita, además de las habilidades interpersonales ... deberá ser capaz de comprender los valores implicados en los casos particulares (1999:211-213).

⁵² Fletcher ha abordado diversas cuestiones en torno a la capacitación en ética dirigida al ámbito médico. Plantea algunas interrogantes que, inicialmente, son parteaguas para la capacitación de comités; “en un contexto de gran necesidad, con pocos recursos disponibles y de una amplia variedad de profesionales, los decanos y sus comités de búsqueda lo pedirán. ¿Quién debe enseñar ética médica? ¿Qué herramientas son necesarias para enseñar ética médica? ¿Cuáles son algunas sugerencias para los tipos de personas que podrían enseñar? ¿Debería ser profesor un maestro de medicina? ¿el capellán del hospital? ¿Especialistas en ética capacitados en ética médica? ¿o la combinación de éstas?” (1973: 4-6).

⁵³ También coincide Thomasma en que el filósofo en ética es quien puede ofrecer capacitación pues cuenta con métodos y elementos de discernimiento de valores (Thomasma, 1991:129). Un punto de vista radical sostiene que los clínicos no deberían hacer consultas éticas pues se dirigen a una medicina defensiva, pero los especialistas en ética no necesariamente pueden atender problemas éticos irreconciliables de casos médicos (Marsh, 1992: 285).

En este pasaje se indica, de manera general, qué capacidades y habilidades debe saber detectar y emplear el consultor de ética. Sobre las capacidades debe detectar la naturaleza del problema, detectar diversas dimensiones y valores que figuran en el ambiente del caso. Sobre las habilidades reconoce el análisis y las habilidades interpersonales, o también llamadas actitudes. En este mismo tenor, La Puma y Schiedermayer dan importancia a los conocimientos y al desarrollo de habilidades (1991:150-160).

Por otro lado, quien es precursor –de manera sistemática- en el establecimiento de competencias para analizar casos es la Asociación Americana de Bioética y Humanidades (AABH), la cual coordinó en 1988 un grupo de trabajo para definir las competencias primordiales para la consulta ética en el ámbito sanitario. El grupo de trabajo se integró por profesionales de diversas disciplinas y diversos organismos como la Comisión conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias o la Asociación Médica Americana. El resultado final fue la publicación de 26 competencias agrupadas en conocimientos, habilidades y actitudes o virtudes que debe reunir la persona que esté interesada en formar parte de algún comité, o bien, que pretenda desenvolverse como consultor de bioética de manera individual. Aquí la clasificación de 9 competencias del bloque de conocimientos:

Conocimientos:

1. De las distintas teorías éticas y los distintos razonamientos morales.
2. De los temas de bioética y conceptos que suelen aparecer en un CEA.
3. Del funcionamiento del sistema sanitario.
4. Del ámbito clínico y asistencial.
5. De la organización del hospital, centro o área donde actúa el CEA.
6. De la gestión de los recursos sanitarios del hospital, centro o área donde actúa el CEA.
7. De las creencias y preferencias generales de la población del área donde actúa el CEA.
8. De los códigos éticos, profesionales y recomendaciones de organizaciones reconocidas.
9. De la legislación sanitaria con relación a temas de bioética (AABH, 2011:27)

Sobre este bloque de competencias se encuentran elementos teóricos en los cuales diversas disciplinas podrían colocar las bases de conocimiento general y específico de su área para precisar cada una de las competencias requeridas. Por ejemplo, se reconoce que, el campo en el que podría apoyar 1 sería el especialista en ética filosófica, en 2 el especialista en bioética, en 3 el especialista en administración en el campo de la salud, en 4 y 6 el médico general, en 7 el especialista en políticas en el área de la salud o gestión sanitaria, en 8 sería un conocimiento

transversal a todos los especialistas mencionados y; por último en 9 el especialista en derecho sanitario. En este trabajo de investigación se detallan los conocimientos generales y específicos que señala la competencia 1 y 2 mismos que se desarrollan en los siguientes capítulos; apuntando hacia la intersección de la ética y la argumentación.

Posteriormente, Salvador Ribas Ribas revisó dichas competencias y agregó otras dos en el bloque de habilidades, las cuales son:

Habilidades:

1. Para identificar cuál es el conflicto que se plantea en un caso.
2. Necesarias para analizar el conflicto.
3. Para participar en reuniones, formales e informales.
4. Para llegar al consenso moral.
5. A la hora de utilizar las estructuras institucionales y los recursos para ayudar en el cumplimiento de la decisión adoptada.
6. Para documentar el caso, de manera que el comité pueda evaluar, con posterioridad, el proceso que va a seguir hasta llegar a la recomendación.
7. Para escuchar bien y comunicar el interés, el respeto, la ayuda y la empatía a cada una de las partes implicadas en el caso.
8. Para educar en los aspectos éticos del caso a cada una de las partes implicadas.
9. Para identificar los puntos de vista morales de las partes implicadas.
10. Para representar cada uno de los puntos de vista morales de las partes implicadas.
11. Para que cada una de las partes implicadas en el caso pueda comunicar sus preferencias y sea escuchada por los otros.
12. Para identificar y superar las barreras de comunicación entre cada una de las partes implicadas.
13. Para identificar valores morales ya supuestos en la deliberación del caso.
14. Para identificar incongruencias argumentativas durante el proceso de deliberación.
15. Para sintetizar y resumir el desenlace de la deliberación del caso (2007: 220).

En este bloque de competencias cada una de las habilidades encauzan la intersección de dos áreas filosóficas: argumentación y ética. La cuestión será precisar cómo y de qué manera tienen puntos de intersección. Cada una de las habilidades se explica y detalla en los siguientes capítulos acorde a dichas áreas filosóficas.

Cabe mencionar de qué trata cada una de las habilidades en este bloque de competencias. Aquí en forma de listado:

- La habilidad 1 versa sobre si el caso presenta o no conflicto e implica saber qué tipo de conflicto es, a saber, problema o dilema.
- La habilidad 2 corresponde con los elementos que propician el análisis de casos, por ejemplo, los propósitos planteados, las motivaciones, los agentes centrales, las decisiones y, de ser posible, sus justificaciones; entre otros aspectos.
- La habilidad 3 corresponde propiamente a la disposición de los miembros para hacer frente a sesiones ordinarias y a la demanda de sesiones extraordinarias.
- La habilidad 4 implica formular consensos y, si no es posible, detectar los disensos o desacuerdos y la naturaleza de éstos.
- La habilidad 5 implica elementos retóricos que favorezcan estrategias de convenio con representantes institucionales para lograr las funciones del comité.
- La habilidad 6 implica establecer estrategias y criterios en las que explique el procedimiento desde que llega algún caso al comité hasta su respectiva recomendación.
- La habilidad 7 abre la puerta a las actitudes o virtudes que se esperarían en el ejercicio de las funciones.
- La habilidad 8 implica el formular estrategias que mejoren o favorezcan las relaciones de cada una de las partes implicadas.
- La habilidad 9 invita a detectar los posicionamientos y sus respectivas justificaciones.
- La habilidad 10 sugiere evitar el descubido o rechazo de los agentes morales, sin llegar a la defensa unívoca y arbitraria.
- La habilidad 11 propone que todos los agentes morales implicados en algún caso puedan expresar y comunicar sus decisiones, preferencias o deseos.
- La habilidad 12 invita a detectar las deficiencias, prejuicios o vicios de comunicación; las cuales puedan tratarse para impulsar mecanismos de comunicación y argumentación en el manejo de la información.
- La habilidad 13 se centra en la detección de los valores implicados durante el ejercicio deliberativo ante el análisis de caso.
- La habilidad 14 invita a detectar fallas o errores, según su naturaleza, para lograr la argumentación y contraargumentación en el ejercicio deliberativo.
- Por último, la habilidad 15 invita a establecer algún procedimiento o criterios para dar por terminada la deliberación; dando paso a la emisión de recomendaciones.

El último bloque de competencias corresponde al ejercicio práctico de las actitudes que favorecen la integración de los miembros en el comité

Actitudes:

- 1.- La tolerancia, la paciencia y la compasión son rasgos que permitirían al consultor escuchar bien y comunicar interés, respeto, apoyo y empatía. La compasión ayuda al consultor a trabajar de manera constructiva con los sentimientos en situaciones a veces trágicas
- 2.- La honestidad, la franqueza y el autoconocimiento son rasgos que ayudarán a prevenir el uso manipulador de la información y ayudarán a crear una atmósfera de confianza necesaria para facilitar las reuniones formales e informales.
- 3.- A veces se necesita coraje para permitir que diferentes partes, especialmente las políticamente menos poderosas, se comuniquen de manera efectiva y sean escuchadas por otras partes.
- 4.- La prudencia y la humildad pueden informar el comportamiento cuando se está considerando un curso de acción precipitado o novedoso y permitir que los consultores no traspasen los límites de su función en la consulta.
- 5.- Se requiere liderazgo para representar la ética dentro de la institución, para apoyar la planificación estratégica del servicio HCEC.
- 6.- Integridad significa que el consultor de ética actúa de manera consistente a partir de compromisos y valores profundamente arraigados, incluso cuando no es conveniente hacerlo, lo que ayuda a generar confianza (AABH, 2011: 32).

Estas actitudes se desprenden de la habilidad 7; la cual se despliega en la práctica de virtudes que, con o sin conocimiento se puedan exteriorizar. Aunque es importante reconocer que, los conocimientos y las habilidades propician una mejor comprensión y sensibilización ante los casos difíciles o ante algún desacuerdo durante las reuniones. En este trabajo se anunciará la importancia de dar cabida -en el papel de los integrantes de un CHB- a estas actitudes, sus limitaciones y algunas estrategias que ayuden a mitigar actitudes o creencias incompatibles o difíciles de tratar.

El establecimiento de estas competencias encauza la clarificación, en buena parte, de la labor que debe aspirar a desempeñar todo consultor en ética en un CHB (incluyendo expertos, pacientes, familiares y representantes de pacientes) y, así, lograr mayor nitidez en las actividades específicas que le corresponden; suprimiendo de una vez por todas la justificación del especialista en ética como una autoridad moral.

Por otro lado, Zaner considera que, al menos quien se va a dedicar a formar parte de un comité de ética, debe tener en cuenta tres requisitos a la hora de analizar casos

Al no poseer cálculo conveniente ni sabiduría suprema, ¿que se puede decir? Al principio de mi participación, noté que hay al menos tres requisitos. (1) No es posible saber exactamente qué problemas morales se presentan en realidad en una situación específica antes de descubrir las circunstancias reales de su aparición...(2) Un buen acuerdo debe tener mayor entendimiento en la medicina y en la práctica profesional de la salud de lo que actualmente se cree realmente necesario: su historia, cómo y por qué los temas destacados en la actualidad cobraron importancia, y al menos las conexiones con las ciencias biomédicas...(3) Cualquier persona que se atreva a aceptar los desafíos de la consulta clínica debe ser responsable de sus deliberaciones, conversaciones y recomendaciones (si las hay); en resumen, la consulta de ética debe ser responsable. (2015: 140-142).

Sobre 1 ciertamente no es posible saber qué problemas morales se presentarán durante las reuniones, lo que sí se puede prever es la familiarización con casos hipotéticos que puedan revisarse durante la función educativa. Sobre 2 destaca la importancia de lograr acuerdos que propicien mayor entendimiento de las áreas en la salud, pues invita a quienes no son expertos en dichas áreas a captar el desenvolvimiento clínico y biotecnológico a partir de su historia. Sobre el punto 3 destaca la importancia de la responsabilidad en la emisión de puntos de vista en el ejercicio deliberativo; pues implica asumir y estipular una normativa argumentativa y ética.

Zaner destaca la importancia de saber escuchar y dialogar en el consultor de ética, pues invita a que los integrantes, por ejemplo, familiares o representantes de pacientes, logren apropiarse de su toma de decisiones y, en consecuencia, de su autonomía

Aceptar tal invitación, por lo tanto, es animar y permitir que los participantes hablen y discutan, que cuenten sus historias con franqueza en cualquier forma que deseen, y que el especialista en ética observe, escuche, cuestione, escuche, aliente más detalles y escuche de nuevo, en el esfuerzo concertado y enfocado para escuchar y, quizás, incluso ayudar a dar a ellos la necesaria voz moral y el coraje para escucharse a sí mismos en sus propias narraciones (Zaner, 2015: 147).

Se puede inferir que, el consultor en ética debe incentivar el discernimiento ampliamente sobre lo que implica tomar una decisión mediante la enseñanza de conocimientos y práctica de habilidades argumentativas y éticas, pues saber escuchar invita a que las partes fortalezcan el recurso de la palabra al transmitir la relevancia de sus puntos de vista y justificación. En este sentido, destacan también Montero y Morlans, que

... serán necesarias unas habilidades interpersonales para poder interpretar los diferentes puntos de vista de los implicados en el conflicto... es decir, [los CHB] han de tener comprensión y tolerancia, pues han de respetar otras posturas. Es necesario, además, la empatía y la compasión para colocarse en el lugar de la otra persona (2011: 38).

Cabe destacar que saber escuchar implica, además, solicitar en los pacientes, familiares de pacientes, representantes y, hasta la ciudadanía en general que haya compromisos próximos para establecer el diálogo continuo. Al respecto María Casado señala que

... los problemas que afectan a la sociedad en su conjunto deben ser decididos por todos los ciudadanos, tras un debate suficientemente informado, y no sólo por sectores minoritarios, frecuentemente en condiciones de opacidad... Los problemas de la Bioética deben ser debatidos por la sociedad en su conjunto antes de que sean adoptadas soluciones normativas, sobre las que, en una sociedad democrática y plural, es preciso lograr consenso... centrar la búsqueda del compromiso en la elaboración de unas reglas del juego aceptables para la mayoría de los ciudadanos independientemente de sus opciones ideológicas (2002 :185).

En este pasaje se puede apreciar que la función orientativa no solo se encuentra dentro del CHB. La función orientativa también sale de los muros que encierra al comité; pero esta labor solo podrá materializarse una vez que se hayan promovido y fortalecido los canales de comunicación y convenio con los representantes de la instancia sanitaria en la que se encuentra el CHB, con instituciones públicas estatales y federales relacionadas con la bioética; y por último, con organismos y asociaciones relacionados con la salud.

Para finalizar este apartado, cabe reiterar que, la formación bioética es indispensable en los integrantes de un CHB. La buena voluntad no basta. Sean expertos o no en alguna disciplina es menester que haya esfuerzos colaborativos para lograr la atención de cada una de las funciones: educativa, consultiva y orientativa. Este capítulo permitió hacer un recorrido sobre el pasado y presente del escenario en el que se instauran los CHB, además de dar cuenta de las necesidades, preocupaciones y tareas pendientes que le quedan por trabajarse en cada una de las funciones; sobre todo en la función consultiva en la que se analizan casos.

Una de las necesidades es contar con la formación continua en diversas metodologías deliberativas para analizar casos clínicos y que todos los que pretendan integrar un CHB no deben ser ajenos a conocer o familiarizarse con algún procedimiento deliberativo; pues así podrán detectar las dificultades, más fácilmente, por las que atraviesan los que están en problemas o dilemas .

Los aportes de la ética filosófica y su vínculo con la argumentación (particularmente la deliberación argumentativa), herramienta de la filosofía, pueden contribuir a la continua formación en conocimientos, habilidades y actitudes; y que cualquier miembro de un CHB puede aprender ya sea experto en algún tema, sea paciente o representante de pacientes.

Las contribuciones de la ética filosófica y de la argumentación pueden enriquecer una comprensión mucho más amplia de los casos analizados y también pueden ofrecer procedimientos de deliberación que favorezcan el diálogo intersubjetivo. En el siguiente capítulo se revisan qué aportes de la argumentación y qué aportes de la ética pueden contribuir al análisis de casos que se presentan en la función consultiva de los CHB.

Capítulo 2
Argumentación
y
Ética

La toma de decisiones puede estar encabezada por un ejercicio deliberativo. Podemos convencernos de que en su ausencia nuestro curso de acción no se alteraría. Aunque en ocasiones tenemos la sensación o malestar de que las cosas podrían haber ocurrido de otro modo. No lo sabremos. Pero lo que sí podemos saber es que la deliberación es un ejercicio evaluativo que nos hace reconsiderar nuestra toma de decisiones presentes y futuras.

Deliberar es un ejercicio que está al alcance de todos los que pueden evaluar su toma de decisión. Podemos creer que deliberamos de la mejor manera, aunque no siempre ocurre así. Creer que hicimos una correcta deliberación o no dependerá, al menos, del análisis de diversos componentes argumentativos y éticos. La deliberación se torna delicada cuando nos situamos en algún conflicto moral y que dificulta alguna toma de decisión. Si comprendieramos qué componentes y de qué manera influyen en nuestra toma de decisión, podríamos ejercitarnos en una práctica que favorece nuestra toma de decisiones y por ende nuestros cursos de acción.

El tema central de este capítulo versa sobre la importancia de la deliberación argumentativa en la ética⁵⁴. Además de la deliberación, hay otras herramientas argumentativas⁵⁵ que favorecen la reflexión en ética. Antes de precisar cómo se yuxtaponen elementos argumentativos y éticos es menester explicar las dimensiones teóricas de ambas disciplinas filosóficas, de manera general y, posteriormente, explicar cómo y cuáles vertientes y enfoques argumentativos y éticos se pueden engarzar.

Desde el campo argumentativo existen nociones preliminares que anteceden a la deliberación y que resulta indispensable su descripción para este trabajo. Tales como argumento, inferencia, razonamiento, diálogo, falacias, entre otras. Desde el campo de la ética también existen nociones preliminares que anteceden a la deliberación y que son centrales su explicación. Tales como toma de decisiones, juicios valorativos o agentes morales.

⁵⁴ La deliberación no es un estudio exclusivo de la ética filosófica. La deliberación se ha entendido como 1) un asunto meramente retórico; 2) como una práctica de la prudencia; y 3) como forma de discurso público (Vega,2011: 177-182). Este trabajo está dirigido a tratar el estudio de la deliberación como una práctica de la prudencia y como una forma de discurso público, pues la ética y, más recientemente, la bioética se insertan simultáneamente en estas dos dimensiones.

⁵⁵ Cabe aclarar que este capítulo no se dirige a revisar las últimas actualizaciones y discusiones conceptuales que precisen a pie juntillas el campo de la argumentación y tampoco de la ética.

2.1 Campo de la argumentación

En este apartado se explican y describen conceptos preliminares sobre argumentación entre los que destacan el propio término de argumentación, argumento y tipos de argumentos, inferencia, razonamiento, diálogo y tipos de diálogo, y falacia. Además se perfila en este apartado de manera paralela la línea de la lógica informal -a diferencia de la lógica formal- en la que se inscriben nuevos modos de concebir y abordar la argumentación. Dicho panorama preliminar sirve de base para propiciar puntos de intersección con la ética filosófica, destacando la deliberación.

2.1.1 Argumentación y argumento

La argumentación es una herramienta filosófica que permite identificar, analizar, evaluar y crear argumentos sobre cualquier escrito o conversación. Los términos de *argumentación* y *argumento* han sido explicados y distinguidos por teóricos de la argumentación para dar cuenta de sus precisiones conceptuales. Una de las definiciones más actualizadas del término de *argumentación* es destacada por Luis Vega Reñón, quien precisa que

Argumentar es algo tan natural como conversar. En realidad, toda argumentación es una forma de conversación. Argumentamos cuando damos razones a favor o en contra de una propuesta, para sentar una opinión o rebatir la contraria, para defender una solución o para suscitar un problema. Argumentamos cuando aducimos normas, valores o motivos para orientar cierta dirección el sentir de un auditorio o el ánimo de un jurado, para fundar un veredicto, para justificar una decisión o para descartar una opción. Argumentamos cuando procuramos, en cualquier suerte de escrito, convencer al lector de ciertas ideas, posturas, actitudes, o prevenirlas frente a otras (Vega,2003:9).

De acuerdo con Vega, la argumentación se despliega mediante el uso de la palabra oral y escrita, Si bien, toda argumentación es una forma de conversación no significa que toda conversación sea argumentación. La conversación es una actividad más amplia que caracteriza la lingüística. Al respecto precisa Marraud que “argumentar es una actividad lingüística, una de las diversas cosas que podemos hacer con las palabras -y sólo, aunque no exclusivamente, con ellas. Por eso para entender el funcionamiento de los argumentos conviene entender primero cómo funciona el lenguaje” (Marraud, 2007: 9). Por un lado, resulta conveniente ubicar dónde están sentadas las bases teóricas de la argumentación que se ha desarrollado en las últimas décadas. Por otro lado, siguiendo a Marraud, resulta indispensable ubicar qué aportaciones recoge la argumentación de la lingüística.

No hay una sola teoría o modelo único en el estudio de la argumentación. De hecho precisa Vega que se le denomina Teoría de la Argumentación al “estudio y la investigación de los conceptos, modelos y criterios relacionados con la identificación, la construcción, el análisis y la evaluación de argumentos” (2011:55). Cabe destacar los momentos imprescindibles en la historia de la argumentación que son motivo para comprender sus transformaciones y aportaciones más recientes.

Un primer momento se atribuye al estudio que realiza, de manera sistemática, Aristóteles en sus obras *Organon*⁵⁶ y *Retórica*⁵⁷, hace más de dos mil años en la Antigua Grecia. En un segundo momento se distinguen las escuelas medievales durante los siglos XII al XIV, “los *magistri* escolásticos que, tras haber dedicado cerca de veinte años a su formación y entrenamiento en el análisis lógico, y los recursos de la dialéctica, la siguen practicando luego desde la cátedra” (Vega, 2011:56). Los *magistri* escolásticos se encargaron de transmitir los conocimientos y artes⁵⁸ que todo hombre libre debía poseer. Por último, un tercer momento en la historia de la argumentación se ubica en la segunda mitad del siglo XX con algunos de los máximos exponentes que revolucionaron el curso de la lógica aristotélica. Entre los que se

⁵⁶ En esta obra el Estagirita presenta sus Tratados de Lógica (entendiendo *Organon* como instrumento) que agrupa las *Categorías*, *Tópicos*, *Sobre las Refutaciones Sofísticas*, *Sobre la Interpretación*, *Primeros Analíticos* y *Segundos Analíticos*. En el apartado de las *Categorías* (Tomo I) presenta y define todos los atributos predicables de un sujeto en una proposición (sustancia, cantidad, cualidad, relación, lugar, tiempo, posición, posesión, acción y pasión). En el apartado *Tópicos* aborda la dimensión dialéctica de la argumentación, es decir, sistematiza los elementos constituyentes de los razonamientos que tienden a ser plausibles sobre cualquier tema en el que se puedan sostener un enunciado probable (y que tiene su contrario). En el libro *Sobre las Refutaciones Sofísticas* precisa los tipos de falacias, entendidas como razonamientos desviados, presentes en argumentos que mantienen una estructura lógica deductiva (premisa mayor, premisa menor y conclusión). En el libro *Sobre la Interpretación* (Tomo II) define y ordena los diferentes tipos de proposiciones que constituyen argumentos silogísticos, ya sea por su cantidad (particulares o universales) o por su cualidad (afirmativos y negativos). En el libro *Primeros Analíticos* estudia el funcionamiento y los componentes que conforman un argumento silogístico, es decir, explica la estructura de los argumentos deductivos, argumentos inductivos y probables, ya sea por sus funciones proposicionales fácticas, asertóricas, problemáticas (de posibilidad) y apodícticas (de necesidad). En el libro *Segundos Analíticos* estudia el razonamiento demostrativo el cual, a diferencia del razonamiento plausible, se conforma por enunciados apodícticos propios del conocimiento científico. *Tratados de lógica* (*Organon*) Tomo I y II Ed. Gredos Madrid, 1982.

⁵⁷ Esta obra está compuesta por tres libros, en el Libro I define la retórica, presenta sus componentes, su función, método, utilidad y las vías de persuasión: *ethos* (credibilidad en el orador) *pathos* (emociones y pasiones de la audiencia) y *logos* (razonamientos convincentes llamados entimemas). Además, precisa las tres clases de discurso: deliberativo, epidíctico y judicial; el objeto de cada una de ellas y su función específica. En el libro II expone detalladamente el *ethos* y el *pathos* como vías de persuasión en las que precisa qué emociones son las adecuadas según la audiencia y la clase de discurso. Además qué carácter adaptativo corresponde al orador. En el libro III estudia el estilo y expresión de la voz y la imagen correctas en el discurso. Además describe las partes necesarias en las que se va a pronunciar (exposición y persuasión) comunes a las tres clases de discurso; del mismo modo las partes específicas según el tipo de discurso (exordio, exposición, persuasión y epílogo). *Retórica* Ed. Gredos Madrid, 1990.

⁵⁸ Estos conocimientos se estandarizaron bajo las denominadas artes liberales, que comprende las disciplinas básicas como la elocuencia, la gramática y la dialéctica agrupadas en el *Trivium*. Y las matemáticas, geometría, astronomía y música contenidas en el *Quadrivium*.

encuentra Stepehn Toulmin con su obra *The uses of arguments* (Los usos de la argumentación) en 1958, y Chaïm Perelman en colaboración con Lucie Olbrechts-Tyteca con su obra *Traité de l'argumentation: La nouvelle rhétorique* (Tratado de la Argumentación: la nueva retórica) en 1958. Dichas contribuciones se acompañan de “un creciente interés por el análisis del discurso argumentativo común y efectivo, por la lógica informal y por el pensamiento crítico, así como otros movimientos convergentes desde diversas disciplinas (filosofía, derecho, etc.)” (Vega, 2011: 56).

Previamente se señaló que para poder conocer la función de los argumentos es indispensable saber qué aportaciones recoge la argumentación de la lingüística. Es en este último momento histórico, descrito previamente, donde las aportaciones lingüísticas como la teoría de los *actos de habla* y el *principio de cooperación* se hacen visibles. Particularmente en el enfoque de la lógica informal.

La lógica informal, a diferencia de la lógica formal⁵⁹, se caracteriza por replantear los estudios de la argumentación que ofrecen nuevos modos de identificar, analizar, evaluar y construir argumentos. Dado que es una actividad reciente⁶⁰ y su campo de acción se encuentra en desarrollo entonces es difícil de precisar. Al respecto señala Vega que la lógica informal es “una gama de cuestiones teóricas y prácticas que surgen al observar de cerca y desde un punto de vista normativo los razonamientos de la gente” (2011: 308).

Entre los autores⁶¹ que sobresalen en la línea de la lógica informal se encuentra Douglas Walton, quien publicó *Informal Logic: a handbook of critical argumentation* en 1989. Dicha obra es un referente indispensable, entre otras⁶², para conocer los recientes enfoques en el

⁵⁹ Ésta línea de estudio se caracteriza por “establecer cánones de corrección argumentativa (Marraud, 2013: 29). Otra descripción muy atinada que indica que “solo considera el argumento como producto textual, al margen del proceso y del propósito de la argumentación; ii) en esta línea, la lógica estándar se desentiende más en general del contexto pragmático e interactivo de argumentar; iii) su centro de interés son las relaciones semánticas entre proposiciones o asertos, en especial la relación de consecuencia lógica (Vega, 2011: 311). La lógica formal e informal no están peleadas ni distancias, es decir, pueden trabajar mutuamente pues resulta viable tanto el análisis formal de los argumentos como los procesos informales para identificar y evaluar argumentos.

⁶⁰ Durante los años setentas diversos teóricos de la argumentación contribuyeron con sus trabajos y difusión de la lógica informal como una nueva vertiente de reflexión. Por ejemplo, en 1978 se celebra el primer *Symposium on Informal Logic* en la Universidad de Windsor y producto de este encuentro se crea la revista *Informal Logic* y se publica *Understanding Arguments. An Introduction to Informal Logic*, de Robert Fogelin quien logra conciliar trabajos previos de Paul Grice y John Austin.

⁶¹ También destacan en esta línea de pensamiento John Woods en colaboración con Walton con su publicación *Argument: the Logic of Fallacies* en 1982, Anthony Blair en colaboración con R.H Johnson con su obra *Logical Self-Defense* en 2006, entre otros.

⁶² Walton, pensador prolífico, publicó más de treinta libros sobre argumentación y falacias. Para fines de este trabajo se examinan algunas de sus obras como *Informal Fallacies. Toward a Theory of Argument of Criticisms* (1987), *The place of emotion in Argument* (1992), *The New Dialectic* (1998), *Ethical Argumentation* (2002),

estudio de la argumentación desde el panorama de la lógica informal. La lógica informal tiene entre sus

... temas característicos los relativos a: 1) la base **pragmática** del estudio de la argumentación (p.e., la teoría de los **actos de habla**); 2) la identificación y construcción de argumentos en el discurso ordinario común; 3) su evaluación, tanto por referencia a la acreditación de las premisas o **razones** aducidas, como por referencia a la índole y la fuerza del nexo inferencial propuesto o dado; 4) la detección y el análisis crítico de las **falacias** (Vega, 2011: 311).

Los actos de habla, los argumentos y las falacias son elementos rectores que se revisan en este apartado. La orientación discursiva de la argumentación, a diferencia de la orientación lingüística⁶³, se dirige

... hacia el análisis y la evaluación de la argumentación como forma de dar, pedir y confrontar razones, y en otro sentido de interés aquí, por descansar en unas bases pragmáticas para el análisis del discurso argumentativo. Una base pragmática que goza de aceptación es la teoría de los actos de habla. En esta perspectiva, los argumentos pueden verse como macro-actos argumentativos, es decir, como actos ilocutivos complejos o complejos de actos ilocutivos (Vega, 2011:58).

Los actos locutivos, ilocutivos y perlocutivos son *actos de habla*⁶⁴ que se distinguen por su naturaleza enunciativa. Los actos locutivos o *locucionarios* son aquellos que consiste en “emitir ciertos ruidos, con cierta entonación o acentuación, ruidos que pertenecen a un vocabulario, que se emiten siguiendo cierta construcción, y que, además, tienen asignado cierto sentido y referencia” (Austin, 1962:32). Por otro lado, los actos ilocutivos o *ilocucionarios* son aquellos en los que “se lleva a cabo al decir algo: prometer, advertir, afirmar, felicitar, bautizar, saludar, insultar, definir, amenazar, etc” (Austin, 1962:32). Por último los actos perlocutivos o *perlocucionarios* son aquellos que se “llevan a cabo porque decimos algo: intimidar, asombrar, convencer, ofender, intrigar, apenar, etc.” (Austin, 1962:32).

También es indispensable distinguir los tipos básicos de acto de habla ilocutivo: asertivos o representativos, directivos, compromisorios, declarativos y expresivos (Searle y Vanderveken, 1985: 59-54). En la siguiente tabla (ver tabla 1) se presenta la relación entre los tipos de acto de habla ilocutivos, su significado⁶⁵ y un ejemplo de cada uno.

Relevance in Argumentation (2004), *Abductive Reasoning* (2004) e *Informal Logic: a pragmatic approach*. 2º Ed. (2008).

⁶³ Se entiende la orientación lingüística de la argumentación aquella que se centra en la descripción de las estructuras semánticas que se integran en la lengua (ver Anscombe y Ducrot (1983)

⁶⁴ Los actos de habla “son las unidades básicas o mínimas de la comunicación lingüística” (Searle, 1969:26).

⁶⁵ Estos significados son tomados de Marraud (2007: 11-12) quien sintetiza cada uno de los actos ilocutivos, sus condiciones del contenido proposicional, preparatorias y de sinceridad.

Tabla 1 Tipos de Actos de habla ilocutivos

Tipo de acto de habla ilocutivo	Significado	Ejemplo
Asertivo o representativos	Representar un estado de cosas como real	Afirmativo: La justicia es una virtud Negativo: La justicia no es una virtud
Compromisorios	Comprometer al hablante con un curso de acción futuro	Te prometo que recibirás justicia
Directivos	Comprometer al oyente con un curso de acción futuro	Todos debemos tender hacia la justicia
Declarativos	Generar una situación nueva	Se da por terminada la justa sesión
Expresivos	Manifiestar sentimientos y actitudes del hablante	¡La justicia es una virtud!

Fuente: elaboración propia.

“El acto ilocutivo es la unidad mínima de comunicación y argumentar es una actividad lingüística compleja” (Marraud, 2007:19). Esto implica reconocer que, la clasificación de cada uno de los actos de habla ilocutivos permite comprender la naturaleza y complejidad de cada uno de los enunciados que conforman un argumento. Cabe mencionar que tanto el acto ilocutivo como el perlocutivo cumplen una función específica en la práctica argumentativa; “el acto ilocutivo relacionado con el aspecto comunicativo [es] expresado en el intento de alcanzar entendimiento y el acto perlocutivo relacionado con el aspecto interaccional o interactivo [es] expresado en el intento de alcanzar aceptación” (Eemeren, 1984: 130).

Otro aporte de la lingüística a la argumentación es el *principio de cooperación*, el cual se comprende bajo el marco normativo, es decir, regulador de los actos de habla. Los interlocutores necesitan lograr entendimiento mutuo según la manifestación de actos de habla. La propuesta de Grice del *principio de cooperación* es condición de posibilidad de todo “intercambio comunicativo en el cual estás tú comprometido”, (Grice, 1975:26-28). En la siguiente tabla (ver tabla 2) se puede apreciar las máximas propuestas que desprende Grice del principio en cuestión y sus respectivas subcategorías.

Tabla 2 Máximas de Grice

Máxima	Subcategoría
Cantidad. <i>Da la cantidad necesaria de información.</i>	I. Da tanta información como sea precisa. II. No des más información de la que sea necesaria.
Calidad. <i>Intenta que tu contribución sea verdadera.</i>	III. No digas nada que creas que es falso IV. No digas nada si no tienes pruebas suficientes de su veracidad
Pertinencia o Relevancia	V. Sé relevante
De modo. <i>Sé claro.</i>	VI. Evita la oscuridad en la expresión VII. Evita la ambigüedad VIII. Sé breve IX. Sé ordenado

Fuente: elaboración propia

El incumplimiento de dichas máximas y sus respectivas subcategorías conducen al reconocimiento de la violación de marcos normativos de comunicación que obstaculizan la práctica argumentativa. Por ejemplo, ante la máxima de cantidad, si se omite información necesaria para que los interlocutores puedan argumentar y, a la vez, también tomar decisiones (como reflejo de un acto perlocutivo) entonces se incurre ante una falta que merma tanto los compromisos comunicativos como los argumentativos que pactan los interlocutores.

Hasta aquí se ha revisado el término de *argumentación*. Ahora bien, es menester revisar qué es *argumento* y las partes que lo componen. En la vida cotidiana y en cualquier actividad humana empleamos *argumentos*. Al respecto distingue Vega que

En el contexto de la teoría de la argumentación, los términos *argumentar*, *argumentación* y *argumento* vienen estrechamente relacionados... Por *argumentar*, en general, cabe entender la manera de dar cuenta y razón de algo a alguien o ante alguien con el propósito de lograr su comprensión y su asentimiento. La argumentación es la acción de argumentar o el producto de esta actividad. Tratándose de una actividad discursiva e intencional, corre a cargo de un agente con una determinada pretensión... y con un determinado propósito. Un argumento viene a ser, en fin, una unidad discursiva básica, bien en el marco de una argumentación vista desde la perspectiva de la actividad de argumentar, o bien en el contexto de una argumentación vista como el producto textual correspondiente (2011: 66-67).

El *argumento* está compuesto de proposiciones hilvanadas entre sí. Estas pueden figurar como conclusión, que es el punto de vista que se pretende sostener, o bien, pueden figurar como premisa(s), que son las razones que ofrecen apoyo y soporte a la conclusión. Las proposiciones son enunciaciones que se plasman en los diversos *actos de ilocutivos*. Dicho en otras palabras,

Argumento, en este contexto, designa ante todo un conjunto o una serie de proposiciones dirigidas a mostrar que una de ellas está justificada o acreditada en razón de las demás proposiciones comparecientes -*proposición* se toma aquí en el sentido genérico de *lo propuesto*, sea una resolución, una norma, una promesa, una sugerencia, un alegato, un aserto-. (Vega, 2011:68).

Otro componente del argumento⁶⁶ es el indicador, el cual es un término que permite identificar cuál es la premisa y cuál es la conclusión. Esto significa que, hay indicadores para la o las premisas y hay indicadores para la conclusión. Pero, el indicador no es un elemento constitutivo, es decir, puede estar presente algún indicador o bien estar ausente y no afecta la unidad argumentativa. La clasificación de indicadores es un aporte de Copi quien enlista indicadores para conclusión⁶⁷ e indicadores para premisa⁶⁸ (2007: 24-25)

Frans van Eemeren junto con Grootendorst, -destacados teórico de la perspectiva *pragmadialéctica*⁶⁹ - y Francisca Snoeck Henkemans distinguen los indicadores por su ubicación: retrogresivos y progresivos

A veces los indicadores se refieren a un punto de vista que fue planteado con anterioridad: por ejemplo, porque y *dado que*. Este orden de presentación es *retrogresivo*, esto es, el punto de vista aparece antes que el argumento... Otros indicadores de argumentación señalan que le sigue un punto de vista, por ejemplo, en la conclusión. Tales indicadores incluyen, así, por esa razón y por lo tanto. Esta es una presentación *progresiva* (Eemeren, 2002:47).

Otra forma de entender un argumentos, muy similar a las anteriores, es bajo la perspectiva de lógica informal de Walton, quien considera que

Un argumento es un conjunto de proposiciones presentadas por un jugador (el proponente) en un juego de diálogo. La conclusión es una proposición de este conjunto, designada por el proponente de acuerdo con sus objetivos estratégicos. El resto de este conjunto de proposiciones se llama premisas. Estas propuestas son seleccionadas por el proponente con el objetivo

⁶⁶ Vega destaca también otros significados del término de argumento “Hay otras nociones comunes que han comprendido el término de argumento desde la metáfora como guerra (un debate en una batalla), como edificios (construcciones), como recipientes, como caminar (transitar por una vía) o como una cadena (eslabones)” (Vega, 2003:39). Estos significados dependen del establecimiento de propósitos y sus modos de apreciación.

⁶⁷ Entre los que destaca *por lo tanto, de ahí que, así, correspondientemente, en consecuencia, etc.*

⁶⁸ Entre los que destaca *puesto que, dado que, a causa de, porqué, pues, se sigue de, como muestra, etc.*

⁶⁹ La teoría *pragmadialéctica* es otro movimiento que surge en los años ochenta en Amsterdam, a la par con la lógica informal en Estados Unidos y Canadá, que perfila una perspectiva normativa de discusión crítica en el análisis y evaluación de argumentos. Si bien, hay puntos de encuentro en la pragmadialéctica y la lógica informal, como la búsqueda de orientación heurística en la práctica argumentativa, no obstante, es inevitable reconocer que hay diferencias fundamentales en el modo de evaluar los argumentos, esto implica concebir las falacias. Mientras la *pragmadialéctica* las entiende como violación a las reglas en las etapas de una discusión crítica, por otro lado, la lógica informal las comprende como pasos ilegítimos según la consecución de los tipos de diálogo (Walton, 1998: 257-259).

estratégico de que el otro jugador (el demandado) esté comprometido con ellas o se comprometen con ellas durante el transcurso del juego. Esta concepción básica de lo que es un argumento conduce naturalmente a la siguiente concepción de un juego lógico de diálogo (Walton, 1987: 21).

Bajo la línea de la lógica informal, Walton formula un replanteamiento de la dialéctica en la que precisa las condiciones y normas para cada uno de los tipos de diálogos argumentativos. La dialéctica, al igual que la lógica y la retórica, es una perspectiva⁷⁰ de la teoría de la argumentación. Cada perspectiva se caracteriza por acercarse a la argumentación con tareas muy específicas. En palabras de Vega señala que,

El enfoque lógico, más pendiente de los argumentos como productos textuales, tiende a analizar la argumentación como una construcción o como el edificio resultante, del que importa su fundamentación, su solidez, etc. El enfoque dialéctico, más pendiente de los procedimientos de argüir, suele verla como un combate normalizado por ciertas reglas de la confrontación o leyes de la guerra. El enfoque retórico, en fin, más pendiente de los procesos de inducción de creencias, actitudes o acciones en el destinatario, puede considerarla como la (re)presentación de un caso en un escenario y ante un auditorio al que hay que persuadir, convencer o mover (2011: 60).

De forma esquemática (ver tabla 3) Vega (2011: 61) señala la relación entre el punto central de cada perspectiva argumentativa, su paradigma y el objetivo al que se dirigen. La perspectiva de argumentación dominante en este trabajo es la dialéctica, pues la ética en todos sus niveles de reflexión (metaética, ética descriptiva, ética normativa y ética aplicada) demanda la comprensión de los todos los procesos regulados en los que se manifiestan las tomas de decisiones, las acciones y sus efectos en otros. Sobre todo, cuando se manifiesta algún desacuerdo que destapa problemas o dilemas en los que es preciso prestar atención a los modos discursivos y las reglas discursivas que se establecen para su observación:

La perspectiva dialéctica envuelve no solo una interacción o confrontación entre dos o más agentes discursivos -en el caso límite, uno desdoblado contra sí mismo-, sino ciertas reglas de procedimiento que velan por el curso correcto y por el buen fin del debate -aunque su desenlace no consista necesariamente en la resolución definitiva de las diferencias o en un acuerdo mutuo-. (Vega, 2011: 61).

Tabla 3 Perspectivas de la argumentación

	Foco central	Paradigma	Objetivo: determinación de
Lógica	Argumentos (<i>productos</i>)	Prueba racional - demostración	Validez o solidez según los criterios lógicos o metodológicos

⁷⁰ Estas tres perspectivas de la argumentación se describen desde una visión panorámica en la obra *Si de argumentar se trata* (Vega, 2003: 29-34). Vega reconoce que no son excluyentes entre sí además que se complementan en la dimensión argumentativa, pero no son del todo homogéneas entre sí.

Dialéctica	<i>Procedimientos regulados</i>	Debate razonable	Actuaciones correctas/incorrectas de interacción y de confrontación entre roles argumentativos, mediante análisis pragmáticos y contextuales del proceder según reglas
Retórica	<i>Procesos de comunicación e influjo interpersonal</i>	Discurso persuasivo	Recursos y estrategias eficaces para inducir creencias, disposiciones o acciones.

Fuente: (Vega, 2011)

En esta investigación, si bien, destaca la perspectiva dialéctica, no por ello se puede sostener que de antemano resultan excluyentes las otras dos perspectivas. Es decir, hay momentos en los que la lógica y la retórica hacen visible su participación en relación con la dialéctica durante la reflexión ética. Como veremos en las siguientes páginas la perspectiva lógica -mediante la revisión del término inferencia, razonamiento y tipos de argumentos- allana el terreno de su participación en la construcción de argumentos en el campo de la ética.

2.1.1.1 Argumento por su forma (formal e informal)

Los argumentos formales e informales mantienen su distinción en correspondencia con la lógica formal y la lógica informal. Mientras que la lógica formal se concentra en argumentos con principios definitivos y objetivos, la lógica informal, por otro lado, se concentra en argumentos con reglas puestas a revisión. En una conferencia pronunciada por Chaïm Perelman en París de 1981 “Logique formelle et logique informelle”⁷¹ distingue

Cuando la lógica formal es la lógica de la demostración, la lógica informal es de la argumentación. Cuando la demostración es correcta o incorrecta, valorada en el primer caso y sin valor en el segundo, los argumentos son más o menos fuertes, más o menos convincentes (Perelman, 1981/2007: 141).

El punto de partida en cada una es también diferente, la lógica formal se presenta en el lenguaje de los símbolos o principios lógico-matemáticos, por otro lado la lógica informal se presenta en reglas y acuerdos. Esto explica porque las características de sus argumentos y su respectiva evaluación es diferente. Más adelante, Perelman señala que

Un sistema formal los axiomas nunca son objeto de discusión; son considerados verdaderos, objetivamente o por convención. No es así en la argumentación, donde el punto de partida debe ser admitido por el auditorio que se quiere persuadir o convencer con su discurso (1981/2007: 141)

⁷¹ En 1986 fue publicada en *De la Métaphysique à la Rhétorique*, editado por Michael Meyesrs, de la Universidad de Bruselas, pp. 15-21. Traducido en 2007 por Pierre Ángelo González, profesor de Semiótica, Lógica Argumental y Epistemología de la Universidad Autónoma de Occidente.

Solo los argumentos que satisfacen el criterio de validez e invalidez, es decir, como correcto o incorrecto son los argumentos deductivos. Pues los términos que constituyen las proposiciones, las proposiciones y los argumentos deben atender funciones y reglas que, de no asumirlas aunque contengan premisas verdaderas, el argumento no es deductivo, es decir, no es un silogismo categórico.

En un lenguaje lógicamente perfecto la forma lógica de una proposición, de un conjunto de proposiciones, de un argumento, o de una argumentación se determina por la forma gramatical de la oración, del conjunto de oraciones, del texto-argumento, o del texto-argumentación que los expresa (Corcorán, 2011:257).

En otras palabras, si el argumento deductivo atiende las reglas en los términos que constituyen sus proposiciones, a las propias proposiciones y argumentos, aunque sus premisas sean falsas siguen siendo válidos. La validez o invalidez está en asumir la forma correcta de las reglas y no en la verdad de las proposiciones.

... el principio de forma lógica, un argumento es (lógicamente o formalmente) válido o inválido “en virtud de la forma lógica”. De modo más explícito, cualesquiera dos argumentos con la misma forma son ambos válidos o ambos inválidos. Así, todo argumento con la misma forma que un argumento inválido es inválido (Corcorán, 2011:257).

Por otro lado, la lógica informal, generada en la segunda mitad del siglo XX con diversas líneas de pensamiento, impulsa el desarrollo de otro tipo de argumentos como el abductivo, conductivo, por analogía o estadístico, a diferencia del argumento inductivo que es estudiado ya desde Aristóteles pasando por Francis Bacon y John Stuart Mill. Dichos argumentos no obedecen a un lenguaje objetivo, sino diverso e impreciso. En palabras de Vega

La informalidad y ambigüedad de *seguirse* o *desprenderse* trata de hacer justicia al carácter informal y material o temático que tiene la ilación entre las premisas y la conclusión en el argumento usual, amén de recoger las múltiples variantes inferenciales (p.e. deducción, inducción, abducción, analogía, inferencia rebatible o inferencia práctica) (Vega, 2011:70).

Ya sean argumentos procedentes de la lógica formal o informal cada uno guarda una estructura inferencial que refleja un razonamiento teórico o práctico. “Toda argumentación envuelve algún proceso de inferencia y algún razonamiento. Pero de ahí no se sigue que todo razonamiento conduzca a, o se exprese discursivamente como, una argumentación” (Vega, 2011: 509). No obstante, es primordial saber la estructura inferencial que guarda cada tipo de argumento para detectar cómo se hace el paso de premisas a conclusión y la fuerza con la que se precisa la conclusión en cada uno de ellos.

2.1.1.2 Argumento por su construcción

Los argumentos se pueden clasificar por su construcción, como *deductivos*, *inductivos*, *abductivos*, *conductivos*, *por analogía* y *presuntivos*. La construcción de un argumento da cuenta de la fuerza⁷² de su conclusión en relación a las premisas aducidas.

Los argumentos *deductivos*⁷³ se caracterizan porque su construcción asume conclusiones necesarias, es decir, no se puede concluir otra proposición que no esté contenida en la relación de los términos de las premisas presentes. La deducción “es el proceso para determinar que una conclusión se sigue de ciertas premisas, es una implicación de tales premisas, o es una consecuencia lógica de tales premisas (Corcorán, 2011: 168). El argumento *deductivo*, o también llamado silogismo categórico se construye a partir de tres proposiciones: premisa mayor, premisa menor y conclusión, nada más. Las reglas⁷⁴ para construir un argumento deductivo se comprenden solo bajo la perspectiva lógica en la que si el argumento es correcto en evaluación es válida o inválida si su construcción es incorrecta.

La deducción hace evidente que la conclusión es una consecuencia de las premisas; *en sí misma* no hace la verdad de la conclusión evidente -aunque si la verdad de las premisas es evidente, entonces la deducción es parte de un proceso más rico llamado demostración o prueba que sí hace evidente la verdad de la conclusión (Corcorán, 2011: 169).

Esto significa que, si bien la verdad de las premisas no conduce a la *validez* de un argumento, no obstante, la verdad de la conclusión es una condición que compromete la *validez* del argumento si esta se infiere de premisas verdaderas.

Por otro lado, los argumentos *inductivos* se caracterizan por acudir a premisas que establecen la fuerza en la probabilidad de su conclusión y “mientras mayor sea la probabilidad o verosimilitud que sus premisas confieran a la conclusión, mayor será el mérito de un argumento inductivo. Pero esa probabilidad, aun cuando las premisas sean todas verdaderas, está bastante lejos de la certeza” (Copi, 2007: 71). Las reglas⁷⁵ para construir un argumento

⁷² Al menos “La fuerza de la afirmación acerca de la relación entre las premisas y la conclusión del argumento es el punto clave de la diferencia entre los argumentos inductivos y los deductivos” (Copi, 2007: 74).

⁷³ Cabe aclarar que no todos los argumentos deductivos se traducen en silogismos categóricos.

⁷⁴ Desde la perspectiva lógica tradicional, o también denominada aristotélica, existen solo 256 argumentos deductivos dadas las combinaciones posibles entre proposiciones y figuras (Copi, 2007: 248). Pero no todos son silogismos válidos, debido a que no atienden a reglas lógicas (Copi, 2007: 262-268) para su adecuada construcción. Si su construcción es correcta significa que es un argumento válido. Tan solo quince son válidos.

⁷⁵ Los argumentos inductivos, por tanto, no pueden ser “válidos” o “inválidos” en el sentido en que estos términos se aplican a los argumentos deductivos. Por supuesto, los argumentos inductivos pueden ser evaluados como mejores o peores, de acuerdo con el grado de apoyo que proporcionan sus premisas a sus conclusiones (Copi, 2007: 71).

inductivo son variadas⁷⁶ y han ofrecido a la ciencias experimentales procedimientos robustos - alternativos al silogismo categórico- para producir e interpretar sus datos obtenidos.

Existen diversas dificultades para asumir criterios unánimes de *validez* en los argumentos inductivos pues “la búsqueda de una legitimación metodológica precisa de la plausibilidad y de la solidez atribuibles a las inferencias inductivas, [no] permiten hacerse muchas ilusiones o albergar grandes expectativas” (Vega, 2011: 298).

Los argumentos *abductivos*⁷⁷ fueron propuestos por Charles Sanders Peirce, a quien se le considera fue quien propuso el término de abducción. La construcción de este argumento se caracteriza, a diferencia del argumento deductivo e inductivo, por la fuerza endeble y modificable, de la conclusión aducida por premisas comprometidas con cambios en los procesos cognitivos (creencias y actitudes) de los agentes, “la abducción simplemente sugiere que algo puede ser ”(Peirce, 1958: 171). Destaca Aliseda Llera que

La abducción es un proceso de razonamiento invocado para explicar una observación desconcertante. Un ejemplo típico es una competencia práctica como el diagnóstico médico. Cuando un médico observa un síntoma en un paciente, formula hipótesis sobre sus posibles causas, basándose en su conocimiento de las relaciones causales entre enfermedades y síntomas (Aliseda, 2006: 28).

La abducción, según los tipos de argumentos abductivos⁷⁸, se caracteriza por recurrir al razonamiento heurístico que dirige la construcción de argumentos basados en proposiciones revisables, modificables y refutables. Los argumentos abductivos recurren a razonamientos

⁷⁶ Bacon en su *Novum Organon*, Libro II publicado en 1620, propone reglas para la construcción de conocimiento científico y precisa tres vías para organizar e interpretar los datos que se extraen de la experiencia: tabla de presencia, tabla de ausencia y tabla de grados para lograr extraer una conclusión por inducción lógica (Bacon, 1620/ 2000:110-126). Por otro lado, Stuart Mill en *Un sistema de Lógica: razonamiento e inducción* en su Libro III *De la inducción* publicado en 1843 propone cinco procedimientos inductivos denominados “el método de la concordancia, el método de la diferencia, el método conjunto de la concordancia y la diferencia, el método de los residuos y el método de la variación concomitante” (Copi, 2007: 476-498).

⁷⁷ Ya Aristóteles en los *Segundos Analíticos* en *Tópicos* plantea la formulación de argumentos bajo razonamientos plausibles, “es dialéctico el razonamiento construido a partir de cosas plausibles. Son cosas plausibles las que parecen bien a todos, o a la mayoría, o a los sabios, y, entre estos últimos, a todos, o a la mayoría, o a los más conocidos y reputados (Top,I, 2, 71b 27-35). Es indispensable que el razonamiento plausible pase por un proceso dialéctico. Para el Estagirita no es plausible el argumento sólo porque una sola persona así lo concibe, sino porque es tratado por más de uno avezado en el tema.

⁷⁸ Según Peirce en su artículo “Deducción, inducción e hipótesis” en 1878, clasifica al menos tres tipos según las conjeturas formuladas: “1) hipótesis acerca de entidades o hechos no observados en el momento de su formulación (pero que pueden ser observados en el futuro para contrastarla), 2) hipótesis sobre entidades o hechos observados en el pasado pero imposibles de volver a observar y, finalmente, 3) hipótesis acerca de entidades o hechos inobservables por estar más allá de lo sensible (constructos teóricos)” (Azcona, 2019:41). Hay más clasificaciones, pero en lugar de dar claridad, “lejos de ayudar al esclarecimiento de la naturaleza de la abducción, complejiza el panorama y nuestras aspiraciones de utilizar el concepto de manera semánticamente unívoca” (Azcona, 2019:43).

teóricos⁷⁹. Aunque, habría que averiguar si este tipo de argumento está presente también en la reflexión ética y de qué modo. Si el razonamiento abductivo se caracteriza por ofrecer la mejor explicación⁸⁰ posible, también se puede sostener que, en la construcción de argumentos éticos se recurren a las mejores explicaciones posibles para comprender un curso de acción o toma de decisión. Por ejemplo, algún relato o suceso en el que se busca comprender las motivaciones para lograr un propósito. Al respecto enfatiza Walton que

Una inferencia abductiva tiene dos tipos de premisas. Primero, comienza con una premisa o un conjunto de premisas que informan los hallazgos o hechos observados: los datos en un caso dado. En segundo lugar, busca entre varias explicaciones que se pueden dar a estos hechos. Compara una explicación con cualquier otra que exista. Luego selecciona la llamada "mejor explicación" como su conclusión (2003:97).

En este sentido, dado el ejemplo en la reflexión ética la inferencia contiene 1) las premisas que informan hechos y datos relevantes ante una toma de decisión o curso de acción, 2) las premisas que registran las diversas explicaciones ofrecidas, y por último, 3) la conclusión que es la mejor explicación, comparada con otras, para vincularla a tales hechos y datos.

Al evaluar un argumento abductivo se debe revisar si la conclusión es correspondiente con las premisas presentadas,

La conclusión a inferir depende de cuál sea la "mejor" explicación. Pero lo que es mejor puede cambiar a medida que salgan a la luz nuevos hechos del caso. La recopilación de datos en un caso puede cerrarse, pero en cualquier caso real, puede continuar avanzando hasta que se complete un proceso de investigación (Walton, 2003:98-99).

Resulta conveniente traer a colación que las conclusiones en ética quedan abiertas y en continua revisión. De ahí que carezca de sentido anunciar como indiscutible y finalizadas las deliberaciones si en los acuerdos subyacen desacuerdos profundos.

⁷⁹ La abducción se ha equiparado con la *Inferencia a la Mejor Explicación* propuesta por Gilbert Harman en 1965 en su publicación "The Inference to the Best Explanation". *The Philosophical Review*, 74 (1), pp. 88-95.

La regla inferencial propuesta consta de las siguientes proposiciones que adecua Aliseda Llera:

- e es un conjunto de datos, hechos, observaciones, ..., comprobados,
- h explica e (si h fuera verdadera, e habría ocurrido),
- ninguna otra hipótesis explica esto tan bien como lo hace h.
- Por tanto, es bastante seguro que h. (2011:19). Aunque, autores contemporáneos han formulado diversas advertencias para asumir que la abducción debe ser entendida bajo el modelo de Harman, pues "no especifica cómo es que se originan las hipótesis explicativas plausibles ni cómo es que se puede representar el razonamiento involucrado en la selección de la mejor (Campos, 2011: 419-442.).

⁸⁰ La explicación es distinta de la justificación. La explicación implica asumir un compromiso menor en comparación con la argumentación, "la explicación conlleva una menor responsabilidad: si lo explicas, lo exculpas" (Álvarez, 2011: 246). En otra versión se enuncia que cualquier cosa que sea explicada, elaborada o clarificada es algo que ya fue aceptado. La situación es muy diferente con los argumentos, que siempre tienen que descansar en un punto de vista que no ha sido aún aceptado (Eemeren, et. al., 2006:50). O bien, cuando se pone en duda se da entrada a la argumentación.

Otro argumento por su construcción es el *conductivo*, introducido en *Challenge and Response. Justification in Ethics*, en 1971, por Wellman, quien define el término razonamiento *conductivo* -basado en su método en ética *desafío-respuesta*⁸¹ - del siguiente modo,

La conducción se puede definir como un tipo de razonamiento en el que 1) se extrae una conclusión acerca de algún caso individual; 2) de forma no concluyente 3) a partir de una o más premisas sobre el mismo caso 4) sin apelar a otros casos. Quizá la característica más sorprendente de todos los ejemplos de conducción que he dado es que todos ellos tratan de casos particulares; cada uno deriva una conclusión acerca de un acto individual o un objeto a partir de la información sobre ese mismo acto u objeto (1971:52).

En la condición tres no hay un número limitado de premisas pues “la conclusión se alcanza considerando conjuntamente una o más razones sobre el mismo caso (Marraud, 2019:65). Cabe destacar que, la condición cuatro se limita exclusivamente a la revisión y análisis del caso particular y no a otros casos como ocurre con otros tipos de argumentos, como el de analogía.

Wellman distingue tres patrones para formular un argumento conductivo: “1) en los que se ofrece una sola razón para apoyar una conclusión” (1971:55), 2) “en los que se ofrecen varias razones para apoyar una misma conclusión” (1971:55), y 3) en los que “la conclusión se extrae a partir de una combinación de razones a favor y en contra”.

Los patrones que plantea Wellman para distinguir el argumento conductivo son semejantes a la variedad de combinaciones entre premisas y conclusión que plantea Copi; por ejemplo, entre las variedades que precisa son “el tipo más simple de argumento consiste sólo de una premisa y una conclusión” (2007:21), y “algunos argumentos ofrecen varias premisas” (2007:22). El último patrón ya había sido anunciado bajo una concepción hegeliana en la que se asume el

... pasar de los conceptos o de los pensamientos a sus opuestos, entendidos como contradicciones y como conflictos, y procediendo a buscar una resolución en la que los conceptos o pensamientos contrarios quedan absorbidos en un nuevo concepto o pensamiento, alcanzándose así una unidad superior (Alcolea, 2011:198).

Este procedimiento se propuso ya de forma sistemática, bajo la perspectiva dialéctica, en los *Tópicos* de Aristóteles, en la que una proposición, “toma cualquier[a] de las dos partes

⁸¹ Anuncia en la Introducción de su obra que su método es “una revisión de las complejidades de la discusión y la reflexión éticas me ha convencido de que sólo hay siete dimensiones de la justificación en la ética, siete tipos de desafíos fundamentalmente distintos que pueden ser necesarios para justificar cualquier declaración ética” (1971: XII). Esta propuesta es revisada y comentada posteriormente por Walton en su obra *Ethics Argumentation*; dicha obra se revisa y analiza en el apartado de ética y argumentación de este capítulo.

de la contradicción” (Top. I. 72a 15-20). En este sentido, siguiendo a Wellman desde la perspectiva dialéctica, la conclusión es el resultado de la contradicción de premisas que justifican razones a favor y en contra de un posicionamiento particular.

Ahora bien, cada uno de los patrones que formula Wellman asumen criterios de validez; los cuales son distintos en cada uno y no se pueden combinar. Para el patrón uno “es necesario determinar si la premisa es relevante o no para la conclusión extraída de ella” (1971:55). Para el patrón dos “varias consideraciones, cada una de las cuales puede ser independientemente relevante...Es tentador pensar en esta reunión en el modelo de cálculo; se suman las diversas consideraciones para llegar a la conclusión total” (1971:56). Y para el patrón tres “para decidir si el argumento es válido se ponderan las razones a favor y las razones en contra” (Wellman, 1971:57). Es decir, el criterio *validez* de los argumentos conductivos son la relevancia y ponderación que advierten la fuerza de la conclusión según las razones arrojadas.

Una dificultad que presenta este tipo de argumento conductivo es que si en el tercer patrón la conclusión es el resultado de razones a favor y en contra, y estas a su vez componen argumentos que se caracterizan por algunos de los dos primeros patrones, ¿con qué criterio de validez se debe evaluar el argumento final? ¿Con el criterio de relevancia o el de ponderación o ambos? Esta cuestión se retoma en el apartado de ética. Por lo pronto, se puede sostener que, dicha dificultad lleva a plantear inconsistencias en los argumentos éticos si se ciñen bajo la noción limitada de Wellman.

Otro tipo de argumento es por *analogía*⁸², Wellman también formula una noción al respecto en la que es otra “forma de sacar una conclusión sobre un caso particular de una o más premisas sobre ese mismo caso está razonando por analogía” (1971: 53). También precisa Copi que un argumento por analogía plasma el razonamiento analógico en el que “la analogía es la base de la mayoría de nuestros razonamientos ordinarios que van de la experiencia pasada a lo que sucederá en el futuro” (2007: 444).

Los argumentos por analogías son muy útiles para ejemplificar o ilustrar algún conocimiento en el que no hay familiaridad. En cualquier área de conocimiento, como las

⁸² El término de analogía se remonta a los griegos, “Aristóteles es el primero que elabora una teoría de la analogía y distingue entre lo que más tarde se conocerían como analogía de atribución y analogía de proporción (De Donato, 2011:48). En diversas obras ofrece su noción como en su *Ética a Nicómaco* (V, 3, 1131a 31-32).

ciencias experimentales o en la ética, se puede encontrar argumentos por analogía. La observación a considerar es si el argumento por analogía es correcto, es decir, si resulta válido.

El criterio de *validez* con el que funcionan correctamente estos argumentos es de magnitud en el cual “cuanto mayor es el número de instancias, mayor es la variedad dentro de las instancias conocidas, etc., más fuerza lógica tiene el argumento de la analogía” (Wellman, 1971: 63). Por otro lado, de manera amplia, Copi formula seis criterios de validez para los argumentos por analogía: 1) el número de entidades, 2) número de aspectos en los cuales las cosas involucradas se dice que son análogas, 3) la fuerza de sus conclusiones con respecto a sus premisas, 4) número de aspectos no análogos o diferencias entre las instancias mencionadas solamente en las premisas, 5) mientras más disímiles son las instancias mencionadas solamente en sus premisas, más fuerte es el argumento y 6) la pertinencia de las analogías (2007:451- 453).

Los criterios para evaluar un argumento por analogía permiten reconocer la importancia de saber acudir a los argumentos por analogía y sus respectivas limitaciones. Para ello implica asumir, de forma prudente, en correspondencia con cada una de los criterios que propone Copi, 1) acierto en el número de entidades (ni más ni menos), acierto en el número de aspectos en los que se hacen transferencia de propiedades análogas, 3) capacidad para reconocer la fuerza de las conclusiones en relación con sus premisas, 4) acierto en el reconocimiento de propiedades que no son análogas, 5) entendimiento de las instancias disímiles para ubicar la fuerza del argumento en su contexto y 6) saber en qué modo y cómo es posible asumir un argumento por analogía.

Un último argumento es por *estadística* o también llamado argumento *presuntivo*⁸³, en el que sus premisas refieren a la colección de un porcentaje o la mayoría de miembros o casos que conforman un conjunto. “Las presunciones se han analizado como un tipo de acto de habla más poderoso que la pura asunción” (Santibañez, 2011: 482). Y menos poderoso que la aserción. Es decir, un argumento presuntivo debe contener en todas sus premisas pruebas que propicien el paso inferencial estimativo hacia la conclusión. Sus premisas no pueden figurar como suposiciones, pues aunque no sean verdaderas como las afirmaciones, buscan aproximarse a éstas.

⁸³ El término “Presunción deriva del latín *praesumere*, es decir, aquello que se toma por anticipado o por garantizado, de modo que no es un hecho, sino una estimación provisional de los hechos” (Santibañez, 2011: 482).

Su criterio de validez es conservador pues sus conclusiones “están en parte basadas en la evidencia relacionada con la verdad de la proposición inferida y fuertemente apoyadas en consideraciones relacionadas con el contexto y las circunstancias en que la inferencia es obtenida” (Vega, 2011: 481). Es decir, no se concluye nada que no esté probado y tampoco que esté fuera del alcance bajo el dominio en el que se formularon.

Cada uno de estos tipos de argumentos y sus respectivos criterios de validez propician la exteriorización de los razonamientos e inferencias teóricas y prácticas que están comprometidas. Ahora bien, cabe preguntar ¿qué tipo de argumentos se presentan en la reflexión ética? y ¿pueden formularse combinaciones de diversos tipos de argumentos para presentar alguna propuesta ética, es decir, una estructura argumentativa ética? De manera provisional, se sostiene que los argumentos deductivos⁸⁴, inductivos⁸⁵ abductivos, conductivos, analógicos y presuntivos están presentes en la reflexión ética y ello da cuenta de la complejidad del razonamiento práctico⁸⁶ para fundamentar diversos enfoques éticos.

2.1.1.3 Razonamiento

El término de razonamiento está asociado al término de inferencia, dado que, en ambos se asumen procesos del pensamiento. Hay diversas concepciones del término de razonamiento⁸⁷ que ofrecen una noción para su comprensión. Una definición estándar concibe que “el

⁸⁴ Los argumentos deductivos han formado parte del estudio de las reflexiones metaéticas al reconocer principios axiológicos Cfr. Kustchera (1989: 17-32). También se han denominado “deductivistas” a enfoques de bioética por su derivación de principios generales, reglas a juicios morales, Cfr. Hall (2021:13); Cfr. Amo (2019:110); Cfr. Sarmiento PJ, Mazzanti Ma, Rey E, Arango P. (2016); Cfr. Hoffmaster (1994: 1155). Sin embargo, es discutible si realmente se puede reconocer al principialismo sólo bajo el razonamiento deductivista; de hecho, los representantes pioneros en este enfoque reconocen que se balancea entre el razonamiento deductivo e inductivo y denomina a este movimiento como equilibrio reflexivo (Beauchamps y Childress, 1999: 10-20).

⁸⁵ Los argumentos inductivos han formado parte del estudio de la ética al asumir que el razonamiento práctico se construye desde particulares (Cfr. EN, VI). También se ha denominado como “inductivista” al enfoque casuístico que recoge el pensamiento aristotélico y lo aplica al análisis de situaciones particulares (Cfr. Arellano, 2014:153).

⁸⁶ Incluso es posible que haya argumentos que combinen bajo un propósito una estructura argumentativa compleja “Este patrón de combinación de argumentos se conoce como argumentación conectada, argumentación coordinada o conjunción de argumentos” (Marraud, 2019:69).

⁸⁷ Entre las distinciones conceptuales de razonamiento se asume que es “cualquier proceso inteligente de interrelación y tratamiento secuencial de ideas o pensamientos, a través del cual pasamos desde cierta información o ciertas presunciones, creencias o actitudes, adoptadas o tomadas en consideración, hasta alguna otra posiblemente nueva” (Vega, 2001: 509). Por otro lado, Copi, localiza en el terreno del pensamiento dicho proceso al señalar que “todo razonamiento es un pensamiento, pero no todo pensamiento es razonamiento... Hay varios procesos mentales o tipos de pensamiento que son diferentes del razonamiento. Uno puede recordar algo, imaginarlo o lamentarse de él, sin hacer razonamiento alguno en torno a ello. O puede dejar que los pensamientos “sigan su curso” en un ensueño o en una fantasía, haciendo lo que los psicólogos llaman asociación libre, en la cual una imagen reemplaza a otra en un orden que no es lógico” (Copi, 2007: 18).

razonamiento es una forma especial de pensamiento en la cual se resuelven problemas, se realizan inferencias, esto es, se extraen conclusiones a partir de premisas” (Copi, 2007: 19).

Hay varios procesos en el razonamiento además de las inferencias como 1) la detección, análisis, evaluación y resolución de problemas y dilemas teóricos y prácticos; 2) la identificación, y en su caso, aceptación/rechazo de procesos y compromisos mentales ante riesgos, daños, adversidades o bienes en juego y 3) La organización, revisión, regulación y creación de tanto de información como de actitudes que favorecen/ desfavorecen la modificación de procesos y compromisos mentales. Vega considera que el razonamiento se forma en determinadas habilidades,

La calificación de los razonamientos como procesos no solo mentales y discursivos, sino inteligentes, adquiere un sentido relativamente preciso si se considera que el razonar comporta ciertas habilidades específicas como las de hacerse cargo de una situación dada o imaginada, procesar la información pertinente y automatizar su procesamiento, gestionar y elaborar la información disponible de modo que permita no solo afrontar sino generar situaciones nuevas (Vega, 2011: 509).

En este sentido, el razonamiento se asocia con otros procesos de pensamiento que posibilitan habilidades más complejas como la imaginación o la memoria y también “la razón se apoyaría en procesos cognitivos” (Cabezas, 2014: 71), como la atención o la percepción. El razonamiento puede ser exitoso cuando se conjugan procesos de pensamiento y procesos cognitivos. Una vía⁸⁸ para constatar el razonamiento exitoso o fallido es mediante la proyección de argumentos. Es decir, el argumento es el vehículo que transporta el razonamiento, aunque el argumento se acompaña de procesos, como lingüísticos, que no están presentes en aquel.

Tampoco es lo mismo argumentar que razonar. Argumentar es usar argumentos y los argumentos expresan razonamientos, pero razonar no es una práctica comunicativa. Razonamos para resolver problemas, extraer conclusiones, tratar de entender algo, etc. Por tanto, a diferencia de argumentar, razonar no es un intento de justificación. Muchas veces razonamos antes de argumentar y nuestra argumentación expresa lo mejor de nuestro razonamiento, que por tanto se desarrolla antes y fuera del contexto de nuestra argumentación (Marraud, 2013: 13).

⁸⁸ Hay otras vías para manifestar el razonamiento además del argumento. Precisa al respecto Vega que “toda argumentación envuelve algún proceso de inferencia y algún razonamiento. Pero de ahí no se sigue que todo razonamiento conduzca a, o se expresa discursivamente como, una argumentación; dicho de otro modo, ni la argumentación se limita a ser el vehículo externo del razonamiento del agente emisor -dada, sin ir más lejos, la constitución interactiva y dialógica de la argumentación-, ni el razonamiento teórico o práctico solo halla expresión por la vía de la argumentación, menos aún si esta se reduce al formato proposicional y asertivo del canon estándar de argumento” (Vega, 2011: 509). Por ejemplo, el razonamiento se puede proyectar en algún experimento mental.

Se puede destacar que, si se distingue razonamiento teórico y práctico, de la misma manera, también se distinguen argumentos teóricos y prácticos. Los razonamientos y argumentos teóricos comprenden creencias, hechos o ideas, mientras que, los razonamiento y argumentos prácticos comprenden toma de decisiones, recomendaciones, órdenes o sugerencias. En otras palabras,

Quando argumentamos lo hacemos con algún propósito: convencer a otros, planificar una acción, justificarnos, demostrar la verdad de un enunciado, etc. Típicamente usamos argumentos cuando se trata de elegir entre varias alternativas. Esas alternativas pueden ser prácticas, referidas a cursos de acción, o teóricas, referidas a creencias. Teniendo esto en cuenta, podemos distinguir entre razonamientos prácticos y razonamientos teóricos (Marraud, 2007: 31).

La línea en la que se perfila este trabajo es el razonamiento, la inferencia y el argumento prácticos pues son la condición que posibilita el puente entre la ética filosófica y la argumentación. Aunque, no está excluido por completo el razonamiento teórico e inferencia teórica pues los problemas prácticos no se analizan revisando exclusivamente los valores o principios en conflicto, sino también revisando datos, hechos y pruebas. En este sentido, la ética necesita allegarse también al razonamiento teórico, pues este nos invita a detectar el modo en el que configuramos nuestras creencias, conocimientos y realidades. El asunto en cuestión será precisar la naturaleza del argumento (teórico o práctico) en el terreno de la reflexión ética para saber bajo qué mecanismos o criterios habría que revisarlo y, en consecuencia, evaluarlo.

Ahora bien, cuando la estructura de la inferencia práctica es inductiva o abductiva, también el razonamiento práctico se edifica sobre la estructura inductiva⁸⁹ o abductiva. Es decir, resulta insostenible que el razonamiento práctico se edifique sobre estructuras deductivas pues los contenidos proposicionales, particularmente en la ética, no se infiere necesariamente,

... el razonamiento práctico no representa hoy una forma de deducción -ni, por lo demás, de inducción-. Parejamente, la violación o el incumplimiento de la conclusión mientras se mantienen las premisas no constituye un caso de contradicción o de inconsistencia lógica, sino a lo sumo un caso de incoherencia práctica (Vega, 2011: 467).

El paso de premisas a conclusión propicia la revisión continua de la inferencia práctica y el proceso de razonamiento práctico planteado. De ahí que, la representación corre a cuenta

⁸⁹ Aristóteles en su *Ética a Nicómaco* sí asume en el razonamiento práctico la presencia de inferencias inductivas, no las nombra como tal, sino que precisa las partes que constituyentes en los ejemplos de argumentos (VI, 13, 1144a 31-33). y en su obra *De Motus Animalium* indica las partes que constituyen el silogismo práctico (premisa mayor, premisa menor y conclusión) las cuales se dirigen a cuestiones que demandan el obrar (7, 701a 7-22).

de las inferencias abductivas, pues la plausibilidad de las conclusiones dependerá de su constante revisión y evaluación.

Es decir, no hay conclusiones definitivas o indiscutibles, “pues, por un lado, ya sabemos que la argumentación práctica es rebatible y, en consecuencia, su conclusión es revisable; por otro lado, también es bien sabido que no cabe prever todas las secuelas posibles de nuestras acciones” (Vega, 2011:467). En este sentido, ante la imposibilidad de prever todas las consecuencias, es conveniente precisar que, plantear un razonamiento práctico plausible no significa, en modo alguno que, el curso de acción ejecutado también vaya en la misma sintonía, pues

Cuando se presenta un razonamiento práctico para respaldar una conclusión como un curso de acción prudente en un caso dado, un encadenamiento de inferencias prácticas funciona en conjunto para construir el apoyo para una conclusión final. Sin embargo, en tal caso, una cadena de inferencia práctica no prueba absolutamente una proposición, poniendo fin a la deliberación en la que se utilizó el razonamiento práctico. En cambio, el razonamiento práctico sirve más a menudo para hacer que una conclusión sea tentativamente plausible, destacando una serie de posibles acciones, como aceptables para seguir adelante tentativamente sujetas a posibles desarrollos en un caso (Walton, 2003:32-33).

También, la corrección del razonamiento práctico no significa que haya corrección del curso de acción. Dado que pueden ocurrir eventos inadvertidos que invitan a retomar y revisar el razonamiento práctico inicialmente formulado. No obstante, es preciso distinguir procedimientos evaluativos en el razonamiento práctico para lograr una comprensión más precisa de una situación concreta.

El panorama que precisa Walton sobre razonamiento práctico no está reñido con lo dicho hasta aquí. Más aún, permite esclarecer los puntos de partida sobre los cuales se coloca su concepción en la que

El razonamiento práctico ... es un tipo de razonamiento orientado a objetivos, basado en el conocimiento y orientador de la acción que coordina los objetivos con posibles cursos de acción alternativos que son un medio para llevar a cabo estos objetivos, en relación con la situación dada de un agente como él/ella lo ve. El razonamiento práctico concluye seleccionando la proposición que es la mejor recomendación para el curso de acción más prudente en la situación dada. El razonamiento práctico lo lleva a cabo un agente, una entidad con capacidad de acción inteligente, basada en la observación y valoración de sus circunstancias (Walton, 2003:43)

El razonamiento práctico y su configuración en la deliberación invitan a reconocer y distinguir las herramientas argumentativas favorables dirigidas al engranaje de la reflexión ética. Cabe mencionar que, el estudio en el razonamiento práctico se ha desarrollado en las últimas décadas desde áreas de conocimiento y disciplinas como la informática o la inteligencia

artificial⁹⁰. Dichas áreas formulan modelos de racionalidad complejos basados en sistemas cerrados de algoritmos que no necesariamente están vinculados con la deliberación cotidiana.

La deliberación implica el ejercicio del razonamiento práctico en el que se formulan argumentos que tienden a ser plausibles. El establecimiento de cada una de las partes que conforman la deliberación, así como de su proceso de evaluación (corrección y adecuación) se encuentra acorde a las formulaciones argumentativas e inferenciales.

2.1.1.4 Inferencia

La inferencia es la actividad del pensamiento que se asocia al razonamiento, pero hay precisiones conceptuales entre uno y otro. La diferencia es que la inferencia es un proceso contenido en el razonamiento y el razonamiento es un proceso contenido en el pensamiento.

Hay diversas concepciones de inferencia⁹¹, las cuales condensan su significado desde la perspectiva lógica de la argumentación y coinciden en que “la inferencia es el paso de una proposición a otra” (Vega, 2011: 299). Una proposición⁹² es una unidad estructurada de

⁹⁰ Walton explica que el razonamiento práctico cayó en el abandono debido que se consideró de importancia disminuida, “se descuidó en la lógica durante más de dos mil años, posiblemente porque parecía demasiado subjetivo, especialmente después de la Ilustración, cuando el razonamiento científico objetivo basado en la lógica deductiva, las matemáticas y la estadística, parecía ser el único tipo de razonamiento que valía la pena, tomando en serio. La noción de razonamiento práctico fue ignorada en lógica o creada como algo misterioso e insondable. Hubo un cambio radical en esta actitud a finales del siglo XX, con el descubrimiento de que el razonamiento práctico era el tipo principal de razonamiento lógico necesario para la informática. Con el advenimiento de la inteligencia artificial, el razonamiento práctico se ha reconocido recientemente como un tipo de razonamiento que tiene una estructura definida y que es fundamental para el pensamiento racional” (2003:32).

⁹¹ Entre las definiciones destacadas se encuentra la de Copi, quien presenta una definición estándar bajo la perspectiva lógica de la argumentación, “es el proceso por el cual se llega a una proposición y se afirma sobre la base de una o más proposiciones aceptadas como punto inicial del proceso. Para determinar si una inferencia es correcta, el lógico examina las proposiciones que constituyen los puntos iniciales y finales de este proceso, así como las relaciones que existen entre ellos” (Copi, 2007: 19). Otra precisión que no está alejada de la propuesta de Walton es la que plantea Vega, pues propone un acercamiento que recoge las nociones más amplias, y también nociones específicas. El significado general y amplio de inferencia lo entiende como “estos procesos intencionales y dirigidos de razonamiento a través de los cuales el agente puede hacerse cargo del sentido o de las consecuencias del trance por el que atraviesa, o de las relaciones que mantiene con otros agentes y con el mundo que lo rodea, así como resultar responsable de ellas” (2011: 298). Este significado integra el papel de la intencionalidad y los objetivos trazados en el interlocutor en relación con otros. Lo que implica asumir compromisos reflejados en el discurso y su impacto en cualquier actividad humana. Pero, el significado específico se concentra en la dimensión epistémica en el que inferencia es un “proceso discursivo por el que alguien pasa de una información, una creencia o un conocimiento a otra creencia o a otro (presunto) conocimiento” (Vega, 2011: 298). Inclusive reconoce, de manera más precisa, que una inferencia “es una relación semántica que se da o no se da entre proposiciones, al margen de que haya algún agente discursivo que la emplee o la reconozca. Una regla de inferencia es un patrón formal de convalidación del entramado consecutivo o de los pasos ilativos de las proposiciones que componen un argumento” (Vega, 2011: 300). Por otro lado, Marraud distingue la inferencia de la argumentación porque no va dirigida a un destinatario, precisa que “La existencia de un destinatario hace que argumentar sea un acto comunicativo, lo que lo distingue de inferir, puesto que no se infiere para alguien (2019:62).

⁹² Una proposición no es equivalente a una oración, pues aunque puedan estar presentes en un mismo pasaje lo que los distingue es que la oración es la unidad más básica de la lengua y la proposición es la unidad estructurada

pensamiento que plasma un razonamiento. Ya se señaló con anterioridad que el razonamiento puede ser teórico o práctico y esta distinción⁹³ también se traslada a las inferencias. Es decir, hay inferencias teóricas que refieren a creencias, al conocimiento sobre los hechos. Hay inferencias prácticas que refieren al comportamiento, que refieren a las valoraciones. Las inferencias teóricas se evalúan como válidas, inválidas, probables o improbables y las inferencias prácticas se evalúan como aceptables, razonables o asumibles. En seguida los tipos de inferencia según su estructura inferencial, es decir, según el modo en el que se sigue una proposición a otra.

Existen seis tipos de inferencias, *deductivas*, *inductivas*, *abductivas*, *conductivas*, *analógicas* y *presuntivas*, cada una tiene una estructura para su formulación y un modo de evaluación o corrección propio. En la siguiente tabla (ver tabla) se muestra la relación entre el tipo de inferencia y su estructura

Tabla 4 Tipos de inferencia

Tipo de inferencia	Estructura inferencial
Deductiva	Premisa 1 Todo M es P Premisa 2 Todo S es M Conclusión Por lo tanto, Todo S es P
Inductiva	Premisa 1 A, B, C, D, ocurren conjuntamente con w,x, y, z Premisa 2 A, E, F, G, ocurren conjuntamente con w, t, u, v, Conclusión Por lo tanto, probablemente A, es la causa (o efecto) de w (Copi, 2007:477)
Abductiva	Premisa 1 Se observa el hecho sorprendente “C” Premisa 2 Pero si A fuera verdadera, C sería una cosa normal Conclusión Por lo tanto, hay una razón para sospechar que A es verdadera (Atocha,2001:19).
Conductiva	Premisa 1 Si algo tiene la propiedad F, puede ser clasificado como un G Premisa 2 A tiene la propiedad F Conclusión A tiene la propiedad G (Marraud, 2019: 80) *G es un término multicriterio
Por analogía	Premisa 1 a, b, e, d tienen los atributos P y Q Premisa 2 a, b, e tienen el atributo R. Conclusión Por lo tanto, “d” probablemente tiene el atributo R

más básica que proyecta el pensamiento mediante el lenguaje, es decir, las oraciones son a la lengua y las proposiciones son al lenguaje.

⁹³ Esta distinción se retoma de la línea del pensamiento de Marraud quien distingue entre argumento teórico y práctico al señalar que “la conclusión de un argumento teórico es una afirmación de hecho (tal cosa es o no un hecho), la de un argumento práctico es una recomendación o una orden (haz tal cosa o no la hagas)” (Marraud, 2013: 16). Dicha distinción desde los argumentos conduce a una distinción que se da en el nivel de las inferencias.

	(Copi, 207:446). *a, b, e y d son entidades cualquiera y P, Q y R son atributos o respectos cualesquiera.
Presuntiva	Premisa 1 Se presupone el principio “x” Premisa 2 “ y” ocurre en las condiciones de x Premisa 3 Se presupone “y” Conclusión Por lo tanto, probablemente “y” ocurrió (Santibañez, 2011: 483)

Fuente: elaboración propia

Parafraseando a Vega, señala que el modo de evaluación dependerá de la fuerza con la que se establece el paso de las premisas a la conclusión. Para las inferencias *deductivas* la conexión entre premisas y conclusión es “necesaria”, es decir, no puede ser de otra manera. En las inferencias *inductivas* la fuerza del paso de premisas estriba en la “probabilidad” de colocarse la conclusión. En las inferencias *abductivas* se caracteriza la fuerza por la “plausibilidad” que existe en la conexión entre premisas y conclusión (2011: 299).

En las inferencias *conductivas* el paso de premisas a conclusión presenta una fuerza que “no es concluyente y no apela al hecho de que los criterios se han encontrado empíricamente asociados con el términos en otros casos ” (Wellman, 1971: 54). Wellman sostiene que en las inferencias *conductivas* no existen reglas para asumir un argumento correcto, ya sea que atienda al patrón de relevancia o bien al de ponderabilidad

En el mejor de los casos, cualquier regla que pudiéramos descubrir sería muy débil en el sentido de que se aplicaría solo a una gama muy restringida de argumentos éticos. Incluso cuando estas reglas de relevancia fueran aplicables, a menudo serían insuficientes para establecer la validez o invalidez de un argumento dado (1971: 67).

Para el caso de las inferencias *por analogía* “parte de la similitud entre dos o más cosas en uno o más aspectos, para concluir la similitud de esas cosas en algún otro aspecto” (Copi, 2007: 446). Su evaluación se establece en la medida en que existe correspondencia pertinente entre el paso de las premisas a la conclusión como se señaló en apartados anteriores.

Por último, las inferencias *presuntivas* son aquellas en las que “típicamente (materia sujeta a excepciones), podemos esperar que si algo tiene la propiedad F, también tiene la propiedad G” (Santibañez, 2011:481). Su evaluación se sienta sobre la “ponderación que involucra proporciones numéricas” (Wellman, 1971: 58); esto implica implica formular conjeturas sobre la base de datos y estadísticas.

Ahora bien, la noción que aborda Walton sobre la noción de inferencia, sobre todo aquella dirigida en el campo de la reflexión ética, es la inferencia práctica. La cual no está alejada de los tipos de inferencias presentadas previamente, salvo por la inferencia deductiva. Pues el paso de una proposición a otra en el terreno práctico habitan la conjetura y la plausibilidad de datos o pruebas para sostener una conclusión, como sucede en la inferencia inductiva, abductiva, por analogía, conductivas o presuntivas. Walton propone la estructura de la inferencia práctica y asume que

Una inferencia práctica tiene la forma (P1) a continuación. Las letras A, B, C,... representan cosas provocadas por agentes, que pueden pensarse como una proposición contingente, y generalmente se denominan "estados de cosas". Para facilitar la exposición, el agente que se dice que está involucrado en la inferencia práctica se denominará mediante los pronombres en primera persona "yo" y "mi".

(P1) A es una meta

Para producir A, necesito producir B.

Por tanto, debería (prudencialmente) producir B (Walton, 2003:43).

La inferencia se proyecta en una unidad discursiva, es decir, en un argumento. “El agente asume el papel de proponente de un argumento cuando razona utilizando la estructura de inferencia (P1)” (Walton, 2003:44). El desafío será identificar en la inferencia práctica qué tipo de inferencia se presenta en un pasaje según la estructura inferencial inductiva, abductiva, por analogía, conductiva o presuntiva, dado que, en todas ellas se puede plantear una meta.

De manera particular, lo que caracteriza una inferencia práctica es el uso de conceptos normativos como *deber*, *prohibición*, *permisión* o *preferencias* en al menos una de las proposiciones y cada uno de sus actos de habla ilocutivos no surten el mismo efecto en los actos perlocutivos, pues implica disponer de la acción u omisión. Sobre el asunto de conceptos normativos se aborda en el apartado de campo ético.

2.2 Identificación de argumentos

Identificar en un pasaje el argumento, sus partes constitutivas y sus partes adicionales que lo componen es indispensable para poder analizar y, posteriormente, evaluar cada una de estas. Se mencionó previamente que un argumento consta de premisa(s) y conclusión, pero no son los únicos elementos que pueden conformar un argumento. También existen elementos adicionales como *indicadores* e *información extra*, los cuales se presentan en este apartado.

Un argumento no se caracteriza como tal solo por tener una colección de proposiciones, sino por el vínculo que establecen entre ellas. Es decir, “lo que convierte a un conjunto de enunciados en un argumento es su configuración, es decir, las relaciones entre sus componentes” (Marraud, 2013:45).

La variedad de proposiciones, ya sean premisas o conclusión, pueden ser actos ilocutivos asertivos (afirmativos o negativos)⁹⁴, compromisorios (promesas), directivos (órdenes, recomendaciones o sugerencias) declarativos (declaraciones) y exclamativos (sentimientos o actitudes). En este sentido, un argumento en ética puede constar de conclusiones asertivas, compromisorias, directivas, declarativas o exclamativas; cabe decir lo mismo de sus premisas.

En un argumento oral o escrito, la conclusión no siempre se encuentra al final, “puede ir antes o después de las premisas, o en medio de ellas. O la conclusión puede no enunciarse explícitamente, pero puede aclararse por el contexto, o quedar implicada por las premisas enunciadas explícitamente” (Copi, 2007: 30). Esto implica que, se puede inferir la conclusión a partir de premisas, pero nunca se pueden ofrecer premisas a partir de una sola proposición que aparente ser conclusión.

El argumento también se compone de elementos que facilitan la detección de proposiciones, como lo son los *indicadores de premisa*, como “puesto que, dado que, porque, a causa de” (Copi, 2007:25), etc. e *indicadores de conclusión*, como “por lo tanto, de ahí que, así, correspondientemente, en consecuencia” (Copi, 2007:24), entre otros; los cuales son “términos especiales que... a menudo ayudan a identificar y distinguir las premisas y la conclusión de un argumento” (Copi, 2007:30).

⁹⁴ Copi concibe una variedad limitada de proposiciones al señalar que, “Las proposiciones son típicamente enunciadas en oraciones declarativas, pero en ocasiones aparecen como órdenes, preguntas retóricas o frases nominales (2007:29). Esto implica que, deja fuera los actos ilocutivos compromisorios o exclamativos en un argumento cuando también están presentes. Pero hay contradicción cuando en sus ejemplos recurre a pasajes para señalar argumentos, como el siguiente: “Es difícil saber medir el dolor que sienten los animales, porque el dolor es subjetivo y los animales no pueden hablar” (Copi, 2007:32).

Una clasificación más específica está la propuesta por la pragmadialéctica⁹⁵; la cual asume las características argumentativas como múltiple⁹⁶, coordinada⁹⁷ y subordinada⁹⁸, en relación al tipo de indicador. En la siguiente tabla se aprecian los tipos de indicadores siendo todos de premisas.

Tabla 5 Tipos de Indicadores argumentativos

Característica argumentativa	Tipo de indicador
Múltiple	no es necesario decir, en resumen, aparte de, por no mencionar, otra razón para esto es..., un argumento para esto es..., en primer lugar, en segundo lugar, además, incidentalmente, bastante aparte de..., y al lado de, etc.
Coordinada	además (el hecho de que), por encima de eso, y sin olvidar que, especialmente porque, más, no sólo... sino también y de manera más importante, etc.
Subordinada	porque, por esa razón, por lo tanto, después de todo, por eso es que, dado que, en vista de, etc.

Fuente: elaboración propia

Indicadores o también llamados “conectores argumentativos, [son] partículas o expresiones que estructuran argumentativamente un texto estableciendo relaciones argumentativas entre dos o más enunciados” (Marraud, 2013: 22). Es decir, la función que desempeñan es de eslabón que conecta premisas y conclusión. Marraud retoma la clasificación de la pragmadialéctica y agrega una cuarta que denomina de “pros y contras” (2013:23), (2019: 67), en la que el indicador es *pero*; que se entiende como a la refutación.

Por último, se encuentra la *información extra*, “que ayuda al lector o al oyente a entender de qué tratan las premisas y la conclusión del argumento” (Copi, 2007:30). Es decir, no es premisa y tampoco es conclusión, pero favorece la comprensión de cada una de éstas, sobre todo cuando no hay indicadores y se dificulta saber cuál proposición es premisa y cuál es conclusión. La pragmadialéctica asimila el elemento de información extra bajo la estrategia de la *interpretación máximamente argumentativa* “en casos en los que ninguna otra

⁹⁵ Tomados de Eemeren (2002) pp. 78-79. y En Eemeren y Grootendorst (1992: 98-106)

⁹⁶ Esta se caracteriza en defensas alternativas del mismo punto de vista presentadas una después de la otra (2002: 70).

⁹⁷ Este es un intento de defender un punto de vista que consiste en la combinación de argumentos que pueden ser tomados juntos para conformar una defensa concluyente (2002: 70).

⁹⁸ En esta se presenta un punto de vista en el que la defensa se hace paso a paso hasta que logre ser concluyente (2002:71).

interpretación significativa es posible y donde no hay razón para suponer que la expresión propuesta carece de sentido” (Eemeren, et.al.,2006: 51).

2.3 Análisis de argumentos

Analizar un argumento implica saber de qué modo se relacionan premisas, conclusión, indicadores e información extra. Para ello es indispensable diagramar el argumento para detectar y clarificar la estructura inferencial que presenta. En este apartado se presenta el modelo de diagramación y la propuesta de campos argumentativos de Toulmin como una alternativa en el análisis de argumentos.

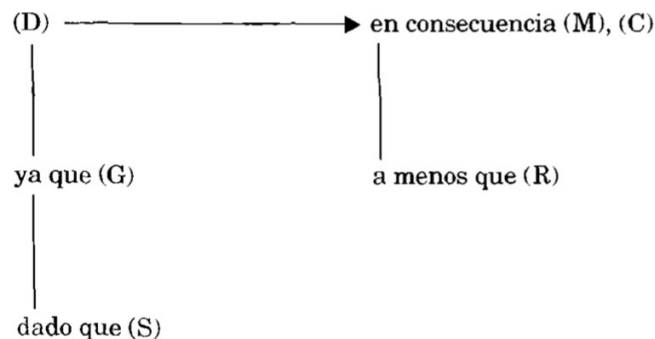
“El planteamiento de Toulmin permite una pluralidad de pretensiones de validez sin necesidad de negar el sentido del concepto de validez que supera las restricciones espacio-temporales y sociales” (Marafioti, 2003: 134). La diagramación de argumentos es un recurso que facilita 1) la detección de cada una de las partes para conformar un argumento; 2) facilita detectar qué tipo de argumento a saber, deductivo, inductivo, abductivo, conductivo, por analogía o presuntivo se hace presente según el campo argumentativo inscrito; 3) qué relación existe entre las premisas; 4) analizar los elementos adicionales que otorgan fuerza a la conclusión y 5) cómo las premisas se dirigen a la conclusión explícita o implícita en el argumento.

La diagramación o estructura de los argumentos⁹⁹ que propone Toulmin en su obra *The Uses of Argument* en 1958, a diferencia de la diagramación estándar¹⁰⁰, permite distinguir otros elementos que favorecen su posterior evaluación como el punto 3 y 4 mencionados en el pasaje anterior. Este modelo alternativo está dirigido para argumentos que no se limitan a ser deductivos, sino que abraza la pluralidad de construcción de argumentos.

⁹⁹ Define la argumentación como “la exposición de una tesis controvertida, el examen de sus consecuencias, el intercambio de pruebas y de buenas razones que la sostienen y una clausura bien o mal establecida (Toulmin, 1958: 173). La cual es acorde a la propuesta de Walton que aquí se plantea sobre los tipos de diálogos.

¹⁰⁰ La estructura de los argumentos fue desarrollada por Monroe Beardsle en 1950 en su obra *Practical Logic* y posteriormente actualizada por Stephen N.Thomas en 1973 en su obra *Practical Reasoning in Natural Language* y Michael Scriven en 1976 en su obra *Reasoning* quienes sugieren, parafraseando a Copi, detectar solo premisas y conclusión para el caso de argumentos unitarios. Un argumento unitario es aquel que consta de una sola conclusión y una o varias premisas (Copi, 2007: 37). Primero se debe enumerar cada una de las proposiciones y ubicar el número que desempeña la conclusión, segundo se deben colocar en una ramificación de abajo hacia arriba cada una de las proposiciones y en la base siempre va la conclusión (Copi, 2007: 35-39). La importancia de diagramar un argumento lo expresa Copi recurriendo a la metáfora, señalando que “es una representación espacial de ello, como un plano de edificio o el diseño de una máquina, una gráfica de la población o de la distribución del ingreso, o un diagrama de flujo para una instalación eléctrica” (Copi,2007: 35). .

Los componentes del modelo argumentativo de Toulmin son (1958/2003: 90-96) conclusión¹⁰¹ (C), datos¹⁰² (D), Garantías¹⁰³ (G), Soportes¹⁰⁴ (S) Modalizadores¹⁰⁵ (M) y Restricciones¹⁰⁶ (R). En el diagrama se aprecia la estructura estándar que localiza cada uno de sus componentes:



Dichos componentes no siempre están presentes en todos los argumentos, o bien, habrá alguno, como los datos o las garantías, que puedan ser extendidos o variados.

Ahora bien, “La garantía cumple la función de la premisa mayor en el silogismo clásico, es la que posibilita el paso de los datos a las conclusiones” (Marafioti, 2003: 128). Aunque podría generar confusión cuando el soporte también podría suplir la premisa mayor en un argumento deductivo. Dicho problema se arrastra también a los otros tipos de argumentos y podrá esclarecerse “si tenemos en cuenta que, algunas veces, la proposición general debería entenderse como un enunciado-regla que no presupone la existencia de ningún objeto, mientras que en otras ocasiones debe entenderse como la afirmación de un hecho general” (Bermejo, 2011:409).

La relación entre premisas es un factor central en el análisis de argumentos pues se puede saber si las premisas requieren de otras para dirigirse a la conclusión o bien, por sí

¹⁰¹ O también llamadas tesis o puntos de vista (*claim*) “es la afirmación que se intenta establecer” (1958: 90).

¹⁰² Los datos (*data/groud*) son las pruebas, “hechos a los que apelamos como fundamentos de la afirmación” (1958: 90).

¹⁰³ Las garantías (*warrants*) también denominadas como “reglas, principios, licencias para inferir, o cualquier enunciado hipotético (1958: 91). Añade Bermejo que “son la forma explícita del paso inferencial involucrado al derivar una conclusión-aseveración a partir de una razón” (2011:409).

¹⁰⁴ También llamadas respaldos (*backing*) son garantías “detrás de las garantías” (1958:96) que legitiman el paso inferencial.

¹⁰⁵ Calificadores o modalizadores (*Modal Qualifiers*) entendidos como “una referencia explícita al grado de fuerza que nuestras razones confieren a nuestra aseveración en virtud de nuestra garantía” (Toulmin, 1958: 93)

¹⁰⁶ También incluyen las refutaciones, se entienden como las condiciones de excepción o reservas (*rebuttals*) que “son circunstancias en las cuales la autoridad general de la garantía habría de dejarse a un lado” (1958: 94).

mismas pueden sostenerla. Ya se señaló en el apartado anterior que los indicadores de premisas pueden ser múltiples, coordinados, subordinados y de pros y contras. Un argumento se vuelve cada vez más complejo cuando dispone de más de un tipo de indicador. Por otro lado, a falta de indicadores la complejidad sucede cuando se requiere determinar la relación entre las propias premisas. Descifrar y detectar estas complejidades, ya sea por que el indicador es mixto o por que está ausente, requiere de práctica, sobre todo en el campo de conocimiento en cuestión.

La fuerza en la conclusión, además del apoyo de las premisas, es canalizada por otros elementos que recobra Roberto Marafioti de Toulmin, quien asume que

Lo que otorga vigor y fuerza a los argumentos es algo más que su estructura y orden. Sólo se puede entender plenamente su status y fuerza si se sitúa los argumentos en sus contextos originales y se ve cómo contribuyen a la empresa más general en la que se inscriben (Marafioti, 2003: 135).

La fuerza de los argumentos necesita de cuatro condiciones para examinar los contextos en los que se inscriben los argumentos: “1) los enunciados calificadores; 2) las excepciones y condiciones de presentación de los argumentos; 3) el concepto de carga de la prueba, y 4) la argumentación relevante (Marafioti, 2003: 136). En la siguiente tabla se muestra la relación de las condiciones de la fuerza en los argumentos y algunos ejemplos.

Tabla 6 Tipos de fuerza de los argumentos

FUERZA DE LOS ARGUMENTOS	EJEMPLOS
Enunciados calificadores	Indudablemente, probablemente, posiblemente, necesariamente, aparentemente, resulta plausible que, ocasionalmente, etc.
Excepciones y condiciones de presentación	Conclusión no definitiva: 1) Conclusión parcial o débil (modalizador <i>probabilidad</i>) 2) Conclusión en ciertos contextos o bajo ciertas condiciones (modalizador <i>presumiblemente</i>)
Concepto de carga de la prueba	Presentación de la evidencia
Argumentación relevante	Entrenamiento profesional para reconocer qué información es relevante y qué no.

Fuente: elaboración propia

Los enunciados calificadores son términos que comprenden el nivel de certeza en el que se acomoda la conclusión. Por ejemplo, tiene más peso el enunciado calificador *probablemente* que *posiblemente*, la razón es asumir la carga de hechos o eventos pasados en relación con el futuro. Aunque, “algunas garantías no conducen invariablemente hacia la conclusión; otras, en cambio, lo hacen sin ofrecer una confiabilidad total acerca de tal conexión” (Marafioti, 2003: 137).

Las *excepciones y condiciones en la presentación* son determinantes a la hora de presentar y analizar argumentos. Por ejemplo, habrá ocasiones en las que las “garantías llevan a conclusiones incondicionalmente; otras lo hacen sólo en situaciones normales, mientras que algunas garantías son eficaces sólo para casos excepcionales” (Marafioti, 2003: 137). Éstas últimas pueden ocasionar dudas o desacuerdos en el campo de la ética pues no siempre se comparten los valores o principios en los que se sienta una garantía señalada como excepcional.

La carga de la prueba abarca la disponibilidad de la información para asumir alguna creencia, o bien, para tomar alguna decisión, al respecto agrega Marafioti que

En el caso del *concepto de carga de la prueba*, se da que en muchas situaciones cotidianas se toman decisiones en forma racional aun cuando no se posea suficiente información, o en presencia de información que conduce por caminos conflictivos (2003: 137).

Por último, la condición de *relevancia* implica que el interlocutor se encuentra familiarizado con el campo argumentativo y es capaz de discernir qué información debe abordarse y qué información debe suprimirse, señala Marafioti que la relevancia es entendible si

Todo aquel que presente genuinas aserciones y plantee una lícita discusión para justificarlas dentro del ámbito de la empresa legal o científica, por ejemplo, debe tener cierto conocimiento general acerca de cómo están organizadas tales empresas y qué fines persiguen. Quienes participan en una discusión tienen mucha información significativa e insignificante y hacen uso de ella para enriquecer la defensa de sus posiciones o puntos de vista (2003: 138).

Cabe mencionar en esta condición el papel que guarda la *información extra*, pues para el caso de la máxima interpretativa podría darse un argumento que presenta una pregunta¹⁰⁷ que podría pasar desapercibida como premisa y figurar sólo como información extra. La relevancia no es tarea fácil sobre todo si la información se dirige bajo enunciaciones que pueden entenderse de forma literal.

¹⁰⁷ El ejemplo que propone Eemeren es el siguiente: “Deberías tomar un paraguas. ¿O quieres mojarte? (2006: 51). Al contestar la pregunta persuasiva se puede interpretar que, el interlocutor no quiere mojarse, quedando la premisa de la siguiente manera “De otro modo te vas a mojar” o “No querrás mojarte”

Las condiciones de fuerza en los argumentos deben situarse siempre dentro de los contextos argumentativos, es decir, debe entenderse dentro de los campos argumentativos. “No se puede evaluar la fuerza de los argumentos ni las pretensiones de validez si no se entiende el sentido de la empresa a cuyo servicio está la argumentación” (Marafioti, 2003: 135).

La diagramación de argumentos logra adaptarse a cada uno de los campos argumentativos que reconoce Toulmin: “el derecho, la ciencia, la crítica de arte, la dirección de empresas y la ética. Desarrolla su programa extrayendo el mismo esquema argumentativo dependiente de cada campo” (Marafioti, 2003: 135).

En el siguiente recuadro se sintetizan y organizan las características de los campos argumentativos y los componentes del modelo argumentativo que propone Toulmin desde la lectura que precisa Marafioti (2003: 143-213).

Tabla 7 Campos argumentativos

Campos argumentativos	Características
Argumentación jurídica	1.- Razonamiento legal: presunción, carga de la prueba y caso de <i>prima facie</i> . 2.- Foro: mostrar la ley mediante las razones que hacen que una versión sea más consistente que la otra con relación a la demanda de justicia, en consonancia con los valores y las obligaciones básicas que emanan de la Constitución. 3.- Asuntos legales: cuestiones de hecho (relatos y pruebas de las partes) y cuestiones de ley (determinación y valoración de los relatos y pruebas de las partes). 4.- Argumentos: datos (evidencias, testimonios), conclusión (posicionamiento de las partes), garantía (evidencia circunstancial como un experto), soporte (presente en las normas jurídicas), modalizadores (presentes en las sentencias), refutaciones o excepciones (presentes en los oponentes). 5.- Agente: abogado, jurista, cámaras o tribunales

<p>Argumentación científica</p>	<p>1.- Razonamiento científico: descripción de la naturaleza del mundo, cuerpo sistemático de procedimientos y responsables de preservar y transmitir conocimiento.</p> <p>2.- Foro: Demostrar el consenso y racionalidad mediante procedimientos para abordar problemas, convenios institucionales y consecuencias que provocan en el panorama de las argumentaciones presentadas.</p> <p>3.- Asuntos científicos: anomalías o fenómenos mediante explicaciones por el tipo de objeto tratado, por su constitución material, por su historia o por su finalidad.</p> <p>4.- Argumentos: datos (enunciados fácticos), conclusión (proposiciones fácticas), garantía (justificación racional acumulada), soporte (procedimientos justificativos) modalizadores (presentes en la fuerza de las interpretaciones), refutaciones o excepciones (presentes en los argumentos críticos).</p> <p>5.- Figuras: científico</p>
<p>Argumentación artística</p>	<p>1.- Razonamiento artístico: variable acorde a los múltiples espacios en los que se discuten asuntos artísticos para evaluar la adecuación racional de nuevas creaciones y procedimientos.</p> <p>2.- Foro: los artistas discuten entre sí cuestiones relacionadas con las técnicas y materiales, audiencia artística compara sus percepciones e interpretaciones de obras, los historiadores y teóricos del arte analizan trabajos según la estructura formal y su significado estético.</p> <p>3.- Asuntos artísticos: técnicos, interpretativos, teóricos y sobre la esencia del arte.</p> <p>4.- Argumentos: datos (enunciados sobre la percepción y sensación del arte), conclusión (enunciados sobre el sentido acerca de la obra o trabajo), garantía (diversidad de teorías), soporte (interpretaciones de críticos del arte), modalizadores (presentes en la fuerza de las interpretaciones) y refutaciones o excepciones (presentes en los argumentos críticos del arte que visibilizan objetivos fallidos, esfuerzos poco consistentes, faltos de valor o coherencia)</p> <p>5.- Artista, crítico del arte</p>

<p>Argumentación en la conducción de empresas</p>	<p>1.- Razonamiento de conducción de empresas: manejo de las prácticas organizacionales y de conducción</p> <p>2.- Foro: Resoluciones y decisiones restringidas por tiempo y recursos.</p> <p>3.- Asuntos de empresa: lograr beneficios mediante el diseño de estrategias, establecimiento de objetivos de la organización, dirección de los objetivos para que sean alcanzados y control de resultados y posibles correcciones.</p> <p>4.- Argumentos: datos (información fáctica de forma cuantitativa), conclusión (toma de decisiones tácticas o políticas), garantía (principios que incrementen ganancias sin poner en peligro la empresa), soporte (definiciones de eficiencia, control de costos, efectividad de los productos, administración del personal), modalizadores (basados en la credibilidad de quien toma decisiones o resoluciones) y refutaciones o excepciones (comparación de estrategias o políticas que pueden dirigirse al fracaso o al éxito).</p> <p>5.- Figura: negociadores, empresarios, organizadores o directivos</p>
<p>Argumentos en ética</p>	<p>1.- Razonamiento ético: principios evidentes de los cuales surge la práctica de los hechos y la valoración de la acción.</p> <p>2.- Foro: está presente en todos los foros anteriores que interrelacionan el rol profesional y personal que funciona como árbitro entre las demandas de diversas actividades humanas.</p> <p>3.- Asuntos de consideraciones éticas: sobre lo correcto e incorrecto, bueno o malo de acciones, procedimientos y posibles consecuencias de diversos tópicos.</p> <p>4.- Argumentos: datos (descripción fáctica de los hechos en una situación), conclusión (curso de acción), garantía (máximas invocadas), soporte (hechos generales relevantes según las máximas éticas invocadas), modalizadores (basados en prohibiciones, permisiones, obligaciones, derechos o preferencias) y refutaciones o excepciones (consideraciones éticas sujetas al desafío).</p> <p>5.- Figuras: todos los agentes morales de diversas sociedades, grupos sociales y culturales diversos.</p>

Fuente: elaboración propia

El campo argumentativo ético está presente en el resto de los campos, pues al no tener un foro propio, lo vuelve común a todos los demás cuando se abordan cuestiones sobre el comportamiento. Estas características del campo ético que sugiere Toulmin son el comienzo de los trazos que involucran la reflexión ética y la argumentación.

2.4 Evaluación de argumentos

Evaluar un argumento forma parte del proceso en el que se pone a prueba el intercambio dialéctico y se corrobora si es capaz de soportar el peso de la crítica. El intercambio dialéctico puede ser intersubjetivo o intrasubjetivo. El intercambio intersubjetivo sucede entre diversos interlocutores y el intrasubjetivo es aquel que ocurre desde el propio individuo. Por ejemplo, “la deliberación solitaria también puede verse como una especie de marco dialéctico de la argumentación y el uso de la razón” (Walton, 2003: 162).

En este apartado se examina la propuesta de etapas argumentativa de Eemeren y Grootendorst, lo que abarca un buen argumento, el contraargumento y, por último, las falacias desde el enfoque *pragmadialéctico* y la postura de Walton de la nueva dialéctica.

La evaluación del argumento se adentra a un proceso dinámico en el intercambio dialéctico, pero “sólo después de que está claro cómo los argumentos se organizan entre sí. Y sólo se puede determinar cuál es la estructura de la argumentación cuando se comprende cómo la argumentación compleja puede dividirse en argumentos simples” (Eemeren, et.al., 2002:69). Ésta división de argumentos simples se realiza en el proceso de análisis cuando se ordenan y diagraman cada uno de ellos.

La propuesta de *etapas argumentativas* bajo el *enfoque pragmadialéctico*¹⁰⁸ de Eemeren y Grootendorst (1984,190-195); (1992: 55-56), (2001: 15-15); (2004: 57-62) plantea cuatro etapas: confrontación, apertura, argumentación y cierre; en los que se desenvuelve la argumentación¹⁰⁹ con miras a resolver una disputa¹¹⁰, es decir, un desacuerdo.

¹⁰⁸ Este enfoque argumentativo se caracteriza por integrar la perspectiva dialéctica de la argumentación y una perspectiva pragmática de la argumentación. “El modelo de discusión crítica sirve como una herramienta heurística en el proceso de reconstrucción analítica y como una herramienta evaluativa en el proceso de evaluación crítica” (Eemeren, 2001: 31).

¹⁰⁹ Eemeren y Grootendorst distinguen “la argumentación como una parte dentro de una discusión crítica sobre una opinión expresada. Con *discusión crítica* nos referimos a una discusión entre el protagonista y el antagonista de un punto de vista particular en relación a una opinión expresada, donde el propósito de la discusión es establecer si el punto de vista del protagonista es defendible frente o contra las reacciones críticas del antagonista” (1984: 64).

¹¹⁰ A diferencia de zanjar una disputa, la cual “significa que la diferencia de opinión simplemente se deja de lado. Esto puede hacerse de una manera más o menos civilizada, lanzando una moneda al aire, o más civilizadamente aún, solicitando el arbitraje de una tercera parte neutral : un árbitro, un "ombudsman" o un juez. También puede hacerse de una manera menos civilizada, saltando al cuello del adversario o, tal vez aún peor, recurriendo a la intimidación o al chantaje.” (Eemeren, 1992: 55).

Tabla 8 Etapas argumentativas de la pragmadialéctica

Etapas argumentativas	Características
Confrontación	Diferencias de opinión. Un punto de vista se presenta y es puesto en duda o se niega.
Apertura	Se toma la decisión de intentar resolver la disputa por medio de una discusión argumentativa reglamentada ¹¹¹ . Una parte toma el rol de protagonista, lo que significa que está preparada para defender su punto de vista por medio de la argumentación. La otra parte toma el rol de antagonista, lo que significa que está preparada para desafiar sistemáticamente al protagonista a defender su punto de vista.
Argumentación	El protagonista defiende su punto de vista, y el antagonista, si tiene más dudas, las presenta..
Cierre	Se establece si la disputa ha sido o no resuelta, considerando que, o el punto de vista, o la duda referente al punto de vista, han sido retirados. Si lo que se ha retirado es el punto de vista, la disputa ha sido resuelta en favor del antagonista; si lo que se ha retirado es la duda, la disputa ha quedado resuelta en favor del protagonista.

Fuente: elaboración propia

Una de las razones para optar por las etapas argumentativas de Eemeren y Grootendorst como parte del proceso de evaluación de argumentos es que se evita llevar la disputa, o también llamado desacuerdo, a temas irrelevantes que no embonan con el punto de vista inicial propuesto. Así, podría lograrse mayor efectividad en las discusiones institucionalizadas, sobre todo cuando el registro del tiempo no apremia

Una disputa se resuelve solo cuando una de las partes se retracta de sus dudas, porque ha sido convencida por la argumentación de la parte contraria, o retira su punto de vista, porque se ha dado cuenta de que su argumentación no puede sostenerse ante las críticas de la otra parte. Así, las reacciones críticas y la argumentación cumplen un papel esencial en la resolución de una disputa. Para poder resolver realmente una disputa, los puntos que están siendo disputados deben convertirse en el tema de una discusión crítica cuyo propósito es lograr acuerdos acerca

¹¹¹ Las reglas se asientan sobre reglas de comunicación y reglas de argumentación. Las reglas de comunicación en las que se apoya es la combinación de los *tipos actos de habla ilocutivos y perlocutivos* que propone Searle y en las *máximas de cantidad, calidad, relación y de modo* propuestas por Grice. Las reglas de argumentación se precisan en el *Código de conducta para los argumentadores racionales*, el cual consta de diez reglas para una discusión crítica propuestas por Eemeren y Grootendorst (2009: 195-227). La violación a alguna de estas prescripciones comunicativas y argumentativas (que se sitúan en el momento de la evaluación argumentativa) se traduce en alguna falacia.

de la aceptabilidad o inaceptabilidad de los puntos de vista en discusión, averiguando si, mediante la argumentación, pueden o no ser adecuadamente defendidos de la duda o de la crítica (Eemeren, 1992: 55).

Las etapas argumentativas propuesta desde la pragmadialéctica facilitan en cualquier tipo de diálogo, como el deliberativo, funciones específicas para el intercambio dialéctico al revisar y evaluar la fuerza de aquellos argumentos que se asumen como buenos o de aquellos que se consideran deficientes.

Saber lo que es un buen argumento es tema que ha sido objeto de revisión desde el campo de la argumentación en las últimas décadas desde la perspectiva dialéctica y retórica. El modo tradicional de análisis y evaluación de argumentos, -principalmente en los deductivos- que había prevalecido hasta la segunda mitad del siglo XX se representa como el modelo P + I, el cual distingue “premisas apropiadas + inferencia adecuada” (Marraud, 2013:139). Dicha valoración obedece al criterio de Relevancia, Suficiencia y Adecuación (RSA) o de Aceptabilidad, Relevancia y Soporte (por sus siglas en inglés ARG), la cual resulta deficiente. La razón es que “ignora la dimensión dialéctica de la argumentación, que identifican con las posiciones alternativas y las objeciones previsibles al argumento presentado” (Marraud, 2012:139).

La dimensión dialéctica ofrece un panorama por explorar en la revisión, análisis y evaluación de argumentos; la cual podría enmendar la insuficiencia del modelo P + I y su criterio RSA o ARG. Una de las propuestas¹¹² es desarrollada por Vorobej, quien desarrolla una definición de argumento convincente en el que integra el criterio de RSA

Un argumento A es convincente para una persona P, dado su estado epistémico y el contexto argumentativo en el que P interpreta y evalúa A, si es racional para P creer que (1) las premisas de A son verdaderas, (2) son pertinentes para su conclusión, (3) la sustentan suficientemente y (4) la omisión de cualquiera de las premisas disminuiría ese apoyo (Vorobej, 2006: 49-53).

Vorobej apela a una definición de argumento convincente bajo determinados requisitos que no deben tomarse por separado. No obstante, hay un problema de fondo que debe señalarse. Cualquier argumento será considerado convincente al tropezar de cara al relativismo radical.

¹¹² Otra propuesta de definición de buen argumento es de Ralph Johnson, en palabras de Marraud, sugiere que “una caracterización apropiada de buen argumento debe incluir tres tipos de requisitos: referidos a las premisas, a la relación de las premisas con la conclusión y a la relación del propio argumento con otros argumentos concurrentes” (Marraud, 2013:140). Inicialmente estos requisitos son convincentes porque abarcan toda la gama de argumentos, aunque surgen otras cuestiones secundarias como ¿qué requisitos indispensables necesitan las premisas? ¿Qué requisitos indispensables necesitan la relación de premisas y conclusión y ¿Qué requisitos indispensables necesitan la relación entre argumentos? Preguntas que son planteadas en la dimensión dialéctica en cada uno de los tipos de diálogo que sugiere Douglas Walton en toda su obra.

Por ejemplo, estarán en el mismo nivel la creencia de que “los cubrebocas no protegen de algún virus” y la creencia “los cubrebocas protegen de algún virus”; pues basta con que estas se adecuen al estado epistémico en dos personas distintas (en el apartado 2.3 Argumentación en ética, se presentan los peligros de asumir la dicotomía entre el relativismo y el absolutismo).

Por *estado epistémico* entiende Vorobej el “conjunto (enorme y vagamente definido) de creencias, deseos, emociones, esperanzas e intenciones actuales de una persona, que, en un momento dado, captura cómo esa persona ve el mundo y cómo se ve a sí misma dentro de su entorno“ (Vorobej, 2006:47-48). El estado epistémico de una persona incluye sus estándares epistémicos de formación de creencias racionales teóricas y prácticas. Las cuales son susceptibles de ser modificadas si hay transformaciones en el conjunto de deseos, emociones, esperanzas e intenciones. Define Vorobej, en palabras de Marraud, la racionalidad de las creencias

... apelando al propio juicio reflexivo del sujeto: es racional para P creer una proposición Q si y solo si, si P reflexionase cuidadosamente sobre Q, en el contexto de su actual estado epistémico general, llegaría a la convicción de que Q es verdadera (Marraud, 2013:140).

La racionalidad de las creencias como soporte de proposiciones que se asumen como verdaderas hace evidente la consecución de posiciones relativistas, pues resulta insostenible - sobre todo en el razonamiento práctico- que ante desacuerdos sobre un mismo hecho o sobre actitudes en una situación particular se puedan afirmar ambas como verdaderas. Marraud pone sobre la mesa de discusión la siguiente pregunta

¿Cuándo son apropiadas las premisas? Se han dado muchas respuestas distintas: cuando son verdaderas, cuando son conocidas, cuando están justificadas, cuando son aceptadas por la audiencia, cuando son aceptables para la audiencia, cuando son presumibles, etc. También se han propuesto combinaciones de esos requisitos, como la verdad y la aceptabilidad (Marraud, 2013:141).

La cuestión sobre los buenos argumentos, al establecer como requisito premisas apropiadas, conduce al problema actual en el que la dimensión dialéctica sigue concentrando sus esfuerzos. Cabe precisar que el criterio de verdad¹¹³, al menos en el campo de la ética, resulta inadmisibles, pues conduce a proposiciones que se caracterizan por representar

¹¹³ Indica Marraud “se ha objetado que la verdad de las premisas es un requisito demasiado débil y demasiado fuerte. Demasiado débil porque las premisas pueden ser verdaderas sin que lo sepamos y aun contra todas las apariencias. Al mismo tiempo parece demasiado fuerte porque las premisas pueden ser falsas y estar fuera de toda duda razonable. Además, en muchas ocasiones hay que argumentar a partir de datos incompletos o inciertos para llegar a conclusiones meramente plausibles (Marraud, 2013: 141-142).

posiciones absolutistas, inflexibles, definitivas y universales; a la vez, rechazan la posibilidad de considerar la diversidad racional y razonabilidad. Además, “se ha aducido que el criterio de verdad es inadecuado para el razonamiento práctico porque cuando se trata de elegir un curso de acción las premisas no tienen que ser verdaderas para que el argumento sea bueno” (Marraud, 2013: 141-142). A lo mucho la adecuación de premisas conduce a conclusiones plausibles, las cuales componen argumentos abductivos, conductivos, presuntivos o análogos; los cuales están sujetos a revisión constante.

Sigue aún la cuestión, ¿cuando son apropiadas las premisas? De manera más específica ¿qué criterios son indispensables para las premisas de un argumento en el campo de la ética? El requisito de premisas conocidas, justificadas o aceptadas también exteriorizan problemas que ya revela Marraud,

El paso de un criterio alético a un criterio epistémico comporta cambios notables. Con los requisitos de sinceridad y de justificación aparece la alusión a un sujeto S, ausente del requisito de verdad. Las premisas pueden ser creídas o conocidas por unos y no por otros, y entonces serán apropiadas para los primeros e inapropiadas para los segundos. Eso abre un abanico de posibilidades según se adopte el punto de vista del argumentador, el de la audiencia o el modo en que se conjuguen. Podría exigirse que las premisas sean conocidas por el argumento, que sean conocidas por la audiencia, que sean de conocimiento común, etc. Además, lo que una persona sabe cambia con el tiempo, de manera que la adecuación de las premisas aparece ahora como una relación entre una proposición, un sujeto y un momento (2013:141).

El panorama no es del todo alentador a la hora de evaluar los argumentos cuando se discuten los requisitos bajo los cuales se establece la adecuación de las premisas. Entre los teóricos de la argumentación sigue siendo aún materia de discusión. Por lo pronto, puede rescatarse que los criterios de RSA o ARG para disponer buenos argumentos deben incluir la consideración del estado epistémico; el cual dispone, de forma provisional, de conclusiones plausibles que deben ser revisables y modificables cuando así lo amerite. El desafío se encuentra cuando los estados epistémicos confluyen al embarcarse en algún propósito. Una vía para hacer frente a este desafío es el proceso dialéctico de evaluación dinámica de argumentación y contraargumentación que propicien la obtención y, en su caso, mejoría de habilidades argumentativas.

Contraargumentar no es sólo anunciar que no se comparte el argumento del interlocutor. Es una actividad en la que se debe presentar razones por las cuales no se comparte el argumento. Marraud define, “contraargumentar es intentar mostrar con un argumento que otro argumento no es concluyente”(2007:64). En cuanto a su definición es equivalente a argumentación, como actividad discursiva, y argumento, como unidad discursiva. Más adelante expresa que “un

contraargumento puede intentar establecer que alguna de las premisas del argumento inicial es falsa o dudosa, que su conclusión es falsa o que el apoyo de las premisas a la conclusión es insuficiente” (2007:64).

“Los contraargumentos pueden clasificarse atendiendo a la parte cuestionada del argumento atacado: las premisas (objeción), la conclusión (refutación) o el paso inferencial (recusación)” (Marraud, 2019: 70). Esta clasificación es favorable pues al señalar que un argumento resulta improcedente o cuestionable debe precisarse el punto que ocasiona su mención.

En la etapa de *argumentación*, que plantea la pragmadialéctica, se encuentra la contraargumentación que es propia del antagonista; el cual manifiesta sus dudas o desacuerdos al punto de vista presentado por el protagonista. Cuando alguno de los participantes, protagonista o antagonista, manifiesta que algún argumento no es concluyente dado que hay errores de razonamiento entonces se hace presente el tema de las falacias, principalmente en la recusación.

2.5 Falacias

La definición del término falacia¹¹⁴, su clasificación¹¹⁵ y los tipos de falacias¹¹⁶ ha sido objeto de diversos estudios en el campo de la argumentación en cada una de sus dimensiones: lógica, dialéctica y retórica. En este apartado se precisan aquellas falacias más representativas que permiten la evaluación argumentativa en el campo de la ética.

Es difícil encontrar una definición unánime del término y clasificación de falacia¹¹⁷.

¹¹⁴ Entre las diversas definiciones de falacias destacan la de Copi y Cohen, precisan que “una falacia es un error de razonamiento... [son] errores típicos que surgen frecuentemente en el discurso ordinario y que tornan inválidos los argumentos en los cuales aparecen (2007:125). Una definición más reciente es la que propone Vega en su obra *La fauna de las falacias*, “voy a entender por *falaz* el discurso que pasa, o se quiere hacer pasar, por una buena argumentación y en esa medida se presta a error o induce a engaño pues, en realidad, se trata de un falso (pseudo-) argumento o de una argumentación fallida o fraudulenta” (2013:13). Además hace una revisión histórica en la que explora diversas definiciones, diversos criterios y sistemas de clasificación, así como sus diversas denominaciones.

¹¹⁵ Entre las clasificaciones propuestas se encuentran la de Copi y Cohen, quienes ofrecen un acercamiento didáctico. Agrupan 17 tipos de falacias, por un lado se encuentran las *falacias de atinencia* “Cuando un argumento descansa en premisas que no son pertinentes para su conclusión y, por lo tanto, no pueden establecer de manera apropiada su verdad” (2007:127) y las *falacias de ambigüedad*, en las que “su formulación contiene palabras o frases ambiguas, cuyos significados cambian en el curso del argumento” (2007:151). Esta clasificación es similar a la que proponen Herrera y Torres quienes ofrecen, a la vez, una esquematización de las falacias analizadas. Su clasificación agrupa por un lado, en *falacias formales*; las cuales “pueden expresarse mediante símbolos lógicos, distinguiendo con precisión las partes que las componen” (1994:16); y por otro lado se encuentran las *falacias informales*, las cuales no pueden formalizarse mediante símbolos “la dificultad estriba en que la incorrección... va estrechamente ligada a las circunstancias en las cuales tiene lugar su enunciación... o por el hecho de ir asociadas a error, sean semánticos o sean sintácticos, probablemente no simbolizables. O bien, por ambos factores a la vez (1994:17-18). En esta agrupación se encuentran las *falacias de irrelevancia* (transferencia de propiedades, apelación a los sentimientos, y referencia insuficiente) (1994: 23-62) y por otro falacias de ambigüedad (1994: 63-75). La clasificación Aristotélica que destaca Hamblin es la que distingue entre argumentos válidos e inválidos. Pero, “Inmediatamente se presentan dos formas diferentes de clasificar las falacias. Primero, dando por sentado que tenemos argumentos que parecen ser válidos, podemos clasificarlos según qué es lo que hace que no lo sean; o en segundo lugar, dando por sentado que no son válidos, podemos clasificarlos según qué es lo que los hace parecer válidos” (1970: 13).

¹¹⁶ Se han detectado más de cien tipos de falacias y todavía se siguen clasificando falacias según los errores de razonamiento que se detectan o, para el caso de la nueva dialéctica, según las violaciones de reglas de la buena argumentación. Uno de los catálogos más vastos se encuentra en *Historians' Fallacies. Toward a Logic of Historical Thought* de Hackett, quien precisa en su introducción que “A medida que nos volvemos más experimentales en nuestros pensamientos y actos, debemos encontrar una manera de lidiar con los experimentos que fallan (1970). También Bradley Dowden, en *The Internet Encyclopedia of Philosophy*, detecta más de 200 falacias que describe y ejemplifica con pasajes breves.

¹¹⁷ En su obra *Fallacies*, Hamblin revisa y analiza las falacias de la tradición India y las falacias Aristotélicas y su respectiva tradición que comenzó a ser objeto de discusión y replanteamientos teóricos en la segunda mitad del siglo XX. Además analiza y discute el alcance de las falacias clasificadas como formales e informales debido a la falta de precisión del concepto de argumento (1970:224-226). Una visión moderada es la que ofrecen Eemeren y Grootendorst al precisar que “se debería preferir una teoría unificada, que fuera capaz de tratar todos los fenómenos diferentes. Sin dudas las falacias constituyen una categoría heterogénea, pero esto no significa automáticamente que solo puedan ser analizadas por medio de instrumentos teóricos variados” (1992:123). También Vega señala que no hay un procedimiento para su identificación y prevención. Precisa que “puede haber complicaciones añadidas en función de la manera más libérrima o más restrictiva de hablar de las falacias. En el primer caso, cabían en el saco muy diversos tipos de errores, sesgos e incluso falsedades o malentendidos; en el segundo, apenas habría sitio para algo más que los esquemas tradicionales de argumentos falaces e inferencias fallidas” (2013:13).

Pero es indispensable tomar un punto de partida para su definición. El estudio inicial y sistemático de las falacias se presenta con Aristóteles en sus *Refutaciones Sofísticas*, destacando como falaz, “que unos razonamientos, pues, los son realmente, y otros, aunque no lo son, lo parecen, es manifiesto” (*Ref. Sof. I*, 164a20). Es decir, que un argumento falaz simula ser un buen argumento cuando en realidad no lo es, una vez que se examina.

Por otro lado, ya desde la lógica informal¹¹⁸ se distingue entre sofisma, paralogismo y sesgo del término de falacia; “Un sofisma es un ardid o una argucia deliberadamente engañosa, mientras que un paralogismo constituye más bien un error o un fallo involuntario de razonamiento” (Vega, 2013: 25). Es decir, mientras el sofisma es un error intencionado, el paralogismo es un error no premeditado.

El sesgo, a diferencia de la falacia, se caracteriza por ser una distorsión de la percepción de la realidad. El sesgo surge en el conjunto de los estados epistémicos que conforman una visión distorsionada del entorno. Los estándares racionales deformados son muestras de irracionalidad. Vega entiende por sesgo “un error sistemático, no eventual o circunstancial” (2013:54). La diferencia entre el sesgo y la falacia es que la primera es explicativa y predomina en diversos procesos del pensamiento y la segunda normativa y ocurre específicamente en los razonamientos, “la condición falaz estriba en un proceder viciado o deficiente que parece estar en orden o aparenta discurrir como es debido” (Vega, 2013:140).

Ante las distinciones conceptuales entre sofisma, paralogismo y sesgo¹¹⁹, cabe resaltar como estrategia falaz

... un recurso planeado y deliberado de introducir sesgos, condiciones, obstáculos o impedimentos al proceso de interrelación discursiva, entre el inductor y el receptor, a expensas de la simetría que cabría suponer en una interacción franca entre los agentes involucrados; pero

¹¹⁸ Si hay una noción propia y distintiva de la lógica informal es la noción de falacia, aunque con el paso del tiempo el núcleo de la lógica informal se ha ido desplazando del estudio de las falacias al estudio de los esquemas argumentativos. No por eso hay que pensar que exista un tratamiento comúnmente aceptado de las falacias. Los desacuerdos se refieren a la noción de falacia, a los criterios para determinar si un argumento es falaz, a la clasificación de las falacias y a la utilidad de su estudio para aprender a razonar. No sólo no existe una teoría de las falacias, sino que no faltan quienes como Massey ponen en duda que pueda existir. (Marraud, 2007:239).

¹¹⁹ También existen distintos tipos de sesgo, reconoce Vega al menos tres clasificaciones, 1) sesgo cognitivo, “la tradición cognitiva... más descriptiva y explicativa que normativa, son cuestiones relevantes las fuentes de error y las condiciones o los factores generadores de errores, que pueden y suelen tener que ver con ciertos modos naturales de responder cognitivamente a las demandas del medio” (2013:61); 2) sesgo heurístico, “son procedimientos empíricos y más o menos expeditivos de solución de problemas en condiciones subóptimas de procesamiento de la información disponible, como las determinadas por la escasez de tiempo, la complejidad del asunto o la competencia del propio agente. En un proceder heurístico, la eficiencia prima sobre la calidad o corrección de la respuesta, de modo que este tipo de atajo o de recurso puede conducir bien a aciertos, bien a errores o sesgos”(2013: 86); y 3) sesgos ideológicos, se caracterizan por ser “condicionantes psicológicos y socioculturales... situados en la esfera del discurso público” (2013:178).

conlleva además, cuando no resulta fallida, una distorsión de la comunicación y de la interacción equitativa e inteligente entre esos agentes (Vega, 2013:116).

A diferencia de la estrategia falaz o también llamada paralogismo, la falacia puede ser inadvertida. La estrategia falaz es planeada bajo ciertas tácticas argumentativas en las que antecede interacción comunicación retorcida con determinados propósitos.

El sofisma y paralogismo son especies contenidas en el conjunto de falacias, las cuales se expresan en la diversidad de falacias que se han detectado. En este trabajo solo se revisan aquellas falacias que son recurrentes en el campo ético desde la versión de Walton y el enlace teórico con la versión pragmadialéctica. Para ello, se presenta en este apartado los rasgos centrales de cada una.

La propuesta de falacia desde la pragmadialéctica está relacionada con cada una de las etapas argumentativas. El enfoque pragmadialéctico entiende por falacias “movimientos deficientes en el discurso argumentativo” (Eemeren, 2001: 135). En diversas obras¹²⁰ ofrecen un marco normativo para identificar la deficiencia del discurso argumentativo cuando los interlocutores acuden en la defensa de sus puntos de vista.

En el enfoque *pragmadialéctico* se asume que las falacias pueden evitarse si los interlocutores, protagonista y antagonista, aceptan compromisos en cada una de las etapas argumentativas. Para ello, proponen reglas para la discusión crítica o también llamado *código de conducta dialéctico para los argumentadores racionales*¹²¹ “cuando realizan actos de habla en las discusiones” (Eemeren y Grootendorst, 1984:309). Si se viola alguna de las reglas del código de conducta entonces se comete falacia o alguna inconsistencia¹²².

¹²⁰ “Las falacias son actos de habla que intentan por parte del hablante hacer una contribución a la resolución de la disputa pero que a me-nudo de hecho obstruyen el camino a una resolución. Por lo tanto, es importante prevenir a los hablantes de ejecutar tales actos y a los oyentes de aceptar dichas ejecuciones” (Eemeren y Grootendorst, 1984:309). Las falacias pueden presentarse en cada una de las etapas argumentativas y hay que saber detectarlas para saber cómo abordarlas “las disposiciones establecidas en el modelo pueden violarse de diversas formas. Puede suceder que un acto realizado (a) no sea un acto de habla, (b) no pertenezca a la categoría correcta de actos de habla, (c) no sea el miembro correcto de la categoría en cuestión, (d) no se realice por la parte correcta, (e) no se realiza en la etapa correcta de la discusión, o (f) no cumple la función correcta. Será evidente que diferentes violaciones pueden tener consecuencias considerablemente divergentes” (2003: 163). Y más adelante precisan que “Para determinar exactamente qué violaciones de las reglas de una discusión crítica tienen lugar en un discurso o texto argumentativo, primero es necesario examinar hasta qué punto dicho discurso o texto puede reconstruirse como una discusión crítica” (2003: 185).

¹²¹ De manera específica proponen un *código de conducta dialéctico para los argumentadores racionales* en la apertura, confrontación, argumentación y cierre (1984: 312-356). Si se desatiende alguna de las reglas de dicho código entonces se puede incurrir en alguna falacia.

¹²² “Las inconsistencias en el discurso argumentativo son de dos tipos: lógicas o pragmáticas. Una inconsistencia lógica se da cuando los enunciados se hacen de manera que ambos son contradictorios entre sí, de modo que ninguno de los dos puede ser verdadero... Cuando la argumentación contiene dos enunciados que, aunque no sean

Las reglas para discusión crítica son diez; las cuales se hacen presentes en más de alguna etapa argumentativa como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 9 Reglas para la discusión crítica

Etapa argumentativa	Regla para la discusión crítica	Falacia
Confrontación	Regla 1 ¹²³	1.- Con respecto a los puntos de vista o dudas: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de declarar los puntos de vista como sacrosantos o tabúes.¹²⁴ 2.- Con respecto al oponente: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Poniendo bajo presión al oponente <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia del garrote¹²⁵ ● Falacia de apelación a la piedad¹²⁶ 2.2 Hacer un ataque personal <ul style="list-style-type: none"> ● Ataque a la persona directo¹²⁷ ● Ataque a la persona circunstancial¹²⁸ ● Variación del <i>tu quoque</i>¹²⁹
Apertura	Regla 2 ¹³⁰	1.- Cambiando la carga de la prueba hacia la otra parte: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de la inversión de la carga de la prueba¹³¹ 2.- Escapar de la carga de la prueba:

lógicamente inconsistentes, tienen consecuencias en el mundo real que son contradictorias, se llama inconsistencia pragmática” (Eemeren, et.al., 2002:96).

¹²³ Regla de la libertad, Las partes no deben impedirse unas a otras el presentar puntos de vista o el ponerlos en duda (Eemeren, et.al., 2006:177).

¹²⁴ Se le imponen restricciones al contenido, significa que, ciertos puntos de vista son excluidos de la discusión ... se le prohíben al oponente ponerlos en duda y, en consecuencia, se los vuelve inmunes a la crítica (Eemeren y Grootendorst, 2002:128).

¹²⁵ El término latino *baculum*, que significa garrote, se refiere entonces, por extensión, a la amenaza de emplear cualquier tipo de violencia (Eemeren y Grootendorst, 2002:129).

¹²⁶ El término latino *miserordiam* implica apelar a las emociones. “Una manera sofisticada, aunque no poco común, de utilizar amenazas para presionar al oponente es la manipulación de sus emociones. Por ejemplo, se le da a entender al oponente que, si comienza a poner en cuestión un punto de vista, será considerado responsable de herir o desilusionar a la persona que lo presentó. La amenaza contenida en este chantaje moral le hace sentir que ya no es libre de poner en duda el punto de vista” (Eemeren y Grootendorst, 2002:129). No todos los casos de misericordia son falaces y en eso coincide con Walton, pues se inclina más hacia lo psicológico que a lo lógico (1987:42-45).

¹²⁷ Su término latino *argumentum ad hominem*, que significa contra el hombre. “consiste en debilitar al oponente poniendo en duda su experiencia, inteligencia, carácter o buena fe” (Eemeren y Grootendorst, 2002:131) Se describe al oponente como estúpido, malo, poco confiable, etc.(2006:178-179), (2002:224).

¹²⁸ “Se hacen aparecer como sospechosas las motivaciones del oponente para presentar su punto de vista o su duda: él tiene un interés personal en el asunto y, por lo tanto, está sesgado en esa dirección” (Eemeren y Grootendorst, 2002:131)

¹²⁹ El término latino *tu quoque* significa “tú también” y se considera una falacia porque “se intenta encontrar una contradicción en las palabras del oponente, o entre sus palabras y sus acciones, y debilitar así su credibilidad” (Eemeren y Grootendorst, 2002:131).

¹³⁰ Regla de la carga de la prueba. Una parte que presenta un punto de vista está obligada a defenderlo si la otra parte le solicita hacerlo (Eemeren y Grootendorst, 2006: 177).

¹³¹ En una diferencia de opinión no mixta, en lugar de defender su pro-pio punto de vista, el protagonista fuerza al antagonista a mostrar que el punto de vista del protagonista es incorrecto. O bien, en una diferencia de opinión mixta una de las partes no trata de defender su punto de vista sino que fuerza a la otra parte a defender su punto de vista (Eemeren y Grootendorst, 2006: 179).

		<ul style="list-style-type: none"> • Falacia de eludir la carga de la prueba¹³²
Argumentación	Regla 4 ¹³³	1.- La argumentación no tiene relación con el punto de vista que está en discusión: <ul style="list-style-type: none"> • Falacia de la argumentación irrelevante¹³⁴ 2.- El punto de vista se defiende por medios diferentes de la argumentación: <ul style="list-style-type: none"> • Falacia de manipulación de los sentimientos de la audiencia¹³⁵ • Falacia de ostentación de las cualidades propias¹³⁶
Argumentación	Regla 5 ¹³⁷	1.- Añadiendo una premisa implícita que va más allá de lo que está garantizado: <ul style="list-style-type: none"> • Falacia de agrandamiento de una premisa implícita¹³⁸ 2.- Rechazando la aceptación del compromiso de una premisa implícita implicada por la defensa de uno. <ul style="list-style-type: none"> • Falacia de la negación de una premisa implícita¹³⁹
Argumentación	Regla 6 ¹⁴⁰	1.- Mezclando puntos de partida por parte del protagonista negando falsamente que algo es un punto de partida aceptado: <ul style="list-style-type: none"> • Falacia de la negación falsa de un punto de partida aceptado¹⁴¹. 2.- Mezclando puntos de partida del antagonista falsamente presentando algo como un punto de partida aceptado:

¹³² Se comete falacia en estas tres variantes: 1) Presentando el punto de vista como evidente en sí mismo; 2) Dando una garantía personal de la corrección del punto de vista y 3) Inmunizando el punto de vista contra la crítica (2002:179), (2006: 136-138).

¹³³ Regla de la relevancia. Una parte sólo puede defender su punto de vista presentando una argumentación que esté relacionada con ese punto de vista (Eemeren y Grootendorst, 2006: 177). Está presentada bajo el protagonista.

¹³⁴ La falacia de presentar argumentación que solo es relevante a un punto de vista que no está en discusión en el momento se conoce tradicionalmente con el nombre de *ignoratio elenchi*, (Eemeren,2002:152). Que significa ignorar la cuestión, también se conoce como conclusión irrelevante.

¹³⁵ “Esta falacia se conoce como patética (*pathos*) o *argumentatum ad populum* que significa argumento dirigido al pueblo, a la audiencia. Este tipo de violaciones juega directamente con los sentimientos de la audiencia” (Eemeren, 2002: 152). HACER PRECISIÓN, PUES NO TODA APELACIÓN AL SENTIMIENTO ES DE ENTRADA FALAZ.

¹³⁶ “Esta falacia se conoce como ética/abuso de autoridad (Eemeren, et.al., 2006:180). “el protagonista deliberadamente introduce su propia persona en la discusión”. Se conoce como *ethos*, la credibilidad que “deriva del mecanismo psicológico que hace que mientras más confianza tenga la audiencia en una persona, más probable es que acepte lo que esa persona dice” (Eemeren, 2002:154).

¹³⁷ “Regla de la premisa implícita. Una parte no puede presentar algo falsamente como si fuera una premisa dejada implícita por la otra parte, ni puede negar una premisa que él mismo ha dejado implícita” (Eemeren y Grootendorst, 2006: 177). Está presente tanto en el protagonista como en el antagonista.

¹³⁸ “La falacia consiste en ir más allá del óptimo pragmático justificado por el contexto verbal y no verbal en que ocurre la argumentación. Es una forma de exageración que consiste en magnificar lo que se ha dejado implícito” (Eemeren, 2002:160).

¹³⁹ “La falacia se produce cuando un protagonista, cuyo punto de vista ha sido cuestionado, se rehúsa a aceptar su compromiso con la premisa implícita, a pesar de que este compromiso ha sido puesto al descubierto correctamente. Es como si tratara de desentenderse de su responsabilidad (Eemeren, 2002:162), (Eemeren, et.al., 2006:180).

¹⁴⁰ Regla del punto de partida. Una parte no puede presentar falsamente una premisa como si fuera un punto de partida aceptado, ni puede negar una premisa que representa un punto de vista aceptado (Eemeren y Grootendorst, 2006: 177). Está presente tanto en el protagonista como en el antagonista.

¹⁴¹ “Al promover falsamente una proposición a la categoría de punto de partida común, el protagonista intenta evadir el peso de la prueba. Así, impide que la proposición sea cuestionada y que necesite, por lo tanto, ser defendida...Esto revela un intento de parte del protagonista por introducir entre los puntos de partida comunes algo de contrabando, usando, por así decirlo, un pasaporte falso” (Eemeren, 2002:169).

		<ul style="list-style-type: none"> ● Falacia del empleo falso en el uso injusto de presuposiciones en la construcción de aseveraciones¹⁴² ● Falacia del hacer un uso falso de las presuposiciones en la formulación de preguntas¹⁴³ ● Falacia del uso de un argumento que sostiene lo mismo que el punto de vista¹⁴⁴
Argumentación	Regla 7 ¹⁴⁵	1.- Empleo de un esquema argumentativo inapropiado: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia populista¹⁴⁶ ● Falacia de los hechos confusos con juicios de valor¹⁴⁷ 2.- Aplicando un esquema argumentativo incorrecto: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de la autoridad¹⁴⁸ ● Falacia de la generalización apresurada¹⁴⁹ ● Falacia de la falsa analogía¹⁵⁰ ● Falacia de relación causal¹⁵¹ ● Falacia de la pendiente resbaladiza¹⁵²
Argumentación	Regla 8 ¹⁵³	1.- Razonamientos que tratan una condición necesaria como

¹⁴² “Otra manera de evitar que una proposición sea atacada es colocar un punto debatible en una posición oscura en la formulación, de manera que no llame inmediatamente la atención” (Eemeren, 2002:169).

¹⁴³ Conocida como falacia de las preguntas múltiples o pregunta compleja “se usa generalmente cuando el protagonista no espera que el antagonista esté dispuesto a concordar con una proposición particular... La falacia de preguntas múltiples está destinada a engañar al interlocutor, se la conoce también como pregunta capciosa” (Eemeren, 2002:170).

¹⁴⁴ Falacia del razonamiento circular/*petitio principii*/pregunta mendicante (Eemeren, et.al., 2006:180-181). “Esta falacia se conoce también con el nombre de *petitio principii* o reformular la pregunta. Comete esta falacia el protagonista que actúa como si su punto de vista hubiera sido adecuadamente defendido, en circunstancias de que el punto de partida en el que basa su defensa es idéntico, de hecho, a la proposición que está siendo disputada” (Eemeren, 2002:171).

¹⁴⁵ Regla del esquema argumentativo. Una parte no puede considerar que un punto de vista ha sido defendido concluyentemente si la defensa no se ha llevado a cabo por medio de un esquema argumentativo apropiado que se haya aplicado correctamente (Eemeren y Grootendorst, 2006: 178).

¹⁴⁶ “algo es así, o es bueno, porque todo el mundo piensa que es así o que es bueno... se conoce como *argumentum ad populum*. Debido a que apela a la mayoría de la gente, esta forma del *argumentum ad populum* se describe también como falacia populista” (Eemeren, 2002:180).

¹⁴⁷ “No es permisible poner a prueba una afirmación (proposición descriptiva) haciendo notar sus efectos indeseables (proposición evaluativa), porque en ese caso se estarían confundiendo los hechos con los valores. En este caso, el examen de las implicaciones resulta ser un esquema argumentativo inapropiado, que se conoce como *argumentum ad consequentiam*” (Eemeren, 2002:181).

¹⁴⁸ Este tipo de falacia conocida como *argumentum ad verecundiam*, apelar a la autoridad de manera ilegítima, es decir, “para que este esquema argumentativo pueda ser usado en la defensa de un punto de vista, es necesario que el antagonista lo reconozca como correcto. Si, a pesar de saber que el antagonista no lo reconoce así, el protagonista lo elige de todos modos, se hace culpable de una violación a la Regla 7” (Eemeren, 2002:179-180).

¹⁴⁹ “El uso correcto de este esquema requiere de observaciones que sean representativas y suficientes; de lo contrario, se comete la falacia conocida como *secundum quid*” (Eemeren, 2002:183).

¹⁵⁰ “Si queremos que las disputas se puedan resolver, debemos evitar las falsas analogías. Sin embargo, como lo ilustran estos ejemplos, no siempre es tan claro cuándo una analogía es efectivamente falsa. Para poder distinguir una falsa analogía de una analogía correcta resulta absolutamente indispensable contar con criterios inequívocos” (Eemeren, 2002:182).

¹⁵¹ “Inferir una relación de causa-efecto a partir de la simple observación de que dos eventos ocurren uno después del otro equivale a cometer la falacia llamada *post hoc ergo propter hoc* (“después de esto, por lo tanto, por causa de esto”)” (Eemeren, 2002:183).

¹⁵² Esta falacia también es una relación causal (Eemeren, et.al., 2006:181). “Esta falacia consiste en sugerir erróneamente que, si se toma el curso de acción propuesto, se estaría yendo de mal en peor” (Eemeren, 2002:183).

¹⁵³ Regla de la validez. En su argumentación, las partes sólo pueden usar argumentos que sean lógicamente válidos o que sean susceptibles de ser validados explicitando una o más premisas implícitas (Eemeren y Grootendorst, 2006: 178). Está presente en el razonamiento del protagonista.

		<p>condición suficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de la negación del antecedente¹⁵⁴ ● Falacia de la afirmación del consecuente¹⁵⁵ <p>2.-Razonamientos que confunden las propiedades de las partes y del todo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de la división¹⁵⁶ ● Falacia de la composición¹⁵⁷
Cierre	Regla 9 ¹⁵⁸	<p>1.- Cambios en la conclusión por parte del protagonista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia que rechaza retractarse de un punto de vista que no fue exitosamente defendido¹⁵⁹. ● Falacia que concluye que un punto de vista es verdadero porque ha sido defendido exitosamente¹⁶⁰ <p>2.- Cambios en la conclusión del antagonista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia que rechaza el retiro de la crítica de un punto de vista que fue exitosamente defendido¹⁶¹ ● Falacia que concluye que un punto de vista es verdadero porque lo opuesto no fue exitosamente defendido¹⁶²
Todas	Regla 3 ¹⁶³	<p>1.- Atribuirle a la otra parte un punto de vista ficticio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia del espantapájaros¹⁶⁴ <p>2.- Distorsionando el punto de vista de la otra parte:</p>

¹⁵⁴ “En el *modus tollens* invertido la negación del consecuente es inferida a partir de la negación del antecedente”(Eemeren, 2002:191).

¹⁵⁵ “En el *modus ponens* invertido la confirmación del antecedente es inferida a partir de la afirmación del consecuente (Eemeren, 2002:191).

¹⁵⁶ “El resultado es la falacia de la transferencia incorrecta de una propiedad desde las partes al todo” (Eemeren, 2002:195).

¹⁵⁷ “La transferencia incorrecta de una propiedad desde el todo a sus partes”(Eemeren, 2002:195), (Eemeren, et.al., 2006:181).

¹⁵⁸ Regla del cierre. Una defensa fallida de un punto de vista debe tener como resultado que la parte que lo presentó se retracte de él y una defensa exitosa de un punto de vista debe tener como resultado el que la otra parte se retracte de sus dudas sobre el punto de vista (Eemeren et. al.; 2006: 178). Debe prestar atención tanto el protagonista como el antagonista.

¹⁵⁹ “Si el protagonista viola la Regla 9, atribuyéndole automáticamente a una defensa exitosa de su punto de vista la consecuencia de que ha probado que el punto de vista es verdadero, comete, en principio, un doble error. En primer lugar, les asigna un rango injustificado a los puntos de partida comunes en que se basa su defensa: actúa como si estos fueran verdaderos *a priori*, en circunstancias de que no hay absolutamente ninguna garantía de que realmente lo sean. En segundo lugar, al hacerlo, erróneamente le confiere a su defensa exitosa una categoría objetiva, en vez de una (inter)subjetiva.” (Eemeren, 2002:195).

¹⁶⁰ “El protagonista viola la Regla 9 si, sobre la base de una defensa exitosa lograda con la ayuda de una concesión otorgada por el antagonista, pretende haber demostrado que su punto de vista es verdadero... el protagonista entra en conflicto, de dos maneras, con la naturaleza *ex concessu* de una defensa exitosa: primero, actúa como si el resultado de su defensa no dependiera de las concesiones otorgadas por el antagonista y, segundo, como si este resultado pudiera aspirar a una aceptación universal” (Eemeren, 2002:195).

¹⁶¹ “Confunde su rol como antagonista con el rol de protagonista... es el resultado de una incorrecta comprensión de cómo se asigna el peso de la prueba en las discusiones” (Eemeren, 2002:204).

¹⁶² En esta falacia se presenta *argumentum ad ignorantiam* (Eemeren, et.al., 2006:181-182).“Supone equivocadamente que una discusión siempre tiene que terminar en la victoria de un punto de vista, sea positivo o negativo, y que la negación del punto de vista positivo supone la afirmación del punto de vista negativo y viceversa... es el resultado de ignorar la posibilidad de que exista un punto de vista cero” (Eemeren, 2002:204)

¹⁶³ Regla del punto de vista. El ataque de una parte en contra de un punto de vista debe referirse al punto de vista que realmente ha sido presentado por la otra parte (Eemeren et.al. 2006: 177). Deben prestar atención tanto el protagonista como el antagonista.

¹⁶⁴ En esta falacia 1) Presenta enfáticamente el punto de vista opuesto; 2) Refiriéndose a las visiones del grupo al cual el oponente pertenece y 3) Creando un oponente ficticio (2006:179).

		<ul style="list-style-type: none"> ● Falacia del espantapájaros¹⁶⁵
Todas	Regla 10 ¹⁶⁶	1.- Empleo incorrecto de la falta de claridad: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de falta de claridad¹⁶⁷ 2. Empleo incorrecto de la ambigüedad: <ul style="list-style-type: none"> ● Falacia de ambigüedad¹⁶⁸

Fuente: elaboración propia

Esta clasificación de falacias para una discusión crítica es la antesala para comprender cómo se cometen falacias en los diversos diálogos que plantea Walton. “En su estado actual, es básicamente una teoría de las normas y no una teoría de los criterios. La propuesta de Walton podría completar la parte de criterios según el tipo de diálogo” (Eemeren, 1992: 125). El alcance de la pragmadialéctica permite allanar el terreno normativo -como las etapas argumentativas, reglas para una discusión crítica y detección oportuna de falacias- ante cualquier diferencia de opinión en cualquier tipo de diálogo en los que se pueden analizar y evaluar hechos, conjeturas, normas, deberes y jerarquías de valor.

Walton dirige una perspectiva dialéctica fértil hacia una noción de falacia novedosa. Hay dos momentos¹⁶⁹ en los que precisa el concepto de falacia. El segundo momento es una versión más actualizada que delimita falacia del siguiente modo

¹⁶⁵ En esta variante se comete la falacia 1) Sacando enunciados fuera de contexto y 2) Simplificando excesivamente o exagerando (Eemeren, et.al., 2006:179).

¹⁶⁶ “Regla de uso. Las partes no deben usar formulaciones que resulten insuficientemente claras o confusamente ambiguas y deben interpretar las formulaciones de la parte contraria tan cuidadosa y tan exactamente como les sea posible (Eemeren et.al. 2006: 178). Deben mirar con atención tanto el protagonista como el antagonista.

¹⁶⁷ “Un lenguaje poco claro puede tener consecuencias negativas directas que afecten la resolución de una disputa”... el protagonista y el antagonista se turnan durante la discusión para tomar alternadamente los roles de hablante y audiencia (o escritor y lector), efectivamente tienen una doble responsabilidad por el uso del lenguaje en la discusión: deben expresar lo que quieren decir tan claramente y tan inequívocamente como les sea posible, de manera que la otra parte pueda determinar cuál es su intención, y deben hacer su mejor esfuerzo por determinar el significado al que apunta lo que la otra parte está diciendo” (Eemeren, 2002:211).

¹⁶⁸ “Se la llama vaguedad lineal, debido a que se produce por posibles diferencias respecto al grado en que algo o alguien debe cumplir con un criterio dado para que la descripción ofrecida se considere apropiada... Otra forma de vaguedad se relaciona con los parecidos familiares... diferentes personas pueden aplicar criterios diferentes para describir a alguien como "buena persona" o "inteligente”” (Eemeren, 2002:211). (Eemeren, et.al., 2006:182)

¹⁶⁹ El primero se sitúa en su obra *A pragmatic theory* (1995: 237-238) que sintetiza Vega en los siguientes rasgos 1) consiste en un fallo, lapsus o error sujeto a crítica, corrección o refutación; 2) tiene lugar en lo que se supone que es un argumento; 3) está asociada a un engaño o ilusión; 4) constituye una violación de una o más máximas del diálogo razonable o se desvía de los procedimientos aceptables en este tipo de diálogo; 5) es un caso de un tipo fundamental y sistemático de técnica erróneamente aplicada de argumentación razonable; 6) es una violación seria, frente a un error, un despiste o un fallo ocasional (Vega, 2013:83). También en una obra previa *Informal Fallacies* explica que para considerar una falacia es indispensable revisar cada error en relación con cada uno de los tipos de diálogos pues “es necesario que trabajemos con cada una de ellas para comprender los principios o procedimientos que nos ayuden a decidir cuándo la "falacia" es realmente un movimiento incorrecto en el argumento y cuando la supuesta o posible falacia puede justificarse como legítima o movimiento justificable que ha hecho en el argumento” (1987: 4).

Una falacia es un argumento, un patrón de argumentación o algo que trata de ser un argumento, que incumple algún criterio de corrección dentro de un contexto conversacional pero que, por diversos motivos, tiene una apariencia de corrección en ese contexto y supone un serio obstáculo para la realización del objetivo del diálogo (Walton, 2011:380).

Asume Walton como falacia el incumplimiento de criterios que están presentes en cada uno de los tipos de diálogo. Hay falacias que son comunes a todos los diálogos, como “las falacias de irrelevancia ocurren porque no se extrapola adecuadamente hacia adelante, de modo que la secuencia de la argumentación termina en la conclusión que se supone que se prueba en un diálogo” (2004:216). Esta falacia está en correspondencia con la violación de la regla cuatro que plantea la pragmadiálectica al presentar por argumento una defensa que no se relacionan con la conclusión, es decir, con el punto de vista en cuestión.

Otras de las falacias que plantea Walton y se adecuan al modelo de la pragmadiálectica son la falacia de autoridad¹⁷⁰ que viola la regla siete, o la falacia de hombre de paja¹⁷¹ que está presente entre las falacias que violan la regla tres. También las falacias de la pregunta compleja¹⁷² que viola la regla seis y la falacia de la pendiente resbaladiza que viola la regla siete. Por último, las falacias que también se pueden encontrar en una discusión crítica, como el campo ético es la falacia naturalista¹⁷³, forma antes que contenido¹⁷⁴ y falso dilema¹⁷⁵ que

¹⁷⁰ En su obra *Informal Fallacies* Walton asume que la falacia debe ser manejada con cautela, Pues si hay desacuerdo entre expertos sobre un tema “y el juicio de un miembro del panel sobre una determinada cuestión queda fuera del alcance del consenso común, entonces se debe llamar a ese experto para que presente pruebas de su juicio inconformista” (1987: 187). Para ello, es indispensable recurrir al consenso.

¹⁷¹ Esta falacia se presenta en su obra *Informal Fallacies*, en la que en un argumento se suele “identificar erróneamente las premisas” (Walton, 1987:16).

¹⁷² Esta falacia la desarrolla en su obra *Informal Fallacies* (Walton,1987:110-113). Al señalar que lo que convierte a la pregunta en falaz es que se busca respuesta directa de un sí o un no comprometiendo a quien la responde.

¹⁷³ El primer filósofo que dió cuenta de este error de razonamiento fue David Hume en su *Tratado de la Naturaleza Humana*, Libro III, Parte I en el que enuncia que el *ser* no se enlaza con el *deber ser* (Hume, 1739: 788), pues se incurre en un razonamiento de dos campos completamente distintos. Posteriormente, Moore en su obra *Principia Ethica* denomina como falacia naturalista a que “la peculiaridad de la ética no consiste en que investigue la conducta humana, sino que investigue las aseveraciones acerca de esa propiedad de las cosas que se denota con el término 'bueno'” (1903/1959:33). En la línea argumentativa se comprende la falacia naturalista inicialmente como aquel paso ilegítimo o abrupto para desembocar todo aquello que se evalúa de aquello que se describe. Aunque hay matizaciones al respecto sobre si dicho paso ilegítimo realmente lo es, pues “la adscripción de contenido a un concepto moral, como ‘bueno’, conlleva pues también la normatividad impuesta en la adscripción conceptual” (de Bustos, 2006: 271).

¹⁷⁴ La falacia forma antes que contenido o también llamada confusión entre *fondo-forma*, “pues ha de mediar algún sesgo subjetivo —por ejemplo, un juicio precipitado— para que se produzcan sus especiosos efectos” (Vega, 2013: 187).

¹⁷⁵ La falacia del falso dilema se comente cuando se hace un uso ilegítimo del conector “o” al señalar solo dos opciones excluyentes y relegando otras opciones que pueden ser viables. Es decir, “consiste en *tomar lo complementario por contradictorio*” (Vega, 2013:351).

violan la regla cuatro, las cuales pueden derivarse de la falacia argumentación irrelevante. Por último, la falacia accidente¹⁷⁶ y accidente inverso¹⁷⁷ las cuales pueden violar la regla ocho.

El campo ético a la luz de la argumentación, específicamente desde el planteamiento de los tipos de diálogos de Walton se puede distinguir que en cada nivel de reflexión ética como metaética, ética descriptiva, ética prescriptiva o ética aplicada; predomina algún tipo de diálogo. En este sentido, las falacias que se examinan en el campo ético desde los tipos de diálogo serán predominantes según el nivel de reflexión ética expuesto. En el apartado de argumentación ética será motivo de análisis aquellas falacias recurrentes en el diálogo deliberativo.

El estudio de las falacias, sobre todo desde una perspectiva dialéctica como la de Walton, da cuenta que no siempre se han considerado errores de razonamiento lo que hoy se conocen como pasos ilícitos y que lo que una vez fue considerado error de razonamiento hoy en día es susceptible de ser puesto en duda. El alcance del error de razonamiento estará mediado por los marcos normativos reconocidos según el tipo de diálogo presentado.

Ya para finalizar este apartado, los nuevos estudios sobre argumentación, particularmente, desde la línea denominada lógica informal son presentados a partir de las nociones preliminares que posibilitan la identificación, análisis y evaluación de de argumentos como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 10 Fases de la argumentación

Fases de argumentación	Funciones específicas
Identificación	Tipos de argumentos (deductivo, inductivo, abductivo, conductivo, por analogía o presuntivo) Partes constitutivas del argumento (premisas y conclusión)

¹⁷⁶ La falacia de accidente se comete “cuando aplicamos una generalización a casos individuales, de manera impropia (Copi, 2007:135).

¹⁷⁷ La falacia de accidente inverso, como su nombre lo indica es la versión inversa de la de accidente, “sea por falta de cuidado o con intención, y aplicamos un principio que es verdadero en un caso particular como si lo fuera en general” (Copi, 2007:135).

Análisis	Relación de premisas y conclusión Función de: indicadores, calificadores e información extra Tipo de argumento Diagrama (propuesta de Toulmin) Campo argumentativo (jurídico, científico, de empresa, ético y estético)
Evaluación	Etapas argumentativas (confrontación, apertura, argumentación y cierre) Buenos argumentos Contraargumento (objeción, refutación o recusación) Falacias y reglas de conducta para discutidores racionales

Fuente: elaboración propia

2.6 Diálogo y tipos de diálogo

El término de diálogo proviene del latín *Dialōgus*, y éste del griego *διάλογος* cuyas raíces son *diá* (a través de) y *logos* (estudio, tratado) que significa “conversación de dos o de varios, deriva de *dialogomai* “yo discuro, converso” (propte. Yo hablo [légo] a través de [diá]) (Corominas, 1961/1987: 212). Generalmente, se ha asociado el término de diálogo al término de monólogo, cuyo significado gira en función de los miembros que participan. El término de monólogo se refiere al discursos de uno mismo, mientras que, el término de diálogo se suele asociar al discurso de dos¹⁷⁸ personas. No obstante, su significado no gira en torno al número de interlocutores, sino en función de la vía con la cual se pueden discurrir las palabras: el uso de la razón.

Desde el ámbito de la argumentación el término *diálogo* se emplea “para referirnos a esos intercambios argumentativos. El diálogo presupone que los participantes comparten un fin común en un sentido similar al que la comunicación presupone la sinceridad de los hablantes” (Marraud, 2007: 223).

¹⁷⁸ La raíz etimológica griega de dos es *dýo* (Corominas, 1961/1987:220) a diferencia de la raíz *diá* que significa (a través de, de un lado a otro). Es preciso reconocer que al acercarse a la comprensión de un concepto nuestra atención se dirija, inicialmente, con su definición etimológica. No obstante, los conceptos no mantienen un significado perenne, sino que padecen cambios a través del tiempo. El concepto de diálogo no es la excepción. Su comprensión implica reconocer los alcances de su uso y sus adecuaciones, sobre todo argumentativas.

A diferencia de otro tipo de diálogos no argumentativos¹⁷⁹ el concepto de diálogo argumentativo se caracteriza por asumir compromisos discursivos mediante reglas de comunicación dispuestos en contextos específicos

...el concepto de diálogo tiene que verse como un contexto o marco envolvente en el que se encajan los argumentos para que puedan ser juzgados como apropiados o no en ese contexto. Por lo tanto, el concepto de diálogo debe ser normativo, debe prescribir cómo un argumento y debe usarse para encajar como sea apropiado (Walton, 1998:29).

El diálogo se logra entre varios “interlocutores que razonan juntos en una secuencia de turnos dirigidos a un objetivo colectivo” (Walton, 1998:30). Es decir, el diálogo argumentativo se alcanza de forma ordenada y regulada, comúnmente a través de “un intercambio de preguntas y respuestas entre dos partes” (2008: 3). El intercambio de preguntas y respuestas oportunas posibilita el dar a conocer información que favorece el intercambio de razones.

En su obra *The New Dialectic. Conversational context of Argument* publicada en 1998 Walton plantea una noción de dialéctica renovada a partir de las raíces Aristotélicas en sus *Tratados de Lógica I, Tópicos* (100a -108b) y desde la recuperación de la mayéutica socrática contenida en los diálogos de Platón.

Esta nueva dialéctica claramente se remonta a la vieja dialéctica de los griegos, como perspectiva general y forma de evaluar argumentos en un contexto de diálogo Pero “argumento dialéctico” como la frase fue utilizada por Aristóteles en particular, no significa lo mismo como lo hace en la nueva dialéctica, donde se refiere no sólo a un tipo de argumento especialmente importante, sino a todo el marco de los diferentes tipos de diálogo que representa las diferentes formas en que un argumento se puede utilizar en el contexto de un intercambio conversacional. Muchos puntos diferentes de interpretación, las relaciones exactas entre aspectos de la vieja y la nueva dialéctica es un tema que es en sí mismo susceptible de cuestionamiento dialéctico (Walton, 1998:36).

Por ejemplo, la nueva dialéctica de Walton se dirige a proponer un método dialéctico para evaluar argumentos que no se sujetan bajo el modelo del silogismo teórico y práctico, sino que, extiende la noción de argumento considerando otras vías de inferencia, como la inferencia abductiva y conductiva; las cuales pueden auxiliar en cualquier tipo de diálogo. La corrección o incorrección de argumentos está sujeta a los propósitos planteados en cada diálogo, es decir,

¹⁷⁹ Entre los diálogos no argumentativos estudiados por la lingüística se encuentran la conversación casual, la narración y la información, entendidas como estructuras de discurso. La conversación es “la expresión cultural más elaborada y estable en la constitución de significado y sentido de la acción social y de la identidad de las personas” (Villalta, 2009:223). La narración es una unidad discursiva que se realiza a través de una historia dentro de un marco secuencial y de sucesos y que desemboca en determinadas categorías (Van Dijk:1978:156). Por último, la información es una unidad discursiva en la que se procesan datos, “se usa para denotar cualquier cantidad de datos, código o texto que se almacena, envía, recibe o manipula en cualquier medio” (*Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2020). La explicación, a diferencia de la argumentación, “conlleva una menor responsabilidad: si lo explicas, lo exculpas. Si algo es explicable es exculpable (Álvarez 2011:246). Se entiende que el compromiso discursivo es reducido comparado con la argumentación.

... un argumento es correcto o razonable si se utiliza en alguna etapa de un diálogo para contribuir al objetivo general de ese tipo de diálogo cumpliendo los requisitos para el tipo de movimiento que se supone que debe realizar un argumento al estar en esa etapa (Walton,1998:30).

Cuando alguno de los interlocutores muestra rechazos continuos para asumir el intercambio dialéctico sin diligencia y cuando no se reconoce el sentido de obligación de cooperación discursiva queda a expensas del resto de los interlocutores si preservan o no dicha cooperación discursiva para concretar el diálogo asumido. Walton asume que la falta de obligaciones de cooperación y diligencia reflejan la base de cualquier argumento inadecuado

Cada diálogo tiene un objetivo y requiere la cooperación entre los participantes para cumplir el objetivo. Esto significa que cada participante tiene la obligación de trabajar para cumplir su propia meta en el diálogo, y también la obligación de cooperar con el cumplimiento de la meta del otro participante. La razón básica por la cual cualquier argumento puede ser criticado como un mal argumento siempre se reduce al incumplimiento de una de estas obligaciones básicas (2008: 3).

La nueva dialéctica reconoce y comparte la utilidad de la dialéctica aristotélica para asumir su viabilidad, entre las razones que destaca Marafioti son: “1) La dialéctica sirve para adiestrarse en la práctica de la argumentación; y 2) Es útil en los encuentros pues permite conducir de modo correcto las discusiones que cada uno emprende” (2003: 33). La primera de las razones indica que la ausencia de práctica en la argumentación superponen otros mecanismos faltos de razonamiento y actitudes favorables para argumentar cómo la violencia o agresión en cualquiera de sus manifestaciones. La segunda razón invita a reconocer marcos normativos en cada diálogo para saber cómo asumir un punto de vista y saber cómo atender diferencias de opinión.

Una siguiente noción que retoma la nueva dialéctica de Walton de la dialéctica aristotélica es el propósito que se introduce en este estudio. Aristóteles se concentra en la plausibilidad de los argumentos¹⁸⁰ y Walton, además de ello, invita a considerar otros movimientos discursivos como parte del entramado argumentativo dialéctico para su evaluación. Walton precisa que

La nueva dialéctica se explica mejor viéndola como una forma de evaluar argumentos. Su propósito es tomar un argumento ya dado en un caso particular, y luego juzgar qué tan fuerte o débil es ese argumento, si es correcto o incorrecto, y si logra o no cumplir con los diversos requisitos para un argumento utilizado en el caso dado caso. La nueva dialéctica no se limita a los argumentos. Puede usarse para evaluar preguntas y otros movimientos realizados como parte de una secuencia de argumentación (Walton, 2003: 159-160).

¹⁸⁰ Aristóteles sostiene que “El propósito de este estudio es encontrar un método a partir del cual podamos razonar sobre todo problema que se nos proponga, a partir de cosas plausibles y gracias al cual, si nosotros sostenemos un enunciado, no digamos nada que le sea contrario” (Top. 100a- 20-24). En el cual encabezan los argumentos abductivos.

La formulación de preguntas es uno de los elementos iniciales para saber cómo habrá de analizarse y evaluarse la cuestión. La pregunta debe ser examinada según el diálogo en el que se plantea. Hay preguntas que son relevantes en algún diálogo e irrelevantes en otro, pues carecen de sentido, por ejemplo, la pregunta ¿qué tipo de vida queremos vivir? En el campo científico carece de sentido, pero en el campo práctico es muy relevante. Además, no toda pregunta es susceptible de ser tratada pues no conduce a proposiciones genuinas. Aristóteles ya lo había aclarado al precisar que “no toda proposición ni todo problema se ha de considerar dialéctico” (Aristóteles, Top., 104a- 5-6) y también “no es preciso examinar todo problema ni toda tesis, sino aquellas en las que encuentre dificultad alguien que precise de un argumento” (Top., 105a 1-5).

Hay preguntas intencionadamente planteadas, como la falacia de la pregunta compleja o pregunta múltiple, que no buscan respuestas auténticas pues solo encierran y comprometen a quien las responde bajo los términos contenidos en la propia pregunta. En este sentido, otra idea que preserva la nueva dialéctica desde Walton es la distinción entre argumentación erística y heurística¹⁸¹; la cual también se ve reflejada en los tipos de diálogo. Walton posiciona cada diálogo según sus propósitos, requisitos y evaluación

Cada tipo de diálogo representa un contexto de conversación dirigido a objetivos de un tipo convencional con el que todos estamos familiarizados en los intercambios de argumentación cotidianos. Los seis tipos de diálogo, y los subtipos más comunes de cada uno, se pueden resumir brevemente de la siguiente manera (Walton, 2003: 160).

Tabla 11 Tipos de diálogo

Tipos de diálogo	
1.- Diálogo de persuasión	1.1 Discusión crítica
2.- Diálogo de búsqueda de información	2.1 Entrevista 2.2 Diálogo de solicitud de asesoramiento 2.2.1 Diálogo de consulta de expertos
3.- Diálogo de negociación	
4.- Diálogo de investigación/ indagación	4.1 Investigación científica 4.2 Investigación pública
5.- Diálogo erístico	5.1 Pelea/Disputa
6.- Deliberación	

¹⁸¹ Dicha distinción ya se aprecia entre la escuela socrática y la escuela sofista. Aristóteles condensa dicha distinción en razonamiento dialéctico y razonamiento erístico. El razonamiento dialéctico es aquel “construido de cosas plausibles... las que parecen bien a todos, bien a la mayoría, o a los sabios, y, entre estos últimos, a todos, o a la mayoría, o a los más conocidos y reputados”. En cambio un razonamiento erístico, es el que “parte de cosas que parecen plausibles pero no lo son, y también el que, pareciendo un razonamiento [y no siéndolo], parte de cosas plausibles o de cosas que lo parecen” (Top., 100b 19-27).

Cualquier tipo de diálogo¹⁸², se compone de argumentos empleados según propósitos individuales y propósitos generales. Es el diálogo lo que hace relevante al argumento y no a la inversa. Esta es una diferencia sustancial no compartida con la dialéctica aristotélica, “no son los argumentos en sí mismos los que caracterizan un tipo de diálogo, sino cómo esos argumentos se utilizan con un propósito conversacional” (Walton, 2003: 160).

Existen al menos dos rasgos comunes a todos los diálogos. Uno es el conjunto de compromisos adoptados al emitir alguna proposición y otro es la evaluación argumentativa al considerar la relevancia en los intercambios argumentativos. Señala al respecto Walton que

En general, la perspectiva de la evaluación de argumentos... puede ser evaluada desde un punto de vista lógico desde dos aspectos diferentes o formas. Primero, podemos evaluarlo como una inferencia, desde las premisas hasta la conclusión, de acuerdo a los estándares de la semántica. Segundo, podemos evaluar cómo el razonamiento, o el cambio de inferencias en algunos casos, son usados en un contexto de diálogo para un propósito. (1998: 35-36)

La evaluación de argumentos en cualquier tipo de diálogo es la noción de buenos argumentos planteada en pasajes previos pues se requiere revisar al interior del argumento y evaluar el argumento en relación con otros argumentos según el tipo de diálogo presente. Enseguida se describen las características generales de cada tipo de diálogo y su propósito general.

1.- El *diálogo de persuasión* se representa bajo la discusión crítica que caracteriza la pragmadialéctica. En este sentido, el diálogo de persuasión asume en la situación inicial diferencia de opiniones entre interlocutores que asumen un rol (protagonista y antagonista) y en el que cada uno optará, -a través de reglas para una discusión crítica en correspondencia con cada una de las etapas de la discusión crítica (confrontación, apertura, argumentación y cierre)- por lograr persuadirse. “El objetivo del diálogo persuasivo es poner a prueba la fuerza comparativa o la plausibilidad de los argumentos en ambos lados de una cuestión controvertida o contendenciosa” (Walton, 1998:37). Por ejemplo, un diálogo persuasivo se presenta cuando se encuentran en campaña varios candidatos políticos y optan por persuadir a la audiencia a fin de obtener el mayor número de votos y derrocar a sus oponentes.

Pero, lanza una cuestión Walton, “¿Es el tipo de diálogo de discusión crítica lo mismo que el diálogo de persuasión, o hay una diferencia entre los dos?” (2003:161). Sostiene que la

¹⁸² Esta clasificación Walton la presenta en obras previas como *Informal Logic: A Handbook for Critical Argumentation* (1989/2008: 8-19), *What is Reasoning?* (1990b, 411-14) o en *The New Dialectic. Conversational Context of Argument* (1998: 31-34). Recientemente, en *Ethical Argumentation* (Walton, 2003:160)

discusión crítica es un subtipo del diálogo de persuasión, debido a que su propósito es más abarcador

La idea que motivó este método de clasificación fue que, en muchos casos, un diálogo de persuasión puede tener bastante éxito aunque el conflicto de opiniones no se haya resuelto mediante el intercambio de diálogo. Lo que parecía ser el principal beneficio en tal caso, era la mayor comprensión de los argumentos de ambos lados de la cuestión por parte de ambos participantes. En tales casos, parece haber una ganancia en la comprensión, que bien vale la pena tener, aunque los argumentos de una parte pueden no haber resultado claramente victoriosos al refutar los de la otra (Walton, 2003: 161).

En cada una de las etapas existen reglas que no favorecen el diálogo de persuasión, por ejemplo, en la etapa del cierre “un participante no debe intentar forzar el cierre de un diálogo hasta que esté debidamente cerrado, ya sea por mutuo acuerdo o por el cumplimiento del objetivo del diálogo” (1989/2008:17). Es importante subrayar que la etapa del cierre puede darse por terminada si las partes así lo acuerdan al no contar con un ganador en la discusión crítica. Ambos, protagonista y antagonista pueden contar con una visión más enriquecida al haber expuesto sus argumentos y contraargumentos. En este sentido, el diálogo de persuasión impulsa actitudes no competitivas que favorecen la ejercitación en la actividad argumentativa.

2.- El *diálogo de búsqueda de información* comprende dos subtipos, el primero es acudir a la entrevista y el segundo es mediante la solicitud de asesoramiento, por ejemplo, recurrir a expertos sobre algún tema. “El objetivo del diálogo de búsqueda de información es que la información se transmita de un lado al otro” (Walton, 2003: 161). La parte asesorada o el entrevistador obtiene el beneficio del conocimiento que integra a su estado epistémico.

El papel del experto debe ser apto para que la información sea la apropiada durante la asesoría. El experto debe contar con conocimientos y habilidades específicas de tal forma que el no-experto pueda “obtener su opinión o asesoramiento en una forma que pueda utilizar para sus propósitos, resolver un problema o seguir adelante con un curso de acción de forma informada e inteligente” (Walton, 1998:32).

En el caso de la entrevista existen compromisos discursivos para el entrevistado y para el entrevistador. El entrevistado “tiene la obligación de ofrecer sus mejores consejos en un lenguaje claro y accesible y al mismo tiempo admitir sus limitaciones y dudas” (Walton, 1998:32). Y en el caso del entrevistador o del asesorado (para el caso del experto) su “obligación... es hacer preguntas claras y específicas que el experto pueda responder en relación con el problema en cuestión (Walton, 1998:32). Un ejemplo conveniente para este tipo de diálogo es el que existe en la relación profesional de la salud-paciente al proporcionar

tratamientos según la consulta médica solicitada. La relación “es de naturaleza asimétrica, pero altamente colaborativa y no conflictiva” (Walton, 1998:126).

El diálogo de búsqueda de información resulta improcedente por diversas causas, 1) cuando asesora aquel que no es experto en el tema, o bien 2) cuando es experto, pero genera confusión e incertidumbre en el asesorado; en el caso de la entrevista 3) será improcedente acudir a quien no provee información relevante para lograr el propósito esperado. Para ambos 4) cuando el experto o el entrevistado no reconocen sus limitaciones e informan sobre aquello que no es de su competencia y corren el riesgo de proveer información imprecisa o falsa, a la vez, pueden perder credibilidad. Este último es difícil de precisar, sobre todo, cuando no hay posibilidad de corroborar¹⁸³ en ese momento lo que el experto dice.

3) El *diálogo de negociación* surge porque hay conflictos de intereses en juego. “En la negociación, el objetivo inicial es que ambas partes "hagan un trato" con el que ambos puedan vivir” (Walton, 2003: 161). En este tipo de diálogo predominan actitudes de competitividad entre los interlocutores. No está en juego el valor de verdad o falsedad de las proposiciones, sino que éstas logren ser efectivas, aunque, “las ganancias para un participante pueden significar pérdidas para otro. El diálogo es una especie de intercambio de concesiones a satisfacción de ambos participantes” (Walton, 1989/2008:7).

Un ejemplo para representar el diálogo de negociación sucede cuando hay compra de un bien, como una casa. El vendedor opta por hacer atractivo su discurso para vender la propiedad y ocultar algunos desperfectos, mientras que el comprador se inclina por que el precio de la propiedad se someta a consideración. En el diálogo de negociación puede omitirse información, pero ¿cuál será el límite al omitir información que es relevante? ¿Son permisibles los engaños y triquiñuelas para lograr el objetivo final? Si las partes logran formalizar un trato, aunque los argumentos no partan de proposiciones plausibles, podrá ser considerado un diálogo exitoso.

¹⁸³ Las máximas de Grice son notorias en este tipo de diálogo pues “Un experto es una fuente de información y, como especialista, tiene acceso privilegiado a un dominio de conocimiento o habilidad. El interrogador, como profano en ese campo, no está en posición de verificar directa o completamente si las proposiciones avalados por el experto son verdaderos o no, basados en evidencia interna en el campo. Entonces el lego acepta lo que el experto dice que es cierto, basándose en la presunción de que el experto es honesto y sabe de lo que está hablando” (Walton, 1998:143).

Lo que hace improcedente este diálogo es el recurso de amenaza en cualquier de las etapas, “en el que intenta que la otra parte acepte su tesis amenazándola, este tipo de movimiento no es legítimo” (Walton, 1989/2008:128).

4) El *diálogo de investigación/indagación* puede ser de dos tipos, investigación científica o investigación pública. El objetivo de los interlocutores en uno es dar información y en otro adquirir información. El objetivo final del diálogo es

..recopilar toda la evidencia relevante, o tanto como esté disponible, y luego probar o refutar una proposición particular que sea el tema de la investigación. O, si no es posible probar o refutar definitivamente esta proposición, entonces el resultado que se busca es probar exactamente eso: la conclusión de que la proposición en cuestión no puede ser probada ni refutada, sobre la base de la información conocida (Walton, 2003: 162).

La investigación científica sí toma en cuenta la plausibilidad de los argumentos y se basa en estándares diseñados por las propias ciencias para lograr información consistente. “La investigación científica, procede únicamente de premisas que son axiomas de una ciencia o que pueden establecerse como verdaderas mediante los métodos y estándares de prueba aceptados en una rama de la ciencia” (Walton, 2003: 162).

Además, en la investigación científica, se busca “probar que una proposición particular es falsa o verdadera, o que hay evidencia insuficiente para probar que la proposición puede ser verdadera o falsa” (Walton, 1998: 70). Una característica de este tipo de diálogo es que la información es acumulativa, es decir, entre más precisos sean los datos obtenidos, entonces la evaluación sobre la verdad o falsedad de la proposición será determinante. En palabras de Walton “puede construirse de tal manera que proporcione un modelo dialéctico formal muy agradable del tipo de argumentación acumulativa que es el ideal de la indagación” (Walton, 2003: 162).

Un ejemplo de este tipo de diálogo se ubica en el ámbito científico; en el que los estudios e investigaciones están en la búsqueda de datos que confirmen sus hipótesis. Las investigaciones científicas o las investigaciones públicas se producen en tres etapas,

Primero, se recopilan los datos o hallazgos. En segundo lugar, estos hallazgos se analizan, discuten e interpretan para sacar conclusiones sobre lo que se puede probar de ellos. En tercer lugar, los resultados de la investigación se presentan a una audiencia más amplia o lector iniciado (Walton, 1998:33).

La primera etapa corresponde a la detección de argumentos, la segunda etapa al análisis de argumentos y la tercera etapa corresponde a la evaluación de argumentos. En esta última etapa es visible el diálogo de investigación dado que se examina y cuestiona el estudio. Si logra

soportar el peso de la contraargumentación entonces pasa a formar parte de estudios concluidos. Si no logra soportar el peso de la contraargumentación entonces puede reformularse el estudio pasando nuevamente por tres etapas de investigación. Otro desenlace de este tipo de diálogo es la retracción, es decir, cuando la proposición obtenida pueda ser falsable o que su apoyo sea insuficiente para sostenerla.

5) El *diálogo erístico* asume la situación inicial de conflictos personales y en el objetivo del diálogo se revelan desacuerdos profundos. Dicho diálogo “es un tipo de intercambio puramente contradictorio” (Walton, 2003: 162). Cada interlocutor puede apelar a ataques verbales contra su oponente para lograr su cometido y formar parte de los pasos legítimos en este diálogo. “Funciona mediante el uso de argumentos a término que hacen que la otra parte se vea mal y derroten a la otra parte, ya sea que esos argumentos estén justificados por estar basados en buena evidencia o no” (Walton, 2003: 162).

No se puede sostener que ambas partes acuerden llevar un diálogo erístico, sino que surge por un trato hostil al tomar en cuenta situaciones retrospectivas. A menos que el diálogo forme parte de algún espectáculo y las partes asuman roles específicos para embarcarse en un diálogo como este.

El tipo más familiar de diálogo erístico es la pelea, provocada por agravios no expresados que tienen ambas partes, y que de repente estallan a través de las barreras de una conversación normalmente cortés. En la pelea, ambas partes son hoscas y agresivas, y cada una hace todo lo posible por golpear verbalmente a la otra parte, a menudo usando argumentos de ataque personal (Walton, 2003: 162)

El cierre en el diálogo erístico generalmente es imprevisible, pues las partes pueden recurrir a prácticas discursivas crueles que vulneran las relaciones sociales. Walton asume que podría ser exitoso el diálogo erístico si hay cabida para la reconciliación, al respecto señala que “en una pelea exitosa, los participantes exponen y articulan sus sentimientos heridos, y se "reconcilian", prometiendo ser más sensibles en el futuro al tema sobre el que discutieron” (Walton, 2003: 162). Las promesas suelen ser susceptibles de no concretarse si el diálogo es reincidente.

Si alguno de los otros diálogos se torna erístico, su retorno será arduo o bien quedará estancado en este tipo de diálogo, “la disputa representa el mal argumento, la discusión acalorada, el medio de falacias, ataques viciosos y críticas unilaterales que deben evitarse o desalentarse mediante un diálogo razonable” (Walton, 1989/2008:3) La búsqueda del diálogo razonable se agota en su evasión cuando las relaciones sociales se fracturan. Este tipo de

diálogo es el nivel más corriente de discusión que muy pocas veces logra restablecer la comunicación e interacción entre los interlocutores.

6) El *diálogo deliberativo* tiene como propósito “orientar a los participantes de forma racional” (Walton, 2003: 162). La situación inicial dispone de argumentos “para un curso de acción prudente en una situación de deliberación en la que existe un problema o dilema de un tipo que requiere una decisión sobre cómo proceder” (Walton, 2003: 162). Su propósito no está dirigido a justificar proposiciones como verdaderas o argumentos sólidos, sino que, emplea dichos argumentos desde las áreas especializadas y actualizadas para “buscar un curso de acción entre varios cursos de acción alternativos posibles en una situación dada” (Walton, 2003: 162).

Más adelante sostiene Walton que la información recabada “no es simplemente una recopilación de hechos lo que resolverá el problema de una deliberación ética” (2003:163). Sino que debe haber una combinación de diversos espacios, es decir, campos de argumentación en los que confluyen aspectos descriptivos y prescriptivos.

El lenguaje descriptivo de los hechos, para citar la distinción de Hare, debe combinarse con el lenguaje prescriptivo de valores, metas y estándares éticos de lo que se espera de una persona en cierto tipo de situación. La deliberación se dirige a las acciones, a la pregunta de qué debe hacer una persona. Entonces, en principio, es diferente del diálogo de búsqueda de información, como marco de argumentación. Tiene un objetivo diferente y conduce a un tipo diferente de conclusión (Walton, 2003:163).

También se distingue el diálogo deliberativo del diálogo de persuasión y de investigación, pues también estos se dirigen a proposiciones que tienden a ser verdaderas, o al menos, plausibles o convincentes. Aunque es importante aclarar que, el diálogo deliberativo puede acudir al de investigación/indagación o al de búsqueda de información cuando se dan razones a favor y en contra para tratar de aclarar algún punto o idea imprecisa, pero no forman parte del propósito final, sino que son un medio para lograr un objetivo. Al respecto menciona Walton que

La deliberación es diferente, porque su propósito es llegar a una decisión sobre qué hacer. Esta distinción es fuente de mucha confusión en la ética, porque el discurso ético frecuentemente toma la forma de deliberación. La pregunta es "¿Qué debo hacer?" o "¿Qué es lo mejor que se puede hacer?" Pero, de alguna manera, cuando pensamos en la justificación ética, tendemos a verla más. (Walton, 2003:162-163).

La propuesta de Walton sobre el diálogo deliberativo se apoya en el razonamiento práctico “(dirigido a objetivos, basado en el conocimiento, situacional). Y así, en la nueva dialéctica, la deliberación se presenta como una tipo de diálogo en el que se utilizan

argumentos” (Walton, 1998:34). A diferencia de la noción de deliberación que presenta Aristóteles; clasificada como una virtud ética¹⁸⁴; la cual queda fuera de la nueva dialéctica.

Walton distingue el diálogo deliberativo grupal y el diálogo deliberativo que se produce de forma solitaria. El primero implica la asociación de varios interlocutores para atender asuntos de carácter público, en cambio, la deliberación solitaria sucede en la propia persona y generalmente son asuntos de carácter privado. Señala al respecto que,

La deliberación es, obviamente, una especie de diálogo cuando se produce en la toma de decisiones en grupo, por ejemplo, en una reunión del ayuntamiento, donde un grupo de ciudadanos discute sobre alguna política o gasto. Pero la deliberación solitaria también puede verse como una especie de marco dialéctico de la argumentación y el uso del razonamiento en el que quien toma las decisiones analiza los argumentos a favor y en contra en relación con un dilema que enfrenta, lo que requiere la elección de ir en un sentido u otro (2003: 162).

De forma resumida, queda dicho que la propuesta de Walton sobre los tipos de diálogo, suscita un replanteamiento de la dialéctica. Cada tipo de diálogo se caracteriza por ofrecer un marco normativo en el que los argumentos son evaluados al interior de cada uno de éstos. Además, existen criterios comunes a todos los diálogos como punto inicial, objetivos particulares y objetivo central.

El tipo de diálogo que se analiza y reflexiona en el resto de este capítulo es el deliberativo, pues mantiene estrecha correspondencia con el campo de la ética y, de manera más reciente, la bioética. Para ello es indispensable saber de qué va la ética filosófica y distinguir sus elementos centrales que fijan el punto de partida para lograr la intersección con la argumentación ética.

2.7 Campo de la ética

La ética se ha entendido como una rama de la filosofía que se encarga de estudiar y analizar los actos morales, es decir, de cómo se regula el comportamiento.

En este apartado se exponen: teorías éticas, los niveles de reflexión y los elementos constitutivos del acto moral; los cuales facilitan una mayor comprensión para poner sobre la mesa de análisis la deliberación desde la ética. El pensador central que figura en este apartado es Aristóteles, pues es el precursor que sienta las primeras bases de la deliberación ética.

¹⁸⁴ La exploración del término de deliberación comienza con Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, libro VI, expone los puntos centrales de la correcta deliberación. Estos puntos se analizan en el siguiente apartado.

2.7.1 Teorías éticas

Existen diversas teorías o enfoques¹⁸⁵ que se han desarrollado a lo largo de la historia de la ética y sus aportaciones permiten comprender el fenómeno del acto moral. El estudio de la ética, como disciplina filosófica, dispone de diversas teorías éticas que se han clasificado¹⁸⁶ según el modo en el que se ha formulado la o las preguntas que dimensionan la moral.

La moral es el conjunto de creencias, deseos, valores, actitudes, emociones, sensaciones, pretensiones, etc., ya sea de una persona o de un grupo social, que conforman un sistema dinámico en el que se regula el comportamiento. En otras palabras, la moral es “cualquier sistema más o menos coherente de valores, principios, normas, preceptos, actitudes, etc., que sirve de orientación para la vida de una persona o grupo” (Cortina y Martínez, 1996/2001: 29). Esta noción de moral -si bien no es la única- sí da cuenta del concepto desde una visión general y ampliada, además, se entiende como punto de partida para dirigir su enlace con las diversas teorías éticas y niveles de reflexión en ética.

Es importante distinguir que los sistemas morales no son equivalentes a las teorías éticas. Las doctrinas o sistemas morales “se ofrecen como orientación inmediata para la vida moral de las personas, mientras que las teorías éticas pretenden más bien dar cuenta del fenómeno de la moralidad en general” (Cortina, 1996/2001:51). En este sentido, las teorías éticas se encargan de explicar, analizar, comprender y fundamentar el modo en el que se regula el comportamiento según la variedad de sistemas morales. No hay una sola teoría ética que explique, de manera satisfactoria, el fenómeno de la moral en su totalidad.

Tampoco se debe asumir que, el conjunto de teorías conforman, de manera unánime, una sola teoría. Cada teoría ética ofrece un panorama, a veces limitado e insuficiente, que está sujeta a controversias al interior de su fundamentación.

¹⁸⁵ Una teoría ética es una explicación teórica de lo que son el pensamiento y la práctica ética, lo que implica una prueba general de la corrección de las creencias y principios éticos básicos o bien implica que no puede existir tal prueba (Williams, 2006:72). El término de teoría no se emplea en el mismo sentido en el que se entiende teoría en el ámbito científico, pues los estándares y criterios de construcción son de naturaleza distinta. Como una aproximación, una teoría ética debe satisfacer al menos estas dos condiciones: “la exigencia de una precisión suficiente y la exigencia de una fundamentación satisfactoria de sus enunciados (Kutschera, 1989:55).

¹⁸⁶ Entre las propuestas de clasificación de las teorías se encuentran la de Adela Cortina y Emilio Martínez en su obra *Ética* en 1996; la de Frans von Kutschera en 1989 en *Fundamentos de la Ética*; Richard Hare en *Ordenando la ética. Una clasificación de las teorías éticas* en 1999 o algunas de las historias de la ética como la de Alasdair MacIntyre en su obra *Historia de la Ética* (1966/1991) o la *Historia de la Ética* de Victoria Camps (Tomo I, II y III).

En la siguiente tabla se puede distinguir la diversidad de teorías éticas¹⁸⁷, sus principales características y exponentes

Tabla 12 Teorías éticas

Teoría ética destacadas	Características principales	Principales precursores
Ética de las virtudes	Búsqueda de vida buena, felicidad, ejercicio de la prudencia para distinguir entre virtudes y vicios.	Aristóteles ¹⁸⁸ (384-322)
Ética hedonista	Criterios básicos: satisfacción de placeres, cálculo correcto para distinguir los bienes de los males y sus clases.	Epicuro de Samos ¹⁸⁹ (341-270).
Ética estoica	La imperturbabilidad conduce a la felicidad, la virtud frena el paso de las pasiones.	Zenón de Citio ¹⁹⁰ (336-264)
Deontológica o teoría del deber	La razón práctica es creadora y jueza del imperativo categórico (universal y necesario). La voluntad autónoma es guiada por deberes	Emmanuel Kant ¹⁹¹ (1724-1804)
Utilitarismo	Búsqueda del máximo bien para los involucrados mediante el cálculo de la felicidad (intensidad, duración, proximidad, certeza, fecundidad, pureza y extensión).	Jeremy Bentham ¹⁹² (1748-1832) Stuart Mill ¹⁹³ (1806-1873)
Ética del contrato social	Las reglas morales son necesarias para consolidar la convivencia social. El contrato social crea las condiciones para velar por los intereses de cada quien y, a la vez, de los demás.	Thomas Hobbes ¹⁹⁴ (1588-1679)

¹⁸⁷ He de aclarar que, esta tabla no le hace justicia a ninguna de las teorías éticas aquí presentadas. Las características son solo representativas y los autores que las han desarrollado tampoco son los únicos. Es por ello que, este catálogo corre el riesgo de ser considerado bajo un panorama reduccionista e insuficiente. Cabe aclarar también que, no son todas las teorías, hay más, como las éticas socialistas, éticas existencialistas representada por Sarte o la Ética material de los valores representada por Scheler. En este apartado tampoco se precisan las críticas, las limitaciones o las diversas interpretaciones y reformulaciones que ha recibido cada una de las teorías éticas.

¹⁸⁸ Su concepción de vida buena mediante la formación del carácter la fundamenta en su *Ética Nicomáquea*. Introducción de E. Lledó Íñigo; trad. de J. Pallí Bonet, Gredos, Madrid 1985.

¹⁸⁹ En su *Carta a Meneceo*, trad. Carlos García Gual; distingue y clasifica los deseos y los placeres.

¹⁹⁰ Ninguna de sus obras pasó a la posteridad, no obstante, se conservan algunas de sus líneas de pensamiento recuperadas en Pearson, A., *Fragments of Zeno and Cleanthes*, publicado en 1891; y en Rist, John M. (1995). *La filosofía estoica*. Barcelona.

¹⁹¹ Principal exponente de los fundamentos de una ética basada en el deber; distingue entre voluntad autónoma y heterónoma desarrolladas en sus obras *Metafísica de las Costumbres* (1797), *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* (1785) y *Crítica de la Razón Práctica* (1788).

¹⁹² En su obra *Introducción a los Principios de Moral y Legislación* (1780) detalla cada uno de los criterios para atender el cálculo de la felicidad y la importancia de fomentar la felicidad.

¹⁹³ En su obra *Utilitarismo* (1863), precisa el principio utilitarista de la búsqueda de felicidad y plantea clasificación de placeres intelectuales, morales y físicos.

¹⁹⁴ En su obra *Leviathan, or The Matter, Forme and Power of a Common-Wealth Ecclesiasticall and Civil*, publicado en 1651 justifica la importancia de establecer un contrato en el que haya cooperación recíproca en la que todos van a respetar los acuerdos que los colocan en una mejor posición que el estado de naturaleza.

Ética liberal	Exalta los valores y derechos individuales que promueven la identidad personal.	Robert Nozick ¹⁹⁵ (1938-2002) Joseph Raz ¹⁹⁶ (1939-
Ética comunitarista	Resalta los compromisos de los miembros para mantener la participación solidaria y justa de los ciudadanos.	Charles Taylor ¹⁹⁷ (1931- Michael Walzer ¹⁹⁸ (1935-
Ética dialógica o procedimental	Los agentes morales afectados asumen la corrección de las normas mediante procedimientos racionales, destacando la imparcialidad y formulando criterios para una situación ideal de comunicación.	Jürgen Habermas (1929- y Otto Apel ¹⁹⁹ (1922-2017) John Rawls ²⁰⁰ L Kohlberg (1927-1987) (1921-2002)
Ética del cuidado	Existen diferencias de género en el modo de comprender y razonar la moral, pero no es motivo para sostener que unos son mejores que otros. El cuidado debe promoverse entre los próximos y afines vulnerables.	Carol Gilligan ²⁰¹ (1936- Victoria Camps ²⁰² (1941- Peta Bowden ²⁰³

¹⁹⁵ Destaca en su obra *Anarquía, estado y utopía* (1988) la importancia de la coexistencia de las personas en un estado mínimo regulador que no sofoque y tampoco coerción la capacidad de las personas para relacionarse.

¹⁹⁶ En su obra *The Morality of Freedom* (1986) propone la idea de una concepción liberal basada en la diversidad de valores que se caracterizan por ser inconmensurables.

¹⁹⁷ En sus textos “Cross-Purposes: The Liberal-Communitarian Debate”, en *Philosophical Arguments*, (1997) y *La ética de la autenticidad*, (1994) concibe la importancia del desarrollo de los miembros que conforman grupos sociales y exalta las cualidades que posibilitan el desenvolvimiento de todos en comunidad.

¹⁹⁸ En su obra *Spheres of Justice*, (1983) sostiene que la concepción de la justicia surge desde los cánones morales según la sociedad ubicada en espacio y tiempo, en contraposición a nociones abstractas y universales.

¹⁹⁹ En sus obras, *Conciencia moral y acción comunicativa* (1983); *Teoría de la acción comunicativa* (1984), *Complementos y estudios previos* (1989) y por otro lado Apel, Karl-Otto en su obra, *Estudios éticos* (1986); coinciden en la justificación de procedimientos de diálogo sobre la base de libertad, justicia y solidaridad de los interlocutores.

²⁰⁰ En su *Teoría de la Justicia* (1971), fundamenta una concepción de justicia basada en la elección de principios 1) de libertades básicas para todos y de 2) igualdad de oportunidades para todos.

²⁰¹ Publicó en 1982 *In a Different Voice: Psychological Theory and Women 's Development* [trad. Esp. La moral y la teoría: la teoría psicológica del desarrollo femenino]. En la que promueve la ética del cuidado desarrollada por el género femenino, a diferencia de las prácticas abstractas y en relación con un pensamiento de justicia que desarrolla el género masculino.

²⁰² En su obra *Tiempos de cuidados* (2021) explica la importancia de asumir el derecho a ser cuidado y también el compromiso de cuidar evitando subordinar categorías masculinas sobre categorías femeninas.

²⁰³ En su obra *Caring: gender sensitive ethics* (1997) precisa un concepto de cuidado más amplio que el que ofrece Gilligan. Vierte su reflexión del cuidado en la maternidad, la amistad, el ámbito sanitario y por último el cuidado en la ciudadanía. También hay diversas autoras destacadas que han desarrollado reflexiones desde la ética filosófica que pueden contribuir a la bioética como Graciela Hierro, Estela Serret o Lizbet Sagols por mencionar algunas.

		(1946-
Ética emotivista	Se asume que el origen del acto moral es la experiencia sensible. Las funciones morales se encomiendan a las pasiones y el sentimiento. Los enunciados morales sólo expresan la aprobación o desaprobación de quien enuncia.	David Hume ²⁰⁴ (1711-1776) Charles Stevenson ²⁰⁵ (1908-1979)
Ética de la responsabilidad	La responsabilidad es referente de la relación entre intenciones, medios y fines sobre los compromisos morales de las acciones futuras	Hans Jonas ²⁰⁶ (1903-1993)

Fuente: elaboración propia

El propósito de esta tabla es meramente expositivo, pues permite destacar algunas líneas centrales de cada teoría esto con el fin de poder precisar y ubicar los componentes de la estructura del acto moral. En esta tabla se recogen algunas de las nociones de teorías éticas que recopilan Cortina y Martínez en su obra *Ética* (1996/2001: 51-104).

La clasificación de las teorías éticas se establece según los elementos fundamentales en los que pretenden desplegar un exhaustivo análisis y reconfiguración conceptual que logren dar cuenta del acto moral. De ahí que se puedan distinguir entre las éticas denominadas:

1) cognitivistas y no cognitivistas, debido la necesidad de establecer las condiciones de posibilidad para sentar el fundamento sobre el entendimiento y validez de los deberes o sistemas normativos;

2) móviles, bienes y de fines; ya que centran su reflexión sobre “considerar la naturaleza humana como pauta de la conducta, pero acceden a tal naturaleza desde diferentes métodos y la entienden, por tanto, de modo diverso” (Cortina, 1996/2001: 109);

3) materiales y formales, que dan cuenta de las prescripciones o normas morales soportadas en contenidos y valores específicos o soportadas sólo en estructuras formales;

4) sustanciales o procedimentales, las primeras asumen que “es imposible hablar de la corrección de normas si no es sobre el trasfondo de alguna concepción compartida de la vida buena” (Cortina y Martínez 1996/2001: 114), las segundas indican la necesidad de establecer

²⁰⁴ En su *Tratado de la Naturaleza Humana* (1739) y en *Investigación sobre los Principios de la Moral* (1751) plantea una ética basada en las emociones, la razón no tiene otra función que comunicar las metas, deseos que se buscan.

²⁰⁵ En sus obras *Ética y lenguaje* (1944) y *Hechos y valores. Estudios de análisis ético* (1963) sostiene que los enunciados en el ámbito moral solo tienen la función de ser imperativos y emotivos, no señalan cuestiones de hechos.

²⁰⁶ En sus obras *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica* (1979) y *Técnica, Medicina y Ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad* (1985) formula las bases ontológicas y replanteamientos éticos para el principio de responsabilidad.

mecanismos o proceso de diálogos compartidos y unánimes basados en principios básicos para su atención;

5) teleológicas o deontológicas, las primeras presuponen que “la corrección o incorrección de las acciones está determinada por su tendencia a producir ciertas consecuencias que son intrínsecamente buenas o malas” (Cortina y Martínez , 1996/2001: 115), mientras que las segundas indican que la corrección o incorrección de las acciones lo son, sean las consecuencias que sean;

6) de la intención y de la responsabilidad, las primeras se refieren a la consecución de “un mal no querido como consecuencia de la acción bien intencionada”, mientras que el de la ética de la responsabilidad es el mal aceptado como medio para un fin bueno” (Cortina y Martínez , 1996/2001: 116);

7) de máximos y de mínimos, las cuales se dirigen a establecer niveles jerarquizados de atención para asumir la vida buena, ya sean que forman parte de las obligaciones o exigencias para todos o que formen parte de los deberes indirectos o también denominados supererogatorios que asume cada quien según su proyecto de vida.

Así, se puede entender la teoría ética del deber como cognitivista, de bienes, formal, deontológica o también la teoría ética del cuidado se puede entender como cognitivista, predomina en la clasificación de los móviles, es material, generalmente sustancial, sobresale como deontológicas, apoyadas en la responsabilidad y es entendida como un enfoque de mínimos. Ahora bien, estas clasificaciones de las teorías éticas también pueden asumirse desde posiciones moderadas, es decir, hay propuestas que son el resultado dialéctico de alguna clasificación particular²⁰⁷.

2.7.2 Niveles de reflexión ética

Otra clasificación²⁰⁸ de la ética es por su nivel de reflexión. La propuesta de Kutschera y la propuesta de Guisan son unas de las más concisas porque logran agrupar las teorías éticas desde su nivel más abstracción hasta su nivel práctico. En la siguiente tabla se pueden distinguir las ideas centrales de cada uno de los niveles de reflexión ética que destacan dichos pensadores.

Tabla 13 Niveles de reflexión ética

²⁰⁷ Como sucede con las versiones más recientes del utilitarismo que reformula sus líneas de pensamiento hacia un utilitarismo de regla, en el que se asume Peter Singer en su obra *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional* (1997) la consideración de las preferencias e intereses justos para todos los animales humanos y no humanos.

²⁰⁸ Entre las clasificaciones por su nivel de reflexión también se encuentra la propuesta de Esperanza Guisan en *Introducción a la Ética* en 1995 y en Cortina y Martínez en su *Ética* en 1996.

Niveles de reflexión ética	Ideas centrales
1.-Metaética	Objetivo: detectar enunciados lingüísticos y pautas metodológicas que dan legitimidad a las propuestas teóricas éticas (Kutschera,1989: 53-57). Supone una reflexión acerca de las normas morales existentes (Guisan, 1995:43).
2.-Ética Descriptiva	Objetivo: analizar, mediante la investigación empírica, sistemas de normas morales dados, que a su vez tienen afirmaciones normativas (Kutschera,1989: 51). Descripción del contenido de las normas y valores que dan lugar a la génesis psicosocial, en su desarrollo histórico, en los procesos de mediación (Guisan, 1995: 24). Se centra en cómo los valores, principios y normas se generan, expanden e implantan en las conciencias individuales. Explica los hechos de la ética (Guisan, 1995:24).
3.-Ética Prescriptiva	Objetivo: someter a revisión aquello que se asume como lo moralmente correcto. Cuestionar y comprender¿Qué es bueno o correcto? ¿Qué es considerado bueno y porque? (Kutschera,1989: 52-53). Es el primer paso en el proceso de reflexión de las normas morales (Guisan, 1995:34) Fija principios generales que sirven de soporte a los sistemas normativos (Guisan, 1995:35).
4.-Ética Aplicada	Doble proceso de reflexión que recurre a una ética normativa y una metaética (Guisan, 1995:46). Se abordan temas polémicos de interés práctico en un momento dado: por ejemplo, bioética, derechos de los animales, pacifismo, medio ambiente, negocios, asuntos públicos, relaciones entre países pobres y países ricos, paternalismo, desobediencia civil, etc. (Guisan, 1995:46).

Fuente: elaboración propia

Esta clasificación es cardinal para comprender desde dónde se aborda el estudio de la ética y las cuestiones que se plantean en cada reflexión según su nivel de profundidad. Los niveles de reflexión ética en correspondencia con la clasificación de las diversas teorías dan cuenta de que más de alguna teoría puede encontrarse en casi todos los niveles de reflexión, como la teoría ética de los deberes que postula Kant, mientras que, otras teorías se disponen al estudio en un solo nivel de reflexión, como el emotivismo de Stevenson situado en la metaética.

La pregunta planteada y el modo en que se aborda es crucial para ubicar el nivel de reflexión en el que se sitúa. Por ejemplo, la pregunta ¿cómo es la justicia distributiva? es distinta de la pregunta ¿cómo debe ser la justicia distributiva? La diferencia se encuentra en que una se concentra en describir el concepto de justicia y la otra se concentra en prescribir el concepto de justicia. La primera pregunta atiende a una ética descriptivista, la segunda atiende a una ética normativa o prescriptivista.

También podría figurar cuestiones como ¿cuál es el estatuto epistemológico de la justicia distributiva? que obedece a un nivel de reflexión metaética donde se analizan las nociones de justicia en un sentido preponderantemente normativo. De la misma manera se puede presentar la cuestión ¿cuál es el alcance de la justicia distributiva ante el reparto de bienes en situaciones de emergencia sanitaria? que se dirige hacia la reflexión de la ética aplicada - como sucede con la reflexión en bioética-, en la que se expone casos específicos controversiales que ponen a prueba las nociones y enfoques de justicia distributiva.

El estudio en la ética filosófica no obedece a un sistema cerrado, definitivo y tampoco estático; sino que, se asume como una disciplina abierta, inacabada y dinámica que asume los desafíos que en cada época se suscitan. La bioética, entendida como una subdisciplina reciente de la ética aplicada, tiene un reto colosal por las siguientes razones: 1) queda aún sobre la mesa de discusión qué estatuto epistemológico y ontológico asume la bioética²⁰⁹, pues al ser una actividad que se caracteriza por ser multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria, entonces la ética filosófica será una entre las diversas áreas que la constituyen; 2) el vaivén en el que se encuentra la ética aplicada y los demás niveles de reflexión da cuenta de que en la bioética también se heredan los problemas y reflexiones que se suscitan en los otros niveles de reflexión, de ahí que se pueda pensar en una bioética en la que se describen y explican problemas prácticos²¹⁰, en una bioética que establece marcos normativos internacionales²¹¹ o que busca fundamentar y proponer enfoques bioéticos²¹² y también en una bioética que busca legitimar su campo de acción mediante propuestas de metodologías²¹³.

²⁰⁹ Desde una visión anglosajona Callahan sostiene que la bioética es como una *diana móvil*, pues “no puede considerarse una disciplina en el sentido pleno de la palabra. La mayoría de los que la practican y se mueven en este terreno provienen de diferentes campos del saber, inventando sobre la marcha... tiene un estatuto muy problemático... Su gracia más saludable es que todavía no es una disciplina en el sentido genuino de la palabra, tal como se entiende en las comunidades científicas y académicas” (1973:68). Desde una visión Latinoamericana se ha llegado a sostener que la bioética participa de la filosofía, pero “eso no significa que se trata de una reflexión puramente teórica” (Ferrer, Álvarez y Molins, 2016: 39); de ahí que se considere la participación de otras áreas de conocimiento que aportan contenidos y reflexiones que dan paso a la cualidad de ser práctica e interdisciplinaria. Garrafa sostiene que la bioética es una construcción ampliada que se vale de “dos categorías entendidas como esenciales para el entendimiento e interpretación más completa de los problemas: la complejidad del conocimiento y la totalidad concreta relacionada a la realidad donde los hechos acontecen y requieren solución (2005:83). En este sentido, el estatuto epistemológico sigue en construcción y a la par su estatuto ontológico de la bioética requiere también de resignificación conceptual y clarificación de todo aquello a lo que le atribuimos existencia y que cobra sentido en la toma de decisión y curso de acción.

²¹⁰ Por ejemplo, en su obra *Fundamentos de bioética* (2008), Gracia presenta en sus primeros capítulos un panorama explicativo y descriptivo de los acontecimientos históricos de la tradición médica. En este sentido, para poder precisar un problema bioético es menester comprender el escenario en el que se desenvuelve y cobra sentido la cuestión o de cuestiones que sacan a luz la confrontación de los valores y hechos.

²¹¹ Por ejemplo la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, 2005 propuesta por la UNESCO precisa quince principios en los que asume un marco normativo internacional de bioética; dichos principios son el resultado de las propuestas o enfoques que fundamentan la bioética: principialismo, casuística o los principios y pautas que se han desarrollando desde la región de Latinoamérica.

²¹² Por ejemplo Jonsen en *The birth of bioethics*, fundamenta la bioética dimensionando como un discurso y a la par como una disciplina nueva que “no tiene una metodología dominante y tampoco una teoría maestra. Ha tomado prestado piezas de la filosofía... como el trabajo crítico de formular preguntas en forma lógica e indagar sobre las premisas detrás de ellas (1998: 345). También otro pensador que ha contribuido a la reflexión bioética destaca Engelhart en su obra *Fundamentación de la bioética* (1986) principios universales, como el principio de permiso y de justicia, que permiten la interacción entre los denominados “extraños morales”, es decir, aquellos que no comparten las mismas normas morales y sin embargo pueden convivir de forma pacífica.

²¹³ Por ejemplo existen diversas propuestas que se han denominado como metodologías en bioética, como la propuesta de práctica en la toma de decisiones éticas en la medicina clínica que desarrollan Jonsen, Siegler y Winslade en su obra *Ética clínica* (2005) o la propuesta de Diego Gracia en su obra *Procedimientos de decisión en ética clínica* (1991) que son presentadas en el siguiente capítulo.

Cabe preguntarse ¿qué plus tiene la bioética de la ética? en otras palabras ¿Cuál es la novedad de la bioética? De manera inicial su novedad está en el aterrizaje prudencial de los problemas y dilemas bioéticos. El legado que hereda la bioética de la ética es 1) la capacidad de asombro por las tensiones morales²¹⁴; 2) la habilidad para reconocer y formular preguntas plausibles²¹⁵; 3) la capacidad de análisis de las diversas posturas²¹⁶ plurales al argumentar, y en este caso, deliberar sobre las implicaciones de las tecnociencias que repercuten en la vida y también 4) la capacidad de “aplicar a los distintos ámbitos de la vida social los resultados [de las capacidades previas]; de manera que se adopte en esos ámbitos sociales una moral crítica (Cortina y Navarro, 2001:23).

Además de lo anterior, en los problemas y dilemas bioéticos, a diferencia de los problemas y dilemas éticos, participan y se entrelazan los diálogos de diversas disciplinas y ciencias de la vida que, reconocen la dificultad de no saber cómo tratar aquellos. Aún así se aspira a lograr acuerdos provisionales y mecanismos de acción para su oportuna resolución.

Dicho lo anterior, la bioética no queda confinada exclusivamente a la ética aplicada; sino que en su actividad asume el legado de la ética descriptiva, la ética prescriptiva o normativa y la metaética. Todos los niveles de reflexión ética están presentes en el quehacer de la bioética, es decir, la bioética acarrea problemas que heredan de la ética filosófica y se vuelven intensamente desafiantes.

La clasificación de las teorías éticas y los niveles de reflexión ética -apoyadas en los estudios recientes de la argumentación (como herramienta filosófica)- sugiere nuevos acercamientos al estudio de la moral y posibilita la exploración de los componentes que constituyen la estructura del acto moral. Entre los elementos que se han estudiado recientemente están los juicios morales.

La metaética o filosofía moral trataría de ofrecer un metadiscurso, es decir, estaría formada por juicios sobre los juicios morales... un discurso que conforma la ética normativa... tendría por objetivo justificar cómo sabemos que se debe hacer. Es decir, trataría de buscar argumentos y justificaciones de los juicios y las normas morales (Cabezas, 2014: 31).

²¹⁴ La capacidad de asombro que procura la ética es una actividad propia no solo de ésta sino de cualquier rama que compone la filosofía. Al respecto señala Ugalde que “el asombro es... un ἀρχή [arché], el origen y principio de todo el saber, la disposición primera que conduce a la investigación de los primeros principios” (2017:169).

²¹⁵ Saber preguntar, es decir, formular cuestiones relevantes y plausibles es una función que se desenvuelve en la ética, más aún, “la función más primigenia de la filosofía no es otra que preguntar, y preguntar bien, más que dar respuestas... preguntar es un arte que se aprende ejercitándolo ... entre esas preguntas están las referidas a la moral (Camps, 11:2013).

²¹⁶ La capacidad de análisis se produce cuando “la ética pretende desplegar los conceptos y argumentos que permitan comprender la dimensión moral de la persona humana en cuanto tal” (Cortina, 2001:9). La actividad argumentativa en la ética es relevante pues, provee de diversas herramientas lógicas, dialécticas y retóricas para saber cómo abordar todos los rasgos que comprende la moral.

En este sentido, el emotivismo, al igual que otras teorías éticas, han precisado la noción de juicio moral; el cual forma parte de los elementos que constituyen el acto moral. El acto moral está conformado por diversos componentes que también han sido detallados ya por las teorías éticas. Dichos componentes que se pueden explorar son: 1) el motivo del acto, revisado principalmente por éticas de móviles; 2) el propósito del acto, examinado por diversas teorías teleológicas; 3) la decisión moral, analizada por teorías éticas materiales y formales; 4) el agente moral, revisado a la luz de todas las teorías éticas, como la ética deontológica; 5) los medios, que también se asumen en casi todas las teorías éticas y, por último 6) los juicios morales, revisados por el nivel de reflexión metaética. En el siguiente apartado se precisan cada uno de los elementos constitutivos del acto moral como resultado de las aportaciones de las teorías éticas.

2.7.3 Elementos constitutivos del acto moral

Podemos ubicar en la moral, inicialmente, dos ámbitos generales: lo que se dice y lo que se hace. El primero corresponde al discurso, es decir, al ámbito de las palabras. El segundo corresponde al ámbito de los actos. El acto moral es el elemento central en la dimensión moral que ha sido estudiado por la ética filosófica hace más de dos mil años y que logra traducirse en el discurso moral. El acto moral se entiende como “un acto humano y todo acto humano es un acto valorativo” (Bretonche, 2021:441). Y es atinada la precisión en la que “se puede evidenciar a todo acto moral como un acto humano, pero no todo acto humano es un acto moral” (Bretonche, 2021:442). La diferencia está en la voluntad. Es decir, hay actos humanos voluntarios y actos involuntarios²¹⁷ y actos no voluntarios²¹⁸.

Los actos morales humanos voluntarios son objeto de estudio de las teorías éticas, pues son las que permiten dimensionar diversos elementos constitutivos que son condición de posibilidad para su concreción. Como punto de partida es importante reconocer que, “hay

²¹⁷ Esta noción se retoma desde Aristóteles al distinguir que “son involuntarias las acciones que se producen a la fuerza y, “forzoso” es aquello cuyo inicio es externo siendo de tal clase que en ello no colabora el sujeto, agente o paciente” (EN, Libro III, I, 1110a) por ejemplo, una persona que es forzada a tomar una decisión que va en contra de su bienestar y se limitan las opciones por una figura de poder. Distinguir lo voluntario de lo involuntario precisa el estagirita que habrá de calificarse en el momento en que se realiza, pues no es tajante la separación una de la otra. Aunque cabe precisar aquí que la distinción de los actos involuntarios son insatisfactorios por dos razones, 1) además de la violencia externa, también hay violencia interna como las fobias y 2) se dificulta asumir claridad de un comportamiento determinado y libre (Kustchera, 1989: 250).

²¹⁸ Señala el macedonio que “Todo lo que se produce por ignorancia es no-voluntario... cualquier acción por ignorancia, sin que sienta disgusto por su acción, no la ha realizado voluntariamente, ya que desde luego, no era consciente... [y tampoco] se arrepiente (EN, Libro III, I, 1110b). Por ejemplo, un neonato o una persona con un deterioro cognitivo avanzado entra en esta categoría, pues sus acciones no pueden ser dimensionadas y tampoco reguladas en términos morales.

acciones que son elegidas, acciones que pasan por un proceso deliberativo y se llevan a cabo luego de ser preferidas sobre una multiplicidad de opciones” (Esponda:2016: 142). Es decir, a través del ejercicio deliberativo se puede conducir la elección voluntaria hacia los actos morales.

Los elementos constitutivos²¹⁹ del acto moral son: motivos, propósitos, decisión, agente, medios y los juicios morales. Enseguida se presenta una explicación general sobre cada elemento y de las teorías éticas que han predominado en su discernimiento.

2.7.3.1 Los motivos

Los motivos son aquellas disposiciones del comportamiento que mueven o impulsan el acto. Los motivos se han considerado en el acto moral como todo aquello que no es racional²²⁰ por diversas teorías éticas. Se han insertado en este elemento las pasiones, emociones, sentimientos, sensaciones o preferencias. En otras palabras,

Las pasiones o sentimientos que surgen al considerar ciertas cualidades o rasgos de carácter, en nosotros mismos o en otros, son las que dan origen a la acción. Estas pasiones son el amor-odio, orgullo-humildad, compasión, simpatía, las cuales operan como *motivos* de la acción (Villegas, 2004: 28).

Hay diversas teorías éticas²²¹ que han analizado e interpretado cada una de las disposiciones que motivan el acto moral y que su composición no necesariamente es compartida entre sí. Por ejemplo, desde la ética de las virtudes, las emociones se distinguen de las sensaciones, pues las primeras se originan en las afecciones del pensamiento y las segundas se manifiestan en los procesos fisiológicos. Aunque no están disociadas, de hecho “las emociones se definen básicamente como afecciones acompañadas de placer o dolor” (Trueba, 2009:154). Y también implican “estados o procesos cognitivos tales como: sensaciones o

²¹⁹ Son constitutivos porque si alguno de ellos falta no sería posible el acto. Además, es importante precisar que no será objeto de este trabajo fundamentar cada uno de los elementos. Sádaba también propone elementos básicos de la moral, pero sólo distingue tres: “el sujeto, los medios y el fin. El sujeto lo es de las acciones, los medios son los instrumentos para alcanzar el fin, y el fin es el objetivo que alcanzar (2020:8-9).

²²⁰ Por ejemplo, Kant en una nota a pie de página precisa que una inclinación es “la dependencia que tiene la capacidad desiderativa respecto de las sensaciones” (Ak, IV, 414/ pág. 113). Comprende a las inclinaciones como todo aquello que es irracional y, no obstante, pueden afectar la voluntad. De ahí que se pueda entender una voluntad heterónoma, a diferencia de una voluntad autónoma, en la que elegir estará motivado por una influencia interior como los deseos, pasiones, por mencionar algunos.

²²¹ Por ejemplo, el hedonismo se distingue porque asume de forma equivalente el placer con el bien, aunque hay placeres que pueden ser promovidos y otros contenidos. Apunta MacIntyre que “Para Epicuro, por cierto, la virtud es simplemente el arte del placer. Pero luego pasa a afirmar que muchos placeres, si se los persigue descuidadamente, traen como consecuencia grandes dolores” (1966/1991:110). También para el utilitarismo clásico se entiende que el placer es bueno por sí mismo, aunque en sus versiones más recientes, se distingue la búsqueda del bien con las preferencias, “esta idea lo que se maximiza —y, para dar mordiente ética a la noción, los utilitaristas de la preferencia tienen que añadir «y debe maximizarse»— no es el equilibrio de placeres sobre dolores, sino más bien la satisfacción de las preferencias en sentido más general” (Goodin, 1995/ 2004:339).

percepciones, impresiones sensibles y/o racionales, creencias o juicios; actitudes, deseos o impulsos” (Trueba, 2009:167).

Hay una precisión a saber entre los actos voluntarios e involuntarios al presenciar una pasión que la teoría ética deja constancia de la distinción: “ser afectado por una pasión y actuar movido por una pasión” (EN 1111a 25). Lo primero implica un acto involuntario pues no es producido por el agente y el segundo es un acto voluntario porque el agente participa en su confección. Esta distinción es indispensable para saber que la voluntad interviene en la disposición de las diversas motivaciones enunciadas.

Los motivos pueden comprenderse como una de las causas que clasifica Aristóteles, la *causa material* (ὕλη, hyle), entendida como “aquel constitutivo interno de lo que está algo hecho (Física, 194b, 24). Por ejemplo, el Estagirita denomina afecciones propias de las emociones “al deseo, la ira, el miedo, la audacia, la envidia, la alegría, la amistad, el odio, la pasión, el celo, la piedad (EN II, 1105b 20-23).

Los motivos, como *causa material*, juegan un papel fundamental en el acto moral porque pueden debilitarse y comprometer la realización del acto moral, o bien pueden intensificarse afianzando su proyección en las creencias y/o juicios morales. Además, en un mismo acto moral pueden estar presentes diversas motivaciones; que pueden sustituirse unas por otras, incluso antes de concretar el acto. De ahí que, las diversas disposiciones del comportamiento o motivos puedan moldearse y transformarse según las aspiraciones hacia las que se dirigen.

2.7.3.2. Los propósitos

Los propósitos son aquellos objetivos o metas hacia donde se encamina la acción voluntaria. Aristóteles la entiende como la *causa final* (τέλος, telos), es decir, “aquello para lo cual es algo... y también cualquier cosa que, siendo movida por otra cosa, llega a ser un medio respecto del fin... unas son actividades, otras instrumentos” (Física 194b, 34-35). De manera específica, indica también que “toda actividad y toda elección tienden a un determinado bien... el bien es aquello a lo que todas las cosas aspiran” (EN, 1094a, 1). La acción moral se dirige a un bien; el cual está delineado en los propósitos planteados.

De manera sistemática Aristóteles fundamenta que la felicidad (εὐδαιμονία/eudaimonia) es la causa final de la acción moral, declara que, “La felicidad es una cosa completa e independiente ya que es el fin de la acción” (EN I, 1097b: 20). Este es uno de los pilares en los que se construye la ética de las virtudes. La felicidad es entendida como el fin

hacia el cual se aspira y que no puede ser de otro modo. Es decir, la *causa final* no se puede modificar, de hecho admite que “no deliberamos sobre los fines, sino sobre los medios que conducen a los fines” (EN III, 3, 1112b, 11-2). No obstante, caben las siguientes cuestiones ¿los fines o propósitos no se pueden modificar? y ¿se puede plantear en una toma de decisión dos propósitos?²²² Al parecer sí se pueden configurar varios propósitos en una misma toma de decisión, el asunto será distinguir cuando hay propósitos que se contraponen.

Hay otras tres teorías éticas que fundamentan el sentido teleológico, es decir, que se dirigen a justificar aquello que denominan el bien; denominadas como teorías consecuencialistas.

... el egoísmo ético, el altruismo ético y el utilitarismo. De acuerdo con la primera, una acción puede ser considerada moralmente correcta si el resultado de la misma es favorable para quien la lleva a cabo. Por el contrario el altruismo ético sostiene que la acción moralmente correcta es aquella que tiene consecuencias favorables para todos excepto para quien la ejecuta ... Una variante del egoísmo ético está dada por la teoría del contrato social [en la que] por razones puramente egoístas e individuales, cualquier persona estará mejor viviendo en un mundo regido por reglas morales que en uno sin ellas (Montuschi, 6-7).

Por otro lado, el utilitarismo clásico apoyado en el principio de utilidad se expresa bajo la siguiente enunciación “lo conforme a la utilidad de un individuo es lo que aumenta la suma total de su bienestar, y lo conforme a la utilidad pública es lo que aumenta el bienestar de los individuos de la comunidad que la componen” (Bentham, 1781: 19).

Los propósitos entendidos como *causa final* del acto moral pueden configurarse de manera individual, cuando el acto moral recae en un solo agente o pueden ser comunes, cuando el acto moral es compartido por diversos agentes. También se pueden establecer propósitos en relación a un espacio y tiempos determinados, por ejemplo; configurar propósitos de corto, mediano y largo plazo.

El establecimiento del propósito está en correspondencia con los diversos motivos expresados. Por ejemplo, al aspirar hacia propósitos individuales estarán en correspondencia con emociones y preferencias inclinadas hacia el egoísmo, en cambio, cuando la aspiración es hacia propósitos generales o globales entonces habrá correspondencia con emociones o preferencias altruistas, generosas, solidarias o de cooperación.

²²² Este problema ha sido abordado bajo las siguientes afirmaciones: 1) los fines nos vienen dados por nuestras disposiciones estables, a través de la forma habitual que tenemos de reaccionar afectivamente; 2) En toda deliberación podemos sustituir los fines “inmediatos”(los que nos vienen sugeridos por los hábitos) por otros diferentes, si tomamos en consideración aspectos inicialmente no percibidos; y 3) Cuando “cambiamos” un fin por otro, no deliberamos acerca de los fines, si por deliberar se entiende comparar dos fines con respecto a su efectividad para producir un “fin superior”. Pues los fines son bienes intrínsecos y, por lo tanto, no existe un bien superior que nos permita estimar su valor relativo. De ahí que, propiamente hablando, no se delibere sobre los fines, sino se los desee (Morales, 2003:90). Sin embargo, hay un asunto de fondo pendiente; el cual implica asumir la conexión entre fines y bienes. Pero no será objeto de estudio en este trabajo.

2.7.3.3. Los medios

Se entiende como medio “todo lo que hace posible la obtención de un fin, la ejecución de un propósito o la realización de un proyecto” (Abbagnano, 1961: 788). Los medios son los objetos, instrumentos o materiales que se emplean para representar el acto moral. Se pueden distinguir al menos dos tipos de medios: tangibles e intangibles. Los medios tangibles son aquellas cosas que se perciben con las capacidades sensoriales; mientras que, los medios intangibles son aquellas cosas inmateriales o incorpóreas.

Los medios pueden traducirse también como parte de la *causa material*, es decir, aquel constitutivo interno de lo que está hecho el acto moral. Por ejemplo, para que pueda llevarse a cabo el acto de la donación con fines de trasplante entonces se necesita de recursos tangibles como el propio órgano a trasplantar, recursos sanitarios (como el quirófano y todos los aditamentos, estudios de laboratorio, entre otros) y recursos intangibles logísticos (como gestión y coordinación de espacios y tiempos de programación de operaciones, orden de listas de espera, entre otros).

Una de las teorías éticas que distingue los medios es la deontológica la cual precisa que “una cosa es todo cuanto puede ser utilizado de un modo meramente instrumental” (Aramayo, 2002:41). La clasificación se encuentra entre aquellas cosas que tienen un valor intercambiable, tasable y aquellas que tienen valor en sí mismas que merecen respeto, como las personas. Por otro lado, la teoría ética utilitarista clásica asume que los medios son todo aquello disponible que se dirige a la felicidad. “El derecho igual de todos a la felicidad, en la estimación del moralista y el legislador, implica un igual derecho a todos los medios conducentes a la felicidad (Mill, 1861/ 1984: 136-137). Los medios se caracterizan por estar a la altura de todos, es decir, no podrán estar unos más aventajados que otros al disponer de medios que les conduzcan a la felicidad.

El establecimiento de lo que se entiende por *medios* dependerá del fundamento teórico ético aducido. Por un lado, en la teoría ética deontológica las personas no deberían figurar como meros medios. Por otro lado, en la teoría ética hedonista o utilitarista clásica las personas podrían figurar como medios para lograr un bien mayor que se presupone como legítimo, pues “las acciones son justificables si producen un balance favorable de felicidad sobre infelicidad” (Rachels, 2006:171).

2.7.3.4. El agente moral

El agente moral es aquel que toma la decisión y ejecuta el acto moral. Desde la teoría ética de las virtudes, el agente moral se puede entender como *causa eficiente* (κινούν, *kinoun*). Es decir, “es el principio primero de donde proviene el cambio o el reposo... y en general el que hace algo respecto de lo hecho, y lo que hace cambiar algo respecto de lo cambiado” (Física, 194b, 33). El agente moral se configura como el punto de partida del acto moral, es decir, como *causa eficiente*, pues es capaz de transformar, de cambiar todo aquello que puede ser de otro modo.

Todas las teorías éticas (al menos las mencionadas en la tabla 12) han sentado las bases sobre el modo de comprender el agente moral. Es decir, se ha establecido requisitos para asumir quien es y qué caracteriza al agente moral; se han establecido propuestas teóricas en las que el eje central es la moderación y regulación; se han confeccionado conceptos para categorizar facultades del entendimiento que dimensionan al agente moral como tal; se ha precisado el alcance de acción y sus repercusiones cuando se infringen deberes; se han propuesto descripciones sobre el proceso de formación del agente moral desde sus niveles más básicos hasta que logra alcanzar madurez cognitiva y moral; también se han establecido mecanismo y procedimientos de comunicación y de diálogo originados en las capacidades lingüísticas y de razonamiento. En fin, las diversas teorías éticas enriquecen un panorama más amplio sobre la representación del agente moral. Aquí unas líneas que condensan cada una de las teorías éticas mencionadas en este apartado.

La teoría ética de las virtudes centra su atención en comprender las virtudes y los tipos de virtudes que moldean el carácter del agente. La teoría ética hedonista sostiene que cualquier agente moral es capaz de regular, asumir los placeres elegidos. La teoría ética estoica resalta el papel del dominio y moderación de las pasiones que debe asumir el agente moral al aspirar continuamente a la *ataraxia*, fuera de este su participación no tiene cabida. La teoría ética deontológica comprende el papel del agente moral como autónomo, es decir, capaz de darse a sí mismo reglas y evaluarlas. Las teorías éticas utilitaristas coinciden en que el papel del agente moral es autónomo y su alcance de actuación estará limitado a no dañar a otros seres o al promover estados de infelicidad. La teoría ética del contrato social centra el papel del agente moral capaz de lograr acuerdos. La teoría ética liberal promueve la importancia de los individuos y el reconocimiento de sus derechos. La teoría ética comunitarista asume la importancia de rescatar el papel de la comunidad como parte de la formación del agente moral en relación con otros. La teoría ética procedimental asume que los agentes morales son capaces de acordar procedimientos de comunicación y de diálogo. La teoría ética del cuidado señala

que los procesos de formación de los agentes morales son diferentes, según el género, y corre a cuenta de las sociedades rectificar procesos relacionales que menguan las interacciones con otros. La teoría ética emotivista asume que el agente moral centra su rol sobre el discurso basado en los hechos morales. Por último, la teoría ética de la responsabilidad destaca el papel que juegan las intenciones al asumir compromisos.

La ética, en relación con otras áreas de conocimiento, también se ha encomendado a discernir quienes están o no están en condiciones de ser agentes morales; debido a que, no cuentan con la capacidad -cognitiva y/o moral- para tomar decisiones. Se reconocen como pacientes morales quienes “no pueden hacer nada correcto o incorrecto que afecte o involucre a agentes morales, pero los agentes morales pueden hacer lo que es correcto o incorrecto de maneras que afecten o involucren a los pacientes morales” (Regan, 2016: 185). En cambio, un agente “si ha de ser moral en sus acciones, ha de ser igualmente autónomo, o lo que es lo mismo, libre, o lo que es decisivo, se le pueden atribuir las acciones” (Sádaba, 2020: 9).

Simón Lorda asume que “tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas –cognitivas, volitivas y afectivas– que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla (2008:65). Aunque no queda siempre clara la línea trazada entre quienes se consideran como agentes morales y pacientes morales, pues hay aptitudes -sobretudo cognitivas y emotivas- que puedan reconocerse; volviendo dudosa su evaluación sólo desde una área de conocimiento. Como tradicionalmente se ha efectuado en el campo de la psicología y psiquiatría. De hecho, reconoce Lorda la importancia de asumir riesgos en los que

...el juicio sobre la capacidad de un paciente siempre será probabilístico y prudencial, no de certeza científica. Por eso, ninguno de los guiones, herramientas o protocolos de evaluación de la capacidad podrá ser nunca un «Santo Grial», el remedio mágico que dará respuesta a todas las dudas y aplacará definitivamente la angustia (2008: 65).

Esto significa que, el profesional de la salud puede efectuar una evaluación en la que prive a una persona de decidir por sí misma, aunque realmente pueda hacerlo. Y también que se autorice a una persona tomar decisión y realmente no pueda hacerlo. De la misma manera, si alguien se reconoce como persona incapaz en un curso de acción, no significa que es incapaz en cualquier práctica o actividad y a la inversa. De ahí la importancia de reconocer las limitaciones y matices que hay entre la agencia y la paciencia moral; así como la viabilidad de reconocer que los resultados de las evaluaciones puedan ser revisables en otros momentos.

Las directrices o protocolos de evaluación de la capacidad son un acercamiento que permiten asumir de forma práctica y provisional categorías para lograr apreciaciones cada vez

más cuidadosas. Las áreas que han concentrado esfuerzos para precisar qué requisitos llevan a asumir la capacidad y cómo se evalúa han sido la psiquiatría y la psicología²²³. Por su parte, en el ámbito jurisdiccional se han establecido medidas para retirar o limitar “la potestad jurídica para que ejerza activamente y por sí mismo sus derechos y obligaciones o asignar algún representante legal” (Simón-Lorda, 2008:67).

Entre las categorías asumidas para la falta de capacidad son: 1) transitoria²²⁴, 2) gradual (de forma ascendente o descendente)²²⁵, 3) reducida²²⁶ o 4) definitiva²²⁷ (ver tabla 14). Cabe resaltar que, sean agentes morales o pacientes morales a todos se les da consideración moral del respeto, pues “todos aquellos que, como sujetos de una vida, tienen un valor inherente de bienestar experiencial (Regan, 2003: 82).

Tabla 14 Agencia y paciencia moral

Consideración moral			
Todo aquel ser al que se le da respeto y se toma en cuenta por su valor inherente de bienestar experiencial.			
Agencia moral		Paciencia moral	
Consciencia	Posibilidad de asumir un carácter <i>intencionado</i> (Kustchera, 1989: 251)	No consciencia	Dificultad para asumir un carácter <i>intencionado</i> .
Voluntad	Facultad para decidir libremente de coerciones externas (Simón-Lorda, 2008: 65)	No voluntario	Falta de facultad para decidir libremente de coerciones externas.

²²³ Ver Test de capacidad según Roth, Meisel y Lidz (1977). Tomado de ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134 (3), pp. 279-284. Para la evaluación de la capacidad se encuentra el trabajo de PS Appelbaum y Loren Roth (1982). Tomado de APPELBAUM, P. S., ROTH, L. H., «Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, pp. 951-8].

²²⁴ Como es el caso de quienes están bajo el influjo de alguna sustancia, quienes están bajo el sueño, quienes son diagnosticados es un estado vegetativo persistente o en coma. Aunque queda de forma incierta la temporalidad en las últimas dos debido al pronóstico incierto de recuperación.

²²⁵ Como es el caso de menores de edad que se encuentran en proceso de formación de sus capacidades y que, de manera gradual, serán agentes morales. También aplica el caso de las personas alguna vez se reconocieron como agentes morales, pero progresivamente irán mermando sus capacidades; por ejemplo, aquellos diagnosticados con algún tipo de demencia.

²²⁶ Como es el caso de aquellas personas o seres que son diagnosticados con algún padecimiento psiquiátrico y que sus capacidades difícilmente podrán reconocerse como tal cuando se encuentran en estado activo de su padecimiento o trastorno psiquiátrico y/o psicológico.

²²⁷ Como es el caso de quienes son diagnosticados con muerte cerebral o aquellos en los que no hay duda, hasta el momento, del daño no recuperable a sus capacidades cognitivas y morales; a las luces de los estudios de las neurociencias, ciencias cognitivas y el campo de la psiquiatría.

Capacidad	Manifestación de aptitudes cognitivas, emotivas y volitivas para regular sus actos y proyectar la personalidad. (Simón-Lorda, 2008:65-67).	Capacidad transitoria	Manifestación de las aptitudes de forma temporal
		Capacidad gradual	Manifestación de las aptitudes progresivas
		Capacidad reducida	Se tiene pero no de manera plena, pues no satisface todos los criterios de forma plena.
		Incapacidad definitiva	Daño o diagnóstico permanente

Fuente: elaboración propia

Una cuestión presente en los teóricos sobre la ética es ¿qué caracteriza al agente moral? De acuerdo con Mary Warnock señala que, deliberar, desear, amar, odiar, elegir, todas estas actividades nos caracterizan en tanto que personas y, por ende, en tanto que agentes morales (1968:169). Es decir, las funciones del pensamiento y la disposición de las emociones, sensaciones o pasiones constituyen al agente moral. En otras palabras, éstas son la *causa material* y sin éstas el agente moral no puede concebirse como un tomador de decisiones.

Entre las funciones del pensamiento, particularmente del razonamiento práctico, destaca la deliberación. Deliberar es propio del agente moral que ha adquirido un proceso de formación. Si la formación es deficiente, probablemente, su ejercicio deliberativo esté en correspondencia. Al respecto Aristóteles asume que “el buen deliberador, en general, es el que alcanza, siguiendo razonamiento, la mejor de las cosas alcanzables por el hombre mediante la acción” (EN VI, 8: 1141b 15).

El agente moral como buen deliberador sólo puede reconocerse y valorarse sobre la base de la proyección de su toma de decisión y con ello el razonamiento alcanzado. Aunque, en la acción no necesariamente se manifiesta la deliberación. La falta de correspondencia entre el acto y lo deliberado se debe a diversos factores que se precisan en el apartado de las virtudes éticas.

2.7.3.5. La decisión

La decisión es el momento en el que se manifiesta la elección; la cual está auspiciada por varios componentes. De acuerdo con Aristóteles, “el punto de partida de la acción es la elección (el “aquello-de-donde” se origina el movimiento, no el “aquello-para-lo-cual”), mientras que el de la elección es la inclinación y la razón para algo” (EN VI, 2: 1139a 30-35).

Es decir, la elección se origina desde los motivos y desde el razonamiento. De hecho así lo rectifica el estagirita al asumir que “la elección no se da al margen ni del intelecto, ni del razonamiento ni de la disposición moral” (EN VI, 2: 1139a 30-35).

En relación con las causas aristotélicas, se puede entender como la *causa formal* (εἶδος, *eídos*), la cual “es la forma o el modelo, esto es, la definición o la esencia y sus géneros... y las partes de la definición” (Física 194b, 32). Es decir, se comprende como elemento constitutivo que define o da forma al acto moral. No hay acto moral si no hay decisión que tomar, de ahí que pueda entenderse como la forma del acto moral. También cabe equiparar la decisión, como *causa formal*, porque tiene partes que la componen: razón y emoción.

Aristóteles distingue y clasifica entre las virtudes dianoéticas (o del pensamiento) y éticas (o morales) (ver esquema 1). Las virtudes dianoéticas forman el pensamiento. Distingue cinco tipos de virtudes dianoéticas: “Técnica, Ciencia, Prudencia, Sabiduría y Entendimiento” (EN VI, 3: 1139b 15-20). La técnica o también llamada arte se dirige a la fabricación de objetos (EN VI, 3: 1140a 10-15). La ciencia se dirige al conocimiento demostrable que no puede ser de otra manera, es decir, “El objeto del conocimiento científico es por necesidad” (EN VI, 3: 1139b 25-30). La prudencia se dirige a lo que puede ser de otra manera como una disposición racional, “debe conocer también los objetos particulares: porque está ligada a la acción y la acción atañe a los particulares” (EN VI, 8: 1141b 20). Además, “su fin último es lo que se debe hacer o no” (EN VI, 10:1143a 15). La sabiduría se dirige a la demostración, “es el más perfecto de los modos de conocimiento. El sabio, por consiguiente, no sólo debe conocer lo que deriva de los principios, sino poseer además la verdad sobre los principios (EN VI, 7:1141a 15). Por último, el entendimiento se dirige a la comprensión de los contenidos, “en virtud del cual se habla de hombres “dotados de buena inteligencia”, del entendimiento o inteligencia que se ejercita en el aprender; en efecto, al aprender lo llamamos muchas veces entender (EN VI, 10:1143a 15). Cabe precisar que, el entendimiento puede ser teórico (ciencias) y práctico (prudencia). Pero, “el entendimiento no consiste en tener prudencia ni en alcanzarla” (EN VI, 10: 1143a 15); solo consiste en captarla.

Por otro lado, las virtudes éticas forman el carácter. Distingue dos tipos de virtudes éticas: discernir correctamente y deliberar correctamente. También se puede discernir de forma incorrecta y deliberar de forma incorrecta. Solo que estas no son denominadas virtudes, sino vicios cuando se hacen de forma habitual. Serán porque hay un razonamiento desviado (o no hay razonamiento) para el caso de la deliberación o por la falta de comprensión para el caso del discernimiento.

El discernimiento recto consiste en comprender y juzgar rectamente. Cuando “decimos de alguien que es comprensivo y que tiene comprensión, es el discernimiento recto de lo equitativo. Señal de ello *es* que llamamos comprensivo sobre todo al equitativo, y equitativo a tener comprensión sobre algunas cosas” (EN VI, 11: 1143a 20). En este sentido, quien juzga como equitativa una cosa de manera aparente asume que su discernimiento será falto de comprensión.

La deliberación está enlazada con la virtud dianoética de la prudencia al asumir que “es propio del hombre prudente el ser capaz de deliberar sobre lo bueno para sí y lo que le conviene, no parcialmente, ... sino qué cosas lo son en general con vistas a vivir bien” (EN, VI 1: 1140a 25). En otras palabras, la deliberación correcta es considerada como la virtud directa de la prudencia; la cual establece el puente entre las virtudes éticas y dianoéticas.

Se puede deliberar de forma incorrecta -bajo un razonamiento desviado- y también se puede deliberar en ausencia de razonamiento -cuando se da por acierto o la opinión-; en ese sentido, no “es posible la buena deliberación sin razonamiento” (EN, VI 9: 1142b 20). Pero, ¿se puede tener un acto moral con una deliberación incorrecta? Sí aunque lo será por medios inadecuados, “de modo que, no será buena deliberación ésta en virtud de la cual se alcanza ciertamente lo que se debe, pero no por el camino debido” (EN, VI 9: 1142b 25).

De acuerdo con Aristóteles, “yerra quien delibera mal y obra bien quien delibera correctamente, resulta evidente que la buena deliberación es una clase de rectitud” (Aristóteles, VI 9: 1142b 10). No obstante, también es probable que el que obra mal²²⁸, el vicioso y el incontinente²²⁹ deliberen correctamente, pero sus acciones son imprudentes, pues “el incontinente y el malo alcanzarán con el razonamiento lo que se propongan, si son hábiles” (EN, VI 9: 1142b 25).

Ahora bien, ¿en qué consiste la correcta deliberación? Siguiendo a Aristóteles, la correcta deliberación se presenta cuando:

- a) hay de manera habitual el razonamiento recto, es decir “la rectitud del discurso” (EN, VI 9: 1142b 16);
- b) las cosas que pueden ser de otro modo, es decir, “nadie delibera sobre lo que no lo puede ser de otra manera, ni sobre lo que no tiene un fin (EN, VI 8: 1141b 10);

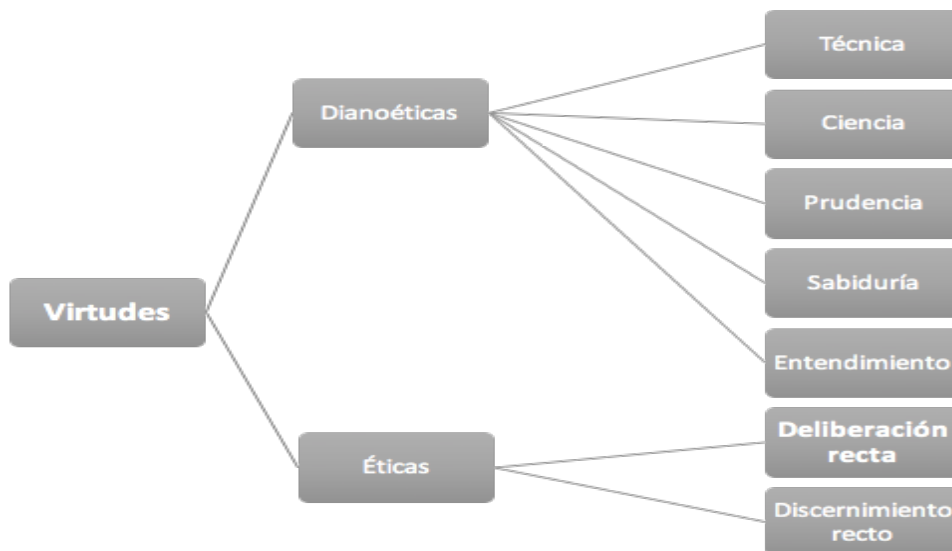
²²⁸ El razonamiento práctico es independiente de los compromisos valorativos asumidos, “uno puede ser capaz de razonar correctamente y no por ello tener ningún compromiso con lo bueno” (Cabezas, 2014: 83).

²²⁹ De hecho, se considera *akrasia deliberativa* cuando es “un caso de debilidad de la voluntad, no de la acción, sino en la aceptación de una razón moral que el sujeto piensa que debería aceptar, pero que de hecho no hace, independiente de la acción final que realice” (Cabezas, 2014: 46).

- c) también cuando investiga, “deliberar es investigar algo particular” (EN, VI 9: 1142b 1);
 d) además, requiere de tiempo y modo (conforme al objeto de la deliberación) y fin determinado (EN, VI 9: 1142b 15).

Cabe precisar que, si la acción está en correspondencia con lo deliberado entonces se puede entender como un agente moral prudente que delibera correctamente, es decir, “la buena deliberación consistirá en una rectitud conforme a lo conveniente para el fin aprehendido por la verdadera prudencia” (EN VI, 9: 1142b 30).

Esquema 1 Tipos de virtudes



Fuente: elaboración propia

De tal modo puede sostenerse que, la decisión no participa de todas las virtudes dianoéticas (al menos no de manera directa); sino sólo de aquellas que guardan vínculo con la prudencia, como es el entendimiento.

La decisión requiere, por tanto, de unos procesos cognitivos para sopesar las distintas opciones, imaginar consecuencias posibles y optar por un plan u otro. Sin embargo, todos estos procesos no se realizan al margen de la dimensión emocional, la cual permite saber cómo nos sentiríamos en una situación y en otra, siendo por tanto crucial en la valoración de los beneficios y desventajas de cada opción (Cabezas, 2014: 74).

Se puede sostener que, previamente al momento de la decisión (elección) en la correcta deliberación se debe: 1) identificar alternativas, 2) justificar cada alternativa, 3) analizar cada una de las alternativas y su respectiva justificación (imaginar consecuencias posibles), 4) evaluar riesgos, beneficios y desventajas (sopesar las opciones) y 5) momento de la toma de decisión (optar por un plan u otro). Todos estos movimientos están en continua correspondencia con los motivos (dimensión emocional) y los propósitos planteados.

... el buen uso de la razón práctica... implica integrar en el proceso de deliberación los valores, los fines, normas e incluso elementos simbólicos, lo que lleva a conectar la racionalidad, por un lado... y por otro lado, con el sistema emocional (Cabezas, 2014: 84)”.

La toma de decisión no puede prescindir del uso de razonamiento práctico y tampoco de la disposición de las emociones. Cabe destacar que, el razonamiento práctico es una actividad del pensamiento que se proyecta en los juicios morales. El juicio moral es el conducto discursivo que puede hacer visible todos los elementos constitutivos del acto moral.

2.7.3.6. Los juicios morales

Los juicios morales son enunciados particulares que tienen como referente a las creencias y a las disposiciones emocionales sobre lo bueno (o en su caso, sobre lo malo).

... para decir de un sujeto moral que su decisión es racional, que hace un buen uso de su razón práctica, este no solo debe seguir reglas lógicamente correctas en su manera de establecer inferencias, sino que el contenido de los juicios morales que elige debe ser también válido, preferible o bueno (Cabezas, 2014: 84)”.

La historia de la ética filosófica ha mostrado que la razón justifica y las emociones explican. Su relación ha sido incompatible e irreconciliable: por un lado, si participa la razón en la dimensión moral entonces las emociones, deseos o pasiones solo figuran como meros atributos secundarios²³⁰; por otro lado, si participan las emociones o pasiones en la dimensión moral entonces la razón no tiene cabida²³¹.

Las emociones se han revisado y analizado sólo como componentes irracionales, inclusive no forman parte de la correcta deliberación²³². De ahí que, las emociones tampoco pueden colaborar con la razón práctica para configurar juicios morales²³³. Ya no es posible sostener que razones y emociones están distantes en la comprensión moral. Algunos autores contemporáneos²³⁴ reconocen la inviabilidad de esta aparentemente incompatibilidad en la que

²³⁰ Por ejemplo, la teoría ética de deberes precisa que la formulación del imperativo categórico será viable cuando rechaza continuamente las inclinaciones, el valor de carácter “representa el valor moral, a saber, que se haga el bien por deber y no por inclinación” [A11] (Ak.IV, 399/pág. 89).

²³¹ Por ejemplo en su *Tratado de la Naturaleza Humana*, David Hume, asume que la moral es solo cuestión de aprobación o desaprobación de sentimientos y nada más, “las acciones pueden ser laudables o censurables; pero no pueden ser razonables... es imposible que la distinción entre el bien y el mal moral pueda ser hecha por la razón” (Libro III, parte I, sec.I/ pág. 333-335).

²³² Es apenas en estos últimos años que, desde la argumentación, comienza a tratarse el estudio de las emociones en la construcción argumentativa. Por ejemplo, Santibañez enfatiza que “expresar y describir emociones es una actividad dialéctica” (2020. Pág. 27), en la que el acto deliberativo es el acto de auto-interpretación al hacer explícito el acto de habla. En el siguiente apartado se revisa con detenimiento la relación entre emoción, razón y argumento.

²³³ Y si han constituido juicios morales serán solo desvinculados de la participación de la razón “las distinciones morales no se derivan de la razón” (*Tratado*, 1748, 3.1.1/pág. 331). O como es el caso de Stevenson en su obra *Ética y Lenguaje* (1944) presenta su reflexión metaética en la que las emociones son el centro y configuración de los juicios morales aproximándose a una vía retórica y persuasiva en el discurso.

²³⁴ Toulmin formula en su obra *El puesto de la razón en la ética*, que, “incluso si defendemos que el juicio moral desarrollado no sea el resultado de la emoción sino de la penetración racional, aún sigue habiendo el hecho

se ha reducido el papel de las emociones y enaltecido la razón como única vía para deliberar correctamente y también para construir juicios morales.

Los juicios morales se exteriorizan en actos de habla para dar cuenta de todos los elementos constitutivos del acto moral (ver tabla 15). En este sentido, los juicios morales son el soporte comunicacional y argumentativo de los actos morales. Son el soporte comunicacional para dar a entender lo que se hace y dice y son el soporte argumentativo para justificar lo que se dice y lo que se hace.

Los juicios morales son las proposiciones que constituyen los argumentos. Al asociar un juicio moral con otro comenzamos a construir argumentos, argumentos morales. De ahí que, los juicios morales pueden ser revisados a la luz de la argumentación, particularmente de una de las propuestas contemporáneas sobre la nueva dialéctica que propone Douglas Walton, pues ha perfilado el estudio, a la par, de los razonamientos en ética y las emociones en el establecimiento de un procedimiento deliberativo para el análisis de casos.

Tabla 15. Elementos constitutivos del acto moral

Causas aristotélicas	Elementos constitutivos del acto moral
Material	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivos (disposiciones del comportamiento) ● Medios (tangibles e intangibles)
Formal	<ul style="list-style-type: none"> ● Decisión ● Componentes de la decisión: deliberación, razonamiento y entendimiento.
Eficiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Agente moral
Final	<ul style="list-style-type: none"> ● Propósitos
Juicios morales	

Fuente: elaboración propia

importante a considerar de que las emociones tienden a estar relacionadas con los juicios morales” (1979:212). También Baier en su obra *El orden racional y moral*, señala tres problemas que arrastra toda teoría ética: el problema de la razón, el problema de la motivación y el problema de las sanciones (1995, pág.1-20). Los dos primeros están íntimamente ligados. Además, Guisan en su obra *Razón y pasión en ética*, denomina un apartado de la misma manera que el texto de Toulmin para presentar los problemas que tiene la ética al relacionar la racionalidad y la emotividad (1986, pág. 208).

Capítulo 3
Argumentación
en
Ética

Desde Aristóteles se sostiene que la deliberación requiere de investigación -esto es formar hábito en las virtudes intelectuales-, se requiere de tiempo -disposición y voluntad de los participantes para tratar el diálogo- y también se necesita modo - esto es posible mediante las aportaciones argumentativas. El modo se dirige a la cuestión sobre cómo tratar los conflictos o desacuerdos morales. En este sentido, la nueva dialéctica ofrece un panorama alentador en el que se propone un procedimiento deliberativo para tratar los desacuerdos morales.

¿Cómo se construye un argumento en ética? ¿Las premisas que conforman un argumento en ética son todas iguales o son diversas? Si las premisas son de distinta naturaleza ¿Hay buenos y malos argumentos en ética? ¿Con qué criterios normativos se deben analizar y evaluar los argumentos? Estas preguntas ya han sido planteadas por pensadores del siglo pasado en la denominada corriente *de las buenas razones*²³⁵. Entre los que figuran Warnock²³⁶, Baier²³⁷ o Toulmin²³⁸, por mencionar algunos.

Aunque logran avances significativos en las propuestas metaéticas, descriptivas y normativas para plantear las buenas razones en ética, no obstante, las aproximaciones que se hacen de la ética a la argumentación, más aún, la deliberación, para tratar desacuerdos morales son intentos poco claros en los que dejan más preguntas por tratar.

La propuesta de Walton en su obra *Argumentación ética* (2003) logra aproximar la reflexión de teóricos en ética para analizar y evaluar la argumentación desde la nueva

²³⁵ Esta nomenclatura la plantea Guisan (1995:238) cuando reúne autores contemporáneos que tratan de conciliar, de forma incipiente, la vía racionalista y empirista en la ética. Al respecto señala Guisan que tanto Baier como Toulmin coinciden en que “los enunciados en ética corresponden a razones y no simplemente a *drives*” (1995:238). Ciertamente no se niegan las y tampoco deben suprimirse los *drives* en la formulación de juicios morales, pero tanto éstos como las razones son indispensables para su configuración.

²³⁶ Warnock, filósofo moral británico, destaca en sus obras *The object of Morality* (1971) y en *Morality and Language* (1983) el reconocimiento de criterios descriptivos de evaluación para los argumentos morales; los cuáles deben ser demostrativos. Aunque no queda claro si la demostración argumentativa debe ser un tipo de razonamiento específico.

²³⁷ Baier, filósofo moral austriaco, señala en su obra *The moral of point of view* (1958) que los juicios morales pueden ser contradictorios, que se postulan como una buena razón para asumirlos en el obrar y que a menudo se sabe cuando un juicio moral es correcto o incorrecto, pero no podemos percibirlo por medio de nuestros sentidos (Guisán, 1995: 239). Además en su obra *The rational and the moral order: the social roots of reason and morality* (1995) tres problemas de las teorías éticas: el problema de la racionalidad, el problema de la motivación, que no siempre estará en correspondencia con lo que dicta la razón, y el problema de las sanciones y la moralidad. Pero, no queda claro si los juicios morales pueden constituirse desde la racionalidad y las motivaciones. Y si los argumentos se construyen de juicios morales de que son accesibles para todas las realidades.

²³⁸ Toulmin, filósofo estadounidense, asume en su obra *El puesto de la razón en la ética* (1960/1979) rechaza un relativismo radical, aunque sí acepta un relativismo social cuando hay desacuerdos morales y señala que “no hay ninguna razón más general que dar más allá de la que relaciona la acción en cuestión con una práctica social aceptada” (Toulmin, 1979: 168). Aunque, es difícil de precisar si en problemas intergeneracionales o interregionales se puede juzgar una misma práctica con el mismo canon en el que se desenvuelve., entre otras cuestiones que quedan aún por tratar.

dialéctica. El trabajo de Walton forma parte central de esta investigación para acercar la propuesta de la argumentación deliberativa en ética y que también se extiende esta propuesta aproximativa hacia la bioética (tratado en el siguiente capítulo).

3.1 Juicios morales y sus tipos

En este apartado se examinan algunas consideraciones teóricas éticas y argumentativas para entender cómo funciona la justificación de los juicios morales. Hay diferencia entre fundamentar juicios morales y justificar juicios morales. Fundamentar juicios morales implica “encontrar una base ontológica en la que se sustenta la validez” (Cabezas, 2014: 36)” y su legitimación acorde al soporte óntico y epistémico. Justificar juicios morales “se trata de desentrañar y analizar qué elementos, razones y criterios hacen que un juicio moral tenga validez normativa, así como los límites y el alcance de nuestra argumentaciones” (Cabezas, 2014: 37).

Los juicios morales se entienden como unidades particulares que no se reducen a la manifestación de nuestras preferencias o gustos personales. “Plantean exigencias públicas; esto implica respaldo de razones y se debe demostrar que son: 1) interpersonales y 2) susceptibles de fundamento racional (O’Connor, 1971:97-98). Son interpersonales porque se construyen en relación con otros y en relación con las cosas a las cuales les atribuimos valor moral. Son susceptibles de fundamento racional porque se pueden reconocer y evaluar como proposiciones en términos argumentativos.

Los juicios morales entendidos como proposiciones o actos de habla no son de la misma naturaleza que las proposiciones en otros campos argumentativos²³⁹; como el jurídico, científico o estético. De acuerdo con Baier, los requisitos de cualquier juicio moral son: 1) pueden ser mutuamente contradictorios, 2) son capaces de guiar a un agente moral en la búsqueda de una acción correcta, 3) Deben existir buenas razones por las que todos los agentes morales deban realizar el acto correcto y no su contrario y 4) A menudo sabemos si un curso de acción es correcto o incorrecto, pero no lo podemos percibir por medio de nuestros sentidos (Baier, 1953). Vale la pena hacer algunas aclaraciones.

En el primero de los requisitos indica que, si puedo sostener la verdad de un juicio, por ejemplo, *algunas enfermeras son cuidadosas*; también puede sostener su contrario, por ejemplo, *algunas enfermeras no son cuidadosas*. Se puede sostener ambas proposiciones a la

²³⁹ En el siglo pasado diversos pensadores en ética han contribuido a clarificar y aproximar las bases teóricas en el terreno de la ética y la argumentación. Guisán denomina como “la corriente de las buenas razones” (1995:238) a los autores que tratan de conciliar fundamentos racionalistas-objetivistas y empiristas-subjetivistas o relativistas.

vez; el desafío aquí será qué razones se evalúan para soportar ambos juicios morales. En el segundo de los requisitos cabe precisar que la búsqueda de una acción correcta será provisional; hasta en tanto no haya alguna otra razón que conduzca a reconsiderar el juicio moral planteado. En el tercero de los requisitos cabe mencionar que aún hay dificultades teóricas entre cognitivistas²⁴⁰ o no cognitivistas²⁴¹ al reconocer cómo legítima una buena razón y descartar aquella que no lo sería; sin pasar por alto las repercusiones que tendrían en las acciones. En el último de los requisitos también cabe mencionar que aún hay dificultades teóricas entre racionalistas y empiristas y algunas posiciones conciliadoras²⁴² para configurar y explicar el origen de los procesos que intervienen en la presentación de juicios morales.

Bordes, señala que “los juicios sobre la razonabilidad de un argumento son juicios normativos, no juicios de gusto (2011: 52). Esta sería una visión bastante limitada de la diversidad de los tipos de juicios morales razonables que existen. Los juicios morales, entendidos como proposiciones (en términos argumentativos) ilocutivas y perlocutivas, proyectan tanto nuestro *set motivacional* como nuestros razonamientos prácticos. Los juicios morales entendidos como ilocutivos, pueden ser afirmativos (o negativos), compromisorios, imperativos, declarativos o expresivos (como se representan en la tabla 16 Tipos de juicio moral). Los juicios morales entendidos como perlocutivos se presentan como una consecuencia en respuesta a los ilocutivos; también con una dirección, motivación e intencionalidad específica. La relación y concatenación de los juicios morales ilocutivos y perlocutivos son la puesta en marcha de la dialéctica, de la nueva dialéctica.

3.1.1 Juicios morales afirmativos.

Los juicios morales afirmativos o negativos son aserciones que se aproximan a representar un estado de cosas o relaciones entre cosas caracterizados por adquirir algún valor. Se caracterizan por estar directamente relacionados con los hechos y todas aquellas propiedades a las cuales atribuimos algún valor moral. Los juicios morales afirmativos o negativos “son considerados como una subclase de los juicios de valor en general” (Warnock, 1968:167). Cabe destacar que, la fuerza valorativa con la que emerge un juicio moral llega a

²⁴⁰ Aunque siguen aún en discusión y reflexión diversas posiciones externalistas e internalistas, cognitivistas y no cognitivistas al precisar la posibilidad, alcance y origen de los juicios morales Cfr. “Testimonio moral y experiencia emocional” Videoconferencia celebrada en el Seminario Permanente de la Red Mexicana de Mujeres Filósofas (ReMMuF). Línea de Estudios Sobre Agentes y Procesos Sociales, Políticos e Históricos. 15 de Abril de 2021 por Lucía Ontiveros. Revisando en: <https://www.youtube.com/watch?v=4Rp5jBNZUMg>.

²⁴¹ Idem

²⁴² Idem

influir no solo en las actitudes hacia los demás, sino también en la descripción de los hechos, situaciones o acontecimientos descritos²⁴³.

La fuerza valorativa implica precisar el criterio de evaluación, es decir, juzgar la fiabilidad y adecuación del juicio moral según el referente aducido. Aquí la cuestión es ¿cuando el juicio moral afirmativo X es el más apropiado? El criterio de evaluación de este tipo de juicios sería de verdad²⁴⁴ o falsedad, o de manera más específica, plausibilidad. Saber cuando un juicio moral afirmativo o negativo es apropiado no siempre es fácil de poder discernir correctamente. Más aún, “cuando se trata de elegir un curso de acción las premisas no tienen que ser verdaderas para que el argumento sea bueno (Marraud, 2003:142). La plausibilidad²⁴⁵ es el criterio que más se aproxima al análisis y evaluación de argumentos a la luz de la nueva dialéctica porque promueve la revisión constante y crítica de los juicios morales evitando extremos: actitudes dogmáticas y actitudes escépticas.

3.1.2 Juicios morales compromisorios.

Los juicios morales compromisorios son aquellos en los que el hablante se compromete con un enunciado que tiene consecuencias en el futuro. Las promesas o juramentos son propios de este tipo de juicio moral.

El criterio de evaluación de los juicios morales compromisorios es de viabilidad, es decir, la viabilidad permite discernir si el enunciado guarda o no propinquidad y también permite identificar si hay condiciones óptimas para su realización. Ocurre que, “cuando el riesgo es bajo, nos impulsa a ser más audaces y cuando es alto nos hace más prudentes, mientras que el efecto negativo nos hace más reflexivos (Cabezas, 2014: 68)”. En este sentido, sería inviable un juicio moral compromisorio cuando el riesgo es alto, no hay propinquidad clara y no existen condiciones óptimas para su realización. De la misma manera, “el afecto positivo afecta favorablemente a la toma de decisiones complejas, promoviendo un análisis sistemático

²⁴³ Ciertamente se ha entendido aquí la falacia naturalista para precisar el salto abrupto entre lo que las cosas *son* y lo que las cosas *deberían ser*. Pero el alcance de este error de razonamiento se debilita o pone en entredicho cuando se logra precisar la cadena explicativa entre uno y otro. Hay “un tránsito gradual de hechos a valoraciones...Describir ya es valorar: lo fáctico y lo normativo son los elementos inseparables, y sólo la falta de comprensión de este hecho pudo haber llevado a alguien a postular la posibilidad de separar *is* de *ought*. (Guisan, 1995:247).

²⁴⁴ El criterio de verdad o falsedad es bastante problemático sobre todo en situaciones en las que la certeza de los enunciados no es del todo clara. Al respecto Marraud indica que el criterio de verdad es inadecuado al señalar que “la verdad de las premisas es un requisito demasiado débil y demasiado fuerte. Demasiado débil porque las premisas pueden ser verdaderas sin que lo sepamos y aun contra todas las apariencias. Al mismo tiempo parece demasiado fuerte porque las premisas pueden ser falsas y estar fuera de toda duda razonable” (2013, 141-14)

²⁴⁵ La plausibilidad entendida como lo que parece a los más acreditados en conocimiento sobre alguna materia específica, “La plausibilidad no es una propiedad semántica sino una relación pragmática: es algo que le ha de parecer así a una colectividad o a algunos miembros distinguidos.. es una cuestión de grados dentro de una escala determinada” (Vega, 1993:10-11).

e integrador del material disponible que aumenta la eficiencia del proceso deliberador” (Domínguez y García, 2010:220).

3.1.3 Juicios morales imperativos.

Los juicios morales imperativos también llamados directivos se formulan “cuando intenta ocasionar (o evitar) que se realicen ciertas acciones” (Copi, 2007: 96). Los mandatos u órdenes caracterizan este tipo de juicio. Inclusive sugerencias, peticiones o recomendaciones se encuentran en esta clasificación²⁴⁶. La razón es que “sería galvanizarlos con vistas a la acción” (Warnock, 1968:168). Aquí el compromiso realizativo se dirige comúnmente al oyente²⁴⁷, a diferencia del juicio moral compromisorio, pues se busca extender o generar la adherencia al enunciado de tal modo que pueda tener efecto en sus actos.

El criterio de evaluación de los juicios morales imperativos es de corrección o razonabilidad, es decir, buscar de forma eficaz²⁴⁸ que se ejecute en el acto lo presentado en el enunciado. “Las órdenes y peticiones tienen otras características -razonabilidad o corrección, irrazonabilidad o incorrección- que en cierta forma son análogas a la verdad o falsedad (Copi, 2007: 96).

3.1.4 Juicios morales declarativos.

Los juicios morales declarativos se caracterizan por generar una situación nueva y se presentan en discursos en los que hay cánones específicos para su pronunciación. Se pueden presentar cuando se inaugura un evento, cuando se enuncia el cierre de un evento o diálogo, o también se presentan cuando se hace transición de un paso a otro en algún discurso. Dar el pésame, agradecer, declarar perdón o dar la bienvenida son algunos de los ejemplos propios de este tipo de juicio.

El criterio de evaluación de los juicios morales declarativos es de ser procedente, en el sentido de que va acorde al cánón o pauta marcada para su presentación discursiva. Por ejemplo, sería improcedente que el personal de salud declare la muerte del paciente a los familiares cuando el paciente muestra signos vitales.

²⁴⁶ La diferencia entre órdenes y peticiones puede ser sutil, porque casi cualquier orden puede convertirse en una petición si se usa el tono adecuado de voz o se añade la expresión "por favor" (Copi, 2007:96).

²⁴⁷ Salvo en aquellos juicios en los que el alcance es limitado a quien lo formula para sí. Por ejemplo, *debo darme cuenta de mis acciones*.

²⁴⁸ Lograr que el oyente asuma algún mandato o atienda alguna petición de forma eficaz puede ser muy variado. Desde prácticas violentas y toscas, pasando por tácticas persuasivas o retóricas, también pueden ser prácticas mediante la búsqueda de lo que la mayoría considera en opinión (doxa), a la mayoría acreditada en algún tema (endoxa); esta última es próxima a la corriente de las “buenas razones”. La corriente de la “buenas razones” invita a que el oyente pueda discernir sin coerción o coacción externa la importancia de asumir los mandatos. Aunque cabe precisar que las relaciones intersubjetivas comprende valorar las razones ofrecidas que otros disponen y a la vez las razones propias.

3.1.5 Juicios morales expresivos.

Los juicios morales expresivos se caracterizan por que exteriorizan las emociones, sentimientos, pasiones, actitudes, preferencias o deseos, todos estos engloban el *set motivacional*²⁴⁹. Expresar y describir una emoción no es lo mismo. “Expresar y describir emociones es una actividad dialéctica (Santibañez,2020: Pág 27), por un lado, expresar una emoción es proyectar un estímulo o reacción a través de las palabras, por otro lado, describir una emoción es explorar y comprender los diversos estímulos o reacciones a través de las palabras. Ya sea que se expresan o describan emociones se está en la dinámica de dar y pedir razones o motivos; de ahí la actividad dialéctica.

Ahora bien, no es que en los otros juicios morales no estén presentes las emociones. Lo están, pero de un modo en el que su participación es un agregado. Por ejemplo, Santibañez reconoce que “en los actos de habla directivos es difícil entender que alguien suplica sin una emoción” (2020:30). O también es difícil de entender que en algún juicio moral declarativo alguien pronuncie el pésame sin emoción alguna.

Precisa Santibañez que, “una característica clave de los expresivos es que en su realización el contenido proposicional adscribe algún tipo de propiedad, y no necesariamente una acción, al hablante o al oyente” (2020:30). Por ejemplo, cuando se da cuenta de una propiedad como valiosa o como cuando se expresa alguna actividad comparativa. Cabe resaltar que hay estudios muy recientes sobre las emociones por sí mismas; independientemente de cómo son empleadas²⁵⁰.

El criterio de evaluación de los juicios morales expresivos es de preferibilidad o de agradabilidad en el sentido en que la emoción expresada es compartida, -no es que se experimente exactamente la misma emoción-, al comunicar que el sentir está en consonancia

²⁴⁹ El término se recoge de Cabezas y se entiende como el conjunto de creencias, valores, deseos y motivos de un sujeto (2014: 44) y demás procesos emocionales. El set motivacional en relación con la razón, operan como “instrumentos clave en la cuestión de la justificación de la validez normativa de los juicios morales” (Cabezas, 2014:51).

²⁵⁰ Los teóricos de la argumentación sí que han estudiado las emociones como cualidades o estados mentales que habrían de contenerse, evitarse o regularse y que están al servicio de lograr el convencimiento de la audiencia, o bien, que habría de reconocer su papel falaz o no en la construcción, análisis y evaluación de argumentos. Santibañez sintetiza uno de los estudios recientes en el que se propone la clasificación de los actos de habla expresivos de Guiraud, “Los autores dividen los estados emocionales en dos: emociones básicas y emociones complejas. Las básicas derivan de creencias, metas e ideales de una agente. Cuando un agente cree que algo es verdad, siente alegría con el hecho de que lo que cree sea verdad. La alegría está definida, en esta perspectiva, como la situación en la que la creencia del agente de que su caso sea verdad coincide con el deseo del mismo agente por el que quiere que su situación/caso sea verdad. Por su parte, las emociones complejas están basadas en normas, responsabilidades u otros factores de carácter institucional” (2020: 31).

entre el hablante y el oyente. Se puede compartir el mismo juicio moral expresivo, pero las razones que llevan a su convencimiento no necesariamente son compartidas²⁵¹.

Tabla 16. Tipos de juicio moral

Tipo de juicio moral ²⁵²	Característica	Criterio de evaluación ²⁵³	Ejemplo
Afirmativos o negativos	Próximos a los hechos, acontecimientos o propiedades a los que se le atribuye un valor moral.	Verdad-falsedad Probable-improbable Aceptable-inaceptable Plausible-implausible	Afirmativo: algunas enfermeras son cuidadosas Negativo: algunas enfermeras no son cuidadosas.
Compromisorios	Se enuncian promesas o juramentos conectandolos con el futuro	Viabilidad-inviabilidad	Te prometo ser una enfermera cuidadosa.
Imperativos	Se enuncia mandatos, órdenes, peticiones, sugerencias o recomendaciones.	Ejecutable-no ejecutable Razonabilidad-irrazonabilidad	Debes ser una enfermera cuidadosa
Declarativos	Se enuncian en discursos con cánones	Procedente-improcedente	Iniciamos los cuidados paliativos en el paciente
Expresivos	Se enuncian emociones, sentimientos, preferencias, pasiones o actitudes.	Preferible-no preferible Agradable-desagradable	Me reconforta el cuidado de la enfermera

Fuente: elaboración propia

²⁵¹ O'Connor logra señalar la dificultad con la que tropieza Stevenson al no distinguir lo fáctico de la mera expresión de actitudes y lo socialmente dado. Por ejemplo, "las actitudes morales no surgen arbitraria o gratuitamente, ya que por ejemplo si tengo miedo es porque creo que algo amenaza mi seguridad... Hay, pues, un sentido concreto en el que podemos pedirle a alguien que justifique sus actitudes" (1971:100-101). No en el sentido de justificar las actitudes como verdaderas o falsas, sino en el sentido de que logren dar cuenta de ellas al ser justificadas. Es decir, tener una emoción, preferencia, pasión, sentimiento o actitud para hacer algo no es lo mismo que justificar su paso legítimamente para concretarlo.

²⁵² Esta clasificación está basada en la propuesta de actos de habla de Searle. Ciertamente, en la conversación cotidiana, tropieza con la pureza de la taxonomía de los juicios a la hora de entenderlos en la diversidad de las lenguas, pues "una taxonomía de los actos de habla no es nunca pura, ya que, por ejemplo, muchas construcciones sintácticas de expresiones (o enunciados) pueden estar bajo varios descriptores a la vez (Santibañez, 2020:29), (Searle, 1975:360).

²⁵³ Precisar criterios de evaluación en cada uno de los juicios morales invita a pensar las siguientes cuestiones ¿existen normativas argumentativas para elaborar y evaluar argumentos según el tipo de juicio moral que los constituyen? ¿Qué ocurre con los argumentos con juicios mixtos? Mismas que trataré en los siguientes apartados.

Los juicios morales a veces son compartidos y a veces no. Aquí inicia la labor de dar cuenta de los juicios que están en desacuerdo. Cabe precisar que, también se puede dar cuenta de los acuerdos morales, pues compartirlos no significa que también así lo sean los motivos o razones para mantenerlos. Así como hay buenos y malos argumentos, también hay buenos y malos juicios morales, pues no todos los juicios morales serán adecuados para conformar un argumento.

Algunas ideas derivadas desde el punto de vista emotivista pueden resultar de gran utilidad para explicar cómo funciona la argumentación ética. Los argumentos éticos surgen de conflictos de valores en los que existe un punto de vista pro-actitud de ambos lados. Ambas partes utilizan un lenguaje cargado de emociones de un tipo que apoya el propio punto de vista y que expresa oposición al punto de vista de la otra parte (Walton, 2003:18).

La justificación de los juicios morales “trata de desentrañar y analizar qué elementos razones y criterios hacen que un juicio moral tenga validez normativa, así como los límites y el alcance de nuestra argumentaciones” (Cabezas, 2014: 37). Para ello es indispensable saber qué son y cómo tratar desacuerdos morales cuando no se comparten los mismos juicios morales sobre un asunto.

3.2 Acuerdos y desacuerdos

Hay otras vías alternas a la deliberación argumentativa para tratar los desacuerdos morales que se han considerado como vías de solución, como apelar a la fuerza, acudir a la persuasión, manipulación o intimidación; las cuales dejan fuera toda posibilidad de acudir al diálogo o está dirigido con otros propósitos e intereses lejanos a una práctica heurística.

Sin argumentación razonable no hay buena comunicación. Muchas disputas son desacuerdos aparentes que se disolverían usando un lenguaje claro, sin términos ambiguos ni malinterpretaciones de las razones del oponente (Bordes, 2011: 316). Es decir, lograr una buena comunicación y, en consecuencia una buena argumentación deliberativa, es posible si se asumen prácticas normativas para saber conducir la atención a los argumentos.

El solo emotivismo, línea del pensamiento subjetivista, y tampoco el solo racionalismo, línea del pensamiento objetivista, logran abarcar los desacuerdos de forma satisfactoria ante la justificación moral. Esta dicotomía entre subjetivismo y objetivismo ha sido cuestionada²⁵⁴,

²⁵⁴ Explica Walton cómo se ha colocado categóricamente esta aparente dicotomía que ha conducido a una separación entre la ética y el conocimiento científico, “Fue la suposición del tiempo que hay dos reinos, el objetivo y el subjetivo. El conocimiento objetivo, según los positivistas, es verificable y está tipificado por el conocimiento científico. Es de dos tipos: proposiciones empíricas y proposiciones analíticas que son verdaderas (o falsas) en virtud de los significados de las palabras contenidas en ellas. Según Ayer (1956), dado que los juicios éticos no

pues no hacen más que distanciar la comprensión y explicación ante la diversidad de los fenómenos morales.

Una de las críticas al emotivismo se dirige hacia los desacuerdos morales, ya que lo único que puede hacerse ante diferencias de opinión es modelar las actitudes recurriendo a la persuasión, evitando algún esfuerzo que procure justificaciones razonables. De acuerdo con Warnock, logra apuntar la confusión y falta de distinción en el emotivismo, cuando hay

una constante tendencia a identificar... por ejemplo, mi desaprobación del comportamiento de alguien con el disgusto o repulsa que yo pueda sentir al observarlo... De ahí, finalmente, la conclusión de que el discurso moral es esencialmente no racional, cuestión no de argumentación sino de presión psicológica, no de razón sino de manipulación eficaz” (1978, pág. 29).

En cambio, una de las críticas a las propuestas objetivistas se dirige principalmente hacia la dificultad para lograr reconocer la pluralidad de valores y de puntos de vista; conduciendo los esfuerzos por unificar y estandarizar en una sola vía fundacional el razonamiento moral. Al respecto precisa Cabezas cuando indica que, “el racionalismo no parece resolver por sí mismo el problema de la justificación moral... por reduccionismo al absurdo, si la razón fuera suficiente, no tendría porqué existir la pluralidad de visiones morales ni los conflictos en este terreno” (2014: 15).

Ahora bien, hay aportaciones subjetivistas y aportaciones objetivistas que son recuperables para abordar los desacuerdos desde la deliberación argumentativa. En el caso del emotivismo la distinción de acuerdos y desacuerdos admite la posibilidad de pluralidad de opiniones. En otras palabras, “la inclusión del elemento emocional en la justificación racional puede ser vista como una herramienta positiva a la hora de superar desacuerdos morales” (Cabezas, 2014: 19).

En el caso de las líneas objetivistas cercanas a la argumentación, se reconoce la viabilidad de optar por senderos normativos para lograr entendimiento y acuerdos mínimamente aceptables o plausibles. Una vía moderada, entendida como una vía intersubjetivista, en la que se toma en cuenta las razones del hablante aunque también deben

entran en ninguna categoría, no son objetivos. Siendo de naturaleza meramente subjetiva, no representan más que los sentimientos o emociones de las personas que los expresan. Pero el positivismo nunca fue realmente satisfactorio como filosofía. Un problema central fue que el principio de verificación resultó ser imposible de verificar. Otra fue que la dicotomía entre las proposiciones de tipo analítico y empírico no resistió el intenso escrutinio crítico al que fue sometida por los filósofos analíticos posteriores. Sin embargo, persistió el supuesto de que todo puede separarse limpiamente en objetivo y subjetivo, y con él el supuesto positivista de que la ciencia es objetiva mientras que la ética es subjetiva. Se ha demostrado que este supuesto está abierto a dudas (Walton, 2003: 240).

someterse a escrutinio si se opta por asumir participación en un diálogo. “Solo nos queda el argumento de que juzgamos correctamente porque juzgamos *objetivamente* y no nos dejamos guiar [exclusivamente] por nuestros intereses particulares . Sin embargo, también podemos equivocarnos al suponer que juzgamos objetivamente (Kustchera, 2006: 273)”.

En este apartado se presenta la propuesta de acuerdos y desacuerdos desde la argumentación en ética. El desacuerdo “puede referirse a qué creer, qué hacer o qué preferir, o a la intensidad con la que se crea, se prefiera o se tenga la intención de hacer algo. Argumentar es un medio para reducir esas diferencias de opinión” (Marraud, 2012: 11).

La clasificación de acuerdos y desacuerdos es propuesta por Stevenson en *Ethics and Language* (1944). Existen dos tipos de desacuerdos: de creencia y de actitud. Los de creencia son aquellos en los que dos hablantes puede presentar puntos de vista opuestos, uno creer que “p” y otro creer que “no p”, “y en el curso de la discusión cada uno trata de dar algún tipo de prueba para su punto de vista, o revisarlo a la luz de más información” (1944:2). Los de actitud son aquellos en los que dos hablantes pueden presentar apreciaciones o valoraciones distintas sobre un hecho, acontecimiento, objeto o persona. “Implican una oposición, a veces tentativa y suave, a veces fuerte, que no es de creencias, sino de actitudes, es decir, una oposición de propósitos, aspiraciones, anhelos, preferencias, deseos, etc.” (1944:3).

A partir de estos tipos de acuerdos y desacuerdos de creencia y de actitud se pueden configurar cuatro tipos de posicionamientos al respecto (ver tabla 1)

Tabla 17. Tipos de acuerdos y desacuerdos

Tipo de acuerdo y desacuerdo	Estructura	Ejemplo
1.- Acuerdo de creencia y acuerdo de actitud	A cree que p y aprueba s B cree que p y aprueba s	A cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones. B cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones
2.- Acuerdo de creencia y desacuerdo de actitud	A cree que p y aprueba s B cree que p, pero desaprueba s	A cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones.

		B cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones, pero desaprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones.
3.- Desacuerdo de creencia y acuerdo de actitud	A cree que p y aprueba s B no cree que p, pero aprueba s	A cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones. B no cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones, pero aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones.
4.- Desacuerdo de creencia y desacuerdo de actitud	A cree que p y aprueba s B no cree que p y desaprueba s	A cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y aprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones. B no cree que los adolescentes pueden tomar sus propias decisiones y desaprueba que los adolescentes tomen sus propias decisiones.
p: los adolescentes pueden tomar decisiones autónomas s: los adolescentes tomen sus propias decisiones		

Fuente: elaboración propia

Cuando los interlocutores buscan resolver los desacuerdos entonces es indispensable saber qué tipo de desacuerdos se presenta porque la vía para tratar uno y otro son distintas, es decir, no se puede resolver un desacuerdo de creencia recurriendo a componentes de actitud y, de la misma manera, no se puede resolver un desacuerdo de actitud recurriendo a componentes de creencia. En otras palabras, “si no tenemos claridad acerca de los tipos de desacuerdo que existen, también nos faltará claridad en torno a los diferentes métodos para resolverlos” (Copi, 2007: 114). Por un lado,

El desacuerdo en las creencias se puede resolver mejor si comenzamos por afirmar [o negar] los hechos. Para decidir cuáles son, de ser suficientemente importantes, puede recurrirse a testigos, documentos y registros. Cuando se establecen los hechos y se decide el asunto, es muy probable que se resuelva el desacuerdo (Copi, 2007: 114).

Cuando no es posible precisar los hechos, o los hechos relevantes, entonces queda sin resolver el desacuerdo hasta que se presente algún dato notable que se dirija a su posible resolución. ¿En que se apoyan los interlocutores para resolver o tratar los desacuerdos?

Ciertamente, los desacuerdos de creencia predominan²⁵⁵ en el campo de las ciencias, pero también en el estudio de la ética hay desacuerdos de creencia²⁵⁶, aunque los desacuerdo que predominan son los de actitud. Depende del tipo de desacuerdo que se hace presente para saber hacia dónde dirigir el nivel de reflexión en ética. Si es un desacuerdo de creencias entonces la ética descriptiva o la metaética son la más indicadas para analizarlos y tratarlos. En cambio, si es un desacuerdo de actitud entonces el nivel de reflexión que tiende a predominar es la ética normativa y la ética aplicada.

Stevenson señala que los desacuerdos en ética están enraizados a las creencias y a las actitudes. “Cuando las cuestiones éticas se vuelven controvertidas, implican un desacuerdo de naturaleza dual. Casi inevitablemente hay desacuerdo en la creencia, lo que requiere detalles, atención sensible; pero también hay desacuerdo en la actitud (1944:11).

Por otro lado, “si existe un desacuerdo de actitud más que de creencia, las técnicas apropiadas para resolverlo son muy diferentes, más variadas y menos directas” (Copi, 2007: 114). Esto significa que,

...el desacuerdo no es sobre los hechos sino sobre cómo deben ser valorados. Los esfuerzos para resolver este tipo de desacuerdo en actitudes deben involucrar la referencia a muchas cuestiones de hecho, pero no a aquella acerca de la cual se da el conflicto de actitudes. En lugar de ello, puede ser fructífero considerar las consecuencias de este hecho y las secuelas nocivas o benéficas que ocurrirían si no tuviera lugar. Los asuntos de motivos e intenciones son muy importantes en este caso (Copi, 2007: 115).

Los desacuerdos de creencias se resuelven recurriendo a vías que no son las mismas para los desacuerdos de actitudes. Retomando la pregunta previa, ¿en que se apoyan los interlocutores para resolver el desacuerdo? Depende del tipo de diálogo que se desenvuelve, aquí se adelanta Walton a Stevenson con una respuesta más precisa. Walton sostiene que

... con la nueva teoría dialéctica de la argumentación ética, existe un método racional que puede usarse para resolver un desacuerdo ético... según el nuevo sistema de argumentación, una discusión ética de un desacuerdo ético puede tener éxito, en muchos casos, incluso si el desacuerdo no se resuelve de manera concluyente de una forma u otra. Tal discusión puede considerarse exitosa si los participantes y/o la audiencia o lectores de la discusión logran una

²⁵⁵ Esto no quiere decir que las ciencias presenten *exclusivamente* desacuerdos de creencias. También presentan desacuerdos de actitud cuando los objetos o hechos son valorados de diversas formas a saber, por ejemplo, la cuestión ¿con qué criterios normativos se establece el discernimiento de lo que implica conocimiento científico y lo que no? Históricamente esta respuesta ha sido cambiante. Cfr. Kitcher, Philip. (2021). *El avance de la ciencia*. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM. 1ª reimpresión y Valdéz M. Margarita y Fernández, Miguel Ángel (2011). *Normas, virtudes y valores epistémicos*. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.

²⁵⁶ La cuestión sobre si hay desacuerdos de creencia en el campo de la ética fue objeto de discusión en la segunda mitad del siglo pasado. Esta pregunta apunta a las cuestiones que otros pensadores ya han tratado a saber ¿hay hechos en ética? Si es así ¿los hechos son de la misma naturaleza que los hechos reconocidos en las ciencias? Cfr. Toulmin, Stephen (1979/1964). *El puesto de la razón en la ética*. Alianza, Trad. I. F. Araiza. pp. 141-150.

comprensión mayéutica. En cierto modo, esta conclusión apoya el escepticismo general de Stevenson de que los desacuerdos éticos pueden resolverse (donde resolver significa probar de manera concluyente que un lado está en lo correcto y el otro está equivocado) por medio de una discusión racional que considere los argumentos de ambos lados (Walton, 2003:237).

Una comprensión mayéutica en los desacuerdos morales se dirige al intercambio argumentativo de dar y pedir razones en apoyo a un punto de vista y de reconocer que se está en búsqueda de proposiciones que sean plausibles, es decir, encaminarse hacia una vía heurística²⁵⁷, en la que se está en investigación constante según la información y valoración dispuesta para dar cuenta de los asuntos tratados lo más fiable posible. Cabe destacar que, en el proceso de dar y pedir razones se puede rectificar y enmendar lo previamente argumentado. La dimensión dialéctica de la argumentación cobra fuerza en la ética.

Los acuerdos y desacuerdos que se dirigen a cursos de acción se proyectan mediante la formulación de preguntas para sacar a flote los puntos que se contraponen y, posteriormente, mediante el tipo de diálogo deliberativo se opta por someter a escrutinio las razones presentadas en cada posicionamiento. Ahora bien,

El hecho de que hayamos compartido razones no resuelve el problema de cómo justificar argumentos morales dado que a) podemos compartir razones erróneas o sin una validez moral justificada si la sociedad en la que hemos sido socializados inculca ese tipo de razones, y b) podemos compartir por distintos motivos, es decir, podemos llegar a las mismas conclusiones por rutas deliberativas incompatibles... pero no por que las hayamos sometido a un escrutinio racional (Cabezas, 2014: 49)".

Así como también es importante saber cómo tratar los desacuerdos también lo es saber de qué modo y bajo qué criterios se asumirá una ruta deliberativa que conduzca a la revisión y escrutinio constante de las razones y motivos ofrecidos para justificar argumentos morales. Por lo pronto cabe destacar que, "la inclusión del elemento emocional en la justificación racional puede ser vista como una herramienta positiva a la hora de superar desacuerdos morales (Cabezas, 2014: 19)". Distinguir qué emociones sí son favorecedoras y cuáles no forma parte de la evaluación de argumentos en ética en donde se revisan los distintos tipos de falacias más comunes en los razonamientos morales.

Una de las contribuciones de la nueva dialéctica (de manera específica la propuesta de Walton y de los teóricos de la pragmadialéctica) es que reformulan las directrices normativas para conducir el proceso argumentativo ante una diferencia de opinión. En estos últimos

²⁵⁷ La heurística está próxima a la dimensión dialéctica mientras que la erística está próxima a la dimensión retórica. La erística se entiende como el arte de ... Este trabajo se desenvuelve desde los marcos normativos dialécticos y no propiamente desde el estudio de la retórica. Aunque haya prácticas que se desenvuelven bajo la persuasión o disuasión, no son las que aquí se abordan.

apartados se destacan estas directrices normativas y propuestas para conducir el diálogo deliberativo ante la presentación de desacuerdos morales. Primero se identifican argumentos, después se analizan y, por último, se evalúan. Para ello es indispensable precisar, inicialmente, los problemas y dilemas que dan cuenta de las tensiones morales.

3.3 Problema moral

Un problema es toda situación frente a un obstáculo o conflicto y en el que se reconocen alternativas para tratarlo. Al respecto indica Aristóteles que un “problema es un procedimiento dialéctico que tiende a la elección o al rechazo, o también a la verdad y al conocimiento” (Top. I, 11, 104 b). Los problemas que se sitúan ante la elección y el rechazo son entendidos como asuntos de naturaleza práctica. En este sentido, los problemas morales son obstáculos que pueden atenderse desde procedimientos dialécticos que favorezcan vías de resolución plausibles.

No toda proposición y tampoco no todo problema es dialéctico. Es importante saber cómo plantear las cuestiones dialécticas, en este caso, saber cómo formular las cuestiones morales.

Hay que guardarse de sostener una hipótesis [o un problema] no plausible. Y puede no ser plausible de dos maneras: en efecto, lo es tanto aquello como consecuencia de lo cual se dicen cosas absurdas, ...como aquellas elegidas por alguna costumbre depravada y que son contrarias a la [sana] voluntad” (Top. I, 16-19, 160 b).

Por ejemplo, resulta inadmisibles atender la pregunta absurda *¿las personas muertas son seres autónomos?* y, de la misma manera resulta inadmisibles la afirmación: *las personas muertas son autónomas*. Una tercera vía en la que no es posible sostener un problema o hipótesis plausible sucede cuando la respuesta está fuera del alcance de los interlocutores, pues hay dificultad para precisar justificaciones plausibles en las que hay ausencia de información relevante para tratarlos.

La variedad de preguntas que se pueden plantear como problemas morales plausibles visibilizan algún componente constitutivo que caracteriza el acto moral. “...en el estudio de los casos difíciles o paradójicos desde el plano reflexivo de la filosofía moral, es importante la realización de un análisis a partir de una ética plural” (Arellano, 2010:70). Es decir, resulta insuficiente pensar un problema moral sólo desde una teoría o enfoque en ética, pues la reflexión tiende a ser más enriquecedora cuando se aborda desde la variedad de fundamentos y explicaciones.

Ciertamente, hay problemas que no tienen cabida (al menos no de forma directa) en los componentes del acto moral, pues habrá cuestiones como *¿qué es la libertad?* o *¿qué es la justicia distributiva?* que su respuesta se dirige a profundizar sobre una definición, además

“Hay hipótesis a las que es difícil de atacar y fácil defender. Son tales las cosas primeras y últimas por naturaleza. En efecto, las primeras precisan de definición y las últimas son inferidas a través de muchas otras por aquel que quiere aceptar su continuidad a partir de las primeras” (Top. I, 31-35, 158 a)

El tipo de pregunta puede ser tratada según el nivel de reflexión ética y según el enfoque en ética al que haga referencia. Cabe precisar que en el desarrollo de cada problema moral inicial hay planteamientos periféricos o subordinados que se siguen o se desprenden de aquél.

El problema moral se distingue del dilema moral porque éste último es un tipo de obstáculo específico que se dirige exclusivamente al componente de la decisión,

Los problemas son cuestiones abiertas en las que, a diferencia de la aproximación dilemática, la solución no está presente desde el principio, y por tanto la cuestión no está en la elección entre dos o más posibles respuestas, sino en la búsqueda de una respuesta adecuada (García, 2007: 214).

En este sentido, todo dilema moral es un tipo de obstáculo práctico, pero no todo problema moral desemboca o se reduce a los dilemas morales, pues hay otros obstáculos presentes en cualquier elemento constitutivo del acto moral, como en los motivos o propósitos.

Los problemas morales, según su planteamiento en cada uno de los niveles de reflexión ética, pueden dirigirse hacia: 1) la reflexión sobre definiciones, relaciones o comparaciones de conceptos (ética descriptiva); 2) la validación de un concepto o fundamento normativo (metaética), 3) comprensión y fundamentación de alguno de los rasgos distintivos del comportamiento (ética normativa) o también a 4) profundizar y deliberar sobre diversas vías o mecanismos de acción (ética aplicada). Cada nivel de reflexión en ética está superpuesto según cómo se desarrolle y oriente la cuestión central planteada. “El tipo de razonamiento que se usa con más frecuencia en la argumentación que se encuentra en el estudio de caso en capas... es un razonamiento plausible” (Walton, 2003:94).

En este sentido, un asunto moral puede atravesar todos los niveles de reflexión según como se vaya caracterizando la cuestión inicial, como si fueran capas de reflexión seguidas unas de otras (ver tabla 18), es decir, una concatenación de problemas subordinados y desenvueltos en argumentos. Como si fuera el *nebari* de un árbol mostrando sus raíces o como si fuera el tronco de un árbol mostrando sus ramas unidas unas de otras. Para ello, será indispensable reconocer la viabilidad y variedad de los argumentos conductivos, presuntivos y

abductivos concatenados en cada uno de los niveles de reflexión ética. Por ejemplo para una ética aplicada,

En un estudio de caso mayéutico en capas, los hechos, o presuntos hechos o datos del caso se establecen mediante la descripción de las deliberaciones que tuvieron lugar. Luego, en la segunda capa, las explicaciones de estos hechos dados establecen inferencias abductivas con conclusiones éticas²⁵⁸ (Walton, 2003:98).

Tabla 18. Formulación de algunos problemas morales

Componentes del acto moral. Nivel de reflexión ética.	Metaética	Ética descriptiva	Ética prescriptiva	Ética Aplicada
Tema: Justicia distributiva	¿Es válido el tránsito de lo que es la justicia distributiva hacia lo que debería ser?	¿Qué es la justicia distributiva?	¿Cómo debe ser la justicia distributiva?	¿Es viable conciliar dos enfoques de justicia distributiva en X caso?
Motivos ¿por qué?	¿Las razones/motivos son válidos para asumir una justicia distributiva?	¿Qué razones existen para reconocer una justicia distributiva?	¿Cuáles son las bases normativas para reconocer razones intersubjetivas de una justicia distributiva?	¿Qué razones/motivos hay para asumir una justicia distributiva?
Propósitos ¿para qué?	¿Es coherente el sentido de justicia distributiva desde los criterios normativos planteados?	¿Qué sentido se acuerda/reconoce al dar cuenta de una justicia distributiva?	¿para qué precisar criterios normativos en la justicia distributiva?	¿Qué propósitos favorecen una justicia distributiva en X actividad?
Medios ¿Cómo?	¿Es legítimo asumir criterios normativos al distribuir justamente los insumos?	¿Qué insumos son objeto de preocupación de la justicia distributiva?	¿Bajo qué criterios normativos deben distribuirse justamente los insumos?	¿Qué medios están en juego al considerar una justicia distributiva en X situación?
Agente moral ¿Quién?	¿Son válidos y consistentes los requisitos normativos para reconocer el agente moral?	¿Quién decide qué es lo que debe hacerse para optar por una justicia distributiva?	¿Qué requisitos debe cumplir el agente moral?	¿Quién debe decidir ante una justicia distributiva en X caso?
Decisión ¿Qué?	¿Qué validez tienen los criterios normativos al	¿Cómo son las decisiones al considerar la	¿Qué criterios normativos son viables para una	¿Qué alternativa es la más viable para optar por una

²⁵⁸ In a layer maieutic case study, the facts, or presumed facts, or data of the case are set by the description of the deliberations that took place. Then, at the second layer, explanations of these given facts set up abductive inferences with ethical conclusions.

	reconocer una toma de decisión justa?	justicia distributiva?	toma de decisión justa?	justicia distributiva en X caso?
Tipo de diálogo que predomina (Por capas)	Diálogo de investigación/ Diálogo búsqueda de información	Diálogo de investigación / Diálogo búsqueda de información	Diálogo de investigación / Diálogo búsqueda de información	Diálogo deliberativo/ Diálogo búsqueda de información/ Diálogo de investigación

Fuente: elaboración propia

Hay pensadores que se han dirigido a desarrollar diversas cuestiones en la filosofía moral. Tal es el caso de Kant quien en su obra *¿Qué es la Ilustración?* publicada en 1784, asume que la pregunta central de la ética es *¿Qué debo hacer?*; dicha cuestión se ubica en el apartado de la decisión (dentro de los componentes del acto moral), y que desarrolla de su *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* en 1785 y en su *Crítica de la Razón Práctica* en 1788 dirigiendo la cuestión en el nivel metaético, descriptivo y normativo. Cabe destacar que, también formula cuestiones periféricas en las que ofrece una propuesta de fundamentación que logra abarcar otros componentes constitutivos del acto moral. Aunque valorar la pregunta *¿qué debo hacer?* como la cuestión central de la ética eclipsa otras preguntas que también son relevantes, pues la decisión es uno de entre los factores característicos de los actos morales.

El nivel de reflexión al que dirijo este trabajo es el de ética aplicada en el que la deliberación se desenvuelve como un procedimiento dialéctico. Aunque Aristóteles define lo que es un problema de naturaleza práctica como procedimiento dialéctico, “no incluyó la deliberación junto con los argumentos éticos, entre los usos distintivos del razonamiento que reconoció en los *Tópicos*” (Walton, 2003:43). De ahí que la deliberación Aristotélica se presenta como una virtud intelectual: *phronesis*, pero queda impreciso si la deliberación puede extenderse hacia los *Tópicos* para entenderla como un procedimiento dialéctico que facilite la atención de los desacuerdos morales. La nueva dialéctica logra aproximar la ética y la deliberación argumentativa mediante un replanteamiento de los procedimientos normativos. Al respecto señala Walton que

... hay dos niveles distintos, o marcos de argumentación en capas, que es importante distinguir para comprender cómo funciona (o debería funcionar) un estudio de caso en la ética ampliada. El primer marco es el de la deliberación y el segundo el de la discusión crítica. Estos dos niveles representan dos contextos diferentes del uso de los argumentos en un estudio de caso (2003:42-43).

La discusión crítica -que desarrolla Walton en su nueva dialéctica dirigida a la argumentación ética²⁵⁹ es caracterizada por la persuasión racional²⁶⁰- y la deliberación al

²⁵⁹ Hay diferencia entre la discusión crítica de la perspectiva pragmadialéctica y la discusión crítica de la nueva dialéctica de Walton. La discusión crítica que desarrollan los teóricos de la perspectiva pragmadialéctica va dirigida hacia una propuesta de razonabilidad convencional que tiene por objetivo “contribuir a la resolución de una diferencia de opinión o una disputa” (Molina,2013:3); pero esto no significa que las disputas “resueltas según la reglas pragmadialécticas pueden conducir a nuevas creencias que no sean razonables en el sencillo sentido de que las razones ofrecidas en su apoyo no establecen su verdad o no mejoran su estatus justificativo” (Molina,2013:15). Es decir, que los interlocutores hayan dado cierre a una diferencia de opinión siendo resultado de proposiciones sesgadas o deficientes no la vuelve razonable. Por otro lado, la discusión crítica que desarrolla Walton en la argumentación ética se dirige hacia el diálogo de debate; en el cual sí está presente una práctica persuasiva en el que algunos de los interlocutores puede, como paso legítimo en este tipo de diálogo, inducir a creer o valorar como propia la información sin dar oportunidad de que la evaluación sea hecha por el otro interlocutor. Además, en el diálogo de debate también se entenderá como práctica permisible la manipulación de emociones como medio para lograr el fin perseguido en este diálogo. La línea viable de discusión crítica que caracteriza este trabajo, al menos en este aspecto, es desde la perspectiva dialéctica considerando las reglas como discutidores razonables y las falacias como movimientos o pasos ilegítimos tanto en la discusión crítica como en el diálogo deliberativo.

²⁶⁰ La persuasión racional que asume Walton en su *Argumentación Ética* (2003), está basada en la propuesta ética que desarrolla Stevenson al señalar, por ejemplo, cómo están representadas las definiciones “Las definiciones persuasivas según Stevenson (1944, 214), a menudo están precedidas por la palabra "verdadero" o la palabra "real". Según Stevenson (1938, 334), el uso de la palabra "verdadero" (o una palabra equivalente, como "real") tiene la fuerza persuasiva de "ser aceptado". Ciertamente, el criterio de verdad no es operativo en la ética. Cabe aclarar que el criterio de aceptabilidad es próximo a la dimensión retórica. En cambio, el criterio de plausibilidad es compatible con la dimensión dialéctica. El criterio de aceptabilidad implica asumir proposiciones que -aunque no sean verosímiles o sean aparentemente verosímiles- son admitidas por los interlocutores, “Persuadir se centra más en el *hablante*, en su voluntad y capacidad de modificar estados mentales, opiniones, valores o comportamientos” (Catanni y Alcolea, 2011:452). Por otro lado, el criterio de plausibilidad implica asumir proposiciones susceptibles de revisión que se someten a un escrutinio admitidas por los interlocutores, de ahí que el concepto de convencer “se centra en el *destinatario*, en su capacidad para hacerse o dejarse convencer, para evaluar racionalmente la cosa. En un proceso de convicción, el destinatario resulta *más activo*, dotado de una iniciativa mayor de la que pueda poseer el sujeto de la persuasión” (Catanni y Alcolea, 2011:452). Otro de los autores que retoma Walton para apoyar la ética desde la persuasión es Wellman al insinuar que “el propósito general del diálogo ético es el de la persuasión” (Walton, 2003:131). Asume Walton que, desde Wellman, la ética “parecería ser una especie de persuasión racional en la que una de las partes usa argumentos conductores en un proceso paso a paso para desafiar la conclusión ética de la otra parte, o para tratar de que la otra parte acepte la opinión del hablante. conclusión (opuesta) sobre el tema ético que se está discutiendo”. Wellman (1975, 308), (Walton, 2003:131). Con ello reafirma su postura inicial en la que sostiene que “la persuasión racional basada en un lenguaje emotivo que expresa actitudes de aprobación y desaprobación moral se acepta como parte legítima de la justificación de una conclusión ética” (Walton, 2003: XV). Aunque más adelante modera un poco su posicionamiento en el que sostiene que” la nueva dialéctica proporciona un estándar de argumentación que es útil para la retórica, son bastante justificables. Pero, por otro lado, el punto de vista de la nueva dialéctica sugiere cierto grado de cautela sobre la persuasión retórica” (2003: 185). En esta misma sintonía sostiene Bordes que “un argumento razonable es un argumento racionalmente persuasivo, es decir, un argumento que debería convencer a una persona que lo evaluará racionalmente”. (2011: 51). Considero que, desde estas líneas de fundamentación, es impropio fundamentar la argumentación ética desde la discusión crítica, entendida como una vía en la que se recurre a la persuasión racional como lo hace Walton, al menos por dos razones. La primera es que al precisar definiciones desde la visión de Stevenson, Walton, y recientemente Bordes, se suele confundir la práctica del convencimiento por la de persuasión. De ahí que las definiciones que se consideran desde el criterio de aceptabilidad no hacen más que incurrir en enfoques relativistas culturales que zanján el diálogo. En otras palabras, las definiciones “secundariamente, pueden ser utilizadas para encubrir intereses subjetivos y arbitrarios, envueltos en una respetable capa de moralidad o eticidad, pero en tales casos no se trataría de usos sino de abusos lingüísticos, racionales y morales de los términos éticos”. (Guisán, 1995:226). En cambio, las definiciones analizadas desde el criterio de la plausibilidad se dirigen hacia enfoques intersubjetivistas; como vías intermedias y moderadas. Sentar marcos normativos desde la visión pragmática implica que cualquier definición es susceptible de ser cuestionada y es provisional, hasta que haya alguna otra que logre dar cuenta de forma satisfactoria una respuesta plausiblemente argumentada. La segunda razón es que al vincular la persuasión (como

entenderse como capas argumentativas significa que pueden superponerse una sobre otra cuando se pasa de un diálogo a otro y, posteriormente, se retoma el diálogo inicial. No obstante, la discusión crítica en la ética no es el tipo de diálogo que caracterice, mejor dicho, deba caracterizar las reflexiones que se orienten hacia la línea heurística. Tampoco los *diálogo de negociación*²⁶¹ y el *diálogo erístico*²⁶² son apropiados para caracterizar la atención de los desacuerdos morales. Una razón común para ser descartados de la reflexión ética estos tres tipos de diálogo es por que sus objetivos son incompatibles con la búsqueda y precisión de justificaciones que sean plausibles o relevantes. En este sentido serán pasos o movimientos ilegítimos si hay tránsito del diálogo *búsqueda de información* (como una entrevista) al *diálogo erístico*.

Los tipos de diálogos que logran empatar con una propuesta heurística en la ética (ver tabla 19) son el de *búsqueda de información* (la entrevista, la solicitud de asesoramiento o la consulta de expertos) y el diálogo *de investigación/indagación* (la investigación científica, o más cercana, la investigación pública) y la *deliberación*.

Los pasos o movimientos legítimos son más apropiados entre estos tipos de diálogos en los que las capas argumentativas superpuestas unas con otras pueden favorecer la reflexión y, para el caso del diálogo deliberativo, ponderar razonablemente los componentes prescriptivos que están en el foco de los desacuerdos morales.

marco normativo) a la ética para comprender la razonabilidad en la toma de decisiones, es deficiente, pues implica sostener prácticas que hoy carecen de vigencia, como las paternalistas, en las que se puede sostener como razonable no considerar los interés (o ir en contra de los intereses) de alguien por que se duda de su capacidad de juicio.

²⁶¹ El diálogo de negociación está dirigido hacia campos argumentativos en los que predominan asuntos políticos o económicos. No obstante, cabe señalar que tanto en los ámbitos políticos y económicos se toman decisiones; las cuales tienen implicaciones morales y, consecuentemente, éticas. Es decir, no son campos argumentativos aislados o excluyentes de la reflexión en ética. El asunto es que, y aquí la diferencia, los objetivos trazados en estos no siempre serán compatibles con la ética. En ese sentido, cabe precisar que, los objetivos en el diálogo de la deliberación no empatan, como pasos o movimientos legítimos, para transitar hacia la negociación. Pues en este campo sí resulta permisible omitir (o distorsionar) información con fines que pongan a unos en ventaja frente a otros.

²⁶² El diálogo erístico, entendido como una práctica en la que se describe el modo en que los interlocutores despliegan la atención de los desacuerdos mediante estrategias retóricas y de contienda atacando al oponente. También en este sentido, los objetivos del diálogo deliberativo no empatan, como pasos o movimientos legítimos, para transitar hacia la erística. Pues en este tipo de diálogo las características del argumentador ideal, como la empatía o la apertura, serán menoscabadas por prácticas comunicativas y argumentativas que laceran las interrelaciones.

Tabla 19. Relación de los niveles de reflexión y los tipos de diálogos

Nivel de reflexión ética	Tipo de diálogo	Ejemplo de tema en el diálogo
Metaética	<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda de información ó ● De investigación 	Búsqueda de información. Solicitud de asesoramiento de algún experto en temas sobre justicia distributiva.
Ética descriptiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda de información ó ● De investigación 	Investigación pública. Se recopilan y analizan estudios sobre lo que se ha trabajado en temas de justicia y presentar una conclusión al respecto.
Ética normativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda de información ó ● De investigación 	Búsqueda de información. Entrevista a algún académico que trabaja temas de justicia distributiva para saber cómo se ha reflexionado el concepto.
Ética aplicada	<ul style="list-style-type: none"> ● Deliberativo 	Toma de decisión compartida para saber cómo distribuir justamente bienes escasos.

Fuente: elaboración propia

El procedimiento del diálogo deliberativo que propone Walton (ver tabla 20) consta de los siguientes pasos: “1.- *Apertura*, 2.- *Informar*, 3.- *Proponer*, 4.- *Considerar*, 5.- *Revisar*, 6.- *Recomendar*, 7.- *Confirmar* y 8.- *Cierre*”. Los pasos del 2 al 8 del diálogo deliberativo se explican en las siguientes fases de la argumentación ética, es decir, en la identificación, análisis y evaluación de argumentos en el diálogo.

En el paso 1.- *Apertura*, el planteamiento de la pregunta rectora depende de la naturaleza del tema a tratar según el nivel de reflexión inicial. Para la ética aplicada, la formulación de las preguntas son en función de los elementos constitutivos del acto moral.

Se entiende por “pregunta rectora” aquella cuestión central con la que los interlocutores están dispuestos a embarcarse en la puesta en escena de los argumentos que logran dar cuenta de las diferencias de opinión. De esto se desprende que también puede haber otras preguntas, pero no siempre son tratadas.

Cuando sí son tratadas las preguntas pueden contribuir al esclarecimiento de la pregunta central. Este tipo de preguntas se pueden denominar como periféricas. Distinguir las preguntas rectoras de las periféricas forma parte de la labor que debe acordarse en este paso denominado *Apertura*. Pues de ello depende hacia dónde se dirigirá el diálogo deliberativo. Cuando no se acuerda cuál será la cuestión a tratar en la *Apertura* ocurre el desvío del diálogo deliberativo

hacia otros temas, -aunque generen curiosidad intelectual-, o en movimientos ilícitos, también entendidos como falacias. En este sentido, la pregunta rectora en el diálogo deliberativo da cuenta del problema o dilema en el que se reconoce el desacuerdo moral declarado.

Presentar la cuestión rectora y saber cómo plantear la pregunta son dos pasos distintos. Saber cómo plantear la cuestión rectora se desenvuelve en el paso *Informar*, inciso (a) discusión de la cuestión rectora, pues no todas las preguntas son, o deben ser, tratadas en un diálogo. Formular una pregunta plausible es de dominio de los hablantes implicados para saber cómo dirigirán la puesta en escena de los diversos puntos de vista.

Otra razón para que los interlocutores acuerden qué pregunta rectora abordar en el diálogo deliberativo es para saber si la pregunta merece ser tratada, pues no toda pregunta planteada se dirige a una respuesta satisfactoria; en términos de ponderaciones razonables. Las preguntas que sacan a la luz los problemas morales y que pueden ser tratadas nos invitan a reconocer la complejidad con la que se pronuncia la dimensión moral.

Tabla 20. Procedimiento en el diálogo deliberativo (Walton, 2003:164).

Pasos	Procedimiento
Apertura	Apertura del diálogo de deliberación y planteamiento de una pregunta rectora sobre lo que se debe hacer.
Informar	Discusión de: (a) la cuestión rectora; (b) metas deseables; (c) cualquier restricción sobre las posibles acciones que puedan considerarse; (d) perspectivas mediante las cuales se pueden evaluar las propuestas; y (e) cualquier premisa (hecho) relevante para esta evaluación.
Proponer	Sugerir posibles opciones de acción adecuadas a la cuestión rectora.
Considerar	Comentar propuestas desde varias perspectivas.
Revisar	Revisión de: (a) la cuestión rectora, (b) metas, (c) limitaciones, (d) perspectivas y / o (e) opciones de acción a la luz de los comentarios presentados, y la realización de cualquier información -recopilación o verificación de hechos necesarios para la resolución. (Tenga en cuenta que otros tipos de diálogos, como la búsqueda de información ... pueden integrarse en el diálogo de deliberación en esta etapa.
Recomendar	Recomendar una opción de acción y aceptación o no aceptación de esta recomendación por parte de cada participante.

Confirmar	Confirmando la aceptación de una opción recomendada por cada participante. Hemos asumido que todos los participantes deben confirmar su aceptación de una opción recomendada para la terminación normal.
Cierre	Cierre del diálogo

3.4 Dilema moral

El dilema moral es el obstáculo que se entiende como premisa doble que señala razonamientos prácticos insolubles y controvertibles. El dilema mantiene algún “tipo de incompatibilidad normativa” (Lariguet, 2010: 73). La diferencia entre los problemas morales y los dilemas morales es que hay

“indeterminación” del *discurso moral* (encarnado en sistemas normativos, teorías morales normativas, etc.) para resolver los dilemas. Esta indeterminación se expresa en el hecho de que en los dilemas se manifiesta una *ausencia* de criterios, escalas o procedimientos racionales de solución que resulten plausibles (Lariguet, 2010: 74).

Como se indicó en el apartado anterior, los problemas morales son de naturaleza muy diversa según los componentes del acto moral; pero los dilemas morales son un tipo de obstáculo especial que se encuentra en la decisión por el número de alternativas, generalmente dos. En principio, ambas alternativas son igualmente atendibles, o bien, igualmente rechazables; sin embargo, el agente no puede realizar ambas en el mismo tiempo. El agente realiza alternativa A o realiza alternativa B, pero no puede asumir ambas alternativas a la vez. En palabras de Cattani y Alcolea las consecuencias derivan en “que puede haber buenas inferencias prácticas que apoyen ambas alternativas. La decisión es particularmente penosa cuando ambas opciones conllevan algo doloroso” (2011: 204).

No se debe confundir el dilema moral con otros conceptos. Tal es el caso de aporía o paradoja. La aporía se entiende como una dificultad cognitiva contraria e irreconciliable de “una cuestión difícil de resolver o de tratamiento inviable bajo la figura metafórica general de una situación de *impasse* o un callejón sin salida” (Vega, 2011:54). Es decir, la aporía es una dificultad cognitiva/teórica y el dilema es una dificultad práctica. Por otro lado, la paradoja se origina “cuando examinamos atentamente los conceptos que empleamos en nuestro conocimiento de la realidad, confrontándolos unos con otros y con los datos de la experiencia” (Peña y Ausín, 2011:442). No toda paradoja es aporía, pues cuando se manifiesta su contradicción “se disipa fácilmente, ya que, al percatarnos del hecho paradójico, en seguida abandonamos una presuposición que, al reflexionar, se revela equivocada” (Peña y Ausín, 2011:442). Aunque ciertamente hay paradojas que son difíciles de resolver y “no existe ninguna

regla universal para afrontarlas... son un terreno fértil, donde se pone a prueba nuestra capacidad de buscar soluciones” (Peña y Ausín, 2011:443-444).

Los dilemas morales han sido objeto de estudio desde los clásicos, la razón, de acuerdo con Lariguet, es que deja al descubierto los límites de la razón práctica (2010:76). Además, el agente moral “parece fracasar en identificar criterios plausibles para dar una “solución racional” o “correcta” a esta clase de conflicto moral” (Lariguet, 2010:77). También Walton sostiene que

... los valores éticos no siempre dictan una elección en particular. Una razón es que los valores éticos pueden entrar en conflicto. De hecho, tales conflictos de objetivos son característicos del tipo de situaciones llamadas dilemas arriba. Entonces, aunque un valor ético no siempre determina una elección particular para un curso de acción, es vinculante para un agente ético en el sentido de que debe ser tenido en cuenta en las deliberaciones de ese agente, cuando es relevante en un caso particular. El tipo fundamental de razonamiento utilizado en la deliberación es un tipo de razonamiento de medios-fin generalmente llamado razonamiento práctico (Walton, 2003:31).

Por ejemplo, pensemos en el caso suscitado en el 2000 en el Hospital St. Mary en Manchester Inglaterra del nacimiento de un par de siamesas, Marie y Jodie, quienes estaban unidas por la parte del abdomen. “Sus columnas vertebrales estaban unidas, y tenían un solo corazón y un par de pulmones para las dos” (Rachels, 2006: 24). El pronóstico de las siamesas era bastante incierto, los médicos del hospital consideraron la alternativa de separarlas; aunque Marie moriría durante la operación. Los padres convinieron en que se mantuvieran unidas; aunque en pocos meses morirían. Los padres no estuvieron de acuerdo con la alternativa médica, pero los médicos se sintieron obligados a separarlas y recurrieron a los tribunales para que así ocurriera.

Este caso es un dilema moral, pues las dos opciones son igualmente rechazables y ambas tienen consecuencias trágicas. El dilema moral, al igual que el problema moral, se plantea en forma de pregunta. La pregunta aquí planteada es: ¿deben separarse o no las siamesas? También el caso presenta un problema moral que se dirige hacia los agentes morales ¿quién debe tomar la decisión? Los padres, aparentemente, pueden ser los más aptos para decidir, pero se duda si la decisión de no separarlas es la más sensata. Los médicos tratantes, al recurrir a los tribunales, exigen y consideran que la separación de las siamesas, pero es una decisión con pronóstico desfavorable, pues no se sabe qué probabilidad de sobrevivida tiene Jodie.

Desde la lógica proposicional, particularmente bajo las reglas de inferencia se puede organizar el dilema con la regla de inferencia del dilema constructivo²⁶³ o el dilema destructivo²⁶⁴ según sea el caso correspondiente. En el dilema de Marie y Jodie de acuerdo al dilema constructivo quedarían así cada una de las proposiciones

Tabla 21. Ejemplo de dilema constructivo

Proposiciones	Dilema constructivo
P separar las siamesas	Si se separan las siamesas entonces una de ellas muere.
R no separar las siamesas	Si no se separan las siamesas entonces ambas mueren.
Q una de ellas muere	Se deben separar o no se deben separar las siamesas
S ambas mueren	Por lo tanto, una de ellas muere o ambas mueren.

Fuente: elaboración propia

Aquí otro ejemplo de dilema moral. Imagínese que usted y sus hijos son prisioneros en la Segunda Guerra Mundial. Se hallan en un campo de concentración. El encargado le dice que debe elegir uno de sus dos hijos para enviarlo a la cámara de gas. Si usted no elige, se los llevará a los dos.²⁶⁵ La pregunta que plantea la disyunción es ¿debe o no debe decidir Sophie? La misma pregunta facilita la identificación de los antecedentes (requerimientos normativos, valores, entre otros) y los consecuentes (las acciones que se suponen se interconectan de los requerimientos normativos). También puede formularse como un dilema constructivo.

²⁶³ El dilema constructivo tiene la siguiente estructura: $((P \rightarrow Q) \wedge (R \rightarrow S)) \wedge (P \vee R) \therefore (Q \vee S)$; donde P y R representan antecedentes, los cuales se traducen en los razonamientos prácticos comúnmente como prescripciones (mandatos, prohibiciones, deberes, normas, reglas, etc.) y Q y S representan consecuentes, es decir, lo que se sigue en la práctica si tiene lugar alguna de las dos vías. La lectura del dilema es así: si se da P entonces implica Q; si se da R entonces implica S; se da como verdadero P o R; por lo tanto, Q o S debe ser verdadero. El dilema constructivo es una versión extendida de la regla *Modus Ponens*.

²⁶⁴ El dilema destructivo tiene la siguiente estructura: $((P \rightarrow Q) \wedge (R \rightarrow S)) \wedge (\neg Q \vee \neg S) \therefore (\neg P \vee \neg R)$; donde P y Q también representan prescripciones y Q y S representan consecuentes. La diferencia está en cómo se establece la inferencia y la presencia de negaciones. La lectura del dilema destructivo es así: si se da P entonces implica Q; si se da R entonces implica S; no ocurre el consecuente Q o no se da el consecuente S; por lo tanto, no se da el antecedente P o no se da el antecedente P o no se da R como verdadero. El dilema destructivo es una versión ampliada del *Modus Tollens*.

²⁶⁵ Este es un dilema que se representa en la producción cinematográfica “La decisión de Sophie” producida en 1982 por Alan J. Pakula.

Tabla 22. Ejemplo de dilema constructivo

Proposiciones	Dilema constructivo
<p>P usted decide</p> <p>R uno de sus hijos va a la cámara de gas</p> <p>Q usted no decide</p> <p>S ambos hijos van a la cámara de gas</p>	<p>Si usted decide entonces una de sus dos hijos va a la cámara de gas</p> <p>Si no decide entonces ambos hijos van a la cámara de gas.</p> <p>Usted decide o no usted no decide</p> <p>Por lo tanto, uno de sus dos hijos va a la cámara de gas o ambos hijos van a la cámara de gas.</p>

Fuente: elaboración propia

Hay una distinción entre el dilema de Sophie y el dilema de Marie y Jodie, y es el aparentar ser un dilema moral cuando en realidad no lo es. El falso dilema se caracteriza por que las opciones ofrecidas están condicionadas por un agente moral, a diferencia del caso de Marie y Jodie en el que las opciones están dadas por las circunstancias.

se pierde todo punto de referencia distinto a lo que establezca quien ejerce el poder en nombre del soberano: un comandante, un soldado, un guardia, un médico, un técnico, un recluso, etc., cualquiera de estos podía “decidir”, en el caso extremo –que era habitual-, sobre la supervivencia o la muerte de un habitante del campo (Oviedo, 2016:10).

En la lógica tradicional, particularmente las reglas de inferencia como el dilema constructivo o destructivo, los falsos dilemas no se pueden identificar observando la construcción del argumento y la conexión entre premisas. Pues, tanto el dilema de Sophie como el de Marie y Jodie son, desde la perspectiva lógica, argumentos válidos.

Desde la perspectiva de la nueva dialéctica, las proposiciones que construyen los argumentos y la conexión entre antecedente y consecuente, -en el caso de los dilemas constructivos y destructivos-, se cuestionan o ponen en duda si realmente todas las opciones ofrecidas son las únicas que genuinamente existen y si los consecuentes efectivamente se derivan directamente de los antecedentes enumerados.

De ahí que haya condiciones normativas plausibles para identificar un dilema.

“... un dilema válido solo queda sujeto a estas dos condiciones: 1) se tienen que enumerar todos los casos posibles, sin olvidar ninguno. 2) En cada razonamiento, la conclusión tiene que inferirse de forma válida, cogente, de las premisas. Ambas condiciones se cumplen en casos muy raros” (Cattani y Alcolea, 2011: 205).

Otras características de los dilemas morales que enuncia Lariguet son la inconmensurabilidad y la simetría. La inconmensurabilidad se produce “cuando no existe un metacriterio (o valor *comprehensivo*) que permita determinar cuál de dos requerimientos, *A* y *B*, es más fuerte, menos fuerte o tan fuerte como el otro” (2010: 80). La simetría de los requerimientos normativos se presentan “cuando ambos compiten con la misma fuerza y no existe un metacriterio para preferir uno de los dos” (2010: 80).

Vale la pena mencionar que en el caso de Sophie hay más alternativas que las ya mencionadas²⁶⁶ y la relación entre antecedente y consecuente está restringida por el encargado; que coerciona la elección de Sophie. Cuando un agente moral limita y coerciona el número de alternativas entonces existe un falso dilema; los cuales son muy comunes. Se requiere de escrutinio intelectual en cada uno de los casos en los que planteen dilemas morales saber si efectivamente lo son.

Por otro lado, hay quienes consideran que el caso de Sophie sí es un auténtico dilema moral, pues “las elecciones difíciles se convierten en genuinos dilemas morales cuando un agente no puede evitar transgredir sus concepciones morales más profundas” (Dovi, 2006:175). También Lariguet asume que “ninguna estrategia plausible permitiría concluir que un hijo tiene menos o más valor que el otro. Se supone que ambos tienen el mismo valor moral” (2010:80).

Sin embargo, tomar una decisión difícil no vuelve el obstáculo en un dilema. Tampoco la sola simetría de las opciones vuelve al dilema auténtico. Es decir, tanto dilemas morales como falsos dilemas plantean elecciones difíciles y simetrías en los requerimientos normativos. La diferencia fundamental es que éstos requerimientos normativos son dados por el desenlace en el que desemboca a que el agente moral reconoce como únicos e irreconciliables. A diferencia del falso dilema moral en el que los requerimientos normativos son planteados e impuestos por un agente moral; generalmente una figura de autoridad o dominante.

Saber distinguir entre los auténticos y falsos dilemas implica saber cómo se imputa la responsabilidad a los agentes morales. Pues, por un lado, en los genuinos dilemas morales la responsabilidad es activa ante las prescripciones morales reconocidas y por otro lado, en el falso dilema moral la responsabilidad es endeble, pues las dos opciones aparentemente simétricas solo se deben conferir a quien las formula y proyecta, no así a quien se obliga su

²⁶⁶ Por ejemplo, Sophie puede rechazar este mecanismo perverso entre elegir y no elegir cuál de sus hijos va a la cámara de gas. Puede intentar huir con sus hijos y también puede acordar con el encargado qué hacer al respecto.. Por mencionar algunas alternativas.

ejecución en el obrar de otros. En otras palabras, “es un agente externo el que le presenta unas opciones que realmente conducen a un único desenlace” (Oviedo, 2016:14).

Ocurre que cuando se toma un aparente dilema moral o un conflicto *prima facie* difícil²⁶⁷ como genuinos entonces los cuestionamientos²⁶⁸ se vuelcan sobre quien asume la decisión y el curso de acción; olvidando aquellos que intencionadamente impusieron los dos requerimientos normativos, es decir, se invisibiliza la carga moral de aquellos que confabulan un plan deliberado sin ser ejecutores.

Una vez pronunciado el problema o dilema moral a tratar entonces se formulan o identifican los argumentos que ofrecen razones para apoyar a cada uno de los puntos de vista contenidos en la pregunta.

3.5 Argumentación deliberativa en ética

Las etapas argumentativas de la pragmadialéctica se empatan con las etapas del procedimiento deliberativo que propone Walton (ver tabla 23). Los pasos o etapas -desde la información hasta el cierre- del procedimiento deliberativo se revisan en este apartado a partir de un caso paradigmático. Para saber cómo se desenvuelve la identificación, análisis y evaluación²⁶⁹ de argumentos en el proceso del diálogo deliberativo.

²⁶⁷ Un ejemplo acorde a un problema *prima facie* es el mito de Antígona de Sófocles; quien se encuentra ante la trágica y penosa decisión entre optar por la obediencia de las leyes humanas o las leyes divinas. Seguir las leyes humanas significa evitar honores fúnebres a uno de sus hermanos muerto en batalla, Polinices, mientras que seguir las leyes divinas implica desobedecer el mandato de Creonte y enviarla directo a la muerte. Este mito se puede considerar un conflicto *prima facie* y no propiamente un dilema moral, al menos por dos razones. La primera es que Antígona decide dar digna sepultura a su hermano asumiendo que va a morir. La fuerza de un principio sobre otro significa que el principio con menor fuerza es derrotable, en este caso, atender la orden de Creonte De acuerdo con Lariguet “entre requerimientos *prima facie* es posible pensar que un requerimiento, por medio de un balance, derrota al otro” (2010:90). La segunda razón es que, “ i) los agentes enfrentan situaciones “inesperadas” en el sentido de que se trata de eventos impuestos al agente y ii) que sea cual fuere la elección que haga, no podrá escapar o evitar, *cuando menos para el tiempo t en que enfrenta el conflicto*, que se produzca un mal que entraña el sacrificio de algo valioso y la destrucción necesaria, por lo tanto, de una alternativa exigible. (2010:93). La orden de Creonte es inesperada y el mal que produce es el sacrificio Antígona. Aunque, el mandato de Creonte sí puede modificarse, no era categórico. Había otras opciones menos tiranas y más razonables que podía formularse. Antígona se encuentra ante dos males en una disyuntiva que se diluye ante la fuerza con la que se pronuncia a una de las dos alternativas: un mal directo a ella al desobedecer A Creonte y un mal indirecto al no poder enterrar a su hermano Polinices para que su alma sea aceptada en el Hades.

²⁶⁸ En una nota a pie de página Lariguet analiza y formula cuestiones dirigidas a la valoración que Sophie hace al optar por sacrificar a uno de sus hijos, pero no se menciona para nada el rol que juega el encargado ante la formulación de las opciones trágicas (2010:87).

²⁶⁹ Cabe aclarar que, la identificación, análisis y evaluación está presente en la etapa de *Argumentación y Cierre*, en la discusión crítica. O en el paso tres *Proponer* hasta el paso ocho en el *Cierre* de las etapas del diálogo deliberativo. Las primeras etapas corresponden a los criterios normativos comunicativos y argumentativos que acuerdan los hablantes previamente para evitar falacias.

Tabla 23. Comparación de etapas en la discusión crítica y el diálogo deliberativo

Etapas argumentativas de la pragmadialéctica	Etapas del diálogo deliberativo
Confrontación	Apertura
Apertura	Información
Argumentación	Proponer Considerar Revisar Recomendar Confirmar
Cierre	Cierre

Fuente: elaboración propia

El procedimiento deliberativo es una herramienta argumentativa para saber cómo dirigir los desacuerdos morales que favorezcan, en la medida de lo posible, la consecución de consensos. Los consensos son el resultado de la disposición que tienen los interlocutores para tratar los problemas morales ante la toma de decisiones. En caso de que el consenso no se logre, al menos, que los interlocutores se den la oportunidad de reconocer los disensos²⁷⁰ como una vía para ser tratado en futuras ocasiones. En palabras de Walton sostiene que,

La deliberación, como se señaló anteriormente, surge de la necesidad de tomar acción en una situación dada, y el propósito de la deliberación es indicar el curso de acción más prudente aprovechando los argumentos de ambos lados de un tema o problema. A pesar del supuesto general de que la deliberación sólo involucra a un agente, como tipo de diálogo parece una comunicación entre dos (o más) agentes. Por supuesto, lo que se llama deliberación en (Walton 1990^a) es un procedimiento solitario en algunos casos, donde el mismo agente mira las diversas acciones que se le presentan y trata de decidir cuál es la mejor para seguir adelante. Pero incluso ella, el pensamiento puede verse como un diálogo en el que el mismo agente primero toma un lado y luego juega al abogado del diablo, mirando los argumentos del otro lado. En ella solo hay un agente, pero podemos ver que el agente juega dos roles en lo que equivale a un diálogo. El agente puede considerar los argumentos de ambos lados de un dilema. Por ejemplo, puede participar en un tipo de pensamiento de diálogo en el que trató de articular los argumentos más fuertes para cada lado, y también encontrar las críticas más fuertes de estos argumentos, al encontrar los eslabones más débiles en las cadenas de razonamiento práctico de ambos lados. Este tipo de pensamiento imaginativo es vital para planificar una toma de decisiones práctica. Pero a menudo, dos cabezas son mejores que una, y el mejor plan surge de un desafío intercambio de respuestas entre dos agentes que representan puntos de vista opuestos sobre el problema y que pueden ver la evidencia en ambos lados de un tema (Walton, 2003:33).

²⁷⁰ Hay desacuerdos morales profundos que difícilmente pueden ser abordados dada la incompatibilidad de las proposiciones y fundamentos en los que descansan. Al respecto señala Olmos que “Aun reconociendo la utilidad de la metaargumentación para empezar a tratar de superar los problemas de inconmensurabilidad prima facie y de los “encarnizados puntos muertos”, sigue y seguirá habiendo cuestiones problemáticas y discutibles, y permanentemente reevaluables, tal como experimentamos cada día”. (2016: 279).

3.5.1 Identificación de argumentos en ética

Los argumentos morales se construyen de proposiciones las cuales a su vez son juicios morales. La diversidad de juicios morales (afirmativos, compromisorios, imperativos, declarativos y expresivos) abre la posibilidad de encontrar y construir argumentos muy variados. Al respecto, Tugendhat señala que “los juicios morales siempre requieren una justificación y la requieren hasta tal punto que esta necesidad de justificación casi parece formar parte del sentido moral” (2002:105). Es decir, todo juicio moral necesita justificarse, pero cuando esto no es posible entonces el juicio moral se puede descartar o reconsiderar su formulación. En palabras de Cabezas, señala que,

toda razón moral es una razón para la acción, pero no toda razón para la acción es una razón moral, pues los motivos, las razones auto-interesadas, también serán razones para la acción, pero no serían razones morales que justificaran nada (2014: 41).

Cuando un juicio moral es compartido, esto es, que existe un acuerdo, entonces resulta viable compartir razones por las que creemos y mantenemos nuestros juicios morales. Pero, “la cuestión no es si podemos de hecho compartir razones o no, sino cómo podemos afirmar que hemos alcanzado o hemos encontrado razones justificables (Cabezas, 2014: 49)”. Los motivos pueden ser compartidos, pero esto no significa que sean justificables o sean razonables²⁷¹. De la misma manera, los juicios morales pueden ser compartidos, pero esto no significa que lo sean por las mismas razones.

Cuando un juicio moral no es compartido, esto es, que hay desacuerdo moral, cabe la posibilidad de desplegar el diálogo y aquí es indispensable que se procuren mínimos normativos argumentativos para conducir el diálogo y se logre favorecer el propósito inicialmente planteado, por ejemplo, lograr algún acuerdo o tomar decisiones. La propuesta de Walton sobre el procedimiento deliberativo favorece el acercamiento de diversas teorías éticas en las que hay puntos de encuentro y diversas justificaciones cuando se hacen presentes en las acciones o toma de decisiones. También la deliberación favorece el pronunciamiento de los desacuerdos morales ya sean de creencias o de actitud parciales o profundos. Los desacuerdos morales necesitan no sólo del entendimiento mutuo sino también

depende de diversas sensibilidades morales y estas a su vez de respuestas afectivas, de manera que el sistema emocional jugaría un papel integral en el reconocimiento del daño moral, no solo como experiencia en primera persona, sino en los demás, así como en el reconocimiento del

²⁷¹ Pues dos personas que comparten creencias xenófobas o cualquier otro prejuicio no se sigue que de forma automática sean razonables.

estatus moral de los otros, de lo que se infiere que también tendrá un papel clave en las justificaciones de los juicios morales (Cabezas, 2014: 261-262).

Particularmente, los juicios morales expresivos o exclamativos son más cercanos al sistema emocional que el resto de los juicios porque en estos se conciben y traducen en palabras las emociones, sentimientos o preferencias. “La empatía es una actitud y un acto de voluntad. Requiere prestar atención a toda la gama de modos comunicativos y epistémicos disponibles para proyectarse en la posición del otro” (Gilbert, 1997: 111). Además, no se trata sólo de plantear como único propósito lograr acuerdos sino entendernos en aquellas creencias y sensibilidades que no compartimos²⁷². El esfuerzo por entender razones o motivaciones ajenas no es asunto exclusivo del pensamiento, también participa de algún modo la sensibilidad moral. “El razonamiento sin el contenido emocional estaría vacío, sería un conocimiento estructural o formal, y las emociones y los sentimientos sin una estructura lógico-formal serían ciegos” (Cabezas, 2014: 232).

Las emociones y los sentimientos son necesarios para emitir [y entender en otros] juicios morales (Cabezas, 2014: 204)”. El reconocimiento del estatus moral externo, e incluso ajeno, es un sistema emocional y epistémico en el que se concibe la formulación de juicios morales expresivos y, simultáneamente, el desenvolvimiento de los demás juicios morales (asertivos, compromisorios, directivos y declarativos). Por ejemplo, si el hablante formula el juicio moral informativo “Atenea es justa” implica que sus interlocutores reconozcan, de algún modo, aquello que se denomina como justo y esto solo es posible si previamente se ha percibido algún fenómeno moral en el que se sustrae una noción sobre justicia; la cual solo es posible cuando se conjugan y configuran estados emocionales y epistémicos.

Cuando se ofrecen razones a favor del juicio moral entonces se cuenta con un argumento. De la misma manera, cuando se increpa al hablante sobre por qué mantiene tal juicio entonces requiere externar alguna justificación sobre porque esto lo considera así²⁷³.

²⁷² Un problema difícil de tratar en este trabajo de investigación y que solo me limito a mencionar. Cuando la empatía se presenta como una actitud que incurre en el extremo ya sea por exceso o por defecto. Por ejemplo, que a falta de empatía, por no reconocer las emociones del interlocutor, pasen desapercibidas emociones que podrían configurarse en juicios morales. Por otro lado, por exceso de empatía, al concentrar especial atención a una sola emoción del interlocutor, se formulan juicios morales en torno a la emoción manifestada sin conectarla o relacionarla con otras emociones; invisibilizando aspectos que podrían ser cruciales para la formulación de los juicios morales y, posteriormente, para la formulación de los argumentos. Aunque una propuesta alterna “para la justificación de los juicios morales no es necesario empatizar con el dolor ajeno, pero sí reconocerlo. Y la manera más simple y objetiva de reconocerlo sin solapar al sujeto paciente y sin relativizar la posibilidad de señalar algo como un daño moral real para ese individuo es la lectura de las reacciones y emociones negativas en el paciente (Cabezas, 2014: 356)”.

²⁷³ Esta norma pertenece a la primera de las diez *Reglas para una discusión crítica*; la cual señala que “todo discutidor también tiene el derecho incondicional de poner en duda todo punto de vista de cualquier otro

Mientras el interlocutor no enuncie alguna razón por la cual mantiene el juicio moral entonces no se puede considerar como justificado, esto es, no se puede considerar que el enunciado moral por sí solo representa un argumento. "...la persona crítica, que está dispuesta a revisar una y otra vez sus creencias y a descartarlas si se contradicen entre sí o si se tambalean ante graves contraejemplos es quien tiene más posibilidades de poseer creencias bien justificadas" (Bordes, 2011: 98).

El juicio moral por sí solo no conforma ningún argumento y tampoco conforma un argumento la mera colección y proyección de juicios morales si en estos no hay alguna conexión entre sí. Hay argumento cuando se externa alguna razón que logre dar cuenta del juicio moral ofrecido. Saber si la justificación ofrecida es una buena razón o no forma parte del siguiente apartado, en el que se analizan argumentos.

La clasificación aristotélica de los tipos de argumentos por su construcción que caracterizan los asuntos prácticos, como lo es la ética, son difíciles de encasillar en argumentos deductivos o inductivos. Los argumentos abductivos, presuntivos, conductivos o por analogía son algunas alternativas contemporáneas que logran acercar cada vez más la explicación, análisis y evaluación de las proposiciones morales. Aunque, éstas no son las únicas propuestas para clasificar los argumentos. Al respecto sostiene Gilbert

que los argumentos se pueden categorizar, en su totalidad o en parte, no por uno, sino por cuatro modos identificables distintos. Estos modos son (1) lógico [en el sentido en que se muestran pruebas en apoyo a una conclusión], (2) el emocional, que se relaciona con el reino de los sentimientos, (3) el visceral, que surge del área de lo físico, y (4) el kisceral (del término japonés *ki* que significa energía), que cubre los ámbitos intuitivo y no sensorial (Gilbert, 1997:79).

Esta clasificación que presenta Gilbert es por el contenido que predomina en las proposiciones que configuran los argumentos. La relación entre premisas y conclusión cobran sentido para quien formula el argumento. Aunque no necesariamente cobre sentido para los interlocutores. De ahí la importancia de sacar a la luz los argumentos para que puedan ser evaluados por todos los implicados.

El modo lógico está presente en los argumentos morales cuando se presenta evidencia en relación a cualquier valoración o prescripción que aduce a los hechos u objetos presentados.

discutidor, esto significa que, en principio, ningún discutidor tiene restricciones para retar cualquier discutidor sobre cualquier punto de vista". (Eemeren y Grootendorst, 2009:208).

El modo emocional²⁷⁴ predomina cuando: 1) la proposición proyecta alguna emoción al enunciarse, 2) la proposición describe o declara alguna práctica en la que el contenido emocional es captado por los interlocutores, 3) ambas, entendida como acto de habla mixto²⁷⁵.

El modo visceral puede entenderse como cuando las proposiciones implícitas se pueden inferir (i.e entimemas). Como cuando se recurre a algún dicho popular y no se presenta más información; en la que solo se pueden hacer interpretaciones. Por último, el modo kisceral puede ser algún argumento producto de la imaginación, experiencia mística o religiosa, coincidencias o corazonadas.

Tabla 24. Ejemplo de argumentos por su modo

Modo de argumento	Ejemplo
Lógico	María fue justa porque compartió el pastel por partes iguales
Emocional	¡María ya basta de ser justa con aquellos que te dañan! Debes dejar de ser más considerada con los demás.
Visceral	Al buen entendedor, pocas palabras. [situación en la que se da por obvia alguna proposición y que supone no enunciarse].
Kisceral	Creo que hoy no saldré al parque porque presiento que el clima no será favorecedor.

Fuente: elaboración propia

A diferencia de los razonamientos deductivos o inductivos, los demás razonamientos por su construcción -como el abductivo, conductivo, por analogía o presuntivo-, pueden dar cuenta con mayor precisión de la diversidad de fenómenos morales y que las nuevas éticas merecen prestar atención, pues con las vías tradicionales de razonamiento muy poco se precisar al tener una comprensión limitada en la justificación de juicios morales.

²⁷⁴ Cabe resaltar la distinción que la expresión de una emoción no es equivalente a una proposición. Hay quienes si hay establecido esta equivalencia, la cual es bastante limitada, por ejemplo Searle (1975) y otros autores (i.e. Norrick, 1978; Ronan, 2015; Wierzbicka, 2002) los ubica bajo el descriptor taxonómico *actos expresivos*. Pero es importante señalar que una emoción puede estar presente en un acto de habla imperativo y, de la misma manera, un acto de habla informativo puede describir alguna emoción sin que esté presente ésta en el discurso. Es decir, hay distinción “expresar una emoción y describir una emoción” (Santibañez, 2020, 36).

²⁷⁵ Los actos de habla emotivos se caracteriza porque en ellos está contenido un compromiso que recae en el oyente al asumir alguna actitud para dar cabida o no al diálogo argumentativo, al respecto señala Santibañez que, “A diferencia de los actos de habla estándares que están sujetos a reglas dialécticas claras y distintivas, los actos emotivos tienen, de acuerdo con el acercamiento de Hamblin, una característica especial. Esta característica está del lado de los compromisos del oyente” (2020:38). Al declarar un enunciado y en este solicita la razón de ser entonces se hace una reconstrucción, “este movimiento se denomina como *acto deliberativo de auto interpretación*, pues se considera aquí que cuando tratamos de racionalizar un acto de habla emotivo, lo que hacemos es construir en la razón parte del concepto emocional que tiene uso colectivo, esto es, ofrecemos un argumento” (Santibañez, 2020:47).

Los razonamientos abductivos que tratan de ofrecer alguna conclusión sobre la explicación de los hechos, los cuales no son siempre del todo conocidos y que, de alguna forma, se pretende clasificar o incorporar a los sistemas de clasificación. De forma general, la abducción es una vía con menos fuerza en sus premisas que en la deducción y la inducción.

...podemos describir el proceso abductivo de cambio epistémico como sigue: el razonamiento abductivo se dispara por una sorpresa, la cual genera una duda que puede ser de dos tipos: novedad o anomalía. En el primer caso el fenómeno que explicar es totalmente nuevo y consistente con la teoría, por lo que su explicación se calcula y se incorpora a la teoría por la operación de extensión. En el segundo caso, como el hecho es anómalo, la operación de revisión es necesaria para incorporarlo. Así, la teoría se revisa de tal forma que su modificación no esté en conflicto con el hecho que explicar (Aliseda, 2011:22).

Un ejemplo de razonamiento abductivo sucede cuando se elabora un diagnóstico médico. Ante la presencia de signos y síntomas referidos por el paciente se puede concluir, según la clasificación de enfermedades o padecimientos, el diagnóstico más cercano. Si durante el proceso de atención se encuentran hallazgos que no estaban registrados previamente entonces se hace una revaloración del diagnóstico. Será un razonamiento de novedad si el hallazgo no está descrito en la literatura médica. Será un razonamiento anómalo si el hallazgo está descrito en la literatura médica, pero los estudios realizados para averiguar lo que ocurre no apuntan a encontrar algo fuera de lo previsto.

El modo lógico y los argumentos abductivos, se asocian directamente con el segundo paso del procedimiento deliberativo, *Informar*, en el inciso (e) discusión de cualquier premisa relevante para esta evaluación se posiciona. Lo que significa que se necesita comenzar a distinguir los hechos relevantes de los que no lo son para los argumentos identificados.

El razonamiento conductivo, propuesto por Wellman, fortalece el reconocimiento de los razonamientos prácticos y formula las vías en las que tiene cabida una conclusión, según cómo se desprenda de las premisas. Cabe señalar que un inconveniente en la propuesta de Wellman es que para saber de qué modo se concatenan premisas y conclusión es indispensable saber ¿qué tipo de premisas construyen argumentos en ética? Wellman solo reconoce premisas que caracterizan principios o reglas. Pero, también hay otra variedad de premisas mencionadas previamente, como las expresivas, compromisorias, asertivas y declarativas.

Los razonamientos por analogía favorecen el entendimiento mutuo de las premisas y conclusiones cuando logran aproximar valoraciones que resultan, en principio, extrañas y poco conocidas entre los interlocutores. Un ejemplo de razonamiento por analogía será cuando el médico pretende hacerle saber al paciente la importancia del cuidado y mantenimiento del cuerpo así como el cuidado de otros objetos en los que sí se tiene la constancia de su cuidado y mantenimiento, como ocurre con los automóviles.

Por último los razonamientos presuntivos en la ética tienen cabida cuando ante las posibles sospechas, conjeturas (o corazonadas como diría Gilbert) se formulan conclusiones. Este tipo de razonamiento se encuentra cuando se debe tomar un curso de acción con muy poca

o nada de certeza y fiabilidad en las premisas. Por ejemplo, los familiares de personas desaparecidas no dan por hecho que sus cercanos están muertos o vivos hasta que no se cuente con el paradero. La labor que se emprende aquí es de realizar búsquedas hasta encontrarlos. Mientras prevalece el argumento presuntivo: se presume que el familiar desaparecido no está bien, por ende, es indispensable buscarlo.

El modo emocional (según la propuesta de Gilbert), los argumentos conductivos, los argumentos por analogía y presuntivos concuerdan con el paso *Informar*, inciso (b) discusión de las metas deseables, en las que los hablantes proyectan sus propósitos en relación con las motivaciones que les lleva a posicionar el diálogo.

La identificación de argumentos por su construcción (abductivos, conductivos, por analogía o presuntivo) y/o por su modo (lógico, emocional, visceral o kisceral) según su estructura constitutiva (premisas y conclusión) permite saber de qué manera se podrá dirigir el respectivo análisis y, posteriormente, su evaluación. Mientras se desconozcan estos factores resulta confuso saber cómo lograr distinguir pasajes argumentativos de otro tipo de pasajes y también distinguir argumentos de buenos argumentos en la ética.

3.5.2 Análisis de argumentos en ética

No todo juicio moral puede ser justificado. En ese sentido, no toda emoción y no toda razón - que sirvan de apoyo en la construcción de los juicios morales- serán candidatas para plantear buenos argumentos. En otras palabras, hay emociones y razones que propician la construcción de buenos argumentos. El análisis de argumentos en ética favorece el discernimiento sobre qué premisas y conclusión serán las apropiadas para encontrar buenos argumentos. Esto solo es posible si se analizan las partes que conforman los argumentos presentados en un diálogo deliberativo.

Para analizar un argumento se requiere 1) acudir a la diagramación destacando cada una de las partes que lo conforman y 2) resaltar la fuerza con la que se presenta el argumento. Aquí este caso para analizar,

Desde su infancia, un hombre de mediana edad ha tenido la profunda sensación de que una de sus piernas no le pertenece. Desde hace tiempo desea “perderla”, y afirma categóricamente que la pierna no es suya. Un cirujano reconocido evalúa la posibilidad de operar al paciente, y solicita una evaluación psiquiátrica. El resultado de la evaluación es que el paciente no es psicótico, sino que sufre de un “trastorno dismórfico corporal”, por lo que realmente cree que la pierna no le pertenece. Sin embargo, este informe no recomienda la amputación. El cirujano opera al paciente. Luego de la operación, el paciente se describe a sí mismo como “completo”. (UNESCO, 2011: 22).

Tabla 25. Análisis del argumento

Proposiciones	Argumento
Premisa 1	El paciente no es psicótico
Premisa 2	el paciente sufre un “trastorno dismórfico corporal”
Premisa 3	por lo que realmente cree que la pierna no le pertenece
Conclusión	Sin embargo, este informe no recomienda la amputación.

Fuente: elaboración propia

Este es un argumento en el que predomina el campo de la ética (acorde a la propuesta de Toulmin). Es un argumento conductivo por su construcción, pues la conclusión invita a dirigirse a un curso de acción, en este caso, una recomendación. Las premisas se caracterizan por ser informativas

Las premisas se caracterizan por ser directivas, es decir, son consejos generales que invitan a ponderar lo que conviene hacer frente a una valoración psiquiátrica. Hay conexión entre las premisas. La premisa 1 y 2 son coordinadas y la relación entre las premisas 2 y 3 es de subordinación. La premisa 3 está subordinada a la 2. Esto se puede identificar mediante el conector “por lo que” que está presente en la premisa 3.

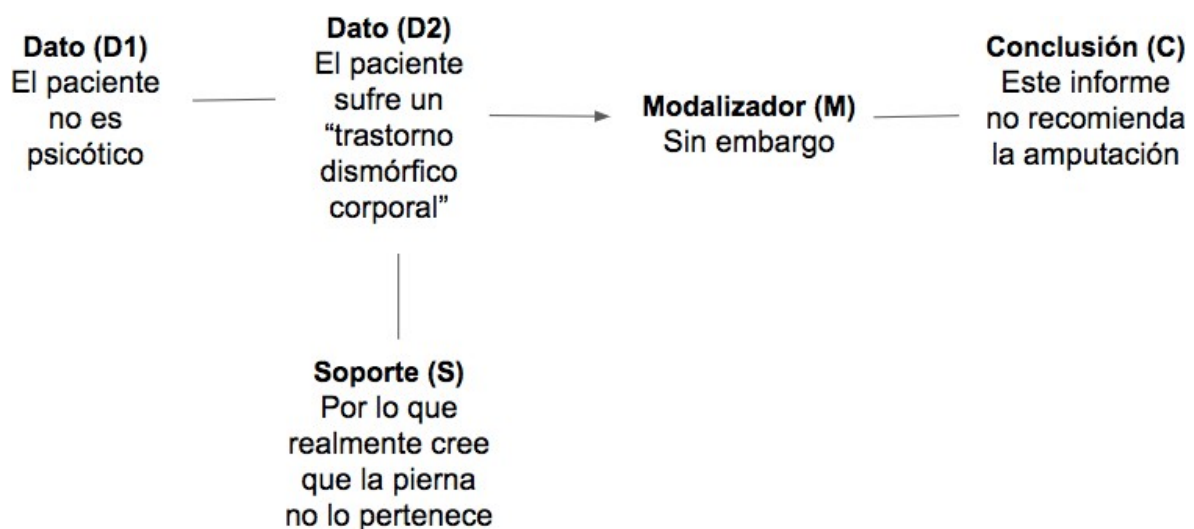
Acorde a la diagramación de Toulmin, las premisas 1 y 2 cumplen la función de *dato* (descripción del hecho correspondiente a la evaluación). La premisa 3 funciona como *soporte* (hecho general relevante).

Como parte del análisis del argumento también es indispensable precisar la fuerza con la que se presenta el argumento. Entre los aspectos que se consideran (ver Tabla 6) están los *Tipos de fuerza* de los argumentos como 1) enunciados calificadores, 2) excepciones y condiciones de presunción, 3) concepto de carga de la prueba y 4) argumentación relevante.

El argumento presenta solo una *condición de presentación*; la cual está presente en la conclusión con el modalizador “sin embargo”, e indica que aunque la valoración profesional psiquiátrica señala que el paciente no reconoce su extremidad como suya, no se sigue en consecuencia que sea retirada. Este modalizador muestra que los datos por sí solos no se dirigen

automáticamente hacia un curso de acción que se siga por las premisas que anteceden. Pues, así como puede sugerirse retirar la extremidad, también puede sugerirse no retirarse. Lo que significa que, si entre los implicados se sostienen ambos posicionamientos entonces habrá algún desacuerdo en torno al curso de acción. Por último, la carga de la prueba está presente en la premisa 3 en la que se conecta lo que *cree* el paciente como un dato relevante para asumir el diagnóstico psiquiátrico. El argumento puede diagramarse del siguiente modo

Figura 2. Diagramación de Argumento



Ahora bien, el argumento analizado ¿realmente es un buen argumento? Para ello es indispensable pasar a evaluarlo. Evaluar un argumento implica poner en contexto las premisas, como el diálogo, y así poner a prueba cada una de las partes que lo componen. ¿Hay supuestos en las premisas presentadas? ¿El soporte puede extenderse a cualquier ámbito o es restringida a la conclusión? Estas son algunas de las cuestiones que se tratan en el siguiente apartado.

3.5.3 Evaluación de argumentos en ética

¿Cómo distinguir un buen argumento? en otras palabras ¿qué pautas se requieren para lograr identificar/construir buenos argumentos? En el apartado 2.1.1.7 queda expuesto lo que se ha trabajado recientemente sobre la teoría en la evaluación de argumentos; y que se extiende y aplica para los argumentos en ética. Para ello, se requiere transitar por las etapas argumentativas que se proponen desde la teoría pragmatológica y de las etapas del procedimiento deliberativo. También es preciso saber si el entramado argumentativo logra soportar el peso

de los contraargumentos y, de la misma manera, saber si incurre en algún error de razonamiento, esto es, saber si incurre en alguna falacia desde el enfoque de la nueva dialéctica que propone Walton.

“La consideración del peso y la fuerza de los argumentos ha venido a ser hoy una tarea que se supone acuciante en teoría de la argumentación” (Vega, 2016: 216). Evaluar un argumento en ética es más complejo debido a que las proposiciones son juicios morales mixtos combinados de tal forma que las conclusiones y premisas pueden ser órdenes o peticiones, información sobre la valoración de algún fenómeno moral, manifestación de actitudes, preferencias o emociones o la declaración de algún valor, regla o principio. De ahí que, establecer criterios fiables y estandarizados para saber si los argumentos son buenos o malos dependerá de qué criterios podrán ser los más apropiados para someter a escrutinio la relación entre premisas y conclusión y, la confrontación del argumento con otros argumentos durante el proceso dialéctico.

La validez e invalidez de los argumentos en ética, como se ha mencionado en los apartados anteriores, no se soporta solo de los criterios RSA o ARG. De ahí que es indispensable considerar los estados epistémicos como pautas para el criterio de plausibilidad; desde una óptica dialéctica y heurística en cada una de las etapas argumentativas.

Si se comprenden los estados epistémicos como razones para argumentar, “lejos de ser algo dado, que cada uno descubre por su cuenta, son algo que se construye interactivamente en el curso de las prácticas argumentativas, que consisten en pedir, dar y examinar razones” (Marraud, 2022).

Ahora bien, el caso presentado previamente no cuenta con un diálogo en el que el psiquiatra, el cirujano y el paciente ofrezcan razones o motivos de sus decisiones. Aunque puede hacerse una adaptación del caso. Reconociendo que esta labor es solo para ejemplificar los pasos que componen el procedimiento deliberativo al analizar y evaluar los posicionamientos. Por ejemplo, consideremos el siguiente diálogo adaptado entre el psiquiatra (P) y el cirujano (C)

P: El paciente sufre de “trastorno dismórfico corporal”. Por lo que realmente cree que no le pertenece. Sin embargo, este informe no recomienda la amputación.

C: Es conveniente hacer la amputación al paciente, pues desde su infancia ha tenido la profunda sensación de que su pierna no le pertenece. Con la amputación el paciente puede sentirse satisfecho.

A partir de este pequeño diálogo se despliega la evaluación acorde a cada una de las etapas del procedimiento deliberativo:

1.- Apertura. *Apertura del diálogo de deliberación y planteamiento de una pregunta rectora sobre lo que se debe hacer.* La pregunta rectora en este caso es ¿debe amputarse la pierna al paciente? Esta pregunta está dirigida a la toma de decisión; como uno de los elementos del acto moral. Hay desacuerdo entre el psiquiatra y el cirujano, pues uno da peso a salud psicológica y otro da peso a la valoración del paciente.

2.- Informar. a) *discusión de la pregunta rectora:* hay otras preguntas subordinadas que también podrían tratarse para dar mayor claridad a la pregunta rectora. Tal es el caso de la pregunta que se plantea desde el área de la psiquiatría ¿la evaluación psiquiátrica es suficiente para no proceder con la amputación de la pierna del paciente? o desde el área del cirujano ¿la amputación de la pierna del paciente es la única vía para tratar la causa del trastorno dismórfico corporal? Por último, otra pregunta que también podría tratarse y que también está relacionada con la principal: ¿qué riesgos físicos, psicológicos y sociales deben tomarse en cuenta al amputar una pierna que no está dañada? El inciso b) *metas deseables:* da cuenta que tanto el psiquiatra como el cirujano no comparten las mismas metas en relación a la salud del paciente, pues el primero se dirige hacia la salud mental y el segundo hacia la amputación según la decisión del paciente. El inciso c) *cualquier restricción sobre las posibles acciones que puedan considerarse:* queda como interlocutor protagonista el psiquiatra y como interlocutor antagonista el cirujano. La manifestación del desacuerdo se concreta en dirigir el curso de acción hacia la amputación, relegando la evaluación del psiquiatra. En el inciso d) *perspectivas mediante las cuales se pueden evaluar las propuestas:* pueden evaluarse los posicionamientos desde enfoques en ética. En el caso del protagonista predomina una postura dirigida hacia la ética deontológica y en el caso del antagonista predomina una postura desde el utilitarismo (consecuencias en el cumplimiento de una decisión no dialogada de forma conjunta). Por último, en el inciso e) *cualquier premisa (hecho) relevante para esta evaluación:* 1) es relevante destacar que el paciente tendrá una discapacidad física intencionada posterior a la cirugía, 2) es relevante señalar que el paciente requiere de cuidados postoperatorios en los que se necesita por lo menos algún cuidador, y 3) es relevante destacar que el paciente tiene un diagnóstico psiquiátrico y cuenta con una salud física aparentemente normal (o por lo menos no se manifiestan padecimientos físicos).

3.- Proponer. *Sugerir posibles opciones de acción adecuadas a la cuestión rectora.* Los posibles cursos de acción serían: 1) no amputar la pierna 2) amputar la pierna, 3) no amputar

la pierna y brindar tratamiento psiquiátrico y psicológico; y 4) amputar la pierna y brindar tratamiento psiquiátrico y psicológico.

4.- Considerar. *Comentar propuestas desde varias perspectivas.* Desde el enfoque deontológico cabe señalar que el psiquiatra atiende al deber de no amputar acorde a lo que práctica profesional dictamina. Desde el enfoque utilitarista, el cirujano atiende al máximo bien físico en función de lo que solicita el paciente. Se encuentran confrontadas las propuestas, pues cada interlocutor parte de justificaciones que no son compartidas.

5.- Revisar. *Revisión de a) la cuestión rectora:* la cuestión a saber ¿debe amputarse la pierna del paciente? da apertura para que pueda ser tratado el desacuerdo mediante la *Revisión de, b) metas:* las metas se tornan opuestas y difícil de conciliar sobre todo si los interlocutores no presentan la opción de tratar el desacuerdo mediante un diálogo deliberativo. *Revisión de c) limitaciones:* la limitación principal es la falta de información para precisar las justificaciones que tienen cada uno de los interlocutores, pues no permite saber si efectivamente hubo algún diálogo deliberativo para tratar la pregunta rectora.

La deliberación es un procedimiento que exige actitudes que favorecen el diálogo: atención, empatía, apertura a la argumentación. Sin estas, “la pérdida de control emocional y de angustia son las que nos llevan a asumir las posturas límite de aceptación o rechazo totales” (Domínguez y García, 2010:185-220).

Revisión de d) perspectivas y/o (e) opciones de acción a la luz de los comentarios presentados, y la realización de cualquier información -recopilación o verificación de hechos necesarios para la resolución²⁷⁶. La adaptación del caso en el pequeño intercambio argumentativo es insuficiente para declarar la relación de las perspectivas y los comentarios presentados. Si los interlocutores no dan cuenta de sus posicionamientos o los posicionamientos presentan irrelevancia en sus justificaciones es poco probable que se logre un diálogo deliberativo favorable. Al respecto Walton señala que,

El problema con la irrelevancia de la argumentación en un tipo de diálogo deliberativo no es que sea intrínsecamente dañino en lo que hace, sino que resta tiempo que podría dedicarse a otros argumentos que exploren a fondo ambos lados del tema. En una deliberación exitosa, se deben presentar los argumentos más sólidos para ambas partes y los participantes deben sopesar y evaluar sus méritos. Sin embargo, si los argumentos son dialécticamente irrelevantes, si se desvían por tangentes y digresiones y plantean puntos que no son útiles en la deliberación, que es llegar a una decisión inteligente sobre qué hacer basada en pruebas sólidas que demuestran que un curso de acción es correcto. más prudente que otro posible curso de acción que también se está considerando (1998: 252).

²⁷⁶ Tener en cuenta que otros tipos de diálogos, como la búsqueda de información ... pueden integrarse en el diálogo de deliberación en esta etapa.

Se desconocen todas las razones que llevan al cirujano a realizar la amputación y se desconoce si rechazó por completo la valoración del psiquiatra. En otras palabras, “la cuestión principal es si las razones internas pueden ser compartidas y si se pueden argumentar de manera que quede justificado” (Cabezas, 2014: 45-46). El cirujano tiene por delante la opción²⁷⁷ de examinar la evaluación del psiquiatra y analizar si son razones de peso para rechazar, o en su caso aceptar, la amputación.

En el argumento diagramado ¿hay supuestos en las premisas presentadas? Los supuestos están basados en criterios epistémicos que son inaccesibles para ser analizados. “Tenemos la responsabilidad epistémica de llevar a cabo deliberaciones racionales a la hora de evaluar un argumento o tomar una decisión sobre cómo actuar. Por *deliberación racional* se entiende la evaluación racional de las distintas opciones *epistémicamente accesibles*” (Bordes, 2011:103).

6.- Recomendar. *Recomendar una opción de acción y aceptación o no aceptación de esta recomendación por parte de cada participante.* Tanto el psiquiatra como el cirujano asumen una opción de acción. El asunto es que se desconoce si el cirujano da a conocer previo a la cirugía, si realmente es el mejor curso de acción.

7.- Confirmar. *Confirmando la aceptación de una opción recomendada por cada participante. Hemos asumido que todos los participantes deben confirmar su aceptación de una opción recomendada para la terminación normal.* Se omite este paso en el caso presentado, pues se desconoce si se confirma la aceptación de todos los implicados para autorizar la amputación de la pierna.

8.- Cierre. *Cierre del diálogo.* El diálogo queda suspendido, y no propiamente concluido por los participantes, al dar cuenta del curso de acción realizado. Se puede presumir que, el cirujano desechó la evaluación del psiquiatra. El inconveniente es que no se conocen las razones de dicho rechazo.

Las presunciones sirven así como guías en la deliberación práctica en casos en donde hay ausencia de información o conflicto de información, que impide la formación de un juicio definitivo, pero donde no obstante se debe encontrar un curso de acción (Santibañez, 2011: 482).

²⁷⁷ Los estados epistémicos se pueden comprender como razones para argumentar. Los estados epistémicos no son transferibles, es decir, no vivimos las experiencias, esperanzas o emociones de los demás, solo las comprendemos porque hemos pasado por algo similar o porque potencialmente imaginamos que podríamos encontrarnos en alguna situación similar. Aquí hay diversas dificultades epistemológicas que, ya forman parte de otra reflexión que merece la pena ser tratada con detenimiento. Pues, “no siempre queda claro cuando tiene alguien una razón para hacer algo y cuando no la tiene (Harman, 2009: 123)”. ¿Cómo sabemos si realmente una emoción comunicada podría ser considerada como una razón para argumentar? de tal modo que sea un argumento que logre soportar el peso de la crítica. Cfr. Santibañez, 2020:11-52)

En este sentido, el caso presentado saca a la luz un desacuerdo sobre la valoración de los hechos, pero resulta insuficiente precisar la justificación y compromiso argumentativos que asumen los interlocutores al estar ausentes.

La argumentación ética, según el nuevo modelo, es aquella en la que las actitudes éticas dadas por el agente se modifica o ajusta, de acuerdo con la forma en que se modifican sus compromisos mediante el razonamiento fundado en su anterior conjunto de compromisos... Aunque la argumentación ética generalmente se basa en un conocimiento incompleto, aún puede convencer racionalmente de alterar sus compromisos, llegando a aceptar la nueva propuesta (Walton, 2003: XVI-XVII).

Cuando se piensa ¿cuál es el mejor argumento? o si ¿el argumento presentado es bueno? Es indispensable considerar que en el campo de la ética hay varios niveles de reflexión que no pueden ser evaluados con un solo criterio de evaluación. ¿Con qué criterio se deben evaluar los argumentos? ¿de relevancia?, ¿de ponderación? o ¿de plausibilidad?

Los criterios normativos para evaluar los argumentos en el campo de la ética depende del propósito en el tipo de diálogo presente. Es distinto si se discurre sobre la definición de algún concepto (en el que predomina un diálogo de investigación). Para ello será viable apelar a la relevancia o a la plausibilidad de las premisas presentadas en relación con la conclusión y, en relación con los argumentos expuestos durante el diálogo. En cambio, si lo que se discute es qué decisión resulta más conveniente entonces el criterio de ponderabilidad será el más apropiado. “Al plantear dilemas morales con propósitos formativos suele pasarse por alto que la ponderación de razones es contextual” (Marraud, 2022).

El tipo de diálogo que predomina en el nivel de reflexión de la ética aplicada es la deliberación²⁷⁸, pues invita a que los interlocutores asuman algún curso de acción. Cabe destacar que los otros tipos de diálogo también pueden estar presentes; pero lo serán para abordar algún asunto que invite a profundizar en el tema planteado y que los expertos en el campo pueden aclarar. Como el diálogo de investigación, de búsqueda de información o diálogo pedagógico.

En un diálogo deliberativo pueden estar presentes todos los criterios (relevancia, ponderabilidad y plausibilidad). El asunto es que se debe acordar como se hace el paso lícito de un diálogo a otro (por ejemplo del diálogo deliberativo al diálogo de investigación para

²⁷⁸ Es importante precisar que en el estudio de la ética no debe estar envuelta en algún diálogo erístico o persuasivo (como en su momento llegó a sostenerlo Stevenson al explicar la ética descriptiva). Sino que, la característica de la ética debe ser desde una línea heurística.

tratar algún concepto) con propósitos específicos en cada uno ellos; sin olvidar el propósito central del diálogo que conecta con aquellos.

Para finalizar, cabe señalar que en el diálogo del caso presentado el criterio de ponderabilidad y plausibilidad cobran sentido, para comprender la relación entre las premisas presentadas y la conclusión según el argumento diagramado.

3.5.4 Falacias comunes en ética

El significado de falacia ha sido puesto en duda en las últimas décadas al cuestionar si lo que se ha considerado como un error de razonamiento lo es en cualquier campo argumentativo. Walton sostiene que el significado tradicional de falacia no se ajusta, al menos, en la dimensión dialéctica y cobra un significado distinto.

Es importante distinguir entre el significado que le estamos dando al término "falacia" en la nueva dialéctica y el significado que el término ha tenido tradicionalmente en los libros de texto de lógica. En el nuevo sentido, una falacia es un tipo de movimiento en la secuencia de diálogo o argumentación que a menudo sale mal o se usa incorrectamente de una manera engañosa y engañosa en un intercambio de diálogo. En el sentido tradicional, una falacia es un argumento particular en un caso dado que nosotros, como críticos, pensamos que es incorrecto porque es una instancia de un tipo particular o inferencia o argumento (1998:257-258).

El alcance de lo que se considera falacia en la ética ahora es variable, sobre todo, si el campo argumentativo transita de un tipo de diálogo a otro. Esto significa que, al evaluar la argumentación se debe prestar atención, a la vez, de la correspondencia entre marcos normativos y la consideración de movimientos ilegítimos. “Walton (1992), en realidad, se acerca a las emociones para señalar que el uso de ellas en un discurso argumentativo no siempre, ni necesariamente, constituye movimientos falaces” (Santibañez, 2020:22).

Así como hay argumentos en ética defectuosos basados en creencias morales también los hay cuando se soportan de algún componente de nuestro *set motivacional*. Dicho en otras palabras de forma negativa, no todos nuestros razonamientos y tampoco no todas nuestras motivaciones conducen a buenos argumentos. “Apelar a las emociones tienen un lugar legítimo, incluso importante...pero que deben tratarse con precaución porque también pueden usarse de manera falaz” (Walton, 1992:1).

Es indispensable pensar qué movimiento es falaz y cómo se comete la falacia, pues implica evaluar el pasaje desde los propósitos que asumen los interlocutores. De la misma

manera, también es indispensable evaluar las motivaciones y actitudes que están en juego. En palabras de Walton,

Evaluar el argumento como si se haya usado correcta o incorrectamente, como si fuera falaz o no, requiere juzgar qué tan bien el argumento contribuye a los objetivos del diálogo para el tipo de diálogo en ese caso. Este enfoque pragmático tiene implicaciones significativas sobre cómo vemos las falacias (1998:8).

Hay buenas razones para no incurrir en falacias. Esto implica exponer razones de por qué sería convincente. Una razón es que transitar por el camino de la argumentación nos invita a pensar y reconsiderar que nuestros razonamientos -así como nuestra disposición de actitudes y motivaciones- no son convincentes simplemente porque lo creemos así. Por mucho que pueda adherirse a ellas no siempre van a empatar con los hechos a los que aducen. De ahí que un examen constante y cuidadoso de cómo manifestamos nuestras actitudes y motivaciones nos acerca a la prudencia. Otra razón (que está ligada a la anterior) es que al tomar decisiones podemos obrar de forma equivocada.

Estas razones cobran sentido en el campo moral pues se puede creer que alguien argumenta bien, cuando no es así, aunque sus propósitos sean o aparenten ser benéficos. Al respecto Vega se pregunta

¿Por qué argumentar bien si, para vencer en la discusión o salir del paso, será siempre más fácil y a veces más eficaz hacerlo mal?». Unas razones tienen que ver con el entendimiento propio y ajeno, y con la comunicación con los demás. Otras se fundan en la responsabilidad de argumentar bien e incrementar así nuestras posibilidades de tener creencias verdaderas y tomar decisiones acertadas, frente a la pereza de hacerlo mal...por otro lado, la negativa radical a razonar nos condenaría al autismo discursivo y, en definitiva, al silencio para no caer en inconsistencias pragmáticas cuando menos (2013:13).

También se puede dar el caso en que alguien argumente bien, pero sus propósitos sean desconocidos o malévolos. De ahí que, los propósitos individuales y los propósitos comunes son susceptibles de someterse a revisión cuando se toman decisiones. La responsabilidad comunicativa y argumentativa de los interlocutores al evaluar argumentos implica asumir compromisos que no siempre están en sintonía con nuestro *set motivacional*. El esfuerzo intelectual y emocional al reconocer nuestras equivocaciones -como cuando valoramos fervientemente argumentos como buenos cuando no lo son- nos conduce a moderar o replantear nuestros puntos de vista ante los desacuerdos declarados.

Los movimientos falaces comunes en cada uno de los pasos del procedimiento deliberativo (ver tabla 26) están relacionados en función del incumplimiento del *Código de conducta para los argumentadores racionales* y en relación con cada una de las etapas argumentativas de la pragmadialéctica.

Tabla 26. Relación entre movimientos falaces en los pasos del procedimiento deliberativo.

Procedimiento del diálogo deliberativo	Movimientos ilícitos (falacias)
Apertura	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestión compleja ● Ataque a la persona ● Recurso a la fuerza ● Recurso a la piedad ● Falso dilema ● Hombre de paja ● Falta de claridad o ambigüedad
Informar	<ul style="list-style-type: none"> ● Inversión o evasión de la carga de la prueba ● Hombre de paja ● Falta de claridad o ambigüedad
Proponer	<ul style="list-style-type: none"> ● De autoridad o autoridad anónima ● Petición de principio ● Naturalista ● Pregunta compleja ● Apelación a la mayoría ● Bola de nieve (pendiente resbaladiza) ● Prejuicios ● Forma antes que contenido ● Accidente ● Accidente inverso ● Generalización estadística ● Falacias causales. ● Falacia de ostentación de las cualidades propias. ● Agrandamiento o negación de la premisa implícita. ● Hombre de paja ● Falta de claridad o ambigüedad
Considerar	
Revisar	
Recomendación	
Confirmación	
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambios en la conclusión por parte del protagonista: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Falacia que rechaza retractarse de un punto de vista que no fue exitosamente defendido ➤ Falacia que concluye que un punto de vista es verdadero porque ha sido defendido exitosamente ● Cambios en la conclusión del antagonista: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Falacia que rechaza el retiro de la crítica de un punto de vista que fue exitosamente defendido ➤ Falacia que concluye que un punto de vista es verdadero porque lo opuesto no fue exitosamente defendido ● Hombre de paja ● Falta de claridad o ambigüedad

Fuente: elaboración propia

Retomando la idea en la que los alcances de las falacias en los diálogos, sobre todo en el diálogo deliberativo pueden cuestionarse, pues que sean falacia no significa que siempre lo

son en cualquier campo argumentativo. Se pueden atenuar o incluso rechazar. Tal es el caso de la falacia ataque a la persona, autoridad, bola de nieve o apelación a la misericordia.

1.- La falacia ataque a la persona es un movimiento recurrente en quienes asumen la figura de antagonista cuando contraargumentan la posición del protagonista. El ataque va dirigido hacia la persona y no hacia al argumento presentado. Esto significa que tradicionalmente se ha considerado falaz esta práctica porque el antagonista no despersonaliza el argumento y toma como rechazable el argumento tomando en cuenta la situación (caso especial de *tu quoque*) en la que se encuentra el protagonista.

Ahora bien, ¿cualquier argumento debe despersonalizarse? Dicho en otras palabras, ¿cualquier persona puede mostrar buenas razones para sostener un punto de vista? Hay que considerar la paradoja del *barco de Teseo*²⁷⁹ en relación a los consejos. En un diálogo deliberativo alguien puede apelar a evitar hacer mal²⁸⁰ -debido a que este ya lo ha cometido en el pasado- y presenta una justificación razonable para que no se replique el mal.

Una vía para tratar esta situación problemática es 1) evaluar el argumento para saber si efectivamente las premisas logran justificar el punto de vista declarado y 2) señalar que el hablante no es autoridad moral para dar consejo. Así se puede moderar el ataque a la persona. Aunque se destaquen ahora otras dificultades, ¿hay quienes tienen autoridad moral para presentar buenos argumentos sobre consejos? ¿Se debe evaluar el ataque a la persona desde criterios normativo-morales?

Estas cuestiones no se resuelven en este trabajo, pero sí quedan enunciadas para que los teóricos de la argumentación puedan analizar la complejidad de lo que se hasta ahora se ha denominado como ataque a la persona y qué puede ser puesto en duda.

2.- La falacia de autoridad también presenta dificultades en su alcance, pues delimitar los aspectos normativos para saber quién o no experto depende con qué criterios normativos se evalúa. Al respecto Walton sostiene que hay componentes comunes a todo experto,

Un experto es una fuente de información y, como especialista, tiene acceso privilegiado a un dominio de conocimiento o habilidad. El interrogador, como profano en ese campo, no está en posición de verificar directa o completamente si las proposiciones avalados por el experto son verdaderos o no, basados en evidencia interna en el campo. Entonces el lego acepta lo que el

²⁷⁹ Una versión actualizada de la paradoja del barco Teseo en *El cerdo que quería ser jamón y otros noventa y nueve experimentos para filósofos de salón*. (Baggini, 2005:47-48).

²⁸⁰ Considerese la violación, feminicidio, homicidio, robo, tortura, por mencionar algunos males.

experto dice que es cierto, basándose en la presunción de que el experto es honesto y sabe de lo que está hablando (Walton, 1998:143).

En el intercambio dialéctico de preguntas y respuestas el lego tiene que analizar y evaluar la información presentada, tratando de comprender cómo es que el experto llega a sus conclusiones y, de forma presuntiva, asume el lego que la información es fiable; es decir, comprenderá si las conclusiones a las que llega el experto también pueden ser direccionadas por el lego con la información proporcionada.

Para saber si alguien es experto en un tema debe haber previamente una revisión de aquellos que también tratan el tema y hacer un discernimiento y comparación. ¿Quién estará en condiciones de asumir quién sí es, entre los diversos expertos, el más apropiado para tratar un tema? y ¿Qué razones se ofrecen para saber cuál es el experto apropiado para tratar un tema? Es una afirmación bastante apresurada y poco cuidadosa señalar que -en un mismo campo de conocimiento- alguien es o no es experto sin más. Pues se deja fuera la importancia en el que los expertos se actualizan en temas de su área. En palabras de Walton siguiendo la propuesta de Jonhson, señala que hay algunas características comunes a todo aquel que es experto

... un experto puede definirse como un individuo que muestra cinco características definitorias (1983, págs. 78-79). Primero, el experto puede hacer cosas y responder preguntas que el lego no puede debido a su formación y experiencia o conocimientos especiales. En segundo lugar, los expertos muestran un alto grado de conocimiento o son competentes en sus acciones. En tercer lugar, los expertos tienen ciertos trucos inteligentes o métodos sutiles para aplicar lo que saben a los problemas. Cuarto, los expertos son buenos para clasificar información irrelevante y llegar a un tema básico o a información que es útil en una tarea. En quinto lugar, los expertos son buenos para reconocer problemas como casos especiales de tierras de problemas que han encontrado antes (Walton, 1998: 143).

Dicho lo anterior, se puede dudar si alguien es experto cuando: 1) no puede hacer cosas y responder preguntas de su campo de conocimiento en el que se dice ser experto; 2) el experto no da muestra de acciones que sean propias del conocimiento que asume dominar; 3) el experto no es bueno para mostrar métodos sutiles aplicables a la solución de problemas propios de su área; 4) cuando la información es confusa para el lego y no se logra distinguir la información relevante de la que no la es y; 5) no logran enunciar o esclarecer los problemas de la diversas de problemas propios de su área.

Ahora bien, estas pautas no indican cuando se recurre a la falacia de autoridad. La falacia recae en el lego al considerar al experto como autoridad fiable sin someterla a revisión la información presentada. De ahí que, se juzgue como experto al que no lo es, o aún no lo es, por lo siguiente: 1) pereza intelectual para evaluar la información presentada, 2) falta de

conocimiento de aquellos que dominan en el tema y 3) hay desacuerdos entre los expertos y se selecciona a aquellos que presentan información acorde a la postura del lego.

La propuesta de Vega invita a considerar la formulación de algunas preguntas al analizar y evaluar la información que presenta aquel experto en algún tema y así evitar incurrir en la falacia de autoridad

Para el caso de la falacia de autoridad, se puede recurrir a un experto (E) de modo que pueda ofrecer alguna proposición (P) provisional digna de credibilidad según su campo de dominio (D). Aunque caben las siguientes cuestiones críticas (CC) como las siguientes:

- CC1) Cuestión de competencia: ¿Hasta qué punto es fiable E como fuente experta?
- CC2) Cuestión de dominio: ¿Es efectivamente E un experto en el dominio D?
- CC3) Cuestión de dictamen: ¿Lo que asegura E implica P?
- CC4) Cuestión de crédito: ¿Es E una fuente digna personalmente de crédito?
- CC5) Cuestión de consistencia: ¿Es P consistente con lo que afirman otros expertos?
- CC6) Cuestión de pruebas: ¿Se funda P en la evidencia disponible? (Vega, 2013: 84).

Estas preguntas pueden aplicarse al diálogo deliberativo agotando así los mecanismos de relevancia, plausibilidad y ponderabilidad al evaluar los argumentos ofrecidos por aquellos expertos en su área. Ahora bien, de acuerdo a las cuestiones críticas (CC) que propone Vega aún vale la pena seguir pensando sobre cada una de ella en las que caben preguntas específicas que deben ser atendidas y acordadas por los expertos en relación con los teóricos de la argumentación. Para la cuestión de competencia, ¿quién y cómo juzga la competencia de E?, para la cuestión de dominio, ¿qué razones se ofrecen para saber si E es experto en D?, para la cuestión de dictamen, ¿desde qué enfoque o marco normativo se evalúa lo que E asegura que implica P? para la cuestión de crédito, ¿qué componentes o directrices se toman en cuenta para saber si E es una fuente digna de crédito? para la cuestión de consistencia, ¿los legos están al nivel de un experto para discernir si P es consistente con lo que afirman otros expertos? o ¿solo los expertos pueden (o deben) discernir si P es consistente con lo que afirman los expertos? y para la cuestión de pruebas, ¿es relevante saber desde qué campo argumentativo se evalúa la evidencia disponible para señalar P? Hasta aquí las cuestiones que aún quedan pendientes para seguir las pensando y señalar que la falacia de autoridad es más compleja en su descripción actual que la definición tradicional.

3.- Falacia bola de nieve/pendiente resbaladiza. Se considera movimiento falaz cuando se concatena un evento a otro de forma necesaria y se asume, comúnmente de forma catastrófica, que el evento inicial desemboca en el evento final. ¿Será una falacia de la pendiente resbaladiza si existen eventos, según la probabilidad de que ocurran, que pueden desencadenar en el evento final?

Lo que hace que se considere falacia de la pendiente resbaladiza es la fuerza con la que se asumen la relación de cada uno de los eventos. Si se argumenta con enunciados calificadores de probabilidad (basados en razones retrospectivas) o se consideran otros enunciados calificadores moderados se obtendrán conclusiones moderadas. Así no habrá falacia.

Una de las dificultades será precisar si un argumento incurre en este tipo de falacia, pues ¿cómo se determina la poca o mucha probabilidad al señalar la consecuencia final? También vale la pena señalar que, no porque se emplean enunciados cualificadores moderados se evita la falacia, sobre todo, si la conclusión es presentada de forma categórica y determinante.

Esta falacia está en frontera con otra falacia denominada “agrandamiento o negación de la premisa implícita”, pues se corre el riesgo de dejar fuera algún evento relevante a todas luces cierto. Y también se corre el riesgo de asumir, de forma indiscutible, una premisa como evento altamente probable cuando su importancia está fuera de lugar.

Dicho en otras palabras, se corre el riesgo de asumir como falacia de la pendiente resbaladiza cuando las premisas presentadas ligan eventos altamente posibles y que la tendencia del evento final sea altamente posible que llegue a ocurrir²⁸¹. También se corre el riesgo de rechazar como falacia aquel argumento que sí presenta premisas dudosas y que desemboca en un evento final dudoso para que ocurra²⁸².

4.- La falacia que apela a la misericordia tradicionalmente se ha considerado como un error cuando el hablante apela a su estado de conmiseración o piedad para presentar como válido un argumento. Señala Alcolea que “persuadimos a la gente haciendo que sienta pena o compasión, cuando tales sentimientos, aunque genuinos, no son relevantes para el asunto, y cuando estamos ayunos de buenas razones para defender algo” (2011:37).

Si se apela a una actitud heurística al mostrar empatía hacia otros, implica considerar algún estado emocional hacia otro para tomar en cuenta la situación en la que se encuentra. Si una emoción, por genuina que sea, podría en el campo ético considerarse para tomar una decisión y no propiamente como un recurso persuasivo, como señala Alcolea.

²⁸¹ Se ha considerado al principio precautorio como partícipe de este tipo de razonamiento, en el que sus premisas son datos o hechos que no están ligados a ninguna experiencia; pero que su fuerza con la que operan está basada, indirectamente, en otras experiencias asociadas a ésta. Jonas en su obra *El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica* (1995:67-69).

²⁸² Tal es el caso de políticas públicas en las que las estrategias empleadas corren el riesgo e inseguridades sobre la dudosa eficacia (Jonas, 1995:67-69).

Govier en palabras de Walton señala que la simpatía es una capacidad que necesita desarrollarse para considerar la argumentación y razones de los otros,

... mirar con simpatía la posición de la otra parte en una disputa y ser capaz de anticipar las razones que ella consideraría aceptables como justificación de su punto de vista. Este acto de identificación empática con el punto de vista del otro lado no es de ninguna manera una habilidad trivial. No todo el mundo lo tiene. Implica la capacidad de separarse temporalmente del apego emocional que tiene a sus propios valores, de mirar la opinión de la otra parte de una manera comprensiva, para ponerla en una luz positiva. Quizás es por eso que la base de este tipo de habilidad de razonamiento a menudo se denomina principio de caridad (Govier 1987, capítulo 7) (Walton, 2003:280).

Cabe resaltar que cuando se argumenta en un diálogo surgen y se mantienen las emociones y sentimientos. Sostener hoy, que se debe -como se ha sostenido en la argumentación tradicional- ser puramente racional, significa que, al argumentar estaríamos invisibilizando una parte constituyente en los argumentos declarados. Considérese la variedad de escenarios en los que recurrimos a la argumentación y en los que las emociones están presentes: cuando una víctima o un testigo narra y, argumenta, la situación que vivió ante una situación trágica o traumática²⁸³, de desdicha, etc.

La argumentación tradicional ha considerado la falacia a la misericordia desde el hablante cuando proyecta sus emociones, asumiendo que cualquier emoción podría ensuciar o enturbiar el uso de la razón de los espectadores. Claro que ocurre²⁸⁴. Al menos en esta falacia habría que sacar a la luz el papel activo que podría comenzar a desplegar el observador o el interlocutor al evaluar los argumentos presentados. Y considerar las siguientes cuestiones, ¿el hablante argumenta enfatizando desde alguna emoción con algún propósito no revelado a los demás? Desde una visión retrospectiva ¿el hablante argumenta y recurre a alguna emoción como una práctica recurrente para lograr su cometido? ¿el hablante ha pasado por una situación difícil de procesar/asimilar como para lograr ser un argumentador ideal? ¿Los argumentos presentados pueden ser avalados o atestiguados por otros? Estas y otras cuestiones pueden ser analizadas para replantear lo que hasta el momento se ha considerado como falacia la piedad o misericordia en la que se ha concentrado el esfuerzo falaz en el argumento del hablante (como

²⁸³ Por ejemplo, el caso de una persona que ha sido violada, torturada, abusada, acosada, por mencionar algunas. Cfr. “Testimonio moral y experiencia emocional” Videoconferencia celebrada en el Seminario Permanente de la Red Mexicana de Mujeres Filósofas (ReMMuF). Línea de Estudios Sobre Agentes y Procesos Sociales, Políticos e Históricas. 15 de Abril de 2021 por Lucía Ontiveros. Revisando en: <https://www.youtube.com/watch?v=4Rp5jBNZUMg>.

²⁸⁴ Por supuesto que se puede recurrir a la estrategia retórica denominada “envenenar el pozo” que es un tipo de falacia en la que en algunos tipos de diálogo, como en la deliberación, en la que se proporciona información negativa (comúnmente con bulos) para desprestigiar al oponente o aquella figura aludida.

alguien que puede tergiversar o distorsionar los argumentos) e invisibilizando la postura crítica que puede asumir el oyente al evaluar los datos y conclusiones presentadas.

La revisión de éstas falacias invitan a replantear su alcance y precisión cuando se posicionan en el campo argumentativo de la ética y también en la bioética. Esta labor es mucho más enriquecida entre los teóricos de la argumentación y los teóricos en ética al presentar nuevas versiones normativas sobre lo que será un movimiento falaz en el procedimiento deliberativo.

Capítulo 4
Argumentación
y
deliberación en bioética

Uno de los trabajos más completos y recientes para dar cuenta sobre ¿qué éticas para la bioética? Ha sido coordinado por Ferrer, Lecaros y Molins en *Bioética: el pluralismo de la fundamentación* (2016) en la que presentan diversos análisis desde varias teorías y enfoques en ética como propuestas que aportan a los pilares en la construcción del quehacer reflexivo en bioética. Una afirmación bastante desafiante que asumen en esta obra señala que “no es posible hacer bioética sin filosofía. Y el que pretenda hacerlo prescindiendo de la filosofía, terminará partiendo de supuestos filosóficos implícitos y acríticamente asumidos” (Ferrer y Lecaros, 2016:18). Ciertamente, pero también hay otras disciplinas y áreas de conocimiento ligadas a las repercusiones de las tecnociencias que tienen algo que aportar a la bioética.

Si asumimos que la bioética es una subdisciplina de la ética aplicada entonces podemos entender que gran parte de los asuntos concernientes a la ética son heredados a la bioética. La ética aplicada encomienda a la bioética el quehacer reflexivo sobre plantear y replantear las inquietudes actuales de la complejidad moral. La pregunta planteada apunta que hay teorías y enfoques en ética que son más esclarecedoras para fundamentar la bioética; como se presenta en el capítulo dos.

De la misma manera, la argumentación -otra área de la filosofía- también puede contribuir a la bioética. La pregunta ¿qué argumentación para la bioética? cobra relevancia en este capítulo, pues hay dimensiones en la argumentación -como la dialéctica- que tienen bastante que aportar a la bioética. Los esfuerzos actuales para acercar la argumentación a la bioética han sido muy pocos²⁸⁵ y la reflexión extendida en la argumentación puede ofrecer cimientos robustos en la elaboración de métodos para dialogar y analizar casos en bioética.

El acercamiento de la lógica tradicional a la bioética es poco prometedor y esperanzador²⁸⁶, al respecto Mayorga sostiene que los argumentos que se construyen en

²⁸⁵ En el capítulo nueve Falacias en bioética, en la publicación *Las trampas de circe: falacias lógicas y argumentación informal* (2011) Bordes expone algunos ejemplos de los errores de razonamiento comunes en algunos temas de bioética, como en la donación, clonación reproductiva, por mencionar algunos. El texto *Arguments and Analysis in Bioethics* (2010) Häyry M. (et. al.) está dirigida principalmente al análisis de los argumentos y errores de razonamientos en diferentes temas de bioética, aunque el estudio no se hace desde algún modelo o enfoque de argumentación. Solo en el capítulo cuatro Bioethics and Stephen Toulmin's argumentation theory, hay un acercamiento del modelo argumentativo de Toulmin en un caso de bioética. También en el artículo “Missing Phases of Deliberation Dialogue for Real Applications” (2014) Walton D. (et. al) aplican el diálogo deliberativo a casos reales para capturar la riqueza de los movimientos en los que se argumenta y cómo podrían repensarse y reevaluar los procedimientos; sobre todo cuando se considera exitoso el diálogo aunque no se haya llegado a acuerdos.

²⁸⁶ Cfr. Ávila, M. (2020). Un esquema de argumentación para dilemas morales en ética de la investigación en Arellano, S.; García B.; y Romero, H. (coords.) *Mes de la Bioética. Investigaciones a quince años de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. Universidad Autónoma de Querétaro, México, pp-47-52.

bioética requieren de estándares normativos “que respondan de manera adecuada a la pretensión de ofrecer buenos argumentos y argumentación en bioética” (2021:109). Pues las reglas normativas tradicionales ciñen y uniforman en reglas, deductivas o inductivas, que muy poco podrían contribuir a la pluralidad de valores o principios que necesitan ser revisados desde otras ópticas argumentativas; como la dialéctica, mejor dicho, la nueva dialéctica.

Las propuestas en las últimas décadas desde la argumentación son bastante alentadoras. La nueva dialéctica y otras propuestas argumentativas se pueden empatar y conciliar para ofrecer a la bioética una propuesta de deliberación argumentativa robusta al analizar y evaluar casos problemáticos que se presentan en la bioética, particularmente en los comités hospitalarios de bioética.

Los argumentos en bioética, si es que se puede afirmar tal cosa, están conformados por proposiciones que van desde juicios morales (afirmativos, compromisorios, imperativos, declarativos y expresivos) hasta proposiciones que se encuentran en otros campos argumentativos (como el científico, administrativo o jurídico). La preocupación en este capítulo es esclarecer cómo son los problemas, dilemas y argumentos en los comités hospitalarios en bioética y saber cómo pueden ser analizados y evaluados desde la argumentación deliberativa.

4.1 Fundamento y procedimiento/método

Fundamento no es lo mismo que procedimiento. Hay fundamentos en ética sin procedimiento. Hay teorías que ofrecen fundamentación, pero no proveen de procedimientos para lograr la justificación de la moral. Tal es el caso de la teoría ética deontológica o la ética de las virtudes, en las que hay fundamentación coherente, pero no hay explicación de procedimiento para llegar a la formulación de imperativos categóricos. Ese esfuerzo intelectual le corresponde elaborarlo a cada uno de los agentes morales. “Las éticas clásicas han adolecido de una falta de metodología de aplicación práctica. Solo desde finales del siglo XX, la ética filosófica se ha visto impulsada a desarrollar procedimientos específicos de toma de decisiones” (Ferrer, Álvarez y Morín, 2016:48). Tal es el caso de la ética discursiva²⁸⁷ de Apel y Habermas que

²⁸⁷ La ética discursiva “transforma dialógicamente el principio formal kantiano de la autonomía de la voluntad en el principio procedimental de la ética discursiva” (Cortina y Martínez, 2001: 165). Apel y Habermas plantean en su obra *La transformación de la filosofía, II* (1988) su principio que versa de la siguiente forma: “Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión” (1988:380-38). A partir de este principio adjudican al menos dos planos que operan en la ética aplicada, el plano A que se ocupa de la fundamentación racional y la corrección de las normas, y la parte B, dirigida a diseñar el marco racional de principios que permiten

fundamentan la moral y, a la par, comienzan a vislumbrar un procedimiento -sumamente general- para justificar la moral.

Pero, ¿qué es fundamento? y ¿qué es procedimiento? La filosofía se ha encargado de precisar cada uno de los conceptos, pues son cruciales para explicar y justificar las diversas teorías. De forma general, fundamento se entiende como “la causa, el sentido de razón de ser” (Abbagnano, 1993/1961: 578) y más adelante sostiene que

... el fundamento es lo que da razón de una preferencia, de una elección, de la realización de una alternativa más bien que de otra. Se habla de fundamento toda vez que la preferencia o la elección está justificada o la realización de una alternativa sea explicada (Abbagnano, 1993/1961:580).

El fundamento es la estructura que sostiene y establece las condiciones posibles/probables para comprender cómo es aquello que se estudia. En este caso, la toma de decisiones. El fundamento se caracteriza por precisar conceptos y relaciones empleando un razonamiento riguroso que dé cuenta de lo tratado. En palabras de Cortina y Martínez “La fundamentación de argumentos no consiste en decidir por unos principios indemostrables, a partir de los cuales se pudieran derivar argumentos, sino en descubrir aquellos supuestos sin los cuales no es posible argumentación alguna (2001: 142).

El procedimiento es un término con varios significados: “1) Procedimiento, modo de accionar o de obrar 2) Devenir o desarrollo y 3) Una concatenación cualquiera de hechos (Abbagnano, 1993/1961: 955). El último significado es clave en este trabajo, aunque la definición se limita solo a los hechos. Se rescata el término de concatenación en el que, de forma sistemática, se configuran las fases/etapas que logren dar cuenta de algo o que logren dirigirse hacia un propósito.

El concepto de procedimiento está estrechamente ligado al concepto de método. El término de método tiene al menos dos acepciones desde la filosofía: “1) toda investigación u orientación de la investigación; 2) una particular técnica de investigación... El segundo es más restringido e indica un procedimiento de investigación ordenado, repetible y autocorregible, que garantiza la obtención de resultados válidos” (Abbagnano, 1993/1961: 802). El segundo significado de método es el más empleado.

aplicar en la vida cotidiana el principio descubierto en la parte A (Cortina y Martínez, 2001:157). No obstante, queda pendiente la formulación de dichos marcos normativos comunicativos para los interlocutores. La ética discursiva sólo abarca la formulación de principios comunicativos, más no argumentativos.

Cabe subrayar que el método²⁸⁸ es un procedimiento de investigación. Ahora bien, desde el estudio de la argumentación, parafraseando a Álvarez se entiende cómo método el modo y la manera de hacer algo en forma tal que sea repetible, organizado, presentable y transmisible (2011:395) y más adelante sostiene que “el método suele corresponderse con los pasos a dar en una determinada dirección para conseguir determinado objetivo” (2011:395). Las características del método -desde el estudio de la argumentación y la filosofía- también son desplazables al procedimiento, sobre todo a los procedimientos que se aplican con fines específicos.

Una definición de método, desde el campo de la ética, es presentada por Sidwick quien suscribe que “ método de la ética como “cualquier procedimiento racional mediante el cual determinamos qué los seres “deben” —o lo que es “correcto” para ellos— hacer, o tratar de realizar por acción voluntaria (1962:1).

Dicho lo anterior, en la ética filosófica, las diversas teorías o enfoques se dirigen a fundamentar el comportamiento humano y apenas con la ética discursiva se comienza a formular procedimientos normativos. De la misma manera, los enfoques en bioética -como el principialismo anglosajón en sus primeras versiones- se dirigen a fundamentar la toma de decisiones en el ámbito de la biomedicina.

El objetivo del principialismo es “proporcionar un marco de referencia para los juicios morales y la toma de decisiones” (1999:1). Esto es, proveer de una fundamentación recurriendo a diversas teorías y enfoques en ética. Señala Ferrer, Álvarez y Morín que

Toda fundamentación de la bioética debe proponer un procedimiento de toma de decisiones para poder aplicarse a la realidad de los problemas morales y todo procedimiento de decisión debe tener una fundamentación que dé razones de sus presupuestos. Una fundamentación sin un procedimiento de cómo aplicarla es inservible y un procedimiento sin una fundamentación que lo sustente es arbitrario e insostenible (2016:40).

Es un esfuerzo intelectual titánico que un enfoque en bioética (o en ética) proponga fundamento y procedimiento a la par. La fundamentación sin procedimiento no es inservible, en todo caso es insuficiente si se pretende aplicar a casos concretos. De la misma manera, un procedimiento sin fundamentación no es arbitrario y tampoco insostenible, en todo caso habrá

²⁸⁸ La metodología, a diferencia del método, implica precisar fundamentos para esclarecer la razón de ser y condiciones de posibilidad de lo que se denomina como método. Al respecto indica Álvarez que “ una parte importante de la discusión metodológica se refiere al análisis de los fundamentos, los procedimientos, la estructura y los tipos de explicación” (2011:398).

qué configurar como puede empatar con la diversidad de teorías o enfoques, según sean los componentes normativos que configuran el procedimiento.

El enfoque principialista, en su versión inicial, no detalla algún procedimiento explícito para analizar y evaluar los desacuerdos en bioética. Desde su fundamentación prescribe condiciones epistémicas²⁸⁹ para ponderar los principios (respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y emitir/justificar juicios morales. La condición epistémica forma parte de los requisitos que necesita el argumentador ideal, más no indican procesos para saber de qué modo tratar los conflictos morales.

El razonamiento viable para tratar conflictos morales oscila entre el deductivismo e inductivismo, denominado *coherentismo*²⁹⁰; que recogen del pensamiento de Rawls cuando desarrolla la noción de *equilibrio reflexivo* en su Teoría de la Justicia (1970). Dicho razonamiento es denominado, abruptamente, método²⁹¹. Pero el método -en el que reconocen la deliberación- sólo arroja atisbos de algunos movimientos generales para tratar los conflictos morales.

No obstante, no se puntualiza -por medio de la deliberación y el *coherentismo*- un procedimiento específico para analizar y evaluar los argumentos expuestos ante la confrontación de juicios morales en los casos paradigmáticos. Tampoco se especifican las condiciones que hacen posible el diálogo para tratar argumentos ponderados. Cabe preguntar, ¿cómo distinguir los buenos argumentos de los que no en el análisis de casos paradigmáticos? Por mencionar alguna cuestión.

De ahí que haya confusión al tomar por procedimiento (o método) lo que es fundamento. O mejor dicho, el procedimiento incipiente del principialismo deja muchas preguntas sin tratar; las cuales terminan por redirigirse hacia su propia fundamentación. Los esfuerzos recientes por señalar que el principialismo sí tiene un procedimiento claro da cuenta

²⁸⁹ Las condiciones epistémicas para lograr el equilibrio reflexivo son: 1) los juicios han sido formulados desde una óptica imparcial que limite la tentación de guiarse por el propio interés o por conflictos de intereses; 2) el evaluador muestra actitudes de compasión y simpatía; 3) está suficientemente informado sobre los datos y materias relevantes; 4) muestra poseer las características señaladas de manera coherente y sostenida en el tiempo (Beauchamps y Childress, 2013: 409). Solo si se satisfacen estas condiciones podría enunciarse que el juicio moral ha sido ponderado.

²⁹⁰ Señalan Beauchamps y Childress que el coherentismo “no es ni descendente ni ascendente; se mueve en ambas direcciones” (1999:18) y más adelante sostienen que el equilibrio reflexivo “consiste en emparejar, pulir y ajustar los juicios ponderados de manera que coincidan y sean coherentes con la con las premisas de la teoría (1999:18).

²⁹¹ En el apartado *Método, justificación y verdad* señalan que la deliberación es “el intento de un individuo o un grupo de resolver un problema desarrollando y evaluando sus creencias para llegar a una conclusión”(Beauchamps y Childress, 1999: 11) posteriormente sostienen que “es necesario distinguir entre la relevancia de una razón para un juicio moral y su adecuación final para dicho juicio, y distinguir entre un intento de justificación y una justificación exitosa”(Beauchamps y Childress, 1999: 11). Considerando que la justificación exitosa es la que se balancea entre el deductivismo e inductivismo.

de las diversas interpretaciones hechas que no necesariamente son equiparables, pues cada pensador²⁹², a su buen entender, explican cómo se sustraen los principios *prima facie* o señalan lo relevante en los principios *prima facie*.

Debido a la falta de claridad y sobre las diversas interpretaciones que se han elaborado a partir del enfoque principialista, Childress publica en su obra *Practical Reasoning in Bioethics* (1997) una propuesta de procedimiento que dé cuenta de los pasos para tratar casos. Este procedimiento se explica en el siguiente apartado.

En el enfoque de la casuística sí hay tanto fundamentación y también hay procedimiento para analizar la toma de decisiones dirigidas a la ética clínica. Es indispensable señalar que no hay una sola casuística²⁹³, pues su fundamentación se ha ido actualizando. La fundamentación que caracteriza a la casuística, esto es, su punto de partida son los particulares -y si hay viabilidad de justificar los juicios morales entonces se acude a la formulación de prescripciones generales-, es decir, su razonamiento es eminentemente inductivo²⁹⁴ en el que se comparan los

²⁹² Gracia en su obra *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2008) Triacastela, Madrid, asume que el principialismo contiene método, pero solo enuncia en una tabla los principios *prima facie* y señala que dichos principios se debe jerarquizar cuando hay conflicto a la vista de la situación concreta, para ello no hay reglas, razón por la cual se requiere el consenso; este es el objetivo de los “comités Institucional es de Ética” (2008:36). Una de las preguntas que quedan sin tratar y que también es identificada por Gracia es ¿cómo se establece la jerarquía/ponderación de los principios? No hay explicación en el enfoque principialista. Por otro lado, Arras en su obra *Methods in Bioethics. The way we reason now* (2017) Oxford University Press, New York, señala también al principialismo con un método (2017:2), sin embargo en su capítulo “Principlism: the borg of Bioethics” analiza y discute los fundamentos en los que descansa la formulación de los cuatros principios y señala, de forma limitada, que el método en el que descansa el principialismo es el *equilibrio reflexivo* (2017:12) y para lograrlo reconoce tres movimientos: balance, especificación e interpretación de los principios hacia los casos (2017: 12-20). Por último, Arellano y Trujillo asumen de forma enunciativa en el capítulo “Metodologías éticas aplicadas a los problemas morales que se presentan al término de la vida” (2022) que el principialismo es una metodología moral, pero no precisan cuál es el paso de los fundamentos hacia la metodología, tampoco hay análisis de los fundamentos, la estructura y las condiciones explicativas del enfoque principialista. Solo se describen e interpretan los principios en una tabla (2022:92).

²⁹³ Uno de los compendios concisos sobre las diversas versiones de la casuística lo desarrolla Frontera en el “Capítulo IV La casuística” (2016), particularmente en el apartado 3. Trasfondo histórico, en el que clasifica una versión clásica de la casuística que funde sus primeras raíces en la deliberación Aristotélica. Posteriormente a Cicerón se le adjudica el primer tratado sobre casuística en su Libro III *De Officiis*. También en el ámbito religioso el Judaísmo recurre a la *Halakhah* y en el Cristianismo la vía es la *sindéresis*; como vías de interpretación de textos sagrados. Una versión adjudicada en la Edad Media distingue como precursores a Graciano con su *Decretum*. Más adelante, del siglo XIV al XVII se comprende como “Alta casuística” en la que destaca la publicación del *Enchiridion* de Martin Azpilcueta y *Las Cartas Provinciales* de Blaise Pascal. La versión moderna de la casuística ampliamente reconocida y aplicada en la bioética se consolida en el trabajo de Jonsen y Toulmin en *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning* (1988) el cual se dirige a construir los pilares que fundamentan dicho enfoque y, a la par, asume una postura crítica frente al principialismo. Los casos se vuelven difíciles de tratar cuando se aplican reglas y principios de forma dudosa o imprecisa ; lo que torna espinoso el rumbo para acudir a la mediación y resolución (1988:23-46). Otro trabajo ampliamente reconocido es coordinado por Hall y Arellano en *La Casuística: una metodología para la ética Aplicada* (2013), en el que diversos especialistas analizan y discuten sobre los pilares en los que descansa la casuística, así como, críticas, comentarios y aplicación del método casuístico.

²⁹⁴ Declarar que el principialismo es construido desde un razonamiento deductivista y que la casuística se construye desde un razonamiento inductivista, implica asumir una visión limitada y reducida de su fundamentación y, en consecuencia, de la formulación de sus procedimientos. Se puede apreciar en sus reflexiones

casos presentes con los pasados. El procedimiento casuístico propuesto recientemente por Jonsen, Siegler y Winslade se basa en la identificación y análisis de diversas cuestiones clasificadas en parámetros: 1) indicaciones médicas, 2) preferencias del paciente, 3) calidad de vida y 4) rasgos contextuales (en el siguiente apartado se describen el procedimiento de forma más ampliada). En el siguiente apartado se explica este procedimiento.

El principialismo y la casuística han contribuido al fundamento y procedimiento en bioética. Dichos enfoques en bioética se dirigen a fundamentar, esto es, a dar cuenta y razón de cómo es (o cómo debería ser según sea el caso) la toma de decisiones dirigidas a contextos propios de la aplicación y generación de las *tecnociencias* que tienen impacto en la vida humana y no humana. En cambio, cuando establecen procedimientos aplicados en bioética - específicamente los procedimientos en contextos del ámbito clínico- se dirigen a proponer pasos organizados, transmisibles, presentables y repetibles (o rectificables) para el diálogo en la toma de decisiones y se disponen de herramientas específicas para su análisis exitoso. Este capítulo está dirigido hacia el procedimiento y no hacia la fundamentación en la bioética. En el siguiente apartado se explora la diversidad de procedimientos de toma de decisión como recursos valiosos para que los CHB puedan analizar casos.

4.2 Procedimientos para análisis casos en bioética

Una de las inquietudes recurrentes en la bioética, particularmente, a las que se enfrentan los CHB es saber si hay algún procedimiento para analizar los casos. Existe la preocupación de saber si los procedimientos en la toma de decisiones realmente pueden contribuir a la resolución de problemas o dilemas que presentan los casos. Saber si un procedimiento es realmente eficaz requiere de un estudio en el que se ponen a prueba todos los procedimientos existentes. Una labor que, por el momento, es bastante ardua. Por lo pronto, en este apartado hace el registro de todos los procedimientos existentes que pueden ser empleados para analizar casos en las reuniones de CHB.

4.2.1 Método

Técnica: investigación bibliográfica de tipo expositiva.

la sugerencia de argumentos por analogía, como asume la casuística, y de argumentos presuntivos y conductivos como admite el principialismo.

Objetivo general: registrar todos los procedimientos de análisis de casos; desde los primeros publicados hasta los últimos para saber cómo se han representado, adaptado y transformado los pasos utilizados al analizar casos.

Objetivo específico: explorar y examinar si alguno de los procedimientos recurren entre sus pasos a la argumentación y/o deliberación para saber cómo se representan.

Fase 1. Recolección de material.. Se colocaron las siguientes palabras clave en español e inglés: “procedimientos para la toma de decisiones”, “procedimiento de decisión para la ética clínica”, “procedimiento para análisis de casos” y “procedimiento ético para análisis de casos”. Se emplearon las siguientes fuentes de búsqueda: scielo, redalyc, JSTOR. También se buscaron en diversos artículos de revistas de ética, ética clínica y bioética de acceso libre provenientes de alguna institución educativa u organización de reconocido prestigio dirigida hacia los estudios en ética y bioética.

Fase 2. Selección de material. La selección de propuestas se obtuvo con base en el cumplimiento de por lo menos uno los siguientes criterios: 1) presentación de los pasos o procesos a seguir, 2) hechos o datos, 3) problema, dilema o conflicto, 3) prescripciones, como valores, principios, normas o reglas y 4) decisión o elección. Cabe señalar que hay otros pasos que se identificaron con frecuencia; como teorías éticas, enfoques en bioética, argumentación y deliberación; las cuales también se agregaron para seleccionar los procedimientos.

Fase 3. Análisis de material. A partir de la selección de documentos se describen y comentan cada uno de los procedimientos de análisis de casos desde un orden cronológico (ver tabla 1). Posteriormente, se realizó una comparación de todos los procedimientos en relación a los criterios de selección (ver tabla 2) para distinguir los criterios presentes o ausentes²⁹⁵ en cada uno de ellos.

Criterios de selección:

a) pertinencia: los procedimientos (descriptivos y normativos) para análisis de casos son creados desde diversas áreas de conocimiento, como la ética aplicada, la medicina,

²⁹⁵ Hay procedimientos que al ser revisados en relación de los criterios de selección no se consideraba presente alguno de estos. Tal es el caso del criterio “argumentación”, pues en sus procesos señalaron conceptos como “justificación”; pero no se indicaba término argumento o argumentación y tampoco había registro del mecanismo sobre cómo sería la justificación. También el criterio de “deliberación” fue evaluado como presente o ausente según si el término formaba parte del procedimiento y también se asoció con el concepto de ponderación, pues se recurre a valorar pros y contras de las alternativas.

enfermería, trabajo social, psicología, teorías de sistemas y bioética. En todas éstas áreas el elemento común es el análisis de casos cuando surgen problemas o dilemas (morales o éticos).

b) coherencia: los procedimientos seleccionados se cotejaron con las fuentes originales, pues había fuentes secundarias en las que se describen los procedimientos. Se descartaron aquellos que no empataron con los criterios de selección y aquellos en los que las fuentes indirectas presentaron información incompatible con las fuentes originales.

Resultados:

En la obra *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2007) Gracia D. emprende una labor compleja al recopilar y clasificar 18 procedimientos de análisis de casos representativos en la bioética; incluyendo su propia propuesta de procedimiento. También un estudio reciente selecciona -desde varias bases de datos y metabuscadores- 21²⁹⁶ modelos de procedimientos para el análisis de casos; (Ruiz-Cano, et. al. 2015: 89-98). Algunas de las nomenclaturas propuestas por Gracia y Ruíz-Cano también se emplean en este trabajo. Se contabilizaron un total de 49 procedimientos de análisis de casos.

Tabla 28. Listado de procedimientos de análisis de casos en ética y bioética²⁹⁷.

Autores	Procedimiento
1.Hansen y Bergsma (1972)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
2.-Burrell (1977)	Procedimiento narrativo
3. Davis (1977)	Procedimiento para el análisis de caso clínico
4.Thomasma (1978) y (1990)	Procedimiento de toma de decisiones bioéticas
5. McCullough (1978)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
6. Rest (1979)	Procedimiento para análisis de caso
7. Curtin y Flaherty (1982)	Procedimiento para análisis de caso

²⁹⁶ De los cuales se descarta en este conteo el procedimiento de Diego Gracia, pues está considerado en la propuesta del propio autor y también se descarta el procedimiento de Bochum pues se encuentra en la clasificación de Gracia en una versión más completa. También se descarta un último procedimiento, el de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW por sus siglas en inglés y FITS por sus siglas en español. La IFSW y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social elaboraron el documento “Ética en el trabajo social, Declaración de Principios” (2004) que contiene el principio de derechos humanos y dignidad humana; del cual se desprenden otros principios como la justicia social. Cabe mencionar que este no es propiamente un modelo de procedimientos para la toma de decisiones éticas; sino un código de conducta. De ahí que, queda descartada esta opción que considera Ruíz-Cano et. al. (2015: 94) y la interpretación de presuntos pasos que se desprenden de este.

²⁹⁷ El orden de colocación es por fecha, en la que se encuentra la publicación del procedimiento.

8. Jonsen, Siegler y Winslade (1982)	Procedimiento casuístico
9. Kieffer (1983)	Procedimiento de toma de decisiones éticas
10. Candee y Puka (1983)	Procedimiento sincrético
11. Pellegrino (1984), (1987)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
12. Strong (1985)	Procedimiento de toma de decisiones
13. Galveston Schwinle, Bernard, Kluge, Hayes y Alensworth (1985)	Procedimiento casuístico
14. Brody y Payton (1985)	Procedimiento pluralista para la toma de decisiones éticas
15. Hunt y Vitell (1986)	Procedimiento de toma de decisiones éticas en mercadotecnia
16. Bochum Sass y Viefhues (1987)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
17. Bommer, Gratto, Gravender y Tuttle (1987)	Procedimiento para toma de decisiones éticas
18. Hasting Center Wolf (1987)	Procedimiento sincrético
19. Drane (1988)	Procedimiento sincrético
20. Erde (1988)	Procedimiento sincrético
21. Jonsen y Toulmin (1988)	Procedimiento casuístico
22. Viafora (1989)	Procedimiento "argumentativo" de toma de decisiones clínicas
23. Ferrell, Gresham y Fraedrich (1989)	Procedimiento de toma de decisiones
24. Gracia (1989), (2001) y (2007)	Procedimiento clínico-deliberativo
25. Grundstein-Amado (1990)	Procedimiento integrativo de toma de decisiones ética-clínicas.
26. Thomson y Thomson (1990)	Procedimiento para análisis de caso
27. Jones (1991)	Procedimiento para análisis de caso
28. Pope y Vázquez (1991)	Procedimiento para toma de decisiones

29. Lo (1995)	Procedimiento para resolver dilemas
30. Dolgoff, Loewenberg y Harrington (1996), (2011)	Procedimiento de toma de decisiones éticas
31. Morata J. (2000)	Procedimiento para toma de decisiones en la práctica clínica
32. Congress E. (2000)	Procedimiento para la toma de decisiones éticas
33. Bermejo (2002)	
34. Roque J. (2003)	Procedimiento de toma de decisiones
35. Nijmegen (2003)	Procedimiento clínico-deliberativo
36. Altamirano N., Garduño J. García M., Muñoz O. (2006)	Procedimiento integral de análisis ético
37. UNESCO (2006)	Procedimiento operativo para la revisión bioética del caso de un paciente
38. Day L. A. (2006)	Procedimiento para análisis de dilemas éticos
39. Bush, S., Connell M. y Denney R. (2006)	Procedimiento para toma de decisiones
40. Engelhardt H.T. (2007)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
41. Childress J.F. (2007)	Procedimiento principialista
42. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias Meseguer-Liza C. y Torralba-Madrid M.J. (2007)	Procedimiento de toma de decisiones: DOER
43. Montero D.F. y Morlans M.M. (2009)	Procedimiento de toma de decisiones clínicas
44. Ley Social Ballesteros-Izquierdo A. (2009)	Procedimiento de toma de decisiones basado en la Ley Social
45. Corey M., Corey G. y Callahan P. (2010)	Procedimiento para toma de decisiones
46. Netza C.C. (2013)	Procedimiento para la presentación y análisis de casos clínicos
47. Anguita V. (2013)	Procedimiento clínico-deliberativo
48. Schmidt, H. L. (2013)	Procedimiento holístico de análisis de casos

Fuente: elaboración propia

4.2.1.1 Hansen y Bergsma (1972)

En 1972 Hansen propone en estadios el estudio de la toma de decisiones clínicas. Este modelo es tomado por Bergsma para aplicarlo a su campo profesional. Bergsma destaca y simplifica el modelo para la resolución de conflictos. En palabras de Gracia recupera la idea de Bergsma, señalando que “el diálogo que se necesita para llevar a cabo este proceso hace que cada uno [paciente y profesional de la salud] vaya poniéndose en el lugar del otro, abandonando así sus criterios excesivamente subjetivos” (2007:59). El procedimiento consta de los siguientes pasos:

- 1.- Las circunstancias que iniciaron el conflicto,
- 2.- El nivel de conflicto percibido que se manifestó al comienzo del proceso,
- 3.- El nivel de conflicto tolerable,
- 4.- Las alternativas posibles,
- 5.- La estructura de valores en juego,
- 6.- Las creencias en relación con alternativas de valores,
- 7.- La información disponible,
- 8.- La elección del principio aplicado,
- 9.- La alternativa elegida,
- 10.- El nivel de conflicto que se sigue de la elección,
- 11.- La magnitud y naturaleza de los procesos consecutivos,
- 12.- Consecuencias comportamentales de la elección (acciones elegidas)
- 13.- Consecuencias cognitivas de la elección (información almacenada en la memoria, modificación de valores y creencias, y similares). (Hansen, 1972: 195).

4.2.1.2 Burrell (1977)

El procedimiento que presenta Burrell está basado en el enfoque narrativo; el cual comparte algunas bases teóricas con la casuística; por ejemplo ambas coinciden en la importancia de recurrir a los aspectos contextuales y específicos del acontecimiento. La diferencia está -resalta Gracia- en que la casuística lo ve como caso que se analiza y el enfoque narrativo lo percibe como una historia que se narra (2007:59), que se cuenta desde los interlocutores implicados.

El método narrativo se ha empleado principalmente como recurso pedagógico en la que se pretende recuperar toda la riqueza de datos y experiencias que los enfoques centrados en principios dejan fuera. Aquí el método que presenta Burrell con los siguientes pasos:

- 1.- Identificar el carácter y las nociones morales
- 2.- Identificar las narrativas y explicaciones que están en íntima dependencia
- 3.- Identificar los conflictos éticos basados en los hábitos (virtudes y vicios) y sus actitudes (carácter)
- 4.- Analizar el conflicto en un nivel profundo de los actos narrados (Burrell, 1977:15).

4.2.1.3 Davis (1977)

El procedimiento de Davis sugiere prestar atención a la existencia de dilemas, pues en estos son el punto de partida para saber como dar continuidad a los otros pasos, por ejemplo, saber qué información conduce a precisar hechos y limitaciones del caso. Este procedimiento se formula desde el ámbito de la enfermería, donde se pueden emplear diversas cuestiones para acercarse a la obtención de datos relevantes, tales como: “¿Mediante qué principios morales se llega a una solución moral? ¿Dónde se dibuja la línea? ¿Qué información se tiene: científica o cultural?, ¿qué valores intervienen? (Davis, 1977: 305). Aquí los pasos que se pueden extraer de su propuesta:

- 1.- Identificar la existencia de un dilema,
- 2.- Obtener la información necesaria para establecer los hechos y limitaciones de la situación
- 3.- Ver los principios éticos afectados
- 4.- Las obligaciones de los sujetos participantes en la toma de decisión y el papel de la organización (Davis, 1977: 305-306) y (Ruíz-Cano et. al. 2015: 92).

4.2.1.4 Thomasma (1978)

La propuesta de procedimiento de Thomasma radica en coordinar en un mismo análisis de caso tanto los hechos clínicos y los valores de los pacientes. En palabras de Gracia “concede a los hechos clínicos una importancia ética fundamental, quizá mayor que ninguno de los métodos anteriores” (2007:61). Denominó su procedimiento como *An ethical work-up* (Thomasma, 1978: 31-36), el cual consta de los siguientes pasos:

- 1.- Identifica todos los factores médicos y todos los hechos significativos del caso. Asegúrate del mejor modo posible de los hechos médicos y de sus probables consecuencias.
- 2.- Identifica los factores humanos significativos del caso. Entre ellos pueden estar la edad del paciente, sus actitudes, ocupación, situación familiar, datos de su biografía en relación a actitudes y valores, creencias religiosas si las tiene, etc.

- 3.- Identifica todos los valores presentes en el caso (médicos, profesionales o humanos), tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios y las demás personas relevantes involucradas en el caso.
- 4.- Identifica y especifica todos los conflictos de valores importantes del caso.
- 5.- Establece prioridades entre los valores que están en conflicto y da razones de tu decisión. Este paso es el de la toma de decisión, pero cualquier decisión puede ser cambiada como consecuencia de la reflexión resultante del auto-examen (paso 6).
- 6.- Identifica los criterios que has usado para llegar a la decisión:
 - A. Normas éticas fundantes. (Si detectas alguna similitud con teorías éticas básicas explicadas en clase, identifica esas similitudes).
 - B. Presupuestos metaéticos. (¿Cómo elegirías un valor sobre otro? ¿Cómo decidirías que esta decisión, basada en este valor, pudiera ser moral?).
 - C. Crítica tus propias razones a favor de la decisión tomada en el paso 5, y presenta tu decisión final. (Thomasma, 1978: 31-36).

Posteriormente, junto con Marshall, replantean el encuadre de algunos pasos y modifican otros, pero en estos sigue prevaleciendo la importancia de conjugar hechos y valores. La diferencia crucial es que ahora establece prioridad de los hechos relevantes (asistencia de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel) combinada en una matriz contextual (Thomasma, 1984: 63-79). Aquí la versión renovada con los siguientes pasos:

- 1.- Describe todos los hechos del caso. Asegúrate de investigar cada hecho médico no presente en el caso, pero posiblemente relevante para su resolución.
- 2.- Describe los valores relevantes de los médicos, los pacientes, los miembros de la casa y los del hospital, el propio hospital y la sociedad. Ésta no será una lista exhaustiva.
- 3.- Determina el principal valor amenazado, p.e., ¿es éste un caso que exige al médico curar contra los deseos del paciente?
- 4.- Determina los posibles cursos de acción que pueden proteger en este caso concreto el mayor número posible de valores.
- 5.- Elige un curso de acción.
- 6.- Defiende este curso de acción a partir de los valores se fundamentan, p.e., ¿por qué se ha elegido un valor sobre otro en este caso? ¿por qué es el curso de acción X mejor que Y? (Thomasma, 1990).

4.2.1.5 McCullough (1978)

La propuesta de McCullough es una adaptación de las propuestas previas en la que su procedimiento se dirige a explicar cada uno de los componentes que debe contener cada paso. Un aspecto a resaltar es que en su paso V incorpora la importancia de presentar y defender argumentos y contraargumentos con estructura (premisas y conclusión) acorde a los modelos normativos que se emplean en la Teoría de la Argumentación. El tipo de razonamiento que se representa es el conductivo, pues aduce a proposiciones con contenido prescriptivo. Aquí los pasos que considera para analizar casos:

Paso I: Identifica los hechos del caso. Este paso debe incluir al menos: la historia del paciente, el diagnóstico y el pronóstico: la edad del paciente, la situación familiar, la ocupación y la historia de sus comportamientos, así como los valores y creencia del paciente.

Paso II: Determina la naturaleza de los mejores intereses del paciente. Dos perspectivas fundamentales deben considerarse en relación a los mejores intereses del paciente: (a) los propios valores y creencias del paciente; (b) los valores y creencias de la medicina. Los modelos de autonomía y beneficencia dan fundamento para articular cada perspectiva. Además, deben tenerse en cuenta las perspectivas de las terceras partes, como la familia y la sociedad.

Paso III: Determina las obligaciones del médico para con el paciente. Las obligaciones del médico para con el paciente pueden identificarse analizando en detalle cómo y porqué los modelos de autonomía y beneficencia generan esas obligaciones. Además, analiza cómo y porqué los intereses de las terceras partes generan obligaciones hacia ellas (si hay alguna relevante en el caso).

Paso IV:

A) Si las obligaciones del médico generadas por los modelos de autonomía y beneficencia y por los intereses de las terceras partes “convergen”, demuestra cómo y porqué es esto así. Elabora un argumento (véase el paso 5 para la definición de un argumento) que demuestre claramente por qué convergen las perspectivas en un curso de acción que el médico debe seguir obligatoriamente. Si las obligaciones convergen, salta al paso 6.

B) Si las obligaciones del médico generadas por los modelos de beneficencia y autonomía “se oponen” identifica con precisión la naturaleza del o de los conflictos y por qué surgen estos.

Paso V: Presenta y defiende un argumento que resuelve el conflicto identificado en el paso IV B. Un argumento es un tipo de razonamiento: (a) que identifica claramente premisas o razones -desarrollado en términos de los modelos (autonomía y beneficencia) y, si son relevantes, de los intereses de las terceras partes -y (b) que une consistentemente esas premisas a fin de establecer claramente las conclusiones. El objetivo de tu argumento debe ser demostrar por qué una perspectiva o una combinación de perspectivas, a propósito del mayor interés del paciente -desarrollada en términos del modelos de beneficencia y/o autonomía y/o de los intereses de las terceras partes- no debe ser tenida en cuenta a la hora de determinar las obligaciones del médico.

Paso VI: Crítica el argumento que has formulado en el paso IV A o en el V (según corresponda). Esta crítica debe cumplir dos condiciones: 1) ¿cuál es la crítica más frecuente que puede hacerse al argumento que has formulado (en el paso IV A en el V)? Esta crítica debe dirigirse a las perspectivas sobre o a la comprensión de los mejores intereses del paciente y las obligaciones resultantes que difieren de tu argumento (en el paso IV o en el paso V). 2) ¿Cómo puedes responder a ésta crítica? (Collough, 1978:30-33) y (1986:17-39).

4.2.1.6 Rest (1979)

Rest presenta este modelo de toma de decisiones desde el terreno de la psicología, en el que las fases pueden ser comprendidas de forma independiente y no necesariamente son consecutivas. Este modelo se ha clasificado como descriptivo, pues no tiene por objeto analizar y evaluar la toma de decisiones, solo se encarga de describirlas,

Aunque originariamente no estaban destinados a evaluar la moralidad de los actos humanos, se argumenta que “el procedimiento ofrece varios beneficios (...) nos puede ayudar a clarificar nuestros valores, esto es, las preferencias entre los posibles resultados a través de los cuales juzgamos cuál podría ser la mejor decisión (López, 2015:283)

Las fases son:

- 1) Sensibilidad moral, que incluye la interpretación de la situación y el reconocimiento del modo en que las alternativas de acción pueden afectar a los involucrados; es decir, las razones por las que la situación en sí representa un problema para el sujeto.
- 2) Juicio moral, es decir, el proceso deliberativo que debe efectuarse, en que se refleja la integración de valores e ideales con las circunstancias pertinentes.
- 3) Motivación moral, en que los agentes se identifican y comprometen con la propuesta y aceptan la responsabilidad por las consecuencias de la misma, es decir “desean” llevarla a cabo. En último término, es reflejo de las razones que tienen las personas para comportarse correctamente.
- 4) Para la realización de la alternativa elegida en el Juicio moral se recurre al Carácter moral, que incluye habilidades y estrategias necesarias para una adecuada ejecución de la decisión (comunicación, autocontrol, empatía, honestidad). (Rest, 1979), (Walker, 2002:343-367).

4.2.1.7 Curtin y Flaherty (1982)

Este procedimiento destaca un proceso dedicado a los antecedentes del caso para su óptima presentación antes de avanzar al análisis del caso. La propuesta de Curtin y Flaherty integra componente de análisis desde enfoques de principios y realiza una jerarquización en relación con los puntos de vista de los participantes.

I. Antecedentes del caso

1.- ¿Quiénes están comprometidos en la situación?, ¿qué información científica, cultural, sociológica y psicológica está disponible?, ¿qué información adicional se requiere?

II. Identificar el componente ético y los principios éticos involucrados

1.- Se debe definir si es un conflicto ético o de derechos, si es cuestión de mentir o decir la verdad, o bien, si el asunto traduce un conflicto de poder contra autoridad.

2.- Se recomienda definir a las personas comprometidas en la toma de decisión

3.- Delimitar las posibles opciones de acción tratando de predecir las posibles consecuencias, siempre identificando los principios y teorías morales/éticas subyacentes (utilitarista, deontológica, teoría basada en derechos humanos, ética personal o profesional).

IV. Recopilación de hechos y principios

1.- Ordenarlos jerárquicamente,

2.- Inclusión de los puntos de vista de cada una de las personas participantes.

V. Resolución y ejecución (Curtis y Flaherty, 1982).

4.2.1.8 Jonsen, Siegler y Winslade (1982)

Jonsen, uno de los representantes de la versión contemporánea de la casuística, en colaboración con Siegler y Winslade llevan a cabo la formulación de una propuesta de procedimiento para la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. En su obra *Clinical Ethics* (1982) formulan cuatro parámetros que han de considerarse para reflexión y resolución de problemas práctica: “1) las indicaciones médicas, 2) las preferencias del paciente, 3) la calidad de vida y 4) los aspectos contextuales, definidos estos como el contexto social, el económico, el jurídico y el administrativo en el que se enmarca el caso” (Jonsen, Siegler y Winslade, 2005:15-31). Cada uno de estos parámetros despliega aspectos que propician el acercamiento a hechos y datos relevantes. Aquí los parámetros:

I. El caso clínico **II. Comentario moral**

1.- Criterios médicos:

- a) Enfermedades ACRE (agudas, reversibles, eficaz diagnóstico y tratamiento)
- b) Enfermedades CID (críticas, irreversibles, deletéreas o mortales)
 - Decisiones de suspensión de ayuda médica eficaz
 - Órdenes de no reanimar
 - Muerte cerebral
- c) Enfermedades CEPA (crónicas, eficaz diagnóstico, tratamiento paliativo, ambulatorias)

2.- Preferencias del paciente:

- a) Naturaleza ética, legal y psicológica de las preferencias del paciente.
- b) Competencia y capacidad para consentir o rehusar un tratamiento
- c) Consentimiento informado y rechazo del tratamiento
- d) Testamentos biológicos
- e) Consentimiento de los allegados y consentimiento presunto
- f) Preferencias de los menores
- g) La desobediencia y los pacientes “difíciles”

3.- Calidad de vida:

- a) Calidad de vida y suspensión de terapéuticas ineficaces
- b) Calidad de muerte y eutanasia
- c) El tratamiento del dolor en pacientes terminales
- d) Suicidio

4.- Factores socioeconómicos:

- a) El papel de las partes interesadas distintas del paciente, como por ejemplo los familiares
- b) El costo de la asistencia sanitaria
- c) La distribución de recursos sanitarios
- d) La investigación
- e) La enseñanza médica
- f) Salud y bienestar de la comunidad

III. Consejo moral

1.- Escala ética:

- a) Preferencias del paciente
- b) Indicaciones médicas
- c) Calidad de vida
- d) Factores socioeconómicos

2.- Consideraciones morales (el encuentro de I y II con la escala ética permite juzgar las razones y considerar el acto como):

- a) Permitido
- b) Obligatorio
- c) Prohibido (Gracia, 2007:41-43).

4.2.1.9 Kieffer (1983)

Kieffer adapta el modelo de Thomasma y Pellegrino al campo de la biología. Un ajuste significativo es que comienza con la identificación de un problema ético. A diferencia de los procedimientos previos señala que un análisis de caso no se puede conseguir si no se logra percibir el problema. Aquí los pasos que propone:

- a. Percibir que existe un problema ético planteándolo en lenguaje común.
- b. Enumerar todos los cursos alternativos de acción percibidos
- c. Plantear valores y consecuencias de todos los cursos de acción, tanto inmediatos como a largo plazo.
- d. Ordenar el análisis de valores en una escala de preferencias desde las más a las menos deseables.
- e. Hacer la selección basándose en el análisis (Kieffer, 1983:54).

4.2.1.10 Candee y Puka (1983)

El procedimiento de Candee y Puka consta solo de dos pasos; los cuales están basados en dos teorías éticas, la teleológica y la deontológica. El procedimiento para analizar casos se dirige a tratar aquellos conflictos en los que fines y deberes llegan a confrontarse para optar finalmente por algún tipo de equilibrio. Aquí los pasos que conforman este procedimiento:

I.- Momento teleológico:

- 1.- Acopio de información general.
- 2.- Lista de alternativas relevantes.
- 3.- Predicción de las consecuencias de cada alternativa.
- 4.- Determinación de la probabilidad de cada resultado.
- 5.- Asignación de valor a cada resultado.
- 6.- Determinación de utilidades.

II. Momento deontológico:

- 1.- Acopio de información general.

- 2.- Lista de alternativas relevantes.
- 3.- Lista de derechos, deberes y principios relevantes implicados.
- 4.- Establecimiento de la validez de los derechos implicados
- 5.- Determinación de la prioridad entre los derechos, los deberes y los principios, y búsqueda del equilibrio (Candee y Puka, 1983: 61-69).

4.2.1.11 Pellegrino (1984)

Una inquietud constante, en colaboración con Bergsma, que acechaba a Pellegrino es cómo tratar y resolver los conflictos éticos. A partir de esta preocupación propone un procedimiento de toma de decisiones clínicas en el que destaca: “identificación de valores, clarificación, priorización o jerarquización y elección” (Gracia, 2007: 65). Presenta en forma de preguntas claves este procedimiento:

- 1.- ¿Cuáles son los hechos científicos y técnicos? ¿Qué alternativas de actuación ofrecen?
- 2.- ¿Qué dilemas éticos plantean esas elecciones? ¿Qué principios éticos están en juego?
- 3.- ¿Quién es el paciente y cuáles son sus valores?
- 4.- ¿Quién es el médico y cuáles son sus valores?
- 5.- ¿Están en conflicto los valores del médico y del paciente?
- 6.- ¿A qué nivel ético emergen? ¿En qué asunciones prelógicas se basan?
- 7.- ¿Es el conflicto resoluble de modo que respete la opción moral de todas las partes?
- 8.- Haz una elección moral para este caso; una que sea “buena” para este paciente.
- 9.- ¿Implica esa elección un proceso de consentimiento moralmente defendible?
- 10.- Revisa cada paso. ¿Eres capaz de defenderlo con criterios racionales? (Pellegrino, 1984).

Posteriormente emprende la labor de renovar su propuesta de procedimiento de análisis de casos en la que distingue ahora dos niveles de análisis (sustantivo y procedimental) y en el que incorpora ahora el tipo de relación médico-paciente y el conocimiento de teorías éticas y otros marcos normativos médicos. Aquí el nuevo procedimiento desde la versión esquemática de Gracia (2007:66-67) con los siguientes pasos:

I.- Análisis sustantivo:

- 1.- Naturaleza de la relación médico-paciente:
 - Sacerdotal
 - Paternalista
 - Contractual
 - Científica
 - Etc.

2.- Conocimiento de la teoría ética:

- Teorías morales (teológicas, deontológicas)
- Principios éticos (beneficencia, autonomía, justicia)

3.- Interpretación que los médicos hacen de estos fundamentos teóricos:

- Juramentos
- Códigos
- Etc.

4.- Fundamento último de la moralidad:

- Teónomo
- Heterónomo
- Autónomo
- Etc.

II. Análisis procedimental

1.- Establecer los hechos clínicos relevantes:

- Historia natural de la enfermedad
- Opciones de tratamiento
- Situaciones especiales

2.- Determinar cuál es el mejor interés del paciente:

3.- Definir las cuestiones éticas y los principios involucrados en el caso:

- Ética sustantiva (principios que están en juego; conflicto de principios; obligaciones del profesional de la salud; ¿son los conflictos resolubles?; ¿cómo?)
- Ética procedimental (¿quién decide?; ¿hay conflictos entre quienes tienen que decidir?; ¿cómo resolverlos?)

4.-Toma de decisiones:

5.- Justifica la decisión:

- Da razones éticas de tu decisión
- Razones en contra de la decisión
- Argumentos contra esas objeciones (Pellegrino,1987: 202-209).

4.2.1.12 Strong (1985)

El trabajo de Strong sugiere pasos apoyados en principios bioéticos y posteriormente recomienda acercarse a las teorías éticas tradicionales para rematar con la aplicación del análisis ético al caso. El paso tres -que no había sido mencionado por autores precedentes- se distingue por mencionar la legalidad, aunque no queda claro qué aspectos se consideran viables en este paso. Aquí cada uno de los pasos que conforma este procedimiento:

I. La naturaleza de los problemas éticos

II. Valores en Bioética

- A. Autonomía
- B. Beneficencia
- C. Justicia
- D. Confidencialidad

E. Veracidad

III. Eticidad vs legalidad

IV. ¿Qué es lo ético?

- A. La ética es un proceso cognitivo
- B. La utilidad y las limitaciones de las teorías éticas tradicionales, como el utilitarismo o el kantismo.

V. Los pasos del análisis ético

- 1.- Identifica los principios éticos y valores que están en conflicto.
- 2.- Identifica las varias alternativas. Elimina las alternativas impracticables o claramente inferiores.
- 3.- Identifica las vías éticamente relevantes por las que casos del tipo en cuestión pueden diferir unos de otros. (A esos los llamaremos factores éticos).
- 4.- Para cada factor considera cómo puede afectar su grado de presencia la propia elección de alternativas.
- 5.- Determina el grado en que cada factor está presente en el grado en cuestión.
- 6.- Elige una de las alternativas resultantes:
 - a) Si los factores son tales que apoyan fuertemente una alternativa particular, elige esta alternativa.
 - b) Si los factores no favorecen claramente una de las alternativas, entonces cualquiera de las alternativas puede ser una elección éticamente permisible.

VI. Aplicación del procedimiento ético a los casos.

4.2.1.13 Galveston. Schwinle, Bernard, Kluge, Hayes y Alensworth (1985)

El procedimiento para la toma de decisiones de los académicos Schwinle J., Bernard D., Kluge R.M., Hayes D.F. y Alensworth D.C. del Programa de Humanidades y Medicina Interna de la Universidad de Texas en Galveston está basado y adaptado en el enfoque bioético casuístico de Jonsen, Siegler y Winslade; en el que ajustan los cuatro parámetros del estudio de casos clínicos desde las siguientes interrogantes:

I. Indicaciones para la intervención médica

- 1.- ¿Cuáles son los hechos médicos específicos?
- 2.- Si el tratamiento está indicado, ¿cuáles son las opciones terapéuticas, los posibles efectos colaterales y las consecuencias esperadas?
- 3.- ¿Existen circunstancias especiales en este caso que planteen problemas éticos?

II. Preferencias del paciente

- 1.- ¿Cuáles son las preferencias más importantes del paciente?
- 2.- ¿Tiene el paciente capacidad para elegir?
- 3.- ¿Cómo deben efectuarse el consentimiento y la información?

III. Calidad de Vida

- 1.- ¿Qué se entiende por consideraciones de calidad de vida?
- 2.- ¿Cuándo surgen las cuestiones de calidad de vida?
- 3.- ¿Cómo pueden resolverse?

IV. Factores no-clínicos

- 1.- ¿Cuáles son los factores no clínicos en contraste con los factores clínicos?
- 2.- ¿Qué factores son relevantes en este caso?
- 3.- ¿Deben influenciar esos factores las decisiones clínicas en este caso?

V. Resumen del caso y plan de actuación (Schwinle, et. al. 1985).

4.2.1.14 Brody y Payton (1985)

Este modelo de procedimiento está basado en el utilitarismo y la deontología, Payton “desarrolló el modelo pluralista para la toma de decisiones éticas, basado en los trabajos de Brody y tomando en consideración la naturaleza pluralista de muchas situaciones de atención en salud” (Garzón-Alarcón, 2001:180).

- 1.- Desarrollar la percepción del problema y sus desde el enfoque utilitarista
- 2.- Desde el enfoque utilitarista identificar las posibles consecuencias
- 3.- Hacer lista de alternativas. Asignar un valor a la felicidad que produce y se seleccionará la alternativa que podría producir la mayor felicidad.
- 4.- Mediante la perspectiva deontológica, percepción del problema,
- 5.- Enlistar las alternativas y compararlas con las normas y principios.
- 6.- Si una alternativa fuera consistente con la norma/principio, entonces indicaría una acción correcta.
- 7.- Si varias alternativas fueran consistentes con las normas/principios, se derivaría que existen varias acciones correctas. Sin embargo, solo una de ellas deberá elegirse (Garzón-Alarcón, 2001:181-182), (Ruiz-Cano, 2015:93).

4.2.1.15 Hunt y Vitell (1986)

Esta propuesta de Hunt y Vitell está basada en la *Teoría General del Modelo de Mercadotecnia Ética* que se caracteriza por ser descriptiva y no propiamente normativa. Y aunque no guarde estrecha relación con el ámbito de la toma de decisión en la práctica médica antes casos con problemas o dilemas morales, sí destaca componentes propios de la dimensión moral que son comunes a cualquier área en la que haya una labor institucional. Aquí los pasos:

- 1) Entorno cultural. Religión, sistema legal y el sistema político

- 2) Entorno profesional. Normas informales, códigos formales y aplicación de los códigos
- 3) Entorno laboral/industrial
- 4) Entorno organizacional
- 5) Características personales. Religión, valores, fortaleza del carácter moral, desarrollo moral cognitivo, creencias y sensibilidad ética (Hunts y Vitell, 1986: 5-16) y (Ruíz-Cano, 2015: 96).

4.2.1.16 Bochum. Sass y Viefhues (1987)

En 1987 los académicos del Centro de Bioética Bochum en Alemania publican un texto en el que anuncian un procedimiento para la toma de decisiones en ética clínica bastante ampliado en el que se caracterizan diversas preguntas que podrían reflejar algún problema o dilema moral no reconocido previamente. Este procedimiento es clasificado por Ruíz-Cano (2015:93) bajo la nomenclatura de la universidad de origen. También Gracia (2007:72-73) presenta esta propuesta de procedimiento en la que destacan algunas diferencias representativas que la llevan a colocarse como una de las más elaboradas. Sass y Viefhues evitan uno de los supuestos que el resto de los procedimientos asumen: la autonomía en los pacientes.

El procedimiento se presenta en varias secciones que lleva a separar los hallazgos científico-médicos de los ético-médicos. En los hallazgos ético médicos destaca una pregunta dirigida a la “autodeterminación del paciente” que dan cuenta como la manifestación de actitudes, deseos o preferencias no implican necesariamente la presentación de la autonomía en los pacientes. Al respecto señala Drane que en el protocolo de Bochum, “las decisiones relativas al tratamiento incumben principalmente al médico, a quien se le pide que considere la posibilidad de conversar sobre ello con el paciente y que después decida si respetará o no las preferencias de éste” (1990:424).

Además, en la sección dirigida al manejo del caso se dirige mediante la formulación de preguntas sobre cómo argumentar y, en su caso, contraargumentar una toma de decisión; así como la viabilidad de consensos. Aquí el procedimiento:

I. Identificación de los hallazgos científico-médicos

1.- Reflexiones generales:

- a) ¿Cuál es el diagnóstico del paciente y cuál es su procedimiento?
- b) ¿Qué tratamiento puede proponerse desde el punto de vista médico?
- c) ¿Qué alternativas terapéuticas pueden indicarse?
- d) ¿Cuáles son los resultados generales previsibles de las posibilidades terapéuticas propuestas?
- e) ¿Cuál es el propósito sin los tratamientos médicos?

2.- Reflexiones especiales:

- a) ¿Servirá médicamente al paciente el tratamiento propuesto?
- b) ¿Influirá éste favorablemente el pronóstico en este caso concreto?
- c) ¿En qué grado?
- d) ¿Podría perjudicar al paciente en su curación o bienestar?
- e) ¿En qué medida?
- f) ¿Cómo se sopesan beneficios y perjuicios?

3.- Obrar del médico:

- a) ¿Existen adecuadas condiciones de tratamiento: personal, equipo, aparataje técnico, respecto del estado de la investigación médica y de la experiencias de la medicina?
- b) ¿Qué factores importantes se desconocen?
- c) ¿Son los conceptos médicos fundamentales suficientemente claros?

4.- Resumen:

¿Qué tratamiento sería óptimo en vista de los hallazgos científico-médicos?

II. Identificación de los hallazgos ético-médicos

1.- Salud y bienestar del paciente:

- a) ¿Qué perjuicios puede acarrear cada una de las modalidades terapéuticas alternativas?
- b) ¿Malestar, dolores, acortamiento de la vida?
- c) ¿Molestia física o espiritual del paciente?

2.- Autodeterminación del paciente:

- a) ¿Qué se sabe acerca del sistema de valores del paciente?
- b) ¿Qué actitud tiene el paciente frente a las formas de tratamiento médico intensivas, paliativas o de reanimación?
- c) ¿Está el paciente suficientemente informado acerca del diagnóstico, pronóstico y terapéutica?
- d) ¿En qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?
- e) ¿Quién, si el paciente carece de competencia, puede tomar decisiones en su lugar?
- f) ¿Consciente el paciente a la terapia?

3.- Responsabilidad médica:

- a) ¿Existen conflictos entre los juicios éticos del médico, del paciente, del equipo asistencia o de la familia?
- b) ¿Puede tal conflicto superarse o suavizarse mediante una determinada opción terapéutica?
- c) ¿Cómo se asegurará que tampoco se lesionarán los siguientes principios: la relación de confianza entre el médico y el paciente, el principio de veracidad y el secreto profesional?
- d) ¿Qué factores importantes se desconocen?
- e) ¿Son suficientemente claros los conceptos éticos claves utilizados y la relación entre ellos?

4.- Resumen:

¿Qué tratamiento sería óptimo en vista de los hallazgos ético-médicos?

III. Manejo del caso

- 1.- a) ¿Qué opciones (posibilidades alternativas de solución) se ofrecen en vista de un posible conflicto entre los hallazgos científico-médicos y los ético-médicos?

- b) ¿Cuál de los antedichos criterios científicos y éticos se ven afectados por estas opciones alternativas?
- 2.-
- a) ¿Qué opciones serían las más adecuadas al perfil de valores del paciente?
 - b) ¿Quién podría o debería ser convocado como consejero?
 - c) ¿Está indicada la transferencia del caso a otros, por razones médicas o éticas?
- 3.-
- a) ¿Cuáles son las obligaciones concretas del médico en relación al tratamiento elegido?
 - b) ¿Cuáles son las obligaciones del paciente, del personal auxiliar, de la familia, de la sanidad?
- 4.-
- a) ¿Hay argumentos contra la decisión?
 - b) ¿Cómo confrontar esos argumentos?
 - c) ¿Puede suscitar la decisión un consenso desde el punto de vista ético?
 - d) ¿Por quién?
 - e) ¿Por qué?
 - f) ¿Ha sido ella discutida con el paciente y se ha obtenido su consentimiento?
 - g) ¿Revisión de la decisión?

Resumen:

- a) ¿Qué decisión sería la justa, tanto desde el compromiso entre los hallazgos científico-médicos y ético-médicos, como desde la ponderación de los valores en juego?
- b) ¿Cómo se pueden resumir breve y claramente la decisión ético-médica y la anterior ponderación de los valores en juego?

IV. Preguntas adicionales para la valoración ética

1.- En casos de tratamiento prolongado:

- a) ¿Se revisa periódicamente el tratamiento médico seguido y su valoración ética?
- b) ¿Es el tratamiento suficientemente flexible para adecuarse a los cambiantes hallazgos científico-médicos y ético-médicos?
- c) ¿Qué va a cambiar en el conjunto del tratamiento por la imprevista presentación de hallazgos completamente nuevos de carácter científico-médico y ético-médico?
- d) ¿Cómo reacciona el paciente al cambio de estrategia del tratamiento?
- e) ¿En caso de pronóstico infausto se ponderan las medidas terapéuticas paliativas por un lado, y los cuidados intensivos, por otro?
- f) ¿Está asegurado el respeto de la voluntad expresa o presunta del paciente?

2.- En caso de acentuada relevancia social:

- a) ¿Qué consecuencias familiares, emocionales, existenciales, profesionales o económicas se originan?
- b) ¿Pueden estas complicaciones ser sobrellevadas por el paciente, sus parientes o la comunidad solidaria?
- c) ¿Se promueve la integración social del paciente, su alegría de vivir y desarrollo de la personalidad?
- d) ¿Qué significado tiene la respuesta a estas preguntas para la ponderación de valores científico-médicos y ético-médicos?

3.- En casos de investigación terapéutica o no terapéutica:

- a) ¿Es óptimo el diseño de la prueba experimental en vista de los aspectos ético-médicos?
- b) ¿Es la investigación necesaria?
- c) ¿Ha dado el paciente experimental su consentimiento de acuerdo a la información?
- d) ¿Qué motivos podrían darse para ello, si la información no fue completa o no fue comprendida enteramente?
- e) ¿Qué fundamentos podrían darse cuando el paciente experimental no ha prestado su asentimiento de manera absolutamente voluntaria?
- f) ¿Se ha asegurado que en la elección de los pacientes , éstos, no han sido favorecidos o perjudicados respecto a otros pacientes?
- g) ¿Tiene el paciente que interviene en el experimento el derecho en todo momento de terminar su participación en la prueba, y esto le ha sido comunicado de manera suficiente y comprensible? (Sass, 1991: 226-227) y (Gracia, 2007: 74-77).

4.2.1.17 Bommer, Gratto, Gravender y Tuttle (1987)

Este procedimiento es un modelo descriptivo en el que las categorías I y II operan de forma simultánea. Concluyen los autores que “los comportamientos de los individuos y su interacción con su entorno deben ser observados sistemáticamente para determinar qué factores conducen a una determinada decisión” (Bommer, Gratto, Gravender y Tuttle, 1987:277). Esto significa saber de qué modo influyen cada uno los procesos de decisión en los factores externos y viceversa como para llegar a tomar decisiones. Aquí el procedimiento:

I. Proceso de decisión

- 1.- Adquisición de información
- 2.- Procesamiento de información
- 3.- Proceso cognitivo
- 4.- Recompensas del receptor
- 5.- Pérdidas percibidas

II. Percepción y grado de influencia

- 1.- Ambiente social: valores religiosos, humanos, culturales y sociales
- 2.- Ambiente gubernamental/legal: legislación, agencia administrativa y sistema judicial.
- 3.- Ambiente laboral: objetivos corporativos, política declarada y cultura corporativa.
- 4.- Ambiente profesional: códigos de conducta, requisitos de licencias y reuniones profesionales.
- 5.- Ambiente personal: grupos de compañeros, familia
- 6.- Atributos individuales: nivel moral, objetivos personales, mecanismos de motivación, estatus/posición, autopercepción, experiencias de vida, personalidad y demografía

III. Toma de decisión: correcta o incorrecta. (Bommer, Gratto, Gravender y Tuttle, 1987: 266).

4.2.1.18 Hasting Center. Wolf (1987)

Este procedimiento se cataloga como sincrético (Gracia, 2007:80-81), es decir, propuestas que se elaboran conjugando los procedimientos de toma de decisiones anteriores. Este procedimiento es publicado por Wolf S. en su obra *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatments and the Care of Dying* (1987) en el que reflexiona en torno a los requisitos y condiciones a considerar y evaluar cuando el paciente puede decidir y cuando no puede decidir. Aquí los pasos que contempla:

I. Valores éticos subyacentes

- a) Bienestar del paciente: beneficiar al paciente más que dañarle
- b) Autodeterminación del paciente
- c) La integridad física de los profesionales sanitarios
- d) Justicia o equidad

II. Evaluación y decisión

- a) Evaluación al paciente:
 - Diagnóstico del paciente
 - Pronóstico del paciente
 - Opciones terapéuticas
 - Preferencias del paciente expresadas mediante directrices previas o por otros medios
 - Determinación de si hay familiares u otras personas dispuestas a participar en el proceso de toma de decisiones
 - Facilitando la discusión

III. Identificando a la persona que tiene que tomar la decisión (o responsable)

- a) Analizando la capacidad del responsable
- b) Identificando un sustituto:
 - la persona designada por el paciente mediante una directriz previa u otro procedimiento oral o escrito
 - el sustituto nombrado por los tribunales
 - si ninguno de los anteriores existe, el esposo/a del paciente, su hijo/a, padre o madre, hermano/a, o un amigo íntimo.

IV. Tomando la decisión

- a) El paciente con capacidad de decisión
- b) El paciente cuya capacidad es fluctuante o incierta
- c) El paciente que carece de capacidad de decisión:
 - siguiendo las directrices previas del paciente
 - aplicando las preferencias y valores del paciente
 - eligiendo como persona razonable a aquella que quisiera el paciente en estas circunstancias

V. Documentando la decisión

VI. Cumpliendo la decisión

VII Cambiando la decisión

VIII Objeciones y retos

- a) Cuestionando la decisión de incapacidad
- b) Cuestionando al sustituto
- c) Futilidad
- d) Desacuerdo entre los integrantes del equipo sanitario
- e) Retirada de la asistencia profesional o institucional

IX. Comentarios especiales

- a) Niños (Wolf, 1988).

4.2.1.19 Drane (1988)

Esta propuesta de procedimiento coordina componentes presentes en el trabajo de Thomasma, de la casuística y con enfoques basados en principios y normas en el campo clínico. Drane dedica un paso dirigido a las decisiones legales y recurre a ejemplos para que los revisores puedan dimensionar de qué manera influyen las normas y códigos profesionales y legales. Aquí las cuatro fases que presenta:

I. Fase descriptiva: guiando la identificación de los hechos relevantes:

- 1.- Factores médicos: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, objetivos médicos realistas, efectividad del tratamiento, inseguridades asociadas al conocimiento científico en la práctica médica.
- 2.- Factores éticos: ¿Quién es el paciente y qué quiere? ¿Cuáles son los intereses, deseos, sentimientos, intuiciones y preferencias del paciente, de los médicos, del personal, de los administrativos del hospital, de la sociedad?
- 3.- Factores socio-económicos: costes para el paciente, la familia, el hospital, la Organización para el Mantenimiento de la Salud, la compañía aseguradora, el gobierno nacional o la comunidad social.

II. Fase racional: guía para razonar sobre los datos relevantes:

- 1.- Categorías ético-médicas: términos como consentimiento informado, rechazo del tratamiento, confidencialidad, experimentación y eutanasia, forman una taxonomía original para organizar los datos y consultar la literatura disponible. El lenguaje de la ética médica provee de materiales para pensar sobre los casos.
- 2.- Principios y máximas: beneficencia, autonomía, respeto, veracidad, fidelidad, santidad de vida, justicia, son generalmente aceptados como guías para la reflexión. Las guías más concretas suelen tener la forma de reglas específicas: no prolongar la muerte, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos del paciente competente.
- 3.-Decisiones legales y códigos profesionales: los casos legales paradigmáticos guían la reflexión sobre otros casos: por ejemplo, un caso tipo Quinlan. Los códigos profesionales, actualizados por las normas de las organizaciones profesionales, también guían la reflexión.

III. Fase volición: pasando de los hechos y la reflexión a la toma de decisión:

- 1.- Ordenando los bienes: cuando se puede conseguir más de un valor o interés bueno, deben ser ordenados de acuerdo con una escala de prioridades. Por ejemplo, las preferencias de los pacientes competentes tienen prioridad sobre las preferencias de los médicos o de la familia; en una epidemia, los bienes sociales tienen preferencia sobre los bienes individuales.

2.- Ordenando los principios: cuando los principios entran en conflicto, deben ordenarse de acuerdo con las creencias personales y los compromisos profesionales. Para los médicos, la beneficencia (cuidar de los pacientes, curarlos, salvar su vida, aliviar el sufrimiento) es prioritaria. Los demás principios se respetan, pero no se anteponen al de beneficencia.

3.- Tomando la decisión: el profesional decide, con tanta prudencia y sensibilidad cuanto le permite su desarrollo personal. Se requiere un cuidado especial en aquellas decisiones que tendrán como consecuencia la muerte del paciente.

IV. Fase pública: preparándose para la defensa pública de la decisión

1.- Haciendo explícitas las presunciones, tomando consciencia de los factores subjetivos y fundamentando las creencias.

2.- Correlacionando razones y sentimientos. Asegurando la coherencia en el uso de los principios, las máximas y las reglas.

3.- Organizando argumentos para la defensa pública. En una sociedad pluralista, una ética aceptable tiene que estar respaldada por razones convincentes (Drane, 1988)

4.2.1.20 Erde (1988)

El procedimiento para la toma de decisiones propuesto por Erde considera como primer paso el reconocimiento de dilemas y posteriormente, señala que en el dilema es indispensable eliminar cualquier sesgo que pueda inclinar su análisis hacia una dirección equivocada. Vale la pena subrayar que, si bien considera indispensable las razones en las alternativas consideradas para la toma de decisión y las dudas no se logren disipar, no obstante, propone como último recurso a la suerte (volado). Aquí los pasos:

1.- Establecer el dilema del modo más completo posible

2.- Identifica lo que de ese dilema se deba a sesgos personales o profesionales del personal de asistencia (p.e., inclinaciones a incrementar el bienestar del paciente, las finanzas del profesional, etc.)

3.- Elimina todos los sesgos, excepto los del paciente.

4.- Considera el caso y las opciones a la luz de teorías éticas. Elige la opción más favorecida por este proceso. Si dos están muy próximas, consulta el dilema con varias personas razonables que jueguen el papel de abogado del diablo. Si aún así la duda persiste, lanza una moneda al aire (Drane, 1988: 476-491) y (Gracia, 2007: 84).

4.2.1.21 Jonsen y Toulmin (1988)

La casuística contemporánea dirigida a la bioética ha sido replanteada por Jonsen y Toulmin en su obra *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning* (1988), en la cual esbozan en el capítulo “The Achievement of Casuistry” el método de la casuística clásica. Este procedimiento consta de seis pasos:

1.- El proceder analógico y los casos paradigmáticos.

- 2.-La apelación a máximas o reglas.
- 3.- El análisis de las circunstancias.
- 4.- El análisis de los grados de probabilidad.
- 5.- El uso de los argumentos acumulativos.
- 6.- La presentación de una resolución final (Jonsen y Toulmin, 1988: 250-265) y (Guerra, 2013:13-14).

En el paso cuatro, el análisis de los grados de probabilidad, en la que “teniendo en cuenta todas las circunstancias, para hallar la solución más adecuada, o sea, un proceder inductivo (Arellano, 2013: 174). Esto es, entre mayor sea la probabilidad de que ocurran los argumentos pasados en argumentos de casos presentes, entonces la fuerza con la que operan serán más robustas.

4.2.1.22 Viafora (1989)

El procedimiento propuesto por Viafora se desarrolla en su obra *Fondamenti di Bioetica* (1989), en la que describe un modelo de toma de decisión en el ámbito clínico. El procedimiento se caracteriza por presentar un paso en el que haya revisión de los conceptos empleados para evitar la confusión de lo valorativo y lo descriptivo. Destaca la importancia de distinguir los valores según sean tratados a fin de establecer correspondencia con las responsabilidades de los agentes morales. Aquí los pasos que presenta:

- 1.- Verificar el uso de los términos, a fin de evitar que se introduzca subrepticamente un significado “valorativo” en términos que son y deben permanecer siendo sólo “descriptivos”.
- 2.- Tipificar las situaciones, a fin de conocer con precisión el dato empírico relativo a los problemas biomédicos afrontados.
- 3.- Identificar las cuestiones éticas. Discernir cuáles de estos valores deben ser tratados como valores-fines y cuáles otros como valores-medios.

4.- Formular el juicio ético. Es la operación más importante, y consta de dos momentos:

1º Referir la situación particular a los principios-valores generales.

2º Valorar, a la luz de la jerarquía que se ha establecido entre los valores en juego en una situación concreta, las consecuencias previsibles que las diversas elecciones posibles habrían producido.

5.- Individualizar la responsabilidad (Viafora, 1989: XXVII-XVIII), (Viafora, 1990: 65-70) y (Gracia, 2007: 68).

4.2.1.23 Ferrell, Gresham y Fraedrich (1989)

El procedimiento se caracteriza por ser descriptivo y se apoya en la fundamentación teórica ética del desarrollo moral de Kohlberg, “de este modo pueden combinarse aspectos personales con elementos del entorno. Supone que el comportamiento ante un dilema ético se encuentra

relacionado directamente con la naturaleza del mismo” (Ruíz-Cano, 2015: 96). Este procedimiento también considera los factores externos que influyen en las personas, como lo precisa el modelo descriptivo de Bommer. Las fases del procedimiento son las siguientes:

- 1) Factores Individuales. En la toma de decisiones los individuos son influidos por aspectos morales, familiares, sociales, y por su educación, así como por las creencias y comportamientos adquiridos a través de la educación formal y por los antecedentes culturales relevantes para la conducta ética.
- 2) Factores organizacionales. El comportamiento ético de los individuos dependerá en gran medida de la influencia de personas clave dentro de la organización a la cual pertenecen.
- 3) El entorno social y económico. De este se desprenden los códigos de ética previamente establecidos, o los castigos y recompensas relativos a las conductas de los individuos dentro de una organización (Ferrell, Gresham y Fraedrich, 1989: 55-64) y (Ruíz-Cano, 2015: 96).

4.2.1.24 Gracia (1989)

La primera propuesta de procedimiento para la toma de decisiones la presenta en su obra *Fundamentos de Bioética* (1989) y actualiza en su obra *Procedimientos decisión en ética clínica* (2007); la cual está conformada por cuatro fases. La primera se dirige al momento ontológico, sobre el cual despliega los pilares de las teorías éticas que constituyen las otras dos fases, la deontológica y la teleológica. Destaca los principios jerarquizados y las consecuencias. En la última fase sobresale la verificación moral en la que se contrastan los resultados obtenidos en las fases anteriores.

Gracia explica que en la propuesta de procedimiento se necesita una historia clínica que dé cuenta de los datos del paciente (2007:139) y agrega que su propuesta es la que debe ser empleada para el análisis de los problemas morales en medicina. Aquí el procedimiento:

1.- El sistema referencia moral (ontológico):

- La premisa ontológica: el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad o no precio.
- La premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

2.- Momento deontológico del juicio moral

- Nivel 1: No-maleficencia y Justicia
- Nivel 2: Autonomía y Beneficencia

3.- El momento teleológico del juicio moral

- Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel
- Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2,

4.- El juicio moral

- Contraste del caso con la “regla”, tal como se encuentra expresada en el punto 2
- Evaluación de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer una “excepción” a la regla, de acuerdo con el paso 3
- Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia (paso 1).
- Toma de decisión final. (Gracia, 1989: 505-509), (Gracia, 1998: 24-25) y (Gracia, 2007: 140).

También publica un artículo “La deliberación moral: el método de la ética clínica” en el que hace una propuesta de procedimiento distinta a la anterior y destaca la deliberación y la argumentación como pasos indispensables para analizar casos en el ámbito sanitario. Aquí los pasos:

1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.
2. Discusión de los aspectos médicos de la historia.
3. Identificación de los problemas morales que presenta.
4. Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir.
5. Identificación de los cursos de acción posibles.
6. Deliberación del curso de acción óptimo.
7. Decisión final.
8. Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente (Gracia, 2001:20).

4.2.1.25 Grundstein-Amado (1990)

Grundstein-Amado hace llamar su procedimiento como “modelo integrativo” (1991: 157) y declara que

... los procedimientos usuales son insuficientes por varias razones: ... Primero, no toman en cuenta el componente organizacional de la toma de decisiones. Segundo, no atienden suficientemente a los logros de la teoría de la decisión racional. Y, porque no han sido validados empíricamente. Su propuesta ha sido validada por varios profesionales de la salud... lo que demuestra la viabilidad práctica en el enjuiciamiento y la resolución de problemas ético-clínicos concretos (Gracia, 2007:90).

Aquí su propuesta de procedimiento:

I. Marco de referencia ético:

- 1.- Identificación y análisis del sistema de valores del individuo
- 2.- Valores comunes a un amplio grupo de población que pueden convertirse en reglas y normas.
- 3.- Valores humanos básicos, que se expresan en los tres principios éticos: beneficencia, autonomía, justicia.

II. El componente decisional:

- 1.- Percepción del problema
 - i. Identificación del problema ético
 - ii. identificación del problema médico

- 2.- Proceso de información
 - i. Recopilando la información médico-técnica
 - ii. Buscando otras fuentes de información
- 3.- Identificación de las preferencias del paciente
- 4.- Identificación de nuevos elementos éticos
- 5.- Lista de alternativas
- 6.- Lista de consecuencias
- 7.- Elección
- 8.- Justificación

III. El componente contextual

- 1.- El contexto relacional (del sanitario con el paciente)
 - i. Modelo paternalista
 - ii. Modelo participativo
 - iii. Modelo autonomista-advocativo
- 2.- El contexto organizativo (sistema sanitario)
 - i. División del trabajo
 - ii. Normativas y reglamentos
 - iii. Procedimientos y protocolos
 - iv. Línea de mando y autoridad
 - v. Comunicación de la información (Grundstein-Amado, 1990) y (Gracia, 2007:91).

4.2.1.26 Thompson y Thompson (1990)

La propuesta de procedimiento en la toma de decisiones éticas fue publicada por Thomson en *Ethics in Nursing* (1990); la cual está dirigida hacia la toma de decisiones tomando en cuenta a la enfermería como parte de los profesionales de la salud. De forma simplificada logran abreviar la mayoría de los componentes que otros procedimientos presentan con mayor amplitud. El procedimiento consta de los siguientes pasos:

- 1.- Revisar la situación para identificar los problemas, las decisiones que se requiere tomar, los aspectos éticos y las personas involucradas en la situación.
2. Recopilar información para clarificar la situación.
3. Identificar el asunto de ética de la situación.
4. Definir la posición moral y ética personal y profesional.
5. Identificar la posición moral de las personas clave comprometidas en la situación.
6. Identificar los conflictos de valores o de principios, si existen.
7. Determinar quién debe tomar la decisión.
8. Identificar el ámbito de las acciones y anticipar los resultados.
9. Decidir sobre una conducta de acción, fundamentarla y ponerla en práctica.

10. Revisar y evaluar los resultados de la decisión y la acción tomada. (Thomson, 1990), (Garzón, 2001:180) y (Ruíz-Cano, 2015:93).

4.2.1.27 Jones (1991)

Este procedimiento de la toma de decisiones se clasifica como descriptivo y no por ello se vuelve menos valioso. Hay razones por las cuales los modelos descriptivos pueden contribuir a mejorar los modelos normativo-evaluativos, por ejemplo, “obtienen una mejor comprensión del proceso de toma de decisiones, por lo que pueden ser de utilidad en problemas como conflictos de interés, evaluación y promoción de los valores institucionales y en planificación de programas de educación” (López, 2015:283). Consta de las siguientes fases:

- 1) Probabilidad (certeza de la relación causa-efecto entre la acción y la consecuencia negativa),
- 2) Proximidad (distancia física, social, cultural o psicológica que separa a quien toma la decisión de las consecuencias),
- 3) Consenso social (grado de acuerdo social al calificar a una consecuencia de la acción como incorrecta o negativa),
- 4) Inmediatez temporal (proximidad en el tiempo),
- 5) Concentración (el universo de las personas afectadas por una acción de magnitud determinada),
- 6) Magnitud (sumatoria de las consecuencias negativas). Un acto con alta probabilidad de generar un daño significativo e inmediato a varias personas próximas al agente, tendrá una gran intensidad moral, y resulta altamente improbable que no sea reconocido como un dilema ético (Jones, 1991, 231-248), (López, 2015:283).

4.2.1.28 Pope y Vázquez (1991)

El modelo inicialmente fue publicado en 1991 (Ruíz-Cano, 2015:95). Destaca entre sus pasos algunos aspectos que otros modelos no habían considerado, por ejemplo, saber si existen conflictos de interés entre los implicados y la consulta de expertos. Este último punto da cuenta de la necesidad de reconocer que quienes emplean estos procedimientos para analizar casos requieren de la participación de quienes pueden profundizar sobre un tema. Cabe señalar que, la evaluación de los procesos comienza a cobrar notoriedad. Aquí los pasos de esta propuesta:

- 1) Identificar la situación que requiere tomar una decisión ética
- 2) Anticipar quiénes se verán afectados por dicha decisión
- 3) Identificar a la persona que está en medio de los sucesos
- 4) Valorar la relevancia de las diferentes áreas que intervienen en la situación (por ejemplo, el grado de conocimientos y la experiencia)
- 5) Revisar los estándares éticos
- 6) Incluir los aspectos de la legislación pertinentes al caso
- 7) Revisar la teoría y las investigaciones relevantes
- 8) Tomar en consideración los sentimientos personales e identificar si existen prejuicios o algún conflicto de interés
- 9) Prever los efectos sociales, culturales y religiosos
- 10) Consultar con otros expertos

- 11) Identificar los diferentes cursos de acción que pudieran tomar el caso
- 12) Evaluar las diferentes alternativas de acción
- 13) Adoptar la perspectiva de cada una de las personas que se verán afectadas
- 14) Decidir qué se hará; entonces revisarlo y considerarlo
- 15) Actuar asumiendo la responsabilidad de la decisión
- 16) Evaluar los resultados
- 17) Asumir la responsabilidad de las consecuencias de los actos
- 18) Anticipar las implicaciones del caso para prepararse a fin de planear acciones de respuesta (Pope y Vázquez, 2010) y (Ruíz-Cano, 2015:95).

4.2.1.29 Lo (1995)

El procedimiento que propone Bernard Lo en su obra *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians* (1995) está basado en la formulación propia de dilemas ético-clínicos y también presenta este modelo para tratarlo y resolverlos. Al respecto López señala que este modelo apunta al

reconocimiento del personal de salud como sujetos independientes que, por una parte, son responsables de sus actos y, por lo tanto, deben estar de acuerdo con la solución elegida para permitir su implementación, y por otra tienen una opinión que merece ser escuchada (2015:287).

Otra distinción de este procedimiento es que da cuenta que no todos los dilemas éticos son pertinentes para analizar el caso en la toma de decisiones. Los pasos que destaca este procedimiento son los siguientes:

- 1.- Recolectar la información: ¿cuál es la situación médica? Si el paciente es competente, ¿cuáles son sus preferencias? Si el paciente no es competente, ¿existe una “voluntad anticipada”? Si el paciente no es competente, ¿quién lo representa? ¿Cuál es la opinión del resto del equipo de salud? ¿Existen dificultades prácticas en la resolución del caso?
- 2.- Clarificar el conflicto ético: ¿qué dilemas éticos son pertinentes de enfrentar? Referencia a guías éticas usadas habitualmente. ¿Cuáles son los argumentos a favor y en contra de cada alternativa?
- 3.- Resolver el dilema: reunir al equipo de salud con el paciente (o su representante).
- 4.- Exponer las alternativas de acción. Negociar una decisión mutuamente aceptable (Lo, 1995) y (López, 2015:287).

4.2.1.30 Dolgoff, Loewenberg y Harrington (1996)

El procedimiento para la toma de decisiones éticas que plantean Loewenberg Dolgoff y Harrington se publica en 1996 y en 2011 lanzan una versión más reciente. Este modelo está dirigido para la práctica profesional de trabajo social, pero no se descarta que pueda ser empleado en otras profesiones. Los autores expresan que los trabajadores sociales desarrollan “la habilidad y capacidad para planificar racionalmente lo que se necesita para intervención en situaciones humanas y que quieren minimizar lo irracional, lo impulsivo, y las consecuencias

no planeadas de sus acciones” (2011: 74). En este sentido, este modelo contribuye e impulsa la toma de decisiones planeadas. Aquí los pasos que lo conforman:

1. Identificar el problema y las personas, instituciones, clientes, profesionales, sistemas de apoyo, víctimas y otros que están involucrados en este problema.
2. Determinar quién debe participar en la toma de decisiones
3. Identificar los valores relevantes que poseen los identificados en paso 1, incluyendo al cliente y al trabajador.
4. Identifique las metas y objetivos cuya consecución desea cree que puede resolver (o reducir) el problema.
5. Identificar estrategias y objetivos de intervención alternativos, y evaluar la efectividad y la eficacia de cada alternativa en cuanto a los objetivos identificados.
6. Seleccionar e implementar la estrategia más adecuada
7. Supervisar la implementación, prestando especial atención a consecuencias imprevistas; evaluar los resultados e identificar problemas, oportunidades y opciones adicionales (Loewenberg y Dolgoff, 1996:57); (Dolgoff, Loewenberg y Harrington, 2011: 73).

4.2.1.31 Morata (2000)

El procedimiento para la toma de decisiones en la atención clínica primaria que presenta puede acoplarse a cualquier especialidad médica. Pero, señala Morata que cada área tendría sus propios problemas específicos (2000:89). Los problemas necesitan reconocerse mientras se tenga conocimiento de cómo es que ocurre. Al respecto Morata hace una analogía con los estudios de electrocardiograma

“Es necesario analizar muchos electrocardiogramas para desenvolverse con soltura y dar buenos diagnósticos electrocardiográficos. En bioética ocurre lo mismo: si uno no está acostumbrado a moverse en este campo normalmente no encontrará dilemas en su consulta o los dejará de lado por no saber cómo abordarlos” (Morata, 2000:89).

Por ello, coloca en dos fases el procedimiento para analizar dilemas éticos. La fase primera es de formación, en la que se requiere de conocimientos y sensibilidades en bioética. La segunda fase que denomina información y análisis se caracteriza por identificar y examinar la complejidad del curso de acción en el ámbito clínico. Aquí las fases con sus respectivas etapas:

Fase de formación

- 1.- Principios básicos
- 2.- Adquisición de sensibilidad bioética

Fase de información y análisis

Etapas I.- Recogida de datos.

- a) Detección de problemas:
 - Aspecto clínico
 - Aspecto técnico
 - Aspecto ético
- b) Búsqueda de experiencias semejantes

- Personales
 - Compañeros
 - Bibliografía
 - Expertos
 - c) Estudio de las circunstancias:
 - circunstancias personales
 - circunstancias familiares
 - circunstancias sociales
- Etapa II.- Examen de los posibles cursos de acción.
- a) El sujeto de la acción (competencia, idoneidad y capacidad)
 - a.1. El médico
 - a.2. El paciente
 - a.3. Otros participantes
 - b) Actuación específica:
 - b.1. Relación con los principios
 - b.2. Valoración de las circunstancias
 - c) Evaluación de las consecuencias:
 - c.1. Positivas
 - c.2. Negativas
- Etapa III.- Toma de decisión y ejecución.
- a) Selección de una opción
 - b) Justificación
 - c) Llevar a cabo (Morata, 2000:90-91).

4.2.1.32 Congress (2000)

El procedimiento para la toma de decisiones que formula Congress está basado en la selección de dos teorías éticas, la consecuencialista y la deontológica, para valorar cuál podría ser más adecuada al analizar una situación. Este procedimiento lo denomina ETHIC y sugiere los siguientes pasos:

- E. Examinar los valores relevantes personales, sociales, de la empresa, del usuario y del profesional.
- T. Aplicar a la situación las normas del Código de Ética de la NASW, así como las leyes relevantes.
- H. Plantear hipótesis sobre las posibles consecuencias de distintas decisiones.
- I. Identificar quién se beneficiará y quién resultará dañado a la luz del compromiso del Trabajo Social con los más vulnerables.
- C. Consultar con el supervisor y con otros colegas sobre la decisión ética que se juzgue como adecuada (Congress, 2000: 1-26).

4.2.1.33. Bermejo (2002)

Este procedimiento de toma de decisiones éticas está dirigido al ámbito profesional institucionalizado como el trabajo social. Recupera y adapta algunos componentes que están en modelo de Gracia, como la jerarquización de las consecuencias objetivas y subjetivas. Está ordenado en tres partes, la primera corresponde a la colección de datos y hechos y alternativas relevantes, la segunda agrupa la valoración y jerarquización de posicionamientos y toma de

decisión, por último la tercera parte se dirige a concretar la toma de decisión y su evaluación.

Éstos son los pasos:

Primera parte (Método I)

1. Narración de los hechos.
2. Identificar los datos relevantes del caso.
3. Identificar la naturaleza del problema (o los problemas) ético.
4. Identificar a los afectados por el problema y los motivos de su acción.
5. Generar alternativas posibles al problema planteado.
6. Consideración de las dificultades de la puesta en práctica de tales alternativas.

Segunda parte (Método II)

7. Valoración ética y toma de decisión.
 - 7.1. El sistema de referencia moral.
 - 7.2. Los principios morales.
 - 7.2.1. Corrección subjetiva.
 - 7.2.2. Corrección objetiva.
 - 7.2.3. Jerarquización “prima facie”.
 - 7.3. Las consecuencias morales.
 - 7.3.1. Consecuencias subjetivas.
 - 7.3.2. Consecuencias objetivas.
 - 7.3.3. ¿Hay conflicto de consecuencias?
 - 7.4. La toma de decisión moral.
 - 7.4.1. Resolución del conflicto de consecuencias.
 - 7.4.2. Relación de las consecuencias con los principios.
 - 7.4.3. Resolución del conflicto de principios.
 - 7.4.4. Contraste del resultado con el sistema de referencia.
 - 7.4.5. Decisión final.

Tercera parte (Método III)

8. Realización de la decisión adoptada.
9. Evaluación de su puesta en práctica (Bermejo (2002, 183-184); (Ballesterro-Izquierdo, 2009: 127).

4.2.1.34 Roque (2003)

La sugerencia que hace Roque al plantear un procedimiento para análisis de casos clínicos es conciliar el procedimiento casuístico clínico de Jonsen, Siegler y Winslade y las teorías éticas representativas; las cuales enfatizan y priorizan diferentes exigencias éticas como criterio de evaluación (Roque, 2003:36). Aquí los pasos que conforman el procedimiento:

I. Recopilación de datos clínicos de un caso

- 1.- Indicaciones médicas
- 2.- Preferencias del paciente
- 3.- Calidad de vida
- 4.- Contexto sociocultural

II. Requisitos éticos involucrados en el análisis de un caso

- 1.- Perspectiva utilitarista
- 2.- Perspectiva liberal
 - a) Derechos sustantivos: i) no ser amenazado de muerte, ii) no sufrir daño físico ni ser infligido con dolor (principio de no maleficencia) y iii) ser ayudado contra las amenazas a la vida y la salud (principio de beneficencia).
 - b) Derechos procedimentales: i) tomar decisiones sobre el cuidado de la salud (autonomía y consentimiento informado), ii) habilitar a la familia para decidir sobre el tratamiento recomendado cuando ya no hay autonomía
- 3.- Perspectiva kantiana: respeto a la persona
- 4.- Perspectiva contractualista de Rawls: requisitos de equidad y ponderación de la rentabilidad en el acceso al tratamiento.
- 5.- Perspectiva aristotélica: carácter/ actitud o virtud (Roque, 2003: 33-42).

4.2.1.35 Nijmegen (2003)

Un grupo de médicos en Holanda del Centro Médico Universitario Nijmegen elaboraron un procedimiento deliberativo ético para casos. “El método enfatiza que debe ser el médico tratante y el personal de salud encargado del paciente quienes deben tomar la decisión ética. En este sentido, se aleja del enfoque norteamericano de buscar un consejero” (Ruíz-Cano, 2015: 92). Los pasos que formulan son los siguientes:

- 1.- ¿Cuál es el problema moral?
- 2.- Hechos
 - Dimensión médica
 - Dimensión de enfermería
 - Valores y dimensión social del paciente
 - Dimensión organizacional
- 3.- Evaluación
 - Bienestar del paciente
 - Autonomía del paciente
 - Responsabilidad de los profesionales de la salud
- 4.- Toma de decisiones
 - Recapitulación del problema moral
 - Detalles desconocidos
 - Argumentos
 - Decisión
 - Evaluación (Steinkamp y Gordijn, 2003:240).

4.2.1.36 Altamirano, Garduño, García y Muñoz (2006)

Este procedimiento lo denominan “método integral”; el cual es propuesto por un equipo de médicos especialistas en México. Este procedimiento se caracteriza por

...trabajar en la práctica clínica con una ética de máximos que garantice el desarrollo y la integridad de las personas acorde con el avance tecnológico, científico y biomédico. Integra los tres aspectos de la acción: el agente moral, la acción (derechos y obligaciones) y las consecuencias de la acción (Ruíz-Cano et. al. 2015: 92-93).

El procedimiento recurre a diversas teorías éticas para contar con un panorama amplio de comprensión y fundamentación del caso. Una peculiaridad del método es que no tiene por objetivo lograr consenso, sino que opta por acercar el análisis que favorezca la reflexión crítica por expertos y no expertos. Aquí los pasos generales:

- 1.- Analiza el *bien* desde varias perspectivas éticas, con flexibilidad y búsqueda de principios éticos que perfeccionen a las personas en la relación entre clínicos y pacientes.
- 2.- Reflexión crítica en la que participa todo el equipo de salud, el paciente y los familiares, permitiendo al médico tratante tomar una decisión responsable; es decir, con conocimiento, voluntad y libertad, desplegando su máximo poder moral.
- 3.- Decisión no busca el consenso, ya que la decisión ética por consenso es anónima y nadie se hace directamente responsable. El análisis ético debe realizarse desde el punto de vista utilitarista, deontológico y aretológico, es decir, integral, a fin de alcanzar la visión más amplia posible (Ruíz-Cano, 2015: 92-93).

4.2.1. 37 UNESCO (2006)

La *Guía 2 Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas* que elabora la UNESCO (2006) presenta en el Apéndice II un formato estándar en el que despliega un procedimiento para la revisión de casos dirigido a los Comités Hospitalarios de Bioética. Este procedimiento sobresale por varias razones, una de ellas es porque invita a los interlocutores a esforzarse por lograr consensos e invita a evaluar los procedimientos para analizar casos. Este proceso favorece a los CHB para configurar, o en su caso, reconfigurar la ruta a seguir al analizar los casos y pueda obtenerse una recomendación más sólida. Aquí la lista parcial de los nueve pasos a seguir:

1. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso a) diagnóstico del paciente y lista de problemas b) pronóstico del paciente
 - c) opciones de tratamiento
 - d) políticas, prácticas y reglamentación de la institución asistencial pertinentes al caso
 - e) exploración de casos similares abordados en el pasado
2. Identificar las perspectivas de los principales interesados a) determinar si alguno ha sido objeto de coacción
 - b) determinar los valores y preferencias del paciente en el contexto específico de la atención a la salud
 - c) esclarecer las contribuciones de tomadores de decisión nombrados conforme a la ley
 - d) organizar al equipo asistencial y examinar la situación del paciente
3. Formular cuestiones y dilemas bioéticos
4. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente
5. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno.

6. Establecer un plan de implantación
 - a) pasos a seguir
 - b) procedimientos para comunicar asesorías, recomendaciones o decisiones
 - c) procedimientos para documentar asesorías, recomendaciones o decisiones (historia clínica y expediente médico del paciente)
7. Vigilar el efecto del plan sobre el paciente y revisarlo en caso necesario
8. Evaluar los procedimientos de revisión del caso
 - a) enumerar los procedimientos y políticas que necesiten revisión
 - b) disponer la presentación del caso como parte de la educación continua del personal en materia de bioética
 - c) solicitar a los interesados que evalúen el proceso de revisión
9. Establecer un archivo de revisiones de casos para consulta futura (UNESCO, 2006:74-75)

4.2.1.38 Day (2006)

Este procedimiento denominado SAD (Situación, Análisis y Decisión) es elaborado por Day en el que incorpora el razonamiento moral; el cual “consiste más que simplemente ofrecer razones de nuestras creencias, opiniones, y acciones Después de todo, no todas las razones son válidas. unos. El razonamiento moral es un proceso estructurado... y deliberado” (Day, 2005:54)²⁹⁸. En su último paso Day enfatiza que la decisión necesita darse a conocer para que esta pueda ser revisada y evaluada. Aquí las tres fases que componen el procedimiento:

Situación: su propósito es identificar los hechos y obtener la información suficiente del problema a fin de comprender el contexto del dilema ético.

Análisis: esta fase constituye la parte más larga del ejercicio, ya que requiere identificar los principios y valores implicados; su propósito es aplicar las teorías morales y considerar las alternativas éticas.

Decisión: este último paso se enfoca a describir en una línea, la conducta a seguir, a fin de que el responsable la tome. Esta decisión deberá defenderse, por lo que se debe preparar para fundamentarla frente a los críticos; su propósito será el de establecer un juicio o conclusión ética basada en la información y alternativas disponibles (Day, 2006: 66-68) y (Ruiz-Cano et. al. 2015: 93).

4.2.1.39 Bush, Connell y Denney (2006)

Este procedimiento es desarrollado desde Teoría de Sistemas y dirigido hacia el campo de la psicología forense. También puede extenderse hacia otras áreas de la salud, cómo la toma de decisiones éticas en la clínica. Los pasos que lo conforman son los siguientes:

- 1) La identificación del problema
- 2) El desarrollo de posibles soluciones
- 3) La consideración de las consecuencias para cada una de las posibles soluciones
- 4) La elección e implementación de un curso de acción

²⁹⁸ Traducción original: moral reasoning consists of more than just offering reasons for our beliefs, opinions, and actions. After all, not all reasons are valid ones. Moral reasoning is a structured process... and deliberate.

5) La evaluación de los resultados y la ejecución de los cambios necesarios. A este modelo se le suman tres pasos adicionales antes de tomar una decisión:

- A) Consideraciones acerca de la importancia del contexto del problema y de su entorno
- B) La identificación y uso de los recursos ético-legales

C) El análisis de las creencias y valores de las personas involucradas en el dilema (Bush, Connell y Denney, 2006:28-34) y (Ruíz-Cano et. al. 2015:95).

4.2.1.40 Engelhardt (2007)

Parafraseando a Gracia, señala que Engelhardt²⁹⁹ hace una adaptación al procedimiento de Thomasma y presenta los siguientes pasos que destacan en su propuesta:

1.- Identifique y enuncie los hechos médicos y sociales con sus más probables consecuencias. Identifique los factores humanos significativos en el caso, tales como edad del paciente, actitudes, ocupación, situación familiar e historia personal, así como los valores y creencias (incluyendo creencias religiosas) que puedan ser relevantes.

2.- Identifique todos los aspectos éticos en juego en ese momento para el paciente, los profesionales de la salud y de otras profesiones, las personas relevantes involucradas en el caso, y la sociedad.

3.- Identifique los principales conflictos de valores en el caso y bosqueje sus principales características, utilizando los análisis de los pasos 1 y 2. Haga referencia a sistemas o argumentos morales y análisis relevantes para comprender los conflictos en cuestión.

4.- Contraste las diferentes posturas ante el conflicto ético, procedentes de los sistemas alternativos de argumentación y análisis moral.

5.- Utilice este contraste para comprender por qué hay un conflicto moral y para apreciar mejor las posiciones de diferente rango que tiene el conflicto

6.- Identifique la aproximación moral que usted tomará. Desarrolle un argumento, dando razones para justificar su posición moral.

7.- Critique el argumento que usted ha adelantado. ¿Cuál es la crítica más fuerte que podría hacerse de la posición que usted ha tomado? ¿Cómo podría usted defender su posición de esa crítica? (Gracia, 2007:70).

4.2.1.41 Childress (2007)

Este procedimiento lo elabora Childress a partir de las diversas críticas que ha recibido su enfoque de bioética denominado principialista, en colaboración con Beauchamps, al tratar de comprender la aplicación, la especificación y el balance en los principios (Childress, 2007:25-29). Este procedimiento es una vía para tratar de orientar la relación y ponderación entre principios, normas, reglas y juicios morales cuando haya alguna situación problemática. Aquí los pasos que despliega:

²⁹⁹ Doy el voto de confianza a Gracia que el procedimiento corresponde a Engelhardt, pues he buscado en las publicaciones del autor el procedimiento y no encontré dicha propuesta en sus referencias bibliográficas. Si es el caso en el que no existe tal procedimiento entonces solo se contabilizarán 48.

1. Describir todos los hechos pertinentes al caso.
2. Presentar todos los principios y valores pertinentes para todas las partes involucradas, directa o indirectamente (se incluye también a la sociedad como un todo).
3. Determinar cuáles pueden ser los desacuerdos en materia de valores y principios que pueden presentarse entre las partes interesadas.
4. Determinar los posibles cursos de acción que protejan en mayor medida los principios y valores implicados en el caso.
5. Elegir y defender un curso de acción sobre la base de principios y valores relevantes.
6. En la defensa se debe mostrar que se han cumplido con las condiciones impuestas por los valores y principios prima facie que se consideren dominantes (Beauchamps y Childress, 2001:19-20) y (Childress, 2007:29).

4.2.1.42 Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (2007)

Este procedimiento denominado DOER formó parte de un estudio que la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias elaboró en un curso académico de enfermería en los años 2005 y 2006. Una de las conclusiones a las que llegaron fue que “El método DOER es válido para la implementación de estrategias educativas basadas en la toma de decisiones éticas como canalizador del proceso racional” (Meseguer-Liza y Torralba, 2007:8). Este procedimiento tiene pasos que son comunes a otras propuestas para la toma de decisiones éticas en el ámbito clínico. Aquí los pasos que se propone:

- 1.- Delimitación del conflicto. En la primera fase del modelo, la delimitación del conflicto, la enfermera deberá realizar:
 - a) Una valoración integral de la salud del paciente, para comprobar su estado a nivel físico, psíquico, sociocultural y espiritual en el momento de tomar la decisión, con la intención de identificar qué motivos, circunstancias o hechos le han llevado a tomar esa actitud determinada.
 - b) Tendrá que llevar a cabo una consideración del código de conducta de la Enfermería Española, para comprobar cuál debe ser la actuación deontológica en la situación planteada, así como del marco normativo vigente.
 - c) Realizará una confrontación de los resultados de la valoración realizada al paciente con la actitud que debe adoptar según su código de conducta. Así, delimita, de forma objetiva, las dimensiones reales del conflicto.
- 2.- Oferta de opciones. Ante el conflicto presentado, la enfermera deberá informar al paciente, de forma objetiva, veraz y completa de:
 - a) Su actuación según su código de conducta ante el conflicto existente.
 - b) Opciones que el paciente tiene para resolver su problema
- 3.- Escoger la opción. En esta fase el paciente deberá escoger libremente la opción deseada, de las alternativas presentadas por la enfermera.
- 4.- Resolución del conflicto. En esta fase la enfermera deberá:
 - a) Comunicar al resto del equipo multidisciplinar la opción elegida por el paciente-usuario y la postura a adoptar.
 - b) Actuar, bajo consentimiento informado, a los requerimientos personales, tanto por parte del paciente como del resto del equipo.
- 5.- Evaluación. En la fase final del modelo se deberá:
 - a) Evaluar la decisión tomada así como las posibles medidas en caso de persistir el conflicto.

- b) Registrar todo el proceso reflejando que la decisión tomada por la enfermera se ajusta a un proceso metodológico adaptado a las necesidades actuales. (Meseguer-Liza y Torralba, 2007:5-6)

4.2.1.43 Montero y Morlans (2009)

El modelo de procedimiento de decisión que elaboran Montero y Morlan es sincrónico, es decir, a partir de la adaptación de modelos previos, como el de Thomasma, Pellegrino y el de M.Cullough. Consta de diez pasos entre los que figuran la argumentación y la deliberación por separado. La argumentación está dirigida hacia la jerarquización de los componentes normativos en conflicto. La deliberación colectiva se extiende en el resto de los pasos; en los que continuamente se sopesan argumentos a favor y en contra. Aquí los pasos y su respectiva explicación en cada uno:

1. La descripción de los hechos, basada en la historia clínica y narrada por quien plantea el dilema. Es aconsejable que la persona que consulta participe en la deliberación, pues continuamente surgen interrogantes que sólo las personas implicadas pueden contestar. Pueden retirarse en el momento de adoptar una decisión. También, puede ayudar en la reflexión conceptual posterior la identificación de la clase de enfermedad ya que los conflictos pueden ser de naturaleza similar según la misma. A estos efectos las clasificamos como:

- a) Aguda con tratamiento efectivo, que si plantea dilemas es por la situación deteriorada y de dependencia del paciente.
- b) Crónica con supervivencia prolongada, en la que surgen cuestiones relativas a la limitación funcional y la calidad de vida y la conveniencia de retirar los tratamientos de soporte vital.
- c) Crítica con pronóstico incierto, donde surge la duda sobre si limitar el esfuerzo terapéutico y retirar los tratamientos de soporte vital.
- d) Incurable avanzada con mal pronóstico, circunstancias en las que se dirimen la asistencia adecuada al final de la vida, como es la sedación en la agonía.

2. Identificar la voluntad del paciente. Conviene disponer de información sobre las actitudes, los valores, las convicciones del paciente, así como sobre sus expectativas respecto a la intervención y sus consecuencias sobre la calidad de vida. Es conveniente comprobar la información de la que dispone sobre el proceso, su grado de comprensión y su capacidad de decisión. En el caso de que su competencia para decidir sea cuestionable es conveniente conocer si existe un documento de voluntades anticipadas e identificar si hay una persona acreditada para tomar las decisiones por sustitución. Hay que averiguar si ha dado su consentimiento o rechazo explícito, y si es procedente disponer del documento firmado del mismo.

3. Identificar los deberes del profesional. Orientar la intervención médica de acuerdo con las guías de práctica clínica, redactadas según la mejor evidencia disponible. Tener en cuenta los factores familiares y socio-económicos del caso. A menudo, se plantean dilemas sobre la eficiencia de la intervención, cuando el profesional debe decidir si actúa como agente del paciente ofreciendo la mejor opción posible o si actúa como agente del sistema, preocupado por el buen uso de los recursos sanitarios, siempre limitados. Otra clase de dilemas son los que plantean los límites del respeto de la confidencialidad, cuando la enfermedad del paciente puede amenazar la salud de terceras personas, ajenas al acto médico.

4. Identificar el conflicto. Se trata de analizar y comprender los motivos que enfrentan la voluntad del paciente con la interpretación del deber que hace el profesional sanitario o el por qué de las diferentes concepciones de este deber, cuando el conflicto es entre profesionales. Debe describirse con claridad y precisión las causas que han originado el conflicto.

5. Identificar la clase de conflicto. Es el momento del esfuerzo conceptual para definir el tipo o la clase de conflicto. Recordemos que en la casuística, la clasificación taxonómica o agrupación de los dilemas según su naturaleza ayuda al análisis y comprensión de los mismos y, aunque hay que atender a las circunstancias concretas de cada caso, este esfuerzo por enmarcar el caso en un contexto más universal es un paso que ayuda a avanzar en la resolución del mismo, y resulta imprescindible para dar el paso siguiente.

6. Valoración legal y consulta de la casuística. Tipificado el caso, conviene conocer si la legislación vigente incide en el mismo y, también, conviene prever las posibles consecuencias legales de la decisión. En este paso, la función del jurista es fundamental. También es aconsejable la consulta de las resoluciones de otros comités en casos parecidos, sin que ello implique que deba llegarse a la misma conclusión. Sin duda, el conocimiento de los argumentos ajenos, puede enriquecer el debate propio sin que por ello deba sustituirlo.

7. Argumentación sobre la jerarquización de los principios y los valores en conflicto. Es el momento de razonar, orientados por los principios, porque debe o no tenerse en cuenta la voluntad del paciente a la hora de determinar las obligaciones del médico, o cual de éstas, en el caso de un conflicto entre profesionales, interpreta mejor los intereses del paciente.

8. Previsión de las consecuencias y excepción a los principios. Deben preverse las consecuencias posibles de los diferentes cursos de acción y si, según las mismas, debe procederse a razonar la excepción a la aplicación de los principios. En este paso es conveniente considerar las críticas posibles a las diferentes alternativas y formular las respuestas a las mismas. Ello puede ayudar a optar por la decisión más coherente.

9. La deliberación. Es el momento de sopesar los argumentos a favor o en contra de las opciones posibles considerando las consecuencias previsibles. La hemos definido como el método o procedimiento por excelencia del quehacer moral y está presente en cada una de las etapas anteriores cuando la decisión debe ser colectiva. Si bien es factible seguir cada uno de los pasos descritos cuando una persona individualmente quiere decidir sobre un conflicto moral, resulta más difícil e, incluso contraproducente, ajustar el diálogo colectivo a ese orden, pues ello puede resultar en detrimento de la libertad de expresión.

10. Redacción de la recomendación. La recomendación final debe redactarse con precisión, precedida de manera sucinta, de la descripción de los pasos anteriores. Si la recomendación no ha sido consensuada por todos, es conveniente hacer constar la opción o opciones minoritarias. En cuestión de opiniones todas valen, y el conocimiento de las discrepancias no supone una merma de la autoridad moral del comité si no que puede ayudar a la decisión final de quien ha consultado, que, en definitiva, es de lo que se trata (Montero y Morlans, 2009: 186-189).

4.2.1.44 Ley Social. Ballestero-Izquierdo (2009)

Esta propuesta también es sincrónica, pues sus pasos son adaptados de modelos anteriores, como el de Loewenberg & Dolgoff, de Congress, Gracia, entre otros. Se denomina como modelo de la *Ley Social* y ello se debe a

“la necesidad que tienen los profesionales de justificar las decisiones éticas que toman... no busca legitimar el funcionamiento de las instituciones en las que sirven los profesionales del

trabajo social, sino añadir claridad conceptual al procedimiento de toma de decisiones éticas en situaciones dilemáticas, sin requerir un excesivo esfuerzo conceptual y aprovechando las condiciones de un entorno laboral funcionalista y funcionarizado (Ballesteros-Izquierdo, 2009:130).

Este modelo tiene como eje central la aplicación de las bases teóricas éticas deontológicas y utilitaristas y destaca la importancia de prestar atención a los filtros legales e institucionales para saber de qué se trata el dilema ético. Está conformado por ocho pasos:

1. Dilema ético y principios. Se trataría de concretar el dilema ético y delimitar los principios que se hallan en conflicto.
2. Personas e instituciones. Se trataría de identificar a todas las personas e instituciones relacionadas de algún modo con la causa, la situación actual o la posible solución del dilema.
3. Soluciones y consecuencias. Se trataría de buscar prima facie todas las soluciones y sus posibles consecuencias para las personas e instituciones implicadas. Para ello se analizarían todas las posibilidades sin prejuzgar la bondad o no de las mismas.
4. Filtro ético. Se trataría de comprobar qué soluciones de las halladas son éticamente aceptables en la profesión de trabajador social. Para ello se consultarían los códigos de ética, los principios profesionales y demás regulaciones específicas del trabajo social en cada lugar.
5. Filtro legal. Se trataría de comprobar qué soluciones éticamente aceptables en la profesión no crean nuevos conflictos o dilemas éticos y al mismo tiempo no van contra las leyes civiles vigentes en el contexto del dilema. Se trataría de hallar soluciones que estuvieran dentro de la ley para evitar soluciones alegales, ilegales o delictivas.
6. Filtro de la ley social. Se trataría de estudiar los casos relacionados anteriormente resueltos en los que se produjo el mismo (o muy parecido) dilema ético. Se recurriría si fuera necesario a consultas al colegio profesional, intercambio de opiniones confidenciales con otros colegas o consultas a expertos e investigadores. Denominamos a este paso del proceso filtro de la ley social, porque los antecedentes se convierten en una especie de “jurisprudencia social” sobre la que apoyarse tras pasar los filtros ético y legal.
7. Reflexión y decisión. Se trataría de reflexionar sobre las soluciones posibles que han pasado todos los filtros (ético, legal y social) para decidir cual, siendo éticamente aceptable en la profesión, no creando nuevos problemas (o al menos no más graves que el inicial) y teniendo en cuenta la “jurisprudencia social”, protege mejor la autonomía del usuario y causa los menores daños a terceros.
8. Seguimiento y evaluación. Se trataría de, una vez resuelto el dilema, tomada la decisión y puesta en práctica, evaluar la calidad ética de la solución para perfeccionar la resolución de futuros dilemas éticos, incrementar la “jurisprudencia social” de la profesión y aumentar la experiencia profesional del trabajador social que ha resuelto el dilema. (Ballesteros-Izquierdo, 2009:130).

4.2.1.45 Corey, Corey y Callahan (2010)

El procedimiento para la toma de decisiones propuesto está dirigido a la consejería en las profesiones. Señala los autores que tiene por objetivo estimular la reflexión y fomentar la discusión que propicien la mejor toma de decisión (Corey, Corey y Callahan: 2010:27). Este procedimiento distingue el paso 5 en el que las consultas son requeridas para aclarar el caso,

esto significa que, quienes estén analizando y evaluando un caso no siempre contarán con el dominio de algún tema que incide en el caso. La opinión de los expertos favorece la toma de decisiones colegiadas. Aquí los ocho pasos que conforman esta propuesta:

1. Identificar el dilema
2. Identificar los posibles problemas involucrados
3. Revisar los códigos éticos relevantes
4. Conocer las leyes y regulaciones que pueden ser aplicadas al caso
5. Hacer las consultas que se requieran para clarificar el caso
6. Considerar las probables direcciones de la acción a realizar
7. Enumerar las consecuencias de las diferentes alternativas
8. Decidir cuál será la mejor opción (Corey, Corey y Callahan, 2010:24-27).

4.2.1.46 Netza (2013)

El procedimiento para toma de decisiones de análisis de casos Netza propone está dirigido para los CHB con el propósito de contribuir al discernimiento sobre qué casos analizar y qué componentes relevantes se necesitan para presentar el caso. Su propuesta está apoyada en los lineamientos que ofrecen las guías de la UNESCO y advierte algunos riesgos en los comités al no contar con algún método para la presentación y análisis de casos, tales como “a) la falta de protocolos, ocasionando que no existan criterios unificados sobre ciertos procesos, b) actitudes no adecuadas de los profesionales de la salud, derivadas del exceso de trabajo, y c) la pérdida de carácter interdisciplinar (Netza, 2013, 30). De ahí que emprende este esfuerzo por condensar en nueve pasos su propuesta:

1. Hacer la presentación del caso por el comisionado para ello. Debe ser alguien que pertenezca al Comité, pues al menos en México, donde la mayoría de los profesionales de la salud todavía no tienen conocimientos en bioética, es frecuente que los casos o están mal presentados o no son casos propios para ser analizados por el Comité de ética asistencial.
- 2.- Proporcionar la información que los participantes requieran sobre cada apartado: factores médicos/éticos/legales.
- 3.- Establecer si es un problema, un dilema, o un conflicto.
- 4.- Establecer con la mayor puntualidad posible las implicaciones éticas que el caso tenga, ya sea por falta de observación a la deontología médica, por transgresión a los principios bioéticos, o alguna otra acción o situación que a la luz del análisis se considere que tiene repercusiones éticas.
- 5.- Una vez que todas las dudas sobre la presentación e información se hayan atendido, proceder al análisis del caso.
- 6.- Es importante que las recomendaciones que el Comité emita contemplen las implicaciones en los distintos aspectos a considerar: médicos, éticos y legales.
- 7.- Determinar si es necesaria una segunda sesión para convocar a otro(s) especialista (s).

8.- Dar seguimiento al caso por la comisión interna. La cual informará en tiempo previamente establecido por el Comité si las recomendaciones fueron viables o no, y si las soluciones operativas fueron implementadas.

9.- Volver a retomar el caso si las recomendaciones no fueron observadas, o si las transgresiones con implicación ética se siguen manifestando. (Netza, 2013: 30-31).

4.2.1. 47 Anguita (2013)

El procedimiento de Anguita recupera la deliberación y, a la par, propone algunas reglas para que la comunicación se facilite (Anguita, 2013: 20). Su propuesta está encaminada a fortalecer la carencia de métodos estandarizados y la falta de conocimientos en temas de bioética que existen la conformación de los CHB para analizar casos. Su propuesta comprende los siguientes pasos:

- 1.- Presentación de caso clínico
- 2.- Aclaración de los hechos
- 3.- Identificación de los problemas éticos
- 4.- Deliberación
- 5.- Recomendación ética (Anguita, 2013: 18-21).

4.2.1.48 Schmidt (2013)

El procedimiento de análisis de casos que propone Schmidt está dirigido a los comités de bioética. Denomina su propuesta como holística al optar por diversas bases teóricas éticas para la formulación y organización de las secciones que la componen; tales como el paradigma antropológico-ético en Morín, el crítico de Habermas, el método trascendental en Lonergan y, por último, en la ética de mínimos y máximos de Laín y Cortina (Schmidt, 2013: 32).

Las tres secciones o estadios del procedimiento son: 1) de identificación y discernimiento, 2) de comprensión y evaluación y 3) de juicio y actuación. Cada estadio está conformado por varios pasos, los cuales son:

- I. En el primer estadio del proceso, el sujeto comienza a autoapropiarse de los datos del dilema moral (¿Qué hay? ¿Con qué?). El conocimiento del mismo, permite «experimentar» en este primer nivel de operación consciente e intencional, en el que se hace el sujeto cognoscente... Este estadio corresponde al discernimiento de la realidad, en especial del dilema bioético a ser considerado y permite:

- 1.- Confrontar el dilema bioético tratado: Discernimiento de la realidad en cuestión, de ser posible, desde «diversas ópticas o puntos de vista» y lo más amplia o extensamente posible. De la «lectura» de la situación bioética se presta una aguda atención a los datos del objeto por conocer. Este paso preliminar permite despertar la sensibilidad ética de los sujetos a las situaciones particulares objeto de estudio.
- 2.- Detectar e identificar los hechos relevantes del dilema bioético, de ser posible la secuencia de los mismos. En otras palabras, de aquellos hechos que clarifican, agrupan o

identifican mejor el hecho moral. Etapa vinculada a la anterior y en la que los datos, infraestructura de aquello que se percibe y se dispone el sujeto a conocer, ponderar y agruparlos en hechos macros y destacables que incluyen a otros. Obviamente, el destacar el hecho relevante fija la atención al problema central del dilema moral tratado. Es tan importante la adecuada recopilación de datos como su adecuada correlación para captar su inteligibilidad.

3.- Análisis del sistema de referencia o de decisión ética: actores, relaciones, escenarios y naturaleza del dilema moral (premisas ontológicas y éticas). Ello permitirá reconocer el entorno, las interacciones y las comunicaciones existentes. Además, se recomienda definir la terminología empleada (si aplica).

4.- Identificar los valores en sus propios sentimientos de justicia (Schmidt, 1993:194-197) y que se relacionan con las actitudes y acciones detectadas y que se establecen en las diversas posturas individuales. Es importante subrayar que los datos de «valor objetivo» permiten hablar de un nivel empírico en el mundo interior del sujeto analizado, para estudiarlo racional y sistemáticamente desde su contexto o «escenario(s)» y las «relaciones» que dentro del mismo presenta el fenómeno ético en cuestión.

II. En un segundo estadio, la experiencia del objeto y la recopilación de datos no es todo el conocimiento, sino apenas, parte del mismo (¿Qué es esto? ¿Por qué esto es así?). Para ello se debe «entender» el dilema moral tratado y para lo cual se deberá intensificar en el sujeto su conciencia intencional. El entender no es más que buscar unificar y correlacionar los datos del objeto, o captar sus relaciones y funciones.

5.- Lo objetivo. La norma objetiva o ley moral comprende desde la Ley Divina (En el caso de personas creyentes) hasta la ley humana. Inicialmente, se busca determinar el ordenamiento jurídico, deontológico y social de la sociedad (En ética civil, la norma reduce su campo de entendimiento a la ley positiva humana). A lo largo de la historia del hombre se ha establecido en cada cultura un marco de doctrina, de legislación y de jurisprudencia. Dicho marco permite ubicar mejor el dilema moral objeto de estudio. Posteriormente, se ilumina y valora desde las creencias de la persona.

6.- Lo subjetivo. La Norma subjetiva permite también reconocer la moralidad del (de los) acto(s) del dilema tratado. Establecer lo que dicta la conciencia, en particular, la conciencia intencional del actor de la situación sólo es conocido en forma parcial y a través de sus actos, sus «obras» ilustran el sentido y la dirección de su opción fundamental.

III. Después de «experimentar y entender», hay que juzgar acerca de lo experimentado y entendido, hay que discriminar si lo entendido corresponde realmente a lo experimentado. El paso previo al juicio de la conciencia moral requiere de:

7.- Formular los principios morales en sus propias palabras, a partir de los valores anteriores. Evaluar sus propios valores a la luz de los valores objetivos. a) Para ello se deberá tener presente: b) Sólo la conciencia recta y cierta, es norma incondicional de la opción moral. c) Las falsaciones. Nunca se debe optar contra la conciencia cierta y libre, aún en el caso de que sea invenciblemente errónea, la cual, estando cierta en el juicio, incurre objetivamente en error. d) No se puede decidir sin tener conciencia cierta, en caso de duda se debe buscar la certeza con la ayuda de los sistemas éticos que son artificios que ayudan a salir de la duda.

8.- Evaluar la evolución histórica del planteamiento moral. La experiencia histórica y cultural es de gran importancia para comprender el significado y valores presentes en el hecho analizado. (Todo ello, en caso de corresponder a un problema cuya experiencia histórica enriquezca el significado moral objeto de estudio).

9.- Determinar los criterios de juicio basados en los puntos anteriores. De esta manera se establece un conocimiento real y objetivo. Esto exige sopesar las evidencias en favor o en contra de la realidad de lo entendido o, dicho de otra manera, pide verificar sus condiciones de verdad, quedando condicionado por ellas (Schmidt, 2013: 53-55).

4.2.1.49 Guevara, Altamirano y Altamirano (2017)

El procedimiento en el análisis de casos de Guevara, Altamirano N. y Altamirano M. está dirigido a los CHB para que se logre una deliberación en *bioética en tiempo real*, esto es “en el abordaje del paciente en un tiempo particular (“on-the-fly”), inmediato y simultáneo a la atención clínica” (Guevara, Altamirano y Altamirano, 2017: 27). El procedimiento está dividido en tres fases: 1) ejercicio individual, 2) Identificación de hecho y 3) Identificación de problemas. En cada fase hay pasos específicos para dar continuidad al caso y son los siguientes:

- I. Estudiando cada ejercicio de forma individual
- II. Identificación de los hechos
 - 1.- Antecedentes
 - 2.- Circunstancias o factores externos e internos de influencia
 - 3.- Actores principales
 - 4.- Actores secundarios
- III. Descubriendo e identificando los problemas
 - 1.- Identificando tipos de problemas
 - 2.- Jerarquizando los problemas éticos
 - 3.- Analizando y aplicando el discernimiento en los problemas éticos
 - a) ¿Cuál es el BIEN que se busca?
 - b) ¿Quién es el destinatario del BIEN?
 - c) ¿Quién es el personaje principal?
 - d) ¿Quiénes son los personajes secundarios?
 - e) ¿Cuáles son las circunstancias?
 - f) Analice “bien” según las teorías éticas básicas: utilitarismo, deontología y aretológicas
 - g) ¿Qué decisiones tienen que tomarse?
 - h) ¿Quién es el responsable de tomarlas?
 - i) ¿Qué prefiere el paciente?
 - j) ¿Qué prefiere el equipo de salud?
- IV. Planteamiento de: soluciones, conclusiones y recomendaciones. (2017:30).

Tabla 29. Análisis comparativo de los procedimientos propuestos para análisis de casos³⁰⁰.

Procedimiento	Problema/ Dilema/ Conflicto	Hechos / Datos	Valores/ Principios / Normas/R eglas	Teorías o enfoques en ética	Enfoques en Bioética	Argumenta ción	Delibera ción	Toma de de decisión/ resolución
1.- Hansens y Bergsma	X	X	X	-	-	-	-	X
2.- Burrell	X	-	X	-	-	-	-	-
3. Davis	X	X	X	X	-	-	-	X
4.- Thomasma	-	X	X	X	-	-	-	X
5. McCullough	-	X	X		X	X		-
6. Rest	X	-	X	-	-	-	X	X
7. Curtin y Flaherty	X	X	X	X	-	-	-	X
8. Jonsen, Siegler y Winslade	-	X	X	-	X	-	-	X
9. Kieffer	X	-	X	-	-	-	-	X
10. Candee y Puka	-	X	X	X	-	-	-	-
11. Pellegrino	X	X	X	X	X	X	-	X
12. Strong	X	-	-	X	X	-	-	-
13. Galveston. Schwinle, Bernard, Kluge, Hayes y Alensworth	-	X	-	-	-	-	-	X
14. Brody y Payton	X	-	X	X	-	-	-	X
15. Hunt y Vitell	-	-	X	-	-	-	-	-
16. Bochum. Sass y Viefhues	X	X	X	X	-	X	-	X
17. Bommer, Gratto,	-	X	X	-	-	-	-	X

³⁰⁰ Esta tabla es una versión actualizada de la Tabla 2 “Análisis comparativo de los modelos propuestos para abordar dilemas éticos” (Ruiz Cano et. al. (2015:95) en la que se agregan los otros procedimientos explorados en diversas fuentes bibliográficas y también se agregan otros componentes identificados con mayor frecuencia.

Gravender y Tuttle								
18. Hasting Center. Wolf	-	X	X	-	-	-	-	X
19. Drane	-	X	X	-	X	X	-	X
20. Erde	X	-	-	X	-	-	-	X
21. Jonsen y Toulmin	-	X	X	X	-	X	X	X
22. Viafora	X	X	X	-	-	-	-	X
23. Ferrell, Gresham y Fraedrich	-	X	-	-	-	-	-	-
24. Gracia	X	X	X	X	X	X	X	X
25. Grundstein-Amado	X	X	X	X	-	-	-	X
26. Thompson y Thompson	X	X	X	X	-	-	-	X
27. Jones	X	X	-	-	-	-	-	-
28. Pope y Vázquez	-	X	X	X	-	-	-	X
29. Lo	X	X	X	-	-	X	-	X
30. Dolgoff, Loewenberg y Harrington	X	X	-	-	-	-	-	X
31. Morata	X	X	X	-	-	-	-	X
32. Congress	-	-	X	X	-	-	-	X
33. Bermejo	X	X	X	X	-	-	-	X
34. Roque	-	X	X	X	X	-	-	-
35. Nijmegen	X	X	X	-	X	X	X	X
36. Altamirano, Garduño, García y Muñoz	-	X	X	X	-	-	-	X
37. UNESCO	X	X	X	-	-	-	-	X
38. Day	X	X	X	X	-	-	-	X

39. Bush, Connell y Denney	X	X	X	X	X	-	-	X
40. Engelhardt	X	X	X	X	-	X	-	X
41 Childress	-	X	X	X	X	-	X	X
42. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias	X	X	X	-	-	-	-	X
43. Montero y Morlans	X	X	X	-	X	X	X	X
44. Ley Social Ballesteros-Izquierdo	X	X	X	X	-	-	-	X
45. Corey, Corey y Callahan	X	X	X	-	-	-	-	X
46. Netza	X	X	X	X	-	-	-	-
47. Anguita	X	X	X	X	-	-	X	X
48. Schmidt	X	X	X	X	-	X	X	X
49. Guevara, Altamirano y Altamirano	X	X	X	X	-	-	-	X

Fuente: elaboración propia

De los 49 procedimientos encontrados solo 2 fueron puestos a prueba, 1) el de Grundstein-Amado que fue validado empíricamente en dos hospitales y 2) el de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias que se estudió con fines educativos para el área de enfermería.

De todos los procedimientos de decisión para analizar casos el que cumple con todos los criterios de selección es el que formula Gracia, quien propone dos tipos de procedimientos, uno general y otro centrado en la deliberación y argumentación. Solo 8 procedimientos mencionan la deliberación en alguno de sus pasos y 11 mencionan la argumentación como un paso a seguir en el procedimiento de análisis de casos.

Los procedimientos de toma de decisiones pretenden ser una guía para aminorar la preocupación sobre cómo analizar casos en Bioética. El trabajo intelectual que han hechos los autores de los diversos procedimientos descritos invita a considerar lo siguiente:

- a) Aparentemente podría suponerse que son muchos procedimientos y que al no ser sometidos todos a revisión para probar su eficacia (menos 2 que sí fueron puestos a prueba), entonces no tendría mucho sentido proponerlos. Aunque esta suposición podría ser aceptable, no obstante, exponer un procedimiento es una vía para dar cuenta de la necesidad por trazar una ruta sistemática sobre cómo podría revisarse un caso a la luz de procedimientos que, todos ellos, son rectificables.
- b) Los procedimientos de toma de decisiones son dinámicos, es decir, pueden adaptarse y modificarse para ser empleados. No son prototipos cerrados.
- c) Hay por lo menos dos extremos que se necesitan tener en cuenta al considerar en la formulación de procedimientos en la toma de decisiones: 1) que su formulación tenga pasos bastante extensos y otro es 2) que presentan pasos muy limitados. Encontrar un punto equilibrado es una labor desafiante. Pues por un lado, se corre el riesgo que al ser extenso el procedimiento su empleo se valore como agobiante y en consecuencia sea descartable. Por otro lado, se corre también el riesgo de que al contar con pasos limitados o insuficientes se ignore información o datos relevantes en su aplicación.

En el siguiente apartado se propone un procedimiento más para el análisis de casos dirigido a los CHB desde la deliberación argumentativa y desde otras herramientas argumentativas; las cuales pueden favorecer la revisión, análisis y evaluación de casos con problemas o dilemas en bioética.

4.3 Deliberación argumentativa en bioética

El estudio y la práctica de la deliberación se ha impulsado recientemente como un mecanismo dialéctico para la toma de decisiones interrelacionadas. El origen de la práctica deliberativa se remonta hace más de dos mil años en la Antigua Grecia, particularmente, en Atenas. El *areópago* fue el lugar de reunión para tratar las sesiones integradas por representantes de las tribus griegas (Will, 1997: 60-66).

El concepto de deliberación proviene de la *Boulé* [Βουλή] o Consejo de los Quinientos; el cuál estaba integrado por los ciudadanos de la aristocracia (Rhodes,1985:1). La función central era deliberar sobre diversas iniciativas públicas y ofrecer propuestas de solución para que la Asamblea tomara decisiones con base en los resultados del Consejo de Quinientos. “Y a la decisión razonable tomada tras prolongada deliberación se la llamó «prudente»” (Gracia, 2001:3).

La deliberación que asumió la *Boulé* desde el siglo VI a.C. actualmente recobra sentido, particularmente, en las funciones que desempeñan los CHB. Una mirada al mundo clásico para comprender la importancia de la deliberación en el presente. Aunque las atribuciones de la deliberación actuales no son del todo compartidas con la deliberación clásica. Como la selección de miembros. Hoy se extiende su alcance a cualquier interlocutor que pueda tener iniciativa y disposición para analizar casos; siendo indistinta la clase social a la que pertenezca.

El primer estudio sistemático de la deliberación del que se tiene registro se encuentra en la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles; en la que describe la deliberación como una de las virtudes éticas, esto es, como “práctica de la prudencia”³⁰¹. El estagirita “no precisó cómo realizar la investigación propia para ejercitar una correcta deliberación. Deliberar es propio del agente moral que ha adquirido un proceso de formación. Si la formación es deficiente, probablemente, su ejercicio deliberativo esté en correspondencia con tal formación” (Patiño y Muro, 2022:3).

Saber deliberar en bioética requiere de preparación constante en conocimientos, actitudes y habilidades. El área que se ha encargado de sistematizar la deliberación es la argumentación.

Volviendo con la pregunta, ¿Qué argumentación para la bioética? Esta pregunta anticipa la afirmación que, de todo el estudio que ha elaborado en la argumentación, habrá material que no necesariamente ofrece aportaciones relevantes a la bioética. Tal es el caso de la lógica tradicional. Lo mismo sucede con la dimensión retórica, pues ésta está dirigida al estudio de los “discursos y técnicas efectivas de persuasión” (Alcolea, 2011:528). El estudio de la argumentación retórica se centra en el auditorio para lograr resultados exitosos del discurso; siendo irrelevante si la información es plausible. La plausibilidad es uno de los criterios normativos de la dialéctica y no propiamente de la retórica.

La dialéctica, o mejor dicho, la nueva dialéctica como dimensión argumentativa, es la apuesta en este trabajo en el que se pretende aproximar algunas herramientas argumentativas y la deliberación argumentativa al quehacer bioético. ¿por qué la deliberación argumentativa? Porque ofrece elementos normativos para identificar, analizar y evaluar la argumentación presente en el diálogo. En palabras de Walton, señala que

³⁰¹ En *Retórica* también estudia la deliberación como “género retórico” (*Ret.* 1358b 7-9) que tiene como finalidad lo conveniente y lo perjudicial por medio de la persuasión (sugerir por medio de la manipulación de las emociones que alguien haga algo) y la disuasión (evitar que alguien haga algo incurriendo en las emociones).

El nuevo modelo dialéctico de argumentación ética ha sentado las bases de un nuevo programa de investigación. Este programa toma como base el tipo de argumentación utilizada en los estudios de casos de ética aplicada, como la ética médica, la ética empresarial y la ética ambiental³⁰² (2003:192).

Como se mencionó en el capítulo uno, el quehacer bioético y los CHB se entienden como áreas de reflexión interdisciplinaria, plural, laica, tolerante y que optan por el consenso, en la medida de lo posible. “para proponer y promover pautas normativas —éticas, políticas y jurídicas— se requiere de una actitud especialmente responsable y de un doble conocimiento: el científico-técnico [...] y el argumentativo (lo que implica contar con las herramientas deliberativas)” (Casado 2011, 67).

Uno de los desafíos al aproximar la argumentación a la bioética es ¿cómo analizar y evaluar los argumentos en bioética? Sabiendo que en el diálogo participan diversos campos argumentativos: científico, jurídico o ético; por mencionar algunos. Más aún ¿hay argumentos en bioética?

Responder a la pregunta de manera afirmativa sobre si hay argumentos en bioética, conduce a otra pregunta ¿qué clase de argumentos caracteriza a la bioética? Esta pregunta es difícil de responder si entendemos el estudio de la argumentación y los estudios de la nueva dialéctica dirigidos exclusivamente a los argumentos³⁰³ y nada más; pues esto implica extraerlos del diálogo, despojándoles de la riqueza comunicativa, epistémica y pragmática en la que se desenvuelven.

De ahí que, los acercamientos desde la nueva dialéctica y la argumentación, como actividades que examinan la concatenación de razones y argumentaciones discursivas en “atención a su interés por la infraestructura pragmática del discurso argumentativo y por el análisis, la construcción crítica y la evaluación normativa de los aspectos cognitivos, inferenciales” (Vega, 2011: 56-57).

La pregunta debe replantearse, ¿hay actividad argumentativa en la bioética? y la respuesta es sí. La actividad argumentativa se produce en el entramado e intercambio discursivo al dar y pedir razones; las cuales puede aducir a diversos campos de conocimiento. Ahora sí, “en esta perspectiva, los argumentos pueden verse como macro-actos argumentativos, es decir,

³⁰² Traducción original: The new dialectical model of ethical argumentation has laid down the foundations for a new research program. This program takes as its basis the kind of argumentation used in case studies in applied ethics, like medical ethics, business ethics, and environmental ethics.

³⁰³ Como meras estructuras revisables a la luz de la dimensión lógica. Vega distingue los conceptos de argumento y argumentación en su obra *Si de argumentar se trata* (2003).

como actos ilocutivos complejos... en suma, actos de segundo nivel compuestos por actos asertivos de primer nivel, premisas y conclusión” (Vega, 2011: 58). Y no solo actos de habla asertivos. Como ya se distinguió en el capítulo tres, diversos actos de habla, o mejor dicho, diversos juicios morales (asertivos o afirmativos, declarativos, compromisorios, imperativos y expresivos).

La preparación de ciertas condiciones para el estudio de la argumentación en bioética implica que

... las premisas consistirán en contenidos proposicionales de actos asertivos [y otros actos de habla] del hablante que el oyente acepta o se supone que aceptaría una vez respaldados debidamente, mientras que la conclusión consistirá en el contenido proposicional de un acto asertivo [un otro tipo de acto de habla] del hablante, pero no aceptado por el oyente al menos en principio. Así pues, una condición preparatoria será la existencia de una discrepancia -con respecto a la conclusión- y de ciertos acuerdos -con respecto a las premisas- para dilucidar la cuestión (Vega, 2011: 58).

Ahora bien, retomando la pregunta ¿cómo analizar y evaluar los argumentos en bioética? Por lo pronto la respuesta va en dirección hacia el examen de movimientos o pasos lícitos de un tipo de diálogo a otro, para ampliar el conocimiento sobre el caso que se esté revisando u otro propósito que acuerden los interlocutores.. En este sentido, la respuesta apunta a la puesta en escena del procedimiento del diálogo deliberativo argumentativo, para saber cómo y de qué manera se hacen presentes los criterios normativos para analizar y los criterios para evaluar la argumentación en bioética. El procedimiento de deliberación argumentativa “intenta ver cómo funciona realmente la argumentación ética [y bioética] en los intentos cotidianos de justificación ética de cuestiones éticas [y bioéticas] en disputa. Lo que se observa es que, en los casos difíciles, existen conflictos de opinión (Walton, 2003: 192).

4.3.1 Condiciones óptimas para la deliberación argumentativa

Antes revisar la propuesta de procedimiento deliberativo argumentativo es conveniente establecer las *condiciones óptimas previas a la deliberación argumentativa*. Se consideran óptimas porque en ausencia de alguna de estas cuando se comienza el procedimiento deliberativo o cuando el manejo de las condiciones es deficiente, entonces probablemente la deliberación argumentativa se vea comprometida y, en ese mismo sentido, su aplicación sea deficiente.

Una analogía para comprender la importancia de las condiciones óptimas es la elaboración de un platillo (v. gr. preparar mole). Los ingredientes son análogos a las

condiciones óptimas y el procedimiento deliberativo es la propuesta que posibilita combinar los ingredientes; según sea el proceso y el modo. De ahí que los procedimientos para la toma de decisiones presentados en el apartado anterior es un catálogo de la variedad y diversidad de acercarse a examinar la toma de decisiones en el ámbito clínico. Como los es también la variedad de preparar de diversas un mismo platillo.

Las cuatro causas aristotélicas (material, formal, eficiente y formal) pueden despejar las inquietudes elementales de algunas interrogantes sobre la deliberación argumentativa y así tener tener claridad sobre el terreno en el que se desenvuelve el procedimiento propuesto.

Aquí las cuestiones:

- 1.- Causa Material ¿Qué es lo que se delibera?
- 2.- Causa formal ¿Cuál es la estructura de lo que se delibera?
- 3.- Causa eficiente ¿Quién delibera?
- 4.- Causa final ¿Para qué se delibera?

A la primera pregunta, ¿qué es lo que se delibera? se delibera los posicionamientos en los que existen desacuerdos morales con implicaciones en el quehacer bioético. Cuando los interlocutores ya se han puesto de acuerdo, cuando no hay quien disienta o ponga en duda algún posicionamiento entonces no hay, por el momento, nada que deliberar.

Los desacuerdos morales en la bioética pueden ser de 1) actitud, 2) de creencia, o 3) ambos. Para despejar los desacuerdos de actitud es menester valorar y ponderar las razones aludidas para tomar decisiones y llevar a cabo un curso de acción. Para los desacuerdo de creencia es indispensable recurrir a diversas fuentes según sea el asunto en cuestión, tales como literatura de alguna área de conocimiento, expertos sobre la materia, testimonios y/o narrativas.

A la pregunta ¿cuál es la estructura de lo que se delibera? La respuesta se dirige a los pasos que constituye el procedimiento deliberativo argumentativo, mismo que se presenta en el siguiente apartado.

A la pregunta ¿quien delibera? Al menos en los CHB lo hacen los integrantes que conforman el consejo. Agentes morales³⁰⁴ que pueden ser 1) expertos en alguna área de

³⁰⁴ Para saber quien es agente moral se requiere de la evaluación de capacidades cognitivas que se trató en el capítulo 2. Las escalas y criterios propuestos no son definitivos. Que una persona se considere como paciente moral, es decir, incapaz para tomar decisiones, no equivale a excluirlo de algún procedimiento para la toma de decisiones. En sintonía con el principio “Personas carentes de la capacidad de dar su decisión” contenido en la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* “la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación”

conocimiento y 2) legos sobre alguna área de conocimiento especializado. Éstos últimos pueden ser pacientes, familiares o representantes de pacientes.

Por último, a la pregunta ¿para qué se delibera? Para los CHB la respuesta se dirige a saber el propósito que tiene la deliberación. Esta pregunta tiene dos respuestas, una general y una específica. La respuesta general aplica para cualquier procedimiento deliberativo independiente del caso a revisar. Se delibera para lograr un estudio sistemático en el que se presenta, organiza y transmite un análisis y evaluación del caso hacia los involucrados que toman decisiones complejas, pues así, podrán disponer de un panorama más amplio de comprensión.

La respuesta específica a la pregunta corresponde a cada caso particular. Este es un ejercicio en el que los integrantes del comité acuerdan sobre la relevancia e impacto que tendrá la recomendación a los interesados en el caso.

Sentadas las bases previas, ahora se presentan las *condiciones óptimas para la deliberación argumentativa*:

1.- Presentación del caso. Este componente indica todo hecho o dato relevante para el caso (en este se hace adaptación de algunos de los pasos de los modelos que consideran los hechos o aspectos descriptivos, como el de Montero y Morlans). Es preferible que sea descrito por aquel interesado en que su caso sea analizado por un CHB en el que solicite los siguientes puntos:

- a) Descripción de enfermedad (es) o padecimientos presentes (agudos, crónicos, crónicos o incurables)
- b) Descripción del objetivo del caso a tratar (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, pronóstico, terapéutica o paliación)
- c) Agentes: paciente, familiar de paciente y profesional de la salud implicado en los que se destaquen las actitudes, valores, capacidad para toma de decisiones, decisiones y/o preferencias (oral o por escrito vgr. voluntad anticipada del paciente), alternativas planteadas, obligaciones.
- d) Contexto relevante: religioso, educativo, laboral, económico, personal (v.gr. edad, lugar de residencia), familiar e institucional.

Si falta algún dato relevante en la presentación del caso, solicitarlo por escrito al interesado en presentar el caso al CHB.

2.- Interlocutores que van a deliberar. Se requiere de la actualización de conocimientos, desarrollo de habilidades y manifestación de actitudes. Para ello es indispensable considerar las competencias para analizar casos que sugiere la Asociación Americana de Bioética y Humanidades (AABH) que se comenta en el capítulo 1.

3.- Lugar para deliberar (*areópago*). Es el punto de reunión de los integrantes del CHB. Las reuniones pueden ser presenciales o virtuales. Cuando las reuniones son presenciales el espacio necesita ser amplio -como para que puedan caber todos los integrantes-, contar con mobiliario (mesa (s), sillas, proyector, archivero) y necesita ser un espacio seguro -en el que los integrantes se sientan cómodos para deliberar sin temor a ser expuestos o dañados en su integridad. Si las reuniones son virtuales se necesita que haya cierta seguridad en el uso de la plataforma digital empleada para que el ingreso sea restringido sólo a los integrantes que van a participar en la deliberación.

4.- Tiempo para deliberar. El tiempo necesita calcularse según la prioridad con la que se presenta el caso. Puede ser según la urgencia: alta, media o baja (Mayorga, 2016: 156). Esto significa que si el caso requiere una recomendación inmediata porque está en juego la vida o integridad del paciente y se necesita recomendación pronta y expedita entonces se debe reunir de forma extraordinaria a los integrantes que se encuentren disponibles. Si la urgencia es media, se debe programar la reunión de forma ordinaria y solicitar la participación de todos los miembros del CHB y, de ser posible si así se requiere, solicitar participación de algún especialista que pueda aclarar dudas. Si la urgencia es baja, se debe programar la reunión dentro de las sesiones ordinarias y solicitar la participación de expertos que puedan aclarar todos los hechos y datos relevantes. Esto podría llevar más de una sesión para que la recomendación pueda ser lo más amplia posible. Además, el tiempo es

...a menudo esencial, con mucho pensamiento crítico y deliberar se necesita hacer rápidamente, con personas sin experiencia en estas actividades. Lo que está en juego son cosas que importan mucho, con dolor, el sufrimiento, la vida, la pérdida permanente, el dolor, incluso la muerte depende de las decisiones tomadas o no no tomadas (Zaner, 2015: 112).

4.3.2 Propuesta de deliberación argumentativa para los CHB³⁰⁵

En este apartado se presentan los pasos del procedimiento deliberativo argumentativo que formula Walton en su *Argumentación Ética* (2003); el cual ha sido adaptado y ampliado para tratar los casos clínicos que se encuentran en los CHB.

El procedimiento deliberativo comienza con la *apertura* del diálogo, en la cual se ofrece el “planteamiento de una pregunta rectora sobre lo que se debe hacer” (Walton 2003, 164). Una vez se presenta el tema en el que existen diferentes puntos de vista y se asume que existe una controversia que corresponde a la bioética, entonces la deliberación inicia cuando se formula y se decide cuál es la pregunta central —ya que pueden surgir más preguntas del tema— la cuál será el eje de atención y análisis en el resto del procedimiento deliberativo. La controversia bioética se entiende como un problema o dilema en el que existe un obstáculo de naturaleza práctica (Aristóteles Top. I 11 104 b), la cual se refiere a la aplicación de cualquier recurso tecnológico y biotecnológico, y a la generación de conocimiento que tenga impacto en la vida. La pregunta puede reflejar la confrontación de cualquier referente moral (como valores, principios o prescripciones morales); puede dirigir su atención hacia la pertinencia de las excepciones o hacia los agentes morales implicados y en quién de ellos es el que debe tomar un curso de acción.

La pregunta rectora según se a problema se despliega en atención cualquiera de los componentes de la estructura del acto moral; tales como: motivos, propósitos, decisión, agentes, medios o en los propios juicios morales. Por otro lado, si la pregunta rectora se concibe genuinamente como un dilema moral entonces se despliega en atención a las alternativas opuestas e irreconciliables. Es importante destacar que, se preste atención a que el dilema no revista un falso dilema en bioética, pues si pasa inadvertido el falso dilema podría desencadenarse una deliberación banal al no prestar atención a diversas alternativas que podrán ser viables.

El siguiente paso es *informar*, en el cual se lleva a cabo la “Discusión de: (a) la cuestión rectora; (b) metas deseables; (c) cualquier restricción sobre las posibles acciones que puedan considerarse; (d) perspectivas mediante las cuales se pueden evaluar las propuestas; y (e) cualquier premisa (hecho) relevante para esta evaluación” (Walton 2003, 164). Este paso busca

³⁰⁵ Este apartado forma parte de la publicación y adaptación del artículo Patiño, G.I. y Muro, C. (2022) “La deliberación como herramienta argumentativa para la educación en bioética” *Blos paper 2*, nº 2 , pp. 1-9.

dejar sentadas las bases y dinámicas que darán cabida al diálogo en los CHB. La importancia de seguir este paso está en que facilita el abordaje de la cuestión planteada y evita que haya dispersiones o desviaciones del diálogo.

De ahí que se considere, por ejemplo, a) la pertinencia, relevancia y alcance de la pregunta rectora; b) dejar claridad de los propósitos generales o globales que buscan los agentes morales; c) dejar sentadas las pautas en las que se asumirá durante todo el diálogo deliberativo y dejar claridad de aquellas prácticas que no tendrán cabida; d) acordar la teoría o enfoque en ética y/o bioética que se evaluará en el tema planteado, y e) destacar todas las razones ofrecidas (hechos, pruebas, datos, acontecimientos, testimonios presentados en las *condiciones previas a la deliberación argumentativa*) acorde con la teoría o enfoque en bioética elegido.

El siguiente paso es *proponer* “posibles opciones de acción adecuadas a la cuestión rectora” (Walton 2003, 164). Una vez que se ha aprobado la pertinencia, relevancia y alcance de la pregunta rectora, entonces las partes implicadas tienen la facultad de proponer alguna alternativa viable. El siguiente paso corresponde a *considerar*, es decir, “comentar propuestas desde varias perspectivas” (Walton 2003, 164). Aquí se consideran todas las razones apropiadas en cada opción planteada. Este momento se limita a identificar la relación entre las razones ofrecidas y los posibles cursos de acción conforme a la cuestión rectora.

El siguiente paso corresponde *revisar*, es decir, analizar varios componentes identificados en los pasos precedentes, entre los que figura:

(a) [L]a cuestión rectora, (b) metas, (c) limitaciones, (d) perspectivas y/o (e) opciones de acción a la luz de los comentarios presentados, y la realización de cualquier información — recopilación o verificación de hechos necesarios para la resolución (Tenga en cuenta que otros tipos de diálogos, como la búsqueda de información...). (Walton 2003, 164).

Es en este paso donde hay lugar para introducir el paso de un campo argumentativo a otro; entendido como pasos legítimos para aclarar, especificar o detallar información de otras áreas del conocimiento. De ahí que se denomine como movimiento legítimo cuando se acude al campo jurídico para aclarar alguna duda sobre las limitaciones o interpretaciones en las normativas legales. Y una vez aclarada la duda podrá retornar hacia el diálogo deliberativo.

De ahí que el análisis de los argumentos ofrecidos, según las metas o propósitos, limitaciones, perspectivas u opciones ofrecidas, tendrá lugar a partir del campo argumentativo aludido; es decir, si alguno de los argumentos arrojados corresponde a un asunto jurídico en el ámbito clínico, entonces estará en consonancia con el campo argumentativo jurídico y, más

aún, si se recurre al diálogo de búsqueda de información, la cual también debe corresponder al argumento. Será mucho más enriquecedor si se cuenta con un especialista en tal área para que pueda precisar las razones más vigentes y discutidas en su campo de conocimiento. Walton señala que:

la cuestión de si un argumento es dialécticamente relevante en un caso dado debe tener en cuenta seis tipos de factores. El primer factor es el tipo de diálogo. El segundo factor es la etapa en la que se encuentra el diálogo. El tercer factor es el objetivo del diálogo. El cuarto factor es el tipo de argumento involucrado. El quinto es la secuencia previa de argumentación en el caso dado. El sexto factor es el marco institucional o social del caso particular que impone restricciones o reglas particulares sobre lo que es aceptable en una conversación. (Walton 1998, 254-255)

La relevancia del argumento dependerá de cómo transita en cada uno de los seis factores. En particular, en el último factor, el especialista de un campo de conocimiento puede orientar y precisar el alcance del argumento empleado según el marco institucional en el que interviene.

El siguiente paso es la *recomendación* en el que se sugiere “una opción de acción y aceptación o no aceptación de esta recomendación por parte de cada participante” (Walton 2003, 164). La inclusión de todos los implicados es indispensable, pues se toma en cuenta la agencia moral y su respectiva dimensión epistémica. Cabe destacar que no todos los que se vean afectados están en posibilidad de asumir un diálogo deliberativo, los cuales se consideran como pacientes morales. De acuerdo con Mary Warnock, deliberar, desear, amar, odiar, elegir, todas estas actividades nos caracterizan como personas y, por ende, como agentes morales (1968, 169). Es decir, las funciones del pensamiento y la disposición de las emociones, sensaciones o pasiones constituyen al agente moral. Estos agentes tienen el compromiso doble de tomar en cuenta recomendaciones que repercuten tanto en sí mismos como en los pacientes morales de forma imparcial, evitando decisiones arbitrarias.

Las recomendaciones emitidas se afianzan con el requisito de imparcialidad, en el que el agente moral asume todos los objetivos que están en juego y no solo sus propios intereses pues

... la planificación se ha expandido para considerar planes grupales en los que varios agentes están involucrados trabajando juntos, pero solo recientemente se ha estudiado la deliberación como un tipo de diálogo en el que los agentes se involucran en una argumentación entre ellos en la planificación grupal colaborativa (Walton 2003, 286).

El siguiente paso es el de la *confirmación*, en el cual se confirma “la aceptación de una opción recomendada por cada participante” (Walton 2003, 164). Este es el momento en que las partes asumen acuerdos, pero también reconocen disensos; los cuales pueden quedar pendientes para retomar el diálogo en otro momento y reconocer los desacuerdos como un mecanismo en el cual el éxito del diálogo no se reduce al reconocimiento de consensos; sino también a los desafíos que prevalecen en los disensos,

La justificación ética, especialmente en casos de profundos desacuerdos, requiere una fuerte argumentación de defensa en ambos lados de una cuestión ética en disputa. Pero también requiere una mentalidad abierta que tenga en cuenta los argumentos de ambos lados, antes de llegar a una conclusión sobre lo que debería ser la justificación que normalmente involucra aspectos subjetivos, especialmente los que se desconocen como lo correcto o incorrecto. (Walton 2003, 245).

Por último, se presenta el paso de *cierre*, en el cual se da por terminado el diálogo deliberativo (Walton 2003, 164). Aquí las partes declaran explícitamente que los pasos en el diálogo deliberativo han sido seguidos. Cabe señalar que no siempre se tendrá una sola recomendación, pues puede haber más de una satisfactoria y que no excluye a otras. Esto invita a reconocer que el tema debe seguirse pensando en otros momentos. La búsqueda del consenso se produce cuando “los miembros del grupo no llegan con posiciones fijas, pero cada uno aprecia un desconcierto genuino sobre el problema y la solución óptima” (Moreno, 2004, p.521).

El consenso no debe posicionarse como la meta última en el proceso deliberativo, sino como una característica valiosa para iniciar y mantener el diálogo tolerante y plural de diversos puntos de vista razonados. Además, la disociación del consenso y el disenso merma la posibilidad de comprender y reflexionar sobre temas insolubles que anteponen nuevos desafíos para el quehacer en bioética. Walton afirma que:

La ventaja del sistema de argumentación para el razonamiento ético es que está diseñado para hacer frente a las realidades de los desacuerdos éticos que ocurren naturalmente en los diálogos de persuasión en un lenguaje natural [o en los diálogos deliberativos]. Hace posible la evaluación de la justificación ética, sobre una base contextual y relativizada, en los casos en que se dan las condiciones para la evaluación pragmática (Walton 2003, 266)

Ya para finalizar, el procedimiento deliberativo se caracteriza por la precisión, cuidado y diligencia de los problemas y dilemas en bioética revisados mediante una serie de pasos que llevan a tratar, analizar y evaluar las argumentaciones presentes en casos de los CHB. La flexibilidad del diálogo deliberativo es que los consensos se reconocen para adoptar mecanismos de acción y los disensos para tratar en diálogos posteriores.

Los temas acaecidos en los CHB son de continuo estudio debido a que las implicaciones tecnocientíficas en la vida, la salud, la muerte o la enfermedad están transformándose de manera acelerada y con ello sus respectivas valoraciones.

La formación en bioética debe enseñar a convivir con la incertidumbre y a abordarla de forma prudente [...] sin pensar en haberlo solucionado “todo para siempre”, sino que el conocimiento alcanzado en cada momento y su regulación serán igualmente revisables y superables en el futuro (Casado 2011, 70).

La deliberación argumentativa es una herramienta que facilita y promueve la reflexión ordenada de los casos que se suscitan en los casos clínicos que se estudian en los CHB. La formación en este tipo de deliberación podría contribuir a que los interlocutores adopten, con humildad intelectual, nuevas formas de construir y orientar la toma de decisiones y cursos de acción.

Conclusiones

En este trabajo se logró aproximar la deliberación argumentativa hacia a los CHB. Para ello se adaptó y amplió la propuesta de deliberación de Walton en la que sus pasos están acompañados de alguna herramienta argumentativa y de algunos componentes éticos; tales como las falacias o las etapas argumentativas de la teoría pragmatialéctica; por mencionar algunos.

Para lograr la aproximación de la deliberación argumentativa a los CHB se requirió del desarrollo de los siguientes capítulos: 1) los Comités Hospitalarios de Bioética, 2) Argumentación y Ética, 3) Argumentación en Ética y, por último, 4) Argumentación y Deliberación en Bioética.

En el primer capítulo se desarrolla el estado del arte pasado y actual de los CHB. Un aspecto que destaca tanto en el pasado como en el presente y con miras hacia el futuro es la deliberación; la cual debe formar parte en las funciones de cualquier CHB: educativa, consultiva y orientadora. Saber deliberar para analizar casos difíciles en los que hay problemas y dilemas forma parte de las competencias que todo integrante de un CHB requiere en el ejercicio de la función consultiva.

La puesta en escena de la deliberación argumentativa en los CHB sólo es posible si se hacen presentes las características representativas de la bioética, estas son: interdisciplinariedad, pluralidad, tolerancia, la búsqueda del consenso (aunque no siempre se logre y se consideren los disensos) y la laicidad. Éstas características cobran sentido en la función consultiva al analizar casos difíciles en los que existe algún tipo de disenso. Para analizar casos es indispensable también, adquirir diversas competencias: conocimientos, habilidades y actitudes.

La Asociación Americana de Bioética y Humanidades (AABH) elabora un listado de los conocimientos, habilidades y actitudes que todo integrante (o consultor) necesita antes de analizar casos. Entre los conocimientos asociados a la deliberación argumentativa destacan los siguientes: conocer de las distintas teorías éticas y razonamientos morales, conocer temas y conceptos en bioética. Entre las habilidades más estrechamente relacionadas a la deliberación argumentativa predominan los siguientes: identificar y analizar el conflicto que se plantea, la búsqueda del consenso, educar en los aspectos éticos que se plantean en los casos, identificar y superar las barreras de comunicación en cada una de las partes implicadas, identificar los valores morales ya puestos en la deliberación, identificar incongruencias argumentativas durante el proceso de deliberación. Por último, todas las actitudes están ligadas a la deliberación

argumentativa, estas son: la tolerancia, paciencia y compasión, la honestidad, la comunicación efectiva, la prudencia y la humildad (sobre todo intelectual), el liderazgo y la integridad. Los conocimientos, habilidades y actitudes son competencias que -desde la ética filosófica y la argumentación- pueden ser compartidas sobre todo cuando las áreas desarrolladas van en dirección de la conjugación de la argumentación y la ética.

En el segundo capítulo, se exponen las contribuciones teóricas de la argumentación y las contribuciones de la ética filosófica. A grandes rasgos se enuncian las siguientes: 1) las herramientas de la argumentación desde la nueva dialéctica hace posible el acercamiento al diálogo deliberativo desde elementos normativos; 2) la identificación de los campos argumentativos permite saber cómo y de qué manera analizar y evaluar las diversas argumentaciones; 3) la apuesta sistemática y ordenada de las etapas argumentativas (confrontación, apertura, argumentación y cierre) y la diagramación de argumentos en el diálogo deliberativo favorece la consecución del consenso, cuando es posible, pero también favorece la oportunidad de sacar a flote los disensos; los cuales necesitan seguir repensando y replanteando los temas álgidos que se presentan en los CHB; 4) la diversidad de teorías y enfoques en ética es relevante en este trabajo para presentar y examinar los componentes de la estructura del acto moral (motivos, propósitos, decisión, agente, medios y juicios morales) y, 5) los juicios morales aluden a cualquiera de los niveles de reflexión ética (descriptiva, metaética, normativa o aplicada) en los que se intenta comprender los componentes que constituyen el acto moral.

Dichas contribuciones de la argumentación y la ética se han hecho cada vez más palpables en las últimas décadas al encontrar puntos de encuentro entre la argumentación y la ética. De ahí que, en el tercer capítulo cobra sentido al reconocer la intersección de la argumentación y la ética; en la cual se propone una clasificación de los diversos tipos de juicios morales en relación con los actos de habla: afirmaciones o negaciones, imperativos, compromisorios, declarativos y expresivos. Además, se considera y argumenta que los juicios morales son correspondientes con las proposiciones que conforman los argumentos en ética.

En este sentido, se da cuenta que la argumentación ética es compleja, pues la diversidad de proposiciones se conjugan de tal forma que hay argumentos mixtos, esto es, que la asociación de una proposición con otra será combinando diversos juicios morales; los cuales al ser analizados y evaluados dentro de la actividad argumentativa aluden a diversos criterios que estarán directamente relacionados con el tipo de juicio moral predominante y también con el propósito que guardan los interlocutores para dirigir el diálogo.

En el desarrollo de este apartado también se propone una distinción entre los conceptos de problema y dilema moral; la razón es que al emplearse de forma indistinta su uso en la práctica suele generar confusión entre uno y otro. La precisión conceptual está en correspondencia con los componentes de la estructura del acto moral.

El problema moral puede visibilizar alguna de las dificultades que existen en cualquiera de los componentes del acto moral, en cambio, el dilema moral está presente solo en el componente de la decisión y es por el número de alternativas, generalmente son dos, las cuales se caracterizan por ser incompatibles e irreconciliables.

La distinción entre problema y dilema moral es relevante para saber cuál es el desacuerdo (de creencia o de actitud, o ambos) formulado en alguna cuestión a tratar según el nivel de reflexión (descriptiva, metaética, normativa o aplicada) acorde al desarrollo de la argumentación ética.

Identificar, analizar y evaluar la argumentación ética requiere la atención de elementos normativos y que gracias a los estudiosos en la argumentación se han teorizado. Cada una de éstas fases argumentativas se empatan con la propuesta de la deliberación argumentativa.

La deliberación argumentativa propuesta en este trabajo de investigación se acompaña de otras herramientas argumentativas; las cuales favorecen en examen cuidadoso del contenido de los argumentos en ética, tales como: la diagramación de argumentos, la fuerza con la que operan los argumentos y contraargumentos, las falacias, la identificación de los campos argumentativos (científico, jurídico, administrativo, estético y ético) y la sistematización de las etapas argumentativas de la pragmadialéctica; esta última dirigida a la discusión crítica.

En el capítulo cuarto se extiende la intersección de la argumentación ética a la bioética. De forma específica la contribución de la deliberación argumentativa a los CHB. Para ello, se desarrolla la importancia de distinguir la deliberación argumentativa como procedimiento -entendido como un método organizado, repetible, presentable y transmisible-, a diferencia de la fundamentación; la cual se entiende como la razón de ser de algo, es decir, es aquella labor en la que se precisan los principios o estructuras sobre las cuales descansa las condiciones posibles (o probables) para comprender aquellos que se estudia. En este sentido, la deliberación argumentativa se entiende como procedimiento, en el cual se presentan una serie de pasos para tratar los casos difíciles que se presencian en los CHB.

Hay diversos procedimientos para la toma de decisiones o cursos de acción que se han empleado (o pueden emplearse) para el análisis de casos en los CHB. En este trabajo de investigación se llevó a cabo el registro de todos los procedimientos existentes hasta el momento. El resultado descrito señala que en total se encontraron y contabilizaron 49

procedimientos para el análisis de casos; de los cuales, el primero que se propuso fue por Hansen y Bergsma en 1972, en el que se sugieren pasos dirigidos hacia la toma de decisiones clínicas. El último de los procedimientos propuestos es el de Guevara, Altamirano y Altamirano en 2017 en el que sugieren pasos para el análisis y discernimiento ético en la práctica médica. Del total de procedimientos registrados solo 8 consideran la deliberación como parte de alguno de los pasos y 11 mencionan la argumentación como uno de los pasos a seguir en el análisis de casos. Pero entre sus pasos y la explicación del procedimiento no se aclara, cómo será la actividad argumentativa o cómo será la atención de la deliberación.

Todos los procedimientos, incluyendo la deliberación argumentativa, son esfuerzos intelectuales que intentan trazar una ruta sistemática para analizar casos. Estos esfuerzos intelectuales son rectificables y dinámicos. Rectificables pues sus pasos son mejorables y dinámicos pues mantienen apertura a la transformación de sus pasos si se acuerda que pueden ser sustituidos por otros que logren justificar el examen de los casos tratados.

Para que la deliberación argumentativa sea viable, se argumenta y sostiene en este capítulo que deben tomarse en cuenta *condiciones óptimas previo a la deliberación argumentativa*; tales como: 1) la presentación del caso, 2) interlocutores que van a deliberar, 3) lugar para deliberar y 4) tiempo para deliberar. Sin estas condiciones -o si hay limitaciones en ellas- el diálogo deliberativo se ve comprometido e incluso deficiente.

El procedimiento deliberativo argumentativo es uno más entre los que ya existen. Se mantiene una propuesta reservada a saber si es mejor o peor que los registrados, pues para ello se debe poner a prueba el procedimiento y validarse para saber si cumple con los requisitos que favorezcan, o no, su empleo de tal manera que pueda satisfacer el análisis y evaluación de los casos que se revisan en los CHB.

El procedimiento deliberativo argumentativo está dirigido a los CHB y es una adaptación de la propuesta que hace Walton en la argumentación ética. Los pasos que lo conforman son: apertura, información, proposición, consideración, revisión, recomendación, confirmación y cierre.

Ahora bien, la propuesta adaptada del procedimiento que formula Walton que se desarrolla en este trabajo se hace desde las aproximaciones éticas desarrolladas en los capítulos previos como la consideración de los diversos componentes de la estructura del acto moral según sea problema o dilema moral, la identificación, análisis y evaluación argumentativa de los diversos razonamientos ajustados en cada uno de los pasos que conforman el diálogo deliberativo.

Para finalizar, en resumen, la deliberación argumentativa y otras herramientas de la argumentación contribuyen al estudio de casos difíciles o paradigmáticos cuando hay problemas o dilemas en bioética, específicamente, en los CHB. La deliberación argumentativa es una propuesta para que los integrantes de los CHB puedan participar del ejercicio deliberativo en el que se obtenga claridad sobre cómo y de qué manera asumir pasos ordenados, claros, presentables y transmisibles.

Bibliografía

- AABH, American Society for Bioethics and Humanities, Core Competencies Update Task Force (2011). *Core competencies for health care ethics consultation: The report of the American Society for Bioethics and Humanities*, 2nd ed. Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities. Available at: <http://www.asbh.org/publications/content/asbhpublications.html>.
- ABBAGNANO, Nicola (1961/1993). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica..
- ABEL, Francesc (1996) Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. N° 44, España: *Natura MedicaTrix*.
- ABEL, Francesc (2006), “Comités de ética asistencial”. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006 Vol. 29, Suplemento 3 pp. 75-83.
- AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH. (1968). “A definition of irreversible coma”. *JAMA*, Vol. 205 (6) pp. 337-40.
- ALUSIO, Mark P. (1999). “Ethic consultation: is it enough to mean well? *HEC Forum*, 11 (3) 208-217. Netherlands.
- ARAMAYO, Roberto (2002) *Estudio preliminar. El empeño kantiano por explorar los últimos confines de la razón*. En: Fundamentación para una Metafísica de las Costumbres de Immanuel Kant. Madrid: Alianza.
- ARELLANO Rodríguez, José Salvador. “La ética plural: una herramienta de comprensión ante dilemas morales”. *Pensamiento. Papeles de Filosofía*, [S.l.], n. 01, jul. 2010. ISSN 1870-6304. Disponible en: <<https://revistapensamiento.uaemex.mx/article/view/246>>.
- ARELLANO, J.S. (2013). “De la ética constructivista social a la casuística: los principios *prima facie*”, en Hall, R. y Arellano, J. S. (coords.), *La Casuística: una metodología para la ética aplicada*. Fontamara: México.
- ARELLANO, José Salvador y Hall, Robert (2014). *La Casuística: una metodología para la ética aplicada*. Ciudad de México: Fontamara, Universidad Autónoma de Querétaro.
- ARISTÓTELES (1982). *Tratados de Lógica (Organon)*. Tomo I y II. Madrid: Gredos. Cuarta ed. 2014.
- ARISTÓTELES (1985). *Ética a Nicomáquea*. Introducción de E. Lledó Íñigo; traducción y notas de J. Pallí Bonet, Madrid: Gredos.
- ARISTÓTELES (1990). *Retórica*. Madrid: Gredos. Sexta Ed. 2014.
- ARISTÓTELES (1995). *Física*. Madrid: Gredos. Introducción, traducción y notas de Guillermo R. de Echandía.
- ATOCHA, Aliseda (2006). *Abductive reasoning. Logical investigation into discovery and explanation*. Vol. 330. Netherlands: Springer.
- ATOCHA, Aliseda, (2011). “Abducción”, en *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- AUSTIN, John (1962). *How to do things with words*. [Trad. Esp] *Cómo hacer cosas con las palabras. Palabras y acciones*. Trad. Genaro R. Carrió y Eduardo A. Rabossi. Barcelona: Paidós. 3ª reimpresión 1990.
- AZCONA, Maximiliano (2019). “Abducción e inferencia a la mejor explicación: criterios para su delimitación metodológica”. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 33-55. ISSN: 2525-1198 (<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/index>).
- BEAUCHAMPS, T. y Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th eds. New York: Oxford University Press).
- BELLVER, Capella Vicente (2007). “Sobre los límites de la bioética laica”. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, N°41 pp.51-73.

- BENTHAM, Jeremy (1780). *Una introducción a los principios morales y de legislación*. Tomo 1, Madrid, Imprenta de D. Tomas Jordan, 1834.
- BERMEJO, Lilian (2011) “Modelo de Toulmin” en *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- BRETONECHE, Gutierrez, Luis. (2021). “Elementos y requisitos del acto moral”. *PURIQ*, 3(2), 439-465. <https://doi.org/10.37073/puriq.3.2.164>.
- CABEZAS, Mar (2014). *Ética y emoción. El papel de las emociones en la justificación de nuestros juicios morales*. Madrid: Plaza y Valdes Dilemata.
- CALLAHAN, D., 1973. Bioethics as a Discipline. *The Hasting Center Studies*, 1 (1): 66-73.
- CONBIOÉTICA (2012). ¿Qué es la comisión nacional de bioética? Recuperado en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslacomision.html>.
- CONBIOÉTICA (2015). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Dirección de Comités de Bioética. Secretaria de Salud. México.
- CONBIOÉTICA (2018). *Informe de Seguimiento a Comités Hospitalarios de Bioética durante 2017*. Dirección de Comités de Bioética. Secretaria de Salud. México.
- CONBIOÉTICA (2019). *Informe Anual de Actividades 2018 Comités Hospitalarios de Bioética*. Dirección de Comités de Bioética. Secretaria de Salud. México.
- CONBIOÉTICA (2023). *Listado de registros emitidos al 31 de marzo de 2023*, consultado en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/812550/Listado_de_registros_Emitidos_CHB_31_marzo2023.pdf
- COPI, Irving y Cohen, Carl (2007). *Introducción a la lógica simbólica*. México: Limusa.
- CORCORÁN, John. (2011). “Forma Lógica/Formalización”, en *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- COROMINAS, (1961/1987) *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Gredos, 3ªEd.
- CORTINA, Adela y Emilio Martínez (1996/2001) *Ética*. Madrid: Akal.
- CORTINA, Adela y Martínez, Navarro Emilio (1996). *Ética*. 3ª ed. Madrid: Akal. 2001.
- COUCEIRO Azucena (2008). “Comités de ética o consultores de ética: ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias?” *Bioética & debat*.14(54):16-21.
- COUCEIRO Azucena, (Ed.) (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, p. 269-281.
- CHILDRESS, J.F. (2007). “Methods in Bioethic” en Steinbock, Bonnie (ed.), *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford University Press: New York.
- DOMINGUEZ F.J. Y GARCÍA B. (2010). “Emoción y procesamiento cognitivo” en Fernández- Abascal, et. al. (eds.), *Psicología de la emoción*, Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, pp. 185-220.
- EEMEREN, Frans van y Rob Grootendorst (1984). *Speech acts in Argumentative Discussions* [Trad. Esp.] *Los actos de habla en las discusiones argumentativas*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales. 2013.
- EEMEREN, van Frans, Rob Grootendorst y Francisca Snoeck Henkemans (2002). *Argumentation: Analysis, Evaluation, Presentation*. [Trad. Esp] *Argumentación: Análisis, Evaluación, Presentación*. Trad. Roberto Marafioti. Buenos Aires: Biblos. 2006.
- EEMEREN, van Fras (2001). *Crucial Concepts in Argumentation Theory*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- EEMEREN, van Fras, Rob Grootendorst (1992). *Argumentation, Communication and fallacies. A pragma-Dialectical Perspective*. [Trad. Esp] *Argumentación, comunicación y falacias. Una perspectiva pragmatológica*. Trad. Celso López S. Chile: Universidad Católica de Chile. Segunda ed. 2006.
- ENGELHARDT, H. Tristram. (1995) *Los fundamentos de la bioética*. Paidós, Barcelona, España.
- ENGELHART JR. Tristram H. (2002). “Consensus Formation: The Creation of an Ideology”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*: Cambridge University Press.11, 7–16.

- ESPONDA, Contreras Katherine (2016). Sobre la responsabilidad en la ética aristotélica. *Praxis Filosófica Nueva serie*, No. 43, pp. 129 - 154.
- FERRER, J.J. Lecaroz, U. y Molinis M.R. (coord.) (2016). *Bioética: pluralismo de la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- GARCÍA C., Diego José. (2011). “La deliberación moral en bioética. Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización”. *Ideas y Valores*, [S.l.], v. 60, n. 147, p. 25-50, . ISSN 2011-3668. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/36771/38743>>. Fecha de acceso: 02 oct. 2019.
- GARCÍA; Capilla, Diego José (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GASSPARETTO, Alessandra, Ralf J. Foxy Mario Picozzi (2018). “The notion of neutrality in clinical ethics consultation”. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. Vol. 13:3
- GILBERT, Michael (2014). Arguing with people. (trad. esp) *Argumentando se entiende la gente*. 2017. Universidad de Guadalajara. Ed. Universitaria, México.
- GRACIA, D. “La deliberación moral: el método de la ética clínica”. *Medicina Clínica*. Bioética para clínicos. Junio 2001. Vol. 117 - N° 01 p. 18 – 23.
- GRACIA, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.
- GRACIA, D. (1991/2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela: Madrid. 2 ed.
- GRACIA, D. (1998/2000). *Fundamentos y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El búho. 2° ed.
- GRICE, Paul Herbert (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge: Harvard University Press.
- GUERRA, M. J. (2013). “Casuística y razonamiento moral” en Hall, R. y Arellano, J. S. (coords.), *La Casuística: una metodología para la ética aplicada*. Fontamara: México.
- GUEVARA, L. U.; Altamirano, B. N y Altamirano, B. M. (2017). “Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la prestación de servicios de salud”. *Comités Hospitalarios en Bioética. Gaceta Conbioética*, año VI, n°27. pp. 27-31.
- HOTTOIS Gilbert. (2010). *¿Qué papel deben desempeñar los filósofos en los debates bioéticos?* en Juliana González. *Filosofía y ciencias de la vida*. México: FCE.
- JONSEN, A. y Toulmin S. (1988). *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. University of California Press, Berkeley, California.
- KUCZEWSKI, Mark (2002). “Two Models of Ethical Consensus, Or What Good Is a Bunch of Bioethicists?” *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*: Cambridge University Press.11, 27–36.
- KUTSCHERA, Franz von (1989). *Grundlagen der Etik* [Trad. Esp] *Fundamentos de ética*. Madrid: Cátedra. Segunda edición 2006.
- LA PUMA J, Schiedermayer D. (1991). “Ethics consultations: skills, roles and training”. *Ann Intern Med*. Vol. 114:150-60.
- LA PUMA, John y E.R. Priest (1992). “Medical staff privileges for ethics consultants: An institutional model”. *Quality Review Bulletin* Vol. 18 (1) pp.17–20.
- LANGLOIS, Anne (1996). *Comités de ética*, en Canto-Sperber, Monique *Diccionario de ética y filosofía moral*. Tomo I a-J. Traducción Carlos Ávila, Adriana Flores, Eliane Cazenave, Arturo Rocha, Mauricio Tazzer, Juan Javier Cerda, Cristina Hernández y Glenn Gallardo. 2° Edición 2001, México: FCE. Madrid, 3° ed.
- MARAFIOTI, Roberto (2003). *Los patrones de la argumentación. La argumentación en los clásicos y en el siglo XX*. Buenos Aires: Biblos.
- MARRAUD, Huber (2013). *¿Es logic@? Análisis y evaluación de argumentos*. Madrid: Cátedra, Teorema
- MARRAUD, Hubert (2007). *Methodus argumentandi*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

- MARRAUD, Hubert (2019). “Sobre la definición de los argumentos conductivos”. *CRÍTICA, Revista Hispanoamericana de Filosofía*. Vol. 51, No. 152. 61–84. DOI: 10.22201/iifs.18704905e.2019.09
- MARRAUD, Hubert (2022). *Las razones de los otros*. En Niaia, <https://niaia.es/las>.
- MAYORGA, M. C. (2021). ¿Podemos argumentar bien en bioética? en Mayorga, M.C.; Rodríguez M. R. y Leal C. F. (coords.) *¿Es ese un buen argumento?* Universidad de Guadalajara. México.
- MAYORGA, M.C: (2016). Tiempo y estructura de la deliberación en bioética. *Quadripartita Ratio: Revista de Retórica y Argumentación*, 1(1), 148-156.
- MILL, Stuart (1863). *El utilitarismo*. Madrid: Alianza. 2007.
- MOLINA, María Elena (2013). “Acuerdos y desacuerdos sobre la noción de racionalidad desde las teorías epistémica y pragmatológica de la argumentación”. *Nuevo Pensamiento*. Revista de Filosofía de la Universidad del Salvador, área San Miguel Buenos Aires. ISSN 1853-7596. Volumen III, Año 3, 2013. Sitio web: <http://www.facultades-smiguel.org.ar>
- MONTERO, D. F. y Morlans, M. M. (2009). *Para deliberar en los Comités de Ética*. Fundación Doctor Robert y Sanofi Aventis: Barcelona.
- MONTUSCHI, Luisa (s.f.) “Ética y razonamiento moral. Dilemas morales y comportamiento ético en las organizaciones” Ucema, ética y negocios. Recuperado de: https://ucema.edu.ar/u/lm/ETICA_Y_NEGOCIOS_-_ARTICULOS/LM_1_Etica_y_razonamiento_moral.pdf.
- MORALES, Fabio (2003). “Libertad y deliberación en Aristóteles. *Ideas y Valores*, nº121, pp 81-93.
- MORATA, García de la Puerta IJ. (2000). “Análisis de dilemas éticos en atención primaria”. *Med Fam (Andal)*;1:89-93.
- MORENO, Jonathan D. (2004). “Consensus, role and authority of”, en Stephen G. *Encyclopedia of bioethics / editor in chief*. 3rd ed. (2003) New York: THOMSON, GALE.
- MOSKOP, John C. (2019). “Moral Conflicts and Religious Convictions: What Role for Clinical Ethics Consultants?”. Springer Nature. HEC Forum. 31:141–150 <https://doi.org/10.1007/s10730-018-9350-y>.
- O'CONNOR , D.J. (1971), *Introducción a la filosofía de la educación*, Buenos Aires.
- PARKER, Clint J. (2019). “Religion, Authenticity, and Clinical Ethics Consultation”. *Springer Nature*. HEC Forum. 31:103–117 <https://doi.org/10.1007/s10730-019-09375-7>.
- PATIÑO, I.I. y Muro, C. (2022). “La deliberación como herramienta argumentativa para la educación en bioética”. *Bios papers* 2, nº2.
- PELLEGRINO, Edmund (1978). Ethic and the moment of the clinical truth. *JAMA*, Vol. 239, Nº10, pp. 960-961.
- PERELMAN, Chaïm (1981) “Logique formelle et logique informelle”, *De la Métaphysique à la Rhétorique*, de la Universidad de Bruselas, pp. 15-21. Trad. 2007 por Pierre Ángelo González.
- POTTER, Van Rensselaer (1988). *Global bioethics*. Michigan: Michigan State University Press.
- PRESIDENTIAL COMMISSION FOR THE STUDY OF BIOETHICAL ISSUES (2016). *Bioethics for every generation. Deliberation and Education in health, science and Technology*. Washington D.C. Recuperado en <http://www.bioethics.gov>.
- RACHELS, James (2006). *Introducción a la filosofía moral*. México: Fondo de Cultura Económica.
- REGAN, Tom (2016). *En defensa de los derechos de los animales*. Ana Tamarit (trad), Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- ROQUE, J. J. (2003). “Metodología análisis ético de casos clínicos”; *Artigos* Vol 11, Nº1.
- RUÍZ-CANO, Jennifer, Cantú-Quintanilla, Guillermo R., Ávila-Montiel, Diana, Gamboa-Marrufo, José Domingo, Juárez-Villegas, Luis E., de Hoyos-Bermea, Adalberto, Chávez-López, Adrián, Estrada-Ramírez, Karla P., Merelo-Arias, Carlos A., Altamirano-Bustamante, Myriam M., de la Vega-Morell, Nahum, Peláez-Ballestas, Ingris, Guadarrama-Orozco, Jessica

H., Muñoz-Hernández, Onofre, Garduño-Espinosa, Juan, & Grupo de Estudio sobre Dilemas Éticos HIMFG-IPADE, (2015). Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.03.006>

- SÁDABA, Javier (2020). *Una ética para el siglo XXI*. Tecnos.
- SANTIBÁÑEZ, Cristian (2011) “Argumento presuntivo/Presunción” en *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- SEARLE, John. (1969). *Speech Acts. An Essay in the Philosophy of language*. [Trad. Esp] *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje*. Trad. Luis M. Valdés Villanueva. Barcelona: Planeta Agostini (1994).
- SIDGWICK, H. (1962). *The Methods of Ethics*, London: Macmillan).
- SIEGLER, Mark (1978). “A Legacy of Osler. Teaching Clinical Ethics at the Bedside”. Special communication. *JAMA*. Vol. 239, N°10, pp. 951-956.
- SIEGLER, Mark (1986). “Ethics committees: decision by bureaucracy”, *Hastings Center Report* 3, Vol. 16, pp. 22-24.
- SIEGLER, Mark. (1979). “Clinical ethics and clinical medicine”. *Archives of Internal Medicine* Vol. 139, pp 914–915.
- STEVENSON, Charles (1944). *Ethics and languages*. Yale University Press, New Haven, Conn.
- TARZIAN, Anita J. (2013). “Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities’ Core Competencies Update Task Force”. *The American Journal of Bioethics*, 13(2): 3–13.
- TEEL, Karen (1975). “The physician's dilemma: a doctor's view what the law should be”. *Baylor law review*, Vol. 27, Issue 1, recuperado en <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/baylr27&div=11&id=&page>
- TOULMIN, S.E. (1958). *The Uses of Argument*, Cambridge University Press: Cambridge. 2003.
- TOULMIN, S.E. (1979) *El puesto de la razón en la ética*. Madrid, Alianza Universidad.
- TRUEBA, Atienza Carmen. (2009). “La teoría aristotélica de las emociones” *Signos Filosóficos*, vol. XI, núm. 22, pp. 147-170. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/signosf/v11n22/v11n22a7.pdf>.
- VALDEZ-Martínez Edith y Bedolla, Miguel (2007). “Comités de Ética Clínica en México: su desarrollo en el IMSS”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 45 (3): 265-268.
- VALDÉZ, Martínez Edith; Lifshitz-Guinzberg, Alberto, Medesigo-Micete, José y Bedolla Miguel (2008). “Los comités de ética clínica en México: la ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética en investigación clínica.” *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 24(2).
- VEGA, Luis y Paula Olmos editores (2011). *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- VILLEGAS, de Posada María Cristina (2004). “La acción moral. Contraste entre las explicaciones motivacionales dadas por la filosofía y la psicología” *Revista de Estudios Sociales*, no. 18, pp. 27-35.
- VOROBJ, Martk (2006). *A Theory of Argument*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WALTON, D. (1989) *Informal Logic: A handbook for critical argument*. Cambridge, Cambridge University Press.
- WALTON, D. (1992) *The place of emotion in argument*. The Pennsylvania State University Press. University Park Pennsylvania.
- WALTON, D. (1995). *Argument Structure, A pragmatic Theory*. Toronto: University of Toronto Press.
- WALTON, D. (1998) *The New Dialectic: conversational context of argument*. University of Toronto Press. Toronto Buffalo London.

- WALTON, D. (2003) *Ethical Argumentation*. Boston: Lexington Books.
- WALTON, D. (2004) *Relevance in argumentation*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- WALTON, D. (2005). *Abductive Reasoning*. Tuscaloosa: Universidad de Alabama Press.
- WALTON, D. (2011). "Defeasible reasoning and informal fallacies". *Syntheses*. 179. pp. 370-407. DOI <https://doi.org/10.1007/s11229-009-9657-y>.
- WALTON, D.(2008). *Informal Logic. A pragmatic approach*. Second Edition, Cambridge, Cambridge University Press.
- WALTON, Douglas (1987). *Informal Fallacies. Toward a Theory of Argument Criticism*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- WARNOCK, G.J. (1978). *Contemporary Moral Philosophy*, New Studies in Ethics, London, MacMillan.
- WARNOCK, M. (1968/1990). *Ética Contemporánea*. Nueva colección Labor: Barcelona.
- WELLMAN, Carl (1971). *Challenge and Response. Justification in Ethics*, London & Amsterdam, Illinois University Press.
- ZANER, Richard M. (2015). *A Critical Examination of Ethics in Health Care and Biomedical Research Voices and Visions*. Switzerland: Springer. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, Volume 60.

Referencias consultadas³⁰⁶

- ALEXANDER, Shana (1962). "They decide who lives, who dies: medical miracle puts a moral burden on a small committee" *Revista Life*, p.102-127, noviembre 9, vol° 53 n°19.
- ALTAMIRANO, M. Garduño, J. García, M. y Muñoz, O. (2006). *Ética Clínica. Una Perspectiva Transfuncional*. México D.F.: Corinter.
- ÁLVAREZ, José Francisco (2011). "Explicación vs Argumentación", en *Compendio de Lógica, Argumentación y Retórica*. Madrid: Trotta.
- AMM, Asociación Médica Mundial (1981). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos de los pacientes*. Lisboa. Revisado en <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>.
- AMM, Asociación Médica Mundial (2015). *Manual de Ética Médica*. Escrito por John R. Williams, Director de Ética. Tercera edición. Tuuli Sauren, Inspirit International Adversatinting, Belgica y World Health Communication Associates Reino Unido.
- AMO, Usanos Rafael (2019). "Modelos de Bioética" *Acta Bioethica* 2019; 25 (1): 103-114, online.
- ANDERSON, Scott, (2006). "Coercion", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2017 Edition), Edward N. Zalta (ed.), revisado en <https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/coercion/>.
- ANGUIA V. (2013). "La presentación de casos clínicos al Comité de Ética Hospitalaria". León, C.; Simó, R. M.; Schmidt, H. L. y Anguita, V. (coords.). *Análisis de casos ético-clínicos. Experiencias de los Comités de Ética Asistencia en España y Latinoamérica*. Felaibe: Santiago de Chile.
- APEL, Karl-Otto (1986). *Estudios éticos*.
- ARAMAYO, Roberto (2015). "Introducción Un símbolo contra la intolerancia" en *Tratado sobre la tolerancia. Con ocasión de la muerte de Jean Calas (1763)*. Madrid:Tecnos. Versión digital.
- ARISTÓTELES (1988). *Política*. Introducción, traducción y notas Manuel García Valdés. Madrid: Gredos.

³⁰⁶ Este material ha servido como respaldo, pero no forma parte del análisis del texto.

- BAIER, Kurt (1995). *The rational and the moral order. The social roots of reason and morality*. [Trad. Esp.] El orden racional y moral. Las raíces sociales de la razón y la moralidad. Chicago and LaSalle Illinois:Open court.
- BALLESTERO-Izquierdo A. (2009). “Dilemas éticos en trabajo social: el modelo de la ley social”. *Portularia*. nº9.
- BEAUCHAMP Tom L. y Childress James F. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Traducción de Teresa Gracia García – Miguel. Cuarta edición, 2002 Barcelona: MASSON.
- BEAUCHAMP, Tom (1999). *Paternalism*. En Stephen G. Encyclopedia of bioethics / editor in chief. 3rd ed. (2003) New York: THOMSON, GALE.
- BECCHI, Paolo. (2007). *Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica*. Madrid: Trotta.
- BENTHAM, Jeremy (1780). *Introduction of Principles Moral and Legislation* [Trad.Esp.] Introducción a los Principios de Moral y Legislación.
- BERG, Jessica W; Paul S. Appelbaum; Charles W. Lidz y Lisa S. Parker (2001). *Informed consent. Legal theory and clinical practice*. Segunda edición. Oxford University Press. New York.
- BERMEJO, F. J. (2002). *La ética del trabajo social*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BOBBIO, Norberto (1998). “Ética y política”. En *La política desde la ética. I Historia de un dilema*. Bonete, Perales Enrique (Coord.), Barcelona: Proyecto A.
- BOMMER, M., Gratto, C., Gravander, J. et al. A behavioral model of ethical and unethical decision making. *J Bus Ethics* 6, 265–280 (1987). <https://doi.org/10.1007/BF00382936>
- BUCHANAN, Allen (1978). "Medical Paternalism." *Philosophy and Public Affairs* 7(4): 371–390.
- BURREL, D. (1977). “From System to story: An alternative Pattern for Rationality in Ethics”, en Hauerwas, S. *Truthfulness and Tragedy*. Notre Dame (Indiana), University of Notre Dame Press.
- BUSH, S.S.; Connell, M.A. y Denney, R.L. (2006). *Ethical Practice in Forensic Psychology: A Systematic Model for Decision Making*. Michigan: American Psychological Association.
- CAMPOS, D. G. (2011). On the distinction between Peirce’s abduction and Lipton’s Inference to the best explanation. *Synthese*, 180.
- CAMPS, Victoria (1990). *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- CAMPS, Victoria (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares & Mares.
- CAMPS, Victoria (2006) *Historia de la ética*. Tomo I, II, III Madrid: Crítica
- CAMPS, Victoria (2013) *Breve historia de la ética*. RBA Divulgación. Barcelona.
- CAMPS, Victoria. (2012, abril 02) DeustoForum. "Democracia, Laicidad y Religión". Facultad de Teología. Conferencia celebrada en el Foro "Cambios socioculturales y fe cristiana" celebrado el 07 de marzo dentro del marco del 125 Aniversario de la Universidad de Deusto. [Archivo de video] Recuperado de:<https://www.youtube.com/watch?v=pKmQJnAHG4s>
- CANCINO, Marentes Martha Edith; Gascón, Cervantes Amelia; Manrique de Lara Ramírez Amaranta y Medina, Arellano María de Jesús (2019). *Comités de ética y bioética. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho*. Serie Libros Digitales N°3. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas IIJ. UNAM.
- CANDEE, D. y Puka, B. (1983). “An analytic approach to resolving problems in medical ethics”, *Journal Med. Ethics*. Vol° 9, nº 10.
- CASTRO, Aldana Mayra Sofía; Asisclo de Jesús Villagómez Ortiz; José Torres Pérez; et. al. (2008). “Muerte cerebral”. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 13(2):78-87.
- CECCETTO, Sergio (2000). Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina. Legal* 5 (2): 77-87, Dic. 2000 – 6 (1), Junio 2001: 7-14

- CENTENO CORTÉS, C., NÚÑEZ OLARTE, J. M. (1998). «Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España», *Revista Medicina Clínica*, Barcelona. 110: 744-750.
- CONGRESS EP. (2000). “What social workers should know about ethics: understanding and resolving practice dilemmas”. *Adv Soc Work*. nº1:1-26.
- COREY, G.; Corey, M. y Callanan, P. (2010/2007). *Issues and Ethics in the Helping Professions*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning. 8ª ed.
- COROMINAS, Joan (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos. 4ª reimpresión 1987.
- CORTINA, Adela y Martínez, Navarro Emilio (1996). *Ética*. 3ª ed. Madrid: Akal. 2001.
- CURTIN, L.; Flaherty, MJ. (1982). *Nursing ethics: theories and pragmatics*. Maryland: Prentice Hall.
- DAVIS, Ann J. (1977) "Ethical Dilemmas and Nursing Practice," *The Linacre Quarterly*: Vol. 44: No. 4, Article 5. Available at: <http://epublications.marquette.edu/lnq/vol44/iss4/5>.
- DAY L.A. (2006). *Ethics in Media Communications: Cases and Controversies*. Louisiana: Cengage Learning; 2006. 5º Ed.
- DE BUSTOS, Eduardo. (2006). Porque debe, es: reflexiones en torno a la falacia naturalista, en Francisco Álvarez y Roberto Rodríguez, eds., *Disenso e incertidumbre. Un homenaje a J. Muguerza*, Madrid: Plaza y Valdés. 249-275.pp. 249 - 275. (España): Plaza y Valdés.
- DESCARTES, René (1637/2010) *Discurso del Método*. Traducido por D. Manuela García Morente. Madrid: Colección AUSTRAL –ESPASA-CALPE.
- DOLGOFF R, Loewenberg FM, Harrington D. (2011/1996). *Ethical Decisions for Social Work Practice*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning; 9º ed.
- DOUGLAS N. Husak (1981). “Paternalism and Autonomy”. *Philosophy & Public Affairs*. 10(1):27-46.
- DRANE J. (1990). *Métodos de Ética Clínica*. Washington, D.C.: OPS, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- DRANE, J.F. (1988). “Ethical Workup Guides Clinical Decision Making” *Health Progress*. Dec; 69(11):64-7. PMID: 10290838.
- DURAND, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique*. Fides, Montréal.
- DWORKIN, Gerald (1972). “Paternalism.” *The Monist*. Vol. 56 (1) pp. 64–84.
- DWORKIN, Gerald (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DWORKIN, Gerald. (2001). “Paternalism.” En *Encyclopedia of Ethics*., ed. Lawrence C. Becker y Charlotte B. Becker. Segunda edición. New York: Garland
- ERDE, E. (1988). “A Method of Ethical Decision Making”, en Monagle, J. F. y Thomasma D. *Medical Ethics: A Guide for Health Professionals*, Rockville (Maryland), An Aspen.
- FADEN, Ruth R. y Beauchamp Tom L. (1986). *A history and theory of informed consent*. New York. Oxford University Press.
- FADEN, Ruth y Beauchamp, Tom (1995). Informed consent, en *Encyclopedia of bioethics / Stephen G. editor in chief*. 3rd ed. (2003) New York: THOMSON, GALE.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW). (2004). “La ética en el trabajo social: declaración de principios”. Redactada por Sáenz J. A. Adelaida, Australia. *Revista Costarricense de Trabajo Social* (28).
- FERNÁNDEZ, Vázquez Juan Manuel (1998). “Los comités de ética”. *Anales Médicos. Revista de la Asociación Médica de la American British Cowdray Hospital (ABC)*. Vol. 43 (1) 35-37.
- FERRELL O, Gresham L, Fraedrich J. (1989). A synthesis of ethical decision models for marketing. *J Macromarketing* Fall. nº 9.
- FETSCHER, Iring (1991). *Toleranz. Von der Unentbehrlichkeit einer kleinen Tugend für die demokratie*. [Trad.Esp] *La tolerancia. Una pequeña virtud imprescindible para la democracia. Panorama histórico y problemas actuales*. Barcelona: Gedisa.1995.

- FLETCHER, John C. (1973). "Who should teach medical ethics?". *Hastings Cent Rep.* Vol. 3(6):4-6.
- FLETCHER, John C. (1993). Commentary: Constructiveness. Where It Counts. En Special Section: Ethics consultants and Ethics consultation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* Vol.2, 417-448.
- FLETCHER, John C., Brody, Howard (2004). "Clinical Ethics", revisado por Mark P. Aulisio, en Stephen G. *Encyclopedia of bioethics / editor in chief.* 3rd ed. (2003) New York: THOMSON, GALE.
- GARZON-Alarcón N.(2001). "Toma de decisiones éticas. En: Peña B., compilador. *Memorias Cátedra Manuel Ancizar: Ética y Bioética.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- GHERARDI, Carlos (2008). "A 40 años del "Informe Harvard" sobre la muerte encefálica". *MEDICINA* (Buenos Aires) 68: 393-397.
- GILLIGAN, Carlol (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* [trad. Esp. La moral y la teoría: la teoría psicológica del desarrollo femenino].
- GÓMEZ Dantés, Octavio, et al. (2011). "Sistemas de Salud en México". *Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2.* Pp. 5227, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017
- GÓMEZ Velázquez, Luis y Gómez Espinosa, Luis Néstor (2007). "Los Comités hospitalarios de ética clínica". *Acta Ortopédica Mexicana;* 21(3): May. -Jun: 161-164.
- GÓMEZ-ULLARTE, Rasines, Susana (2014). "Historia de los derechos de los pacientes". *Revista de Derecho UNED,* núm. 15.
- GONZÁLEZ, Juliana (2008). *Dilemas de bioética,* Universidad Nacional Autónoma de México, México: FCE.
- GONZÁLEZ, Juliana (2017). *La bioética laica y plural. Consejo Consultivo de Ciencias,* revisado en <http://www.cronica.com.mx/notas/2017/1010164.html>
- GOODIN, Robert (1995/2004). "La utilidad y el bien", en , Peter Singer *Compendio de ética.* Madrid: Alianza.
- GRUNDSTEIN-AMADO. (1990). *Ethical Decision Making Process in the Health Care System,* Toronto, University of Toronto.
- GRUNDSTEIN-AMADO. (1991). "An Integrative Model of Clinical-Ethical Decision Making" *Theoretical Medicine.* nº 12.
- GUISÁN, Esperanza (1986). *Razón y pasión en ética.* Barcelona: Anthropos.
- GUISÁN, Esperanza (1995). *Introducción a la ética.* Madrid: Cátedra, Teorema.
- HABERMAS, Jürgen. (1983). *Conciencia moral y acción comunicativa*
- HABERMAS, Jürgen. (1984). *Teoría de la acción comunicativa.*
- HABERMAS, Jürgen. (1989). *Complementos y estudios previos*
- HACKETT, Fischer David (1970). *Historians' Fallacies. Toward a Logic of Historical Thought.* New York/London: Harper Perennial.
- HALL, Robert (2021). *Pedagogía casuística de la bioética: una colección de casos.* Secretaria de Salud, Comisión Nacional de Bioética.
- HAMBLIN, C. L. (1970). *Fallacies.* London: Methuen & Co LTD.
- HANSEN, F. (1972). *Consumer Choice Behavior,* New York, The Free Press.
- HARE, R. (1999). *Ordenando la ética. Una clasificación de las teorías éticas.* Grupo Planeta. Ariel:Barcelona.
- HERRERA, Ibañez Alejandro y Torres José Alfredo (1994). *Falacias.* México: Torres Asociados.
- HOBBS, Thomas (1651). *Leviathan, or The Matter, Forme and Power of a Commonwealth Ecclesiasticall and Civil.*
- HOFFMASTER, Barry. (1994). "The Forms and Limits of Medical Ethics". *Revista Social Science and Medicine,* volumen 39 (9). Ontario: 1994. p 1155.

- HUME, David. (1739). *Tratado de la Naturaleza Humana. Ensayo para introducir el método del razonamiento experimental en los asuntos morales*. Trad. Vicente Viqueira. Libros en la RED, ed. electrónica, 2001.
- HUME, David. (1751) *Investigación sobre los Principios de la Moral*.
- HUNT, S, Vitell S. A general theory of marketing ethics. *J Macro-marketing* Spring. 1986;6:5-16.
- HUNT, S, Vitell S. The general theory of marketing ethics: a revision and three questions. *J Macromarketing*. 2006;26:143-53.
- INEGI, (2022). *Estadísticas de salud en establecimientos particulares*. Comunicado de prensa N°475/22. Revisado en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ESEP/ESEP2021.pdf>
- JONAS, Hans (1985/1997). *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Traducción de Carlos Fortea Gil. Paidós. Barcelona.
- JONAS, Hans. (1975). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Editorial Herder. 1995.
- JONAS, Hans. (1985). *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Ediciones Paidós Ibérica. 1997.
- JONES T. Ethical Decision Making by Individuals in Organizations: An Issue-Contingent Model. *Academy of Management Review* 1991; 16: 231-248.
- JONSEN, A.; Siegler, M. y Winslade, W. (2005). *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. (1982), 5ªEd. [trad.Esp] *Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Ariel, Fundación Víctor Grifols i Lucas, Barcelona.
- JONSEN, Albert R. (1993). Commentary: Scofield as Socrates. En Special Section: Ethics consultants and Ethics consultation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol.2, 417-448.
- JONSEN, Albert R. (1998). *The birth of bioethics*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- KANT, Immanuel (1781/2005). *Crítica de la razón práctica*. Traducción, estudio preliminar, notas e índice analítico de Dulce María Granja Castro; revisión técnica de traducción de Peter Storandt. México : FCE : UAM : UNAM.
- KANT, Immanuel. (1785) *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*.
- KIEFFER, G. H. (1983) *Bioética* (trad. Enrique Sánchez-Monge), Madrid, Alhambra.
- KLEINIG, John (1983). *Paternalism*, Towata: Rowman and Allenheld.
- KUTSCHERA, Franz von (1989). *Grundlagen der Etik* [Trad. Esp] *Fundamentos de ética*. Madrid: Cátedra. 2006.
- LEVINSKY, Norman G. Y Richard A. Retting (1991). "The Medicare End-Stage Renal Disease Program: a report from the Institute of Medicine" *Journal of the American Medical Association*, 324 pp. 1143-1148.
- LO, B. *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.
- LOCKE, John (1689). *An Essay on Tolerance, A letter concerning toleration* [Trad.Esp] *Ensayo y Carta sobre la tolerancia*. Madrid: Alianza. 1999.
- LÓPEZ, Barreda R. (2015). "Modelos de análisis de casos en ética clínica", *Acta Bioethica*; 21 (2): 281-290.
- LÓPEZ, de la Vieja, María Teresa. "Expertos en Bioética", *Isegoría* 27 (2002): 167-180.
- LÓPEZ, Sastre Gerardo (2011). "Más allá de la tolerancia. De la Ilustración al Romanticismo" en Villaverde Rico Mª José y Laursen John Christian (Eds). *Forjadores de la tolerancia*. Madrid: Tecnos.
- LORA, Pilar L; Ricardo González; Macarena Silva; et. al. (2011). *Experiencia en discusión de casos clínicos del comité de ética clínico asistencial (CEA) del hospital Santiago oriente (HSO)*. En *ética clínica y comités de ética en Latinoamérica*, Francisco Javier León Correa

- (Editor) FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética y Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile. Post, Fletcher.
- LORDA, Simón. (2008). “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.o 102, pp. 325-348.
 - MACINTYRE, Alasdair (1966/1991). *Historia de la ética*. Barcelona: Paidós.
 - MANGONE CA, et al. (2017). “Estandarización del test de reacción cognitiva. Comprobación de su utilidad en el diagnóstico del deterioro cognitivo mínimo”. *Neurología Argentina*. Vol. 9, N° 3, Pp. 163-172.
 - MANSON, Neil C. y Onora O’Neill (2007). *Rethinking informed consent in bioethics*. Cambridge. Cambridge University Press.
 - MARSH FH. (1992). “Why physicians should not do ethics consults”. *Theor Med*. Vol. 13(3):285-292.
 - MCCULLOUGH, L. (1978). “Addressing Ethical Dilemmas: An Ethics Workshop”, *Forum on Medicine*, Vol. I.
 - MCCULLOUGH, L. (1986). “Methodological Concerns in Bioethics”, *Journal of Philosophy and Medicine*. N° 11.
 - MENDELSON D. (1996). “Historical Evolution and Modern Implications of Concepts of Consent to, and Refusal of, Medical Treatment in the Law of Trespass”. *Journal of Legal Medicine*, vol 17, no. 1, pp 1-71. Revisado en: http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30015930/Mendelson-_historicalevolutionofconsent.pdf
 - MESEGUER-Liza C. y Torralba-Madrid M.J. (2007). “Experiencia de innovación educativa basada en la metodología en toma de decisiones éticas DOER”. *Enferm Glob*. 6:1-8.
 - MICHEL, Fariña Juan Jorge; Natacha Salomé Lima e Irene Cambra Badii (2013). “La Bioética antes del nazismo. Fritz Jahr : Ensayos 1924-1933”. *Aesthetika© International Journal on Subjectivity, Politics and the Arts Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte* Vol. 8 (2), pp. 1-5.
 - MILLER, Bruce L. (1995). “Autonomy”, en Stephen G. *Encyclopedia of bioethics* / editor in chief. 3rd ed. (2003) New York: THOMSON, GALE.
 - MONROE C. Beardsley (1950). *Practica/ Logic*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.
 - MONTERO, Delgado Francisco y Morlans, Molina Màrius (2009). Para deliberar en los comités de bioética. Barcelona: Fundació Doctor Robert. Sanofi Aventis.
 - MOORE, G.E. (1903) *Principia Ethica*. UNAM: México. Trad. Esp. 1959.
 - NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (2015). *Clinical Ethics Capacity Building Resource Manual*. Commonwealth Australian. Recuperado en www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/e114.
 - NETZA, C. C. (2013). Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos ante los Comités de Ética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 29, sept.
 - NOVOA, Fernando (2007). La historia de Terri Schiavo. *Revista Chilena de Neuro-psiquiat*; 45 (3): 232-234 en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art09.pdf>.
 - NOZICK, Robert (1988). *Anarquía, Estado y Utopía*.
 - OLAZARÁN, M.C. et. al. (2016). “Aplicación práctica de los test cognitivos breves”. *Neurología*. Vol. 31, N°3, pp. 183-194).
 - OMS (2020). Acerca de la OMS. Revisado en <https://www.who.int/es/about/what-we-do>
 - OVIEDO, Correa Yairsiño. (2016). ¿Es posible la decisión ética en el campo? Sobre la real decisión de Sophie. *Etica y Cine Journal*. Vol. 6, N° 1. pp. 9-16. ISSN 2250-5415 online.
 - PEARSON, A., (1891). *Fragments of Zeno and Cleanthes*.
 - PEIRCE, C.S. (1958). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Volumes 1–6 ed. C. Hartshorne, P. Weiss. Cambridge, Harvard University Press. 1931–1935; and volumes 7–8 edited by A.W. Burks. Cambridge, Harvard University Press.
 - PELLEGRINO, E. D. (1987). The anatomy of clinical judgments in perinatology and neonatology: a substantive and procedural framework”, *Semin. Perinatol*. 11:202-209.

- PELLEGRINO, E. D.; Thomasma D.C. y Siegler, M. (1984). "Clinical Analysis of Ethical Dilemmas" (Sesión clínica grabada y distribuida por Network for Continuing Medical Education).
- PENCE, Gregory E. (2008). *Classic case in medical ethics. Account of the cases and issues that define medical ethics*. Fifth edition. McGraw Hill. New York.
- POPE K, Vasquez M. (2010). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- POPPER, Karl (1981). Conferencia *Tolerancia y responsabilidad intelectual*. Universidad de Tubinga, Alemania. Repetida el 16 de marzo de 1982 en el Ciclo de Conversaciones sobre la Tolerancia en la Universidad de Viena, Austria. Revisado en <http://uncursodefilosofia.blogspot.com/2007/03/karl-popper-texto-tolerancia-y.html>
- PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1983) *Deciding to Forego. Life-Sustaining Treatment. Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washintong, D.C.: Government Printing Office.
- QUINLAN, J and Quinlan, J. D. (1977). *Karen Ann: The Quinlans Tell Their Story*. New York: Bantam Books.
- RAMOS, Pozón Sergio y Morlans, Molina Màrius (2011). "Legos en el comité de ética: una reflexión desde la ética dialógica". *Revista de Bioética y Derecho*. Nº 21, pp 33-39.
- RAWLS, John (1971) *Teoría de la Justicia*. Ciudad de México: FCE.
- RAZ, Joseph (1986). *The Morality of Freedom*.
- REST, J. *Development in judging moral issues*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1979.
- RHODES, P.J. (1985/1972). *The Athenian Boule*. Oxford at the Clarendon Press. Oxford University Press. Revisión y corrección.
- RIBAS, Ribas Salvador (2007). "Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2)". *Med Clin (Barc)*. Vol. 128(6) pp. 219-225.
- RIST, John M. (1995). *La filosofía estoica*. Barcelona.
- SANTIBAÑEZ, Cristian (2020). "Argumentar con emociones. Compromiso y dialéctica" en *Emociones, argumentación y argumentos* (Ed.) Cristian Santibañez. Lima: Palestra.
- SARMIENTO PJ, Mazzanti Ma, Rey E, Arango P. (2016). "Metodología para el análisis de casos clínicos en los comités de bioética. Enfoques y propuesta de apoyo". *Persona y Bioética*. ; 20(1): 10-25. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.1.2.
- SARTORIUS, Rolf (1983). *Paternalism*, Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- SASS, M. (1991). "Medizin, Krankheit und Gesundheit", en Bayertz, K. (Hg.), *Praktische Philosophie: Grundorientierungen angewandter Ethik*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt
- SCOFIELD, Giles R. (1993). "Ethics consultation: The least dangerous profession?" Special Section: Ethics consultants and Ethics consultation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol.2, 417-448.
- SCRIVEN, Michael (1976). *Reasoning*, McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1 976.
- SCHMIDT, H. L. (2013). "Método de análisis holístico e interpretación de casos bioéticos", en León, C.; Simó, R. M.; Schmidt, H. L. y Anguita, V. (coords.). *Análisis de casos ético-clínicos. Experiencias de los Comités de Ética Asistencia en España y Latinoamérica*. Felaibe: Santiago de Chile.
- SCHWINLE J.E., Bernard D., Kluge R.M., Hayes D.F. y Alensworth D.C. (1985). *Ethics and Humanities Case Conferences in the Internal Medicine Clerkship: Framework for Case Presentations in Clinical Ethics*, Galveston, The Texas Humanities and Internal Medicine Project, fol. 2 (ejemplar mecanografiado).
- SEARLE, J. (1975). A Taxonomy of Illocutionary Acts. En K. Gunderson (Ed.), *Language, Mind, and Knowledge* (págs. 344-369). University of Minnesota Press.
- SINGER, Peter (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Editorial Paidós.

- SINGER, Peter (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona: Paidós.
- SOLINÍS, Germán (Ed.) (2015). *¿Por qué una bioética global? Vigésimo aniversario del Programa de Bioética de la UNESCO*. UNESCO: Francia.
- SOROKIN, Patricia, Actis Andrea Mariel y Outomuro Delia (2016). “Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos”. *REV. BIOÉT.* (Impr.) 24 (1): 91-7. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0091.pdf>
- SPRIGGS, Merle (2007). “The value and practical limits of informed consent”. En *Informed consent and Clinical Accountability. The ethics of report cards on surgeon performance*. Editado por Steve Clark and Justin Oakley. Cambridge. Cambridge University Press
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2020). *Information*. Revisado en: <https://plato.stanford.edu/entries/information/>
- STATISTA. (2022). *México: número de hospitales en México de 2006 a 2021*. En <https://es.statista.com/estadisticas/1147643/numero-de-hospitales-mexico/>
- STEINKAMP, N. y Gordijn, B. (2003). “Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(3).
- STEPHEN N. Thomas (1973). *Practical Reasoning in Natural Language*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.
- STEVENSON, Charles (1944). *Ética y Lenguaje*.
- STEVENSON, Charles. (1963) *Hechos y valores. Estudios de análisis ético*.
- SUMMIT, R.L. y Ackerman T.F. (1985). “Departamental Status for the Program on Human Values and Ethics: Ethics”, The University of Tennessee-Memphis College of Medicine (ejemplar mecanografiado, noviembre, fols, 1 y 2).
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (1994). *Tesaurus jurídico de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- TARASCO, Michel Martha (2017). “La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica”. *Gaceta CONBIOÉTICA*, Año 6, N°5, pp. 9-13.
- TAYLOR; Charles. (1994) *La ética de la autenticidad*.
- TAYLOR; Charles. (1997) “Cross-Purposes: The Liberal-Communitarian Debate”, en *Philosophical Arguments*,
- TEALDI, Juan Carlos y Mainetti, José Alberto (1990). “Los Comités Hospitalarios de Ética”. *Bol of Saint Panam* 108 (5-6) 1990. Pp. 431-438.
- THOMASMA DC. (1991). “Why philosophers should offer ethics consultations”. *Theor Med*. Vol.12(2):129-140.
- THOMASMA, D. (1978). “Training in medical ethics: An ethical Workup”, *Forum on Medicine*; Vol I.
- THOMASMA, D. (1984). “The context as Moral Rule in Medical Ethics”, *Journal of Bioethics*, vol 5 (primavera-verano).
- THOMASMA, D. y Marshall, P., (1990). *Loyola University Stritch School of Medicine, Medical Humanities Program*. Chicago, Loyola University. fol,8.
- THOMPSON J, Thompson H. (1990). *Professional Ethics in Nursing*. Florida: Krieger Publishers; 1990.
- UGALDE, Jeannet. (2017). “El asombro, la afección originaria de la filosofía”. Universidad Nacional Autónoma de México. *Areté. Revista de Filosofía*. Vol. XXIX, N° 1, 2017 pp. 167-181.
- UNESCO (1998). *Statutes of the COMEST*, recuperado en <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/comest/statutes-of-the-comest/>.
- UNESCO (2000). *The ethics of space policy*. COMEST (Alain Pompidou). París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.

- UNESCO (2003). *The Teaching of Ethics*. COMEST. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2005). *Informe del Grupo de expertos sobre el principio precautorio*. COMEST. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2005a). *Guía N°1 Creación de Comités de Bioética*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2005b). *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2006). *Guía N° 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2007). *Guía N°3 Capacitación de los Comités de Bioética*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2011). *Programa de Base de Estudios Sobre Bioética. Parte 2: Materiales de Estudio, Programa de Educación en Ética*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2013). *Eighth session of the Intergovernmental Bioethics Committee*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2013). *Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- UNESCO (2014). *Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization*. París, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología.
- VAN DEVEER, Donald (1986). *Paternalistic Intervention: The Moral Bounds on Benevolence*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- VAN DIJK, T.A. (1978). *La ciencia del texto*. Barcelona: Paidós
- VEGA, Luis (1993). "Tà Éndoxa. Argumentación y plausibilidad". *Endoxa: Series filosóficas*. UNED:Madrid. N°1, pp.5-19.
- VEGA, Luis (2003). *Si de argumentar se trata*. España: Montesinos.
- VEGA, Luis (2013). *La fauna de las falacias*. Madrid: Trotta.
- VIAFORA, C. (1989). *Fondamenti di Bioética*. Milán, Casa Editricie Ambrosiana.
- VIAFORA, C. (1990). "Bioetica oggi: un quadro storico e sistematico" en Viafora C. (ed.), *Vent'anni di Bioetica*, Padova, Fondazione Lanza/Gregoriana Libreria Editrice.
- VIESCA, Treviño Carlos (2017). *Paternalismo médico y consentimiento informado*. Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Revisado en <http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv>.
- VILLALTA, Marco Antonio (2009). "Análisis de la conversación: una propuesta para el estudio de la interacción didáctica en sala de clase". *Estudios Pedagógicos*, vol. XXXV, núm. 1, 2009, pp. 221-238. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- VOLTAIRE, François (1763). *Traité sur le intolerance* [Trad. Esp] *Tratado sobre la tolerancia. Con ocasión de la muerte de Jean Calas (1763)*. Madrid: Tecnos. Versión digital. 2015.
- WALKER, L. The Model and the Measure: an appraisal of the Minnesota approach to moral development. *Journal of Moral Education* 2002; 31: 343-367.
- WALZER, Michael (1983). *Spheres of Justices*.

- WEINDING, Paul Julian (2004). *Nazi medicine and Nüremberg Trials. From medical war crimes to informed consent*. New York: Palgrave McMillan.
- WILL, É. (1997/1972). *El mundo griego y el oriente*. Tomo I, el siglo V (510-403). Akal: Madrid, Trad. Fco. Javier Fernández Nieto.
- WOLF, S. (1987). *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatments and the Care of Dying. A Report by the Hasting Center*. Bloomington-Indianapolis: Indiana University Press.

Cine

- DOVI, Suzanne Lynn (2006). Sophie's choice: letting chance decide. *Philosophy and Literature*, 30(1). pp.174-189.
- PAKULA, A. (productor y director) (1982). *Sophie 's Choice* [cinta cinematográfica]. EE.UU.: Universal Pictures.