



Práctica deliberativa de los Comités de Ética Hospitalaria, condiciones para un modelo basado en la pragmadialéctica

Deliberative practice of Hospital Ethics Committees, conditions for a model based on the pragmadialectic approach

Diana Lizbeth Ruiz-Rincón

Universidad Autónoma de Chiapas

Correo electrónico: diana.ruiz@unach.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0612-0332>

Alberto Cuauthémoc Mayorga Madrigal

Universidad de Guadalajara

Correo electrónico: alberto.mayorga@academicos.udg.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4552-5754>

RESUMEN

Este artículo busca exponer la relevancia de la práctica deliberativa de los Comités de Ética Hospitalaria (CEH) centrándonos en el diálogo deliberativo como una forma de analizar los hechos bioéticos, así como las condiciones de factibilidad para el diseño de un modelo de deliberación, esto a manera de aproximación. El principialismo como una teoría de la bioética se basa en principios morales que proponen criterios para lograr la coherencia y equilibrio reflexivo entre la definición de los fines y la ponderación de los medios; en el que tienen como



ARTÍCULO

objetivo el deliberar sobre el hecho bioético y sus valores en conflicto, exigen la búsqueda de modelos de deliberación que sean no sólo pertinentes, sino que mejoren la forma en la que se opta por el mejor curso de acción posible; modelo que en este caso se toma de la pragmadialéctica, esto es, el modelo de discusión crítica.

PALABRAS CLAVE: bioética, deliberación bioética, comité de ética hospitalaria, ética principialista, modelo de deliberación.

ABSTRACT

20

This article seeks to expose the relevance of the deliberative practice of the Hospital Ethics Committees (CEH) focusing on deliberative dialogue as a way of analyzing bioethical facts, as well as the feasibility conditions for the design of a deliberation model, this at approach way. Principlism as a theory of bioethics is based on moral principles that propose criteria to achieve coherence and reflective balance between the definition of ends and the weighting of means; in which the CEH that have the objective of deliberating on the bioethical fact and its conflicting values, demand the search for models of deliberation that are not only pertinent, but also improve the way in which the best course of action is chosen. possible



action; model that in this case is taken from pragmadialectics, that is, the model of critical discussion.

KEYWORDS: bioethics, bioethical deliberation, hospital ethics committee, principlist ethics, deliberation model.

INTRODUCCIÓN

El artículo que aquí ponemos a consideración del lector, constituye un esfuerzo por aportar a las tareas de las prácticas deliberativas de los Comités de Ética Hospitalaria (CEH). Se plantean las críticas al principialismo en aras de recuperar el valor de la propuesta teórica de Beauchamp y Childress (1999) que permiten llevar al lector hacia un enfoque flexible, distinguiendo el aspecto formal del práctico en esta propuesta teórica.

Un tercer elemento que nuestro lector podrá encontrar es la presentación del modelo de discusión crítica que propone la pragmadialéctica, por cuanto permite presentarlo como un mecanismo de aplicación del esquema argumentativo para la deliberación en Comités de Ética Hospitalaria: el Modelo Argumental Integral y Flexible (MAIF).



Se trata pues, de la aproximación a un modelo de deliberación en bioética sustentado en la pragmadialéctica y que permite incorporar ciertos aspectos particulares de la práctica argumentativa tendiente a dar herramientas que permitan discurrir en un ámbito plural y multidisciplinar, respecto al mejor curso de acción posible ante determinado hecho bioético en el que se presentan valores que entran en conflicto.

DESDE LA CRÍTICA AL PRINCIPIALISMO HACIA UN ENFOQUE FLEXIBLE

Una de las más conocidas críticas al principialismo es planteada por Clouser y Gert (1990) en un artículo titulado *A Critique to Principlism* publicado en *Journal of Medicine and Philosophy*; los autores comienzan situando al principialismo como un paradigma al que se ciñen casi irreflexivamente los miembros del campo de las ciencias de la salud, en especial aquellos que se introducen al estudio de la bioética.

Para Clouser y Gert (1990), la influencia del principialismo en la medicina, en el que afirman que: “*We believe that the “principles of biomedical ethics” approach (hereinafter referred to as “principialism”) is mistaken and misleading*”¹ (220), supone una estrategia engañosa y perniciosa de la que se sirven los padres de la teoría principialista al no corresponder el modelo deductivista del razonamiento propuesto en la teoría, con los alcances explicativos, predictivos y/o descriptivos

¹ “Nosotros consideramos que la perspectiva de los “principios de la ética biomédica” (en adelante “principialismo”) son un error y una trampa”. [La traducción es nuestra]



ARTÍCULO

que carecen de certeza frente a situaciones tan complejas que demandan tomar una decisión que conduzcan a una acción con resultados esperados.

Para sostener dicha afirmación, dedican casi dieciocho cuartillas a una crítica que, supone una aparente contradicción entre los principios que se plantean (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) a partir de la divergencia en el posicionamiento teórico en el que basan sus postulados. “Estos autores interpretan la propuesta de Beauchamp y Childress como un deductivismo con principios de fluctuación cuyo gran problema es no proveer genuinas guías para la acción”. (Luna, 2008: 66)

El reclamo general que se hace al principialismo es pues, desde Clouser y Gert (1990), es que la teoría principialista, al postular principios generales, se corresponde al esquema del razonamiento deductivo; esto es, un tipo de razonamiento que, en el ámbito de la bioética, de acuerdo a Mayorga Madrigal:

...es fructífero en ética cuando se han recabado suficientes datos y, a partir de allí, se establecen conclusiones como directrices para establecer propuestas o recomendaciones, pero de allí no se sigue que, dado que un caso se resolvió de manera satisfactoria, otro similar tendrá que seguir los mismos derroteros. (Mayorga Madrigal, 2018: 27)



ARTÍCULO

Es decir, “*The authors argue that these “principles” do not function as claimed, and that their use is misleading both practically and theoretically*” ²(Clouser y Gert, 1990: 219)

Así, ante otras críticas³ que surgen desde la expectativa no alcanzada de certeza absoluta para la elección de un curso de acción que satisfaga de acuerdo a los resultados esperados, a cada uno de los actores involucrados en el ámbito de la práctica médica, e inclusive otras áreas.

La propuesta de solución que Luna (2008) recupera, resultado de una revisión a las posteriores ediciones de “Principios de ética biomédica”; más allá de un análisis estructural basado en la denominada “ética común”; la autora explicita dos niveles en operación en la teoría principialista presentada en la quinta edición de 1999 de Beauchamp y Childress:

24

Nivel formal o estructural de la teoría: el cual da un lugar prioritario a los principios dentro de una estructura deductivista. Esto explicaría por qué en ciertos pasajes se hace alusión a la centralidad de principios y reglas.

Nivel práctico u operacional de la teoría: donde juegan con igual fuerza virtudes, derechos y principios. En el nivel de resolución de los casos o políticas, todos estos elementos interactúan y pueden implicar que se pase por alto principios en acuerdo con un coherentismo. Esto explicaría por qué señalan que: “hemos descripto nuestro enfoque como basado en

² “Los autores argumentan que dichos “principios” no funcionan como se sostiene, ya que su uso resulta engañoso tanto en la práctica como en su dimensión teórica”. [La traducción es nuestra]

³ Como las de Richardson y De Grazia, que pueden revisarse en Luna (2008).

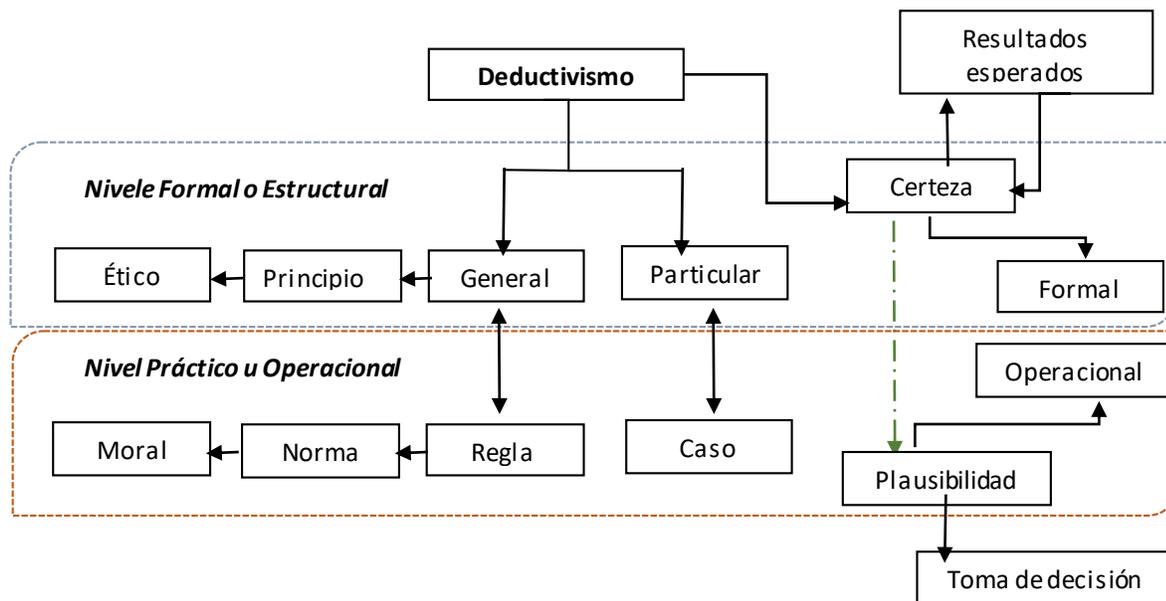


ARTÍCULO

principios, rechazamos el supuesto de que no deba defender un único tipo de teoría que esté basada únicamente en principios, en virtudes, en derechos, en casos, etcétera". (Beauchamp y Childress, 1999: 111 [traducción de Florencia Luna], en Luna, 2008: 74)

Veamos, a partir del ejemplo anterior, esta crítica y las consecuencias de la adecuación de la teoría principialista. Pero para ello, el siguiente esquema representará los elementos del razonamiento deductivo y la forma en la que se relacionan con la teoría principialista a partir de los niveles que plantean como una forma de superación de inconsistencias internas:

Esquema 1: "Principialismo en el esquema del deductivismo"⁴



⁴ Diseño propio.



ARTÍCULO

De esta manera, el esquema anterior, ilustra los niveles teóricos planteados por Beauchamp y Childress y que permiten la estructuración del razonamiento deductivo en niveles que responden a dimensiones formales y operativas, necesarias para comprender la relación disyuntiva, pero no excluyente, entre las funciones normativas y descriptivas con las que una teoría opera. Permitiendo con ello superar las críticas más profundas que apuntan a la perspectiva epistemológica.

Se trata pues de flexibilizar el criterio de certeza al de plausibilidad para decidir respecto del mejor curso de acción posible, a partir de un proceso plural y multidisciplinar de deliberación. En este sentido, los límites de este enfoque, planteados por Clouser y Gert (1990) podrían ser superados a partir de la consideración de la flexibilización del método deductivo.

La flexibilización de una bioética basada en principios habrá de invitar a los agentes participantes del proceso de deliberación a considerar los principios como máximas formales que deberán ser situados de acuerdo a las características de cada caso clínico de alcances bioéticos, más allá de los conflictos biomédicos, con la intención de ponderar los medios tendientes a determinados fines, esto es, deliberar respecto a la mejor decisión posible, no necesariamente correspondiente a los resultados esperados, pero sí a una práctica que permita decidir respecto al mejor curso de acción.



Nos referimos entonces a una bioética deliberativa en tanto se trata de una práctica que despliega, desde su constitución y fundamentación misma, criterios tanto de eficacia como de razonabilidad puesto que, las decisiones que se tomen, como en el caso de los grupos interdisciplinarios de los Comités de Ética Hospitalaria, deberán buscar más bien la razonabilidad más allá de la validez lógica o certeza absoluta. Por ello, si bien el modelo deductivista para la reflexión bioética, basada en el principalísimo posee diversas críticas, objeciones y detractores por los riesgos que se corren en la normativización tendientes a la universalización de las condiciones de razonabilidad de los casos clínicos o hechos biomédicos, es más bien en el ejercicio crítico en búsqueda por vindicar su eficiencia, la que permitirá contextualizar dichos principios a las particularidades de cada caso, con la finalidad de proponer u optar por el mejor curso de acción posible. (Ruiz-Rincón & Mayorga Madrigal, 2022, pág. 59)

27

Una bioética deliberativa como parte constitutiva del trabajo en los Comités de Ética Hospitalaria, no solo justifica, sino demanda esfuerzos por proponer alternativas que acompañen los procesos de toma de decisión.

COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA Y LA PRÁCTICA DELIBERATIVA

Para tomar decisiones hay que deliberar; en este sentido, la institucionalización de la denominada ética aplicada constituye un reto que se ha edificado sobre las



ARTÍCULO

reflexiones en torno a las consecuencias derivables del desarrollo tecnológico y los cambios sociales, así como de su aplicación, y que han tenido lugar durante el siglo XX, llegando con fuerza crítica hasta nuestros días.

Por institucionalización, nos referimos a la estructuración normativa que reglamenta los encuentros y procesos de diálogo y discusión entre expertos, asesores e implicados que tienen lugar en el seno de una organización, ya sea de carácter académico, de investigación o, del ejercicio del ámbito biomédico, social, cultural, tecnológico o científico; así como los temas y asuntos sobre los cuales se desarrollará las discusiones.

Respecto al ejercicio de la ética aplicada, Diego García (2011) refiere el doble carácter que este enfoque debe tener; por un lado, el carácter interdisciplinar y, por otro lado, el carácter pluralista. Así, respecto al carácter interdisciplinar puntualiza que los problemas en los que se enfrentan profunda complejidad, y que, por lo tanto, requieren de forma inevitable e ineludible, de la “participación de expertos en diversas materias” (26) o campos disciplinares. Mientras que, en lo tocante al carácter pluralista, nos invita a considerar que los juicios o recomendaciones a las que se llegue “han de tener en cuenta la convivencia de grupos con ideologías y creencias variadas en una misma sociedad” (26). En este sentido, se trata de “hacerse cargo del proceso” (26); cuya responsabilidad habrá de caer sobre los hombros de los comités de ética.



ARTÍCULO

Los comités de ética, en un sentido generalísimo, son estructuras en donde convergen el carácter interdisciplinar y pluralista de sus participantes, y que:

...permite aplicar los mínimos a los distintos ámbitos de la vida social (medicina, empresa, ciencia, etc.), haciendo posible que los miembros de una sociedad tomen decisiones morales compartidas en cuestiones relativas a las éticas aplicadas. (García, 2011: 28)

Ante las dificultades pues, de alcanzar una ética máxima, universalista y tendiente a la felicidad; se apela, a razón de la ética cívica desarrollada por Adela Cortina, donde es posible precisar que:

(...) conviene distinguir entre la moral y la ética o filosofía moral [tanto por su dimensión social-contextual, como por su búsqueda por la universalidad de los principios que rijan el actuar humano], porque se refiere a *dos niveles de reflexión y lenguaje*: el nivel de la vida cotidiana, en que los hombres viven desde antiguo con referentes morales, y el nivel de la filosofía moral, que reflexiona sobre la moral vivida en la vida cotidiana.

Entre las tareas de la ética cuentan la de intentar dilucidar *en qué consiste* la moral, tratar de *fundamentarlo*, es decir, adquirir las razones para que haya para que haya moral o bien reconocer que no las hay, en intentar *aplicar* los principios éticos descubiertos mediante la fundamentación en los distintos ámbitos de la vida cotidiana. (Cortina, 1996: 121)



ARTÍCULO

Donde una ética mínima, que busca, mediante “mínimos axiológicos y normativos [compartidos], deberes de justicia exigibles a cualquier ser racional” (García, 2011: 28), para la realización de aquello que se reconoce como el libre desarrollo de la personalidad.

Dichos mínimos compartidos, se tratan de:

(...) un destilado obtenido del proceso de deliberación prudente en busca del curso óptimo de acción como respuesta a los intereses en mutua interacción de los distintos grupos; es decir, los mínimos morales resultantes del diálogo entre agentes que defienden sus ideales de vida feliz o máximos morales. Estos mínimos se encarnan en una serie de principios morales de justicia contenidos en el ordenamiento jurídico, los derechos humanos, o en los valores que iluminan las diversas constituciones. (García, 2011: 29)

30

Desde la idea de que la bioética es, en esencia deliberación (Herrera Nuño, 2007: 48); hasta una definición que la identifica como una rama de la ética aplicada que se encarga de: reflexionar, deliberar, y plantear normas y políticas públicas para regular y resolver temas de la vida social y de las Ciencias de la vida (Comisión Nacional de Bioética, 2021). Logramos identificar tres tipos de comités; a saber: Comités Éticos de Investigación Clínica cuya función se centra en regular, evaluar y dictaminar protocolos de investigación que se proponen para ser realizados en seres humanos; los Comités Nacionales de Bioética que se integran multidisciplinariamente para reglamentar el funcionamiento y operatividad de las



ARTÍCULO

comisiones estatales de bioética y, por último: los Comités Éticos Asistenciales o también conocidos como Comités de Ética Hospitalaria (CEH).

Los Comités de Ética en Investigación (CEI) tienen, de acuerdo a lo expuesto por Kawa, como principal oficio: “asesoras, revisar y aprobar los protocolos de investigación que realizan en el hospital los investigadores, el personal médico, los médicos residentes, los estudiantes, y los que se hacen en colaboración con instituciones y organismos externos” (Kawa & Flisser, 2007, págs. 149-150)(149-150). De esta manera, las tareas que desarrollan los CEI son las siguientes:

...revisan los protocolos de investigación, rechazan los que no cumplen con las normas pero sugieren modificaciones para que puedan ser aprobados; aprueban aquellos que cumplen con los requisitos de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud y demás disposiciones generales y con la guía de elaboración de protocolos preparada en la Dirección de Investigación. (Kawa y Flisser, 2007: 150)

31

Es posible pues, observar que las tareas generales de aprobar o rechazar protocolos de investigación, a partir de criterios establecidos y tendientes a la universalización, resultan la finalidad específica de los CEI. Por su parte, los Comités de Ética Hospitalaria (CEH), cuentan con particularidades que vuelven inconmensurables ambas estructuras.



ARTÍCULO

Si bien, ambos tipos de comités, llevan a cabo de forma estructurada, organizada e institucionalizada, procesos de diálogo y deliberación. Los CEH encuentran una particularísima diferencia situada en el resultado (recomendación) respecto al mejor curso de acción posible. Las variables involucradas en el proceso de deliberación atañen de forma más profunda a los elementos presentes en la toma de decisiones. Se trata de casos en los que, por más similitudes existentes, una variable puede generar un marco de indecidibilidad ante la proliferación de resultados posibles. Esto es, no resulta posible emplear un conjunto de criterios universales o absolutos para atender un conflicto bioético:

La tentación de resolver conflictos en un comité de ética hospitalaria atendiendo un manual o pretender introducir criterios unilaterales no parece ser la forma más prudente de proceder. La ética implica diálogo, reconocer la existencia de diversas posiciones morales y especialmente una actitud que opte por aquellas proposiciones que se encuentran mejor fundamentadas tanto de manera razonable como racional. (Mayorga, 2018: 29)

Los trabajos de deliberación, constitutivos de los CEH, son requeridos principalmente para el análisis de problemas morales que tienen lugar ante un hecho biomédico, conocido también como un dilema ético o bioético; y cuya finalidad tiene que ver con proponer soluciones que permitan tomar el mejor curso de acción posible, considerando los múltiples factores que intervienen en el



ARTÍCULO

proceso de deliberación, como: diagnóstico, alternativas de tratamiento, implicaciones, costos, perspectiva cultural, ideológica y religiosa, hasta la disposición de tratamiento frente a la enfermedad. Un CEH también puede contribuir al análisis de conflictos similares para la formulación de criterios procedimentales con pautas mínimas; siendo justamente este último elemento, fundamental para el proyecto que nos hemos propuesto. Mediante un Modelo de Argumentación Integral y Flexible (MAIF).

Recordemos que, en México la Comisión Nacional de Bioética toma como órgano oficial de la Secretaría de Salud (SSA) se integra por: el Consejo Consultivo y los comités hospitalarios de bioética, estos últimos encargados de la recepción, reflexión, deliberación, análisis de dilemas y presentación de recomendaciones.

33

Desde este punto inicial, un modelo deliberativo, centrado en el acuerdo que, constituye una de las metas prácticas de los comités hospitalarios de bioética, nos permitirán, de acuerdo a Douglas Walton (2010), partir de la atención a un problema práctico con consecuencias futuras, considerando el dilema o situación inicial. Desde la consideración de objetivos individuales de los participantes, como objetivos colectivos propios del diálogo, correspondientes a coordinar objetivos y acciones personales, y decidir sobre el mejor curso de acción posible, respectivamente. Teniendo como beneficio la formulación de prioridades personales en torno al cual se desarrollará la argumentación como procedimiento



ARTÍCULO

dialéctico, con la finalidad de convencer sobre lo que se identifique como el mejor curso de acción posible.

La deliberación se centra en un problema práctico con consecuencias futuras. En este sentido, los objetos de la deliberación se ubican en el marco de un conflicto moral en el que mediante un proceso de deliberación se deben identificar desacuerdos y controversias; buscando un acuerdo entre las partes: paciente, equipo médico, cuidadores primarios y/o secundarios, familiares, etc.; en donde se tengan en cuenta los principios de la ética biomédica: autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia.

De esta manera, los hechos biomédicos concretos o casos clínicos, se encuentran relacionados con las ideas de: vida humana (en este caso específico, pues la bioética en general, contemplaría a la vida en su acepción general), dignidad de la vida humana, la autonomía y la capacidad de decisión, abstención o suspensión de tratamientos (AET), rechazo de tratamiento o muerte voluntaria (digna), el derecho a morir o del buen morir, la eutanasia, el suicidio asistido, la interrupción del embarazo, etc. En este punto nos encontramos pues, con una serie de hechos biomédicos que implican una toma de decisión que generan un conflicto de base moral situada en una ética principalista donde, la violación de uno o más principios éticos supondría la etapa confrontativa o de confrontación en el que debe llevarse a cabo un proceso de diálogo y deliberación para llegar o construir



un acuerdo en el que se ponderen las acciones y se tome el mejor curso de acción posible.

Los objetos de la deliberación tienen lugar cuando se da una “conmoción personal” ante un punto de vista que resulta de una meta biomédica en la que el caso clínico genera un conflicto moral a partir de la forma en la que los agentes implicados difieren en torno a las metas o finalidad que se persigue y que se fundamentan en una ética principalista (principalmente); generando con ello angustia e incertidumbre en las decisiones que deben tomarse desde la responsabilidad y el compromiso. Es decir, los objetos de la deliberación son principalmente: el conflicto moral y el desacuerdo en relación a la meta que se presenta ante un hecho biomédico y que implica la defensa de un punto de vista. El cual habrá de variar de acuerdo al contexto y al auditorio, así como los valores y su ponderación, compartida o no.

De manera preliminar, los tipos de desacuerdo serían de creencia o punto de vista (proposición de partida en conflicto), de actitud (a favor o en contra) y de emoción (duelo). Incluyendo contenido comunicacional, esto es, información parcial o completa y condiciones para el proceso de deliberación, de acuerdo a lo que determina el CEH. Al mismo tiempo, deben considerarse los conflictos morales (de la acción) en función de la decisión (factibilidad), acción (plausibilidad) y el compromiso (fiabilidad).



APLICACIONES DEL MODELO DE DISCUSIÓN CRÍTICA A LA DELIBERACIÓN EN BIOÉTICA

Si precisamos la noción de modelo como representación de la realidad, un hecho o situación; es posible generar un modelo de deliberación que nos permita identificar las variables, los problemas y los tipos de problemas que tienen lugar ante un hecho biomédico o caso clínico en que se da un conflicto moral que genera un desacuerdo.

Podemos identificar modelos canónicos como el modelo deductivo que produce a la postre, en el caso de la reflexión bioética, errores de razonamiento como la “falsa generalización”, “generalización precipitada” o “accidente”, que, en su búsqueda por normar de forma rígida, pierden de vista las particularidades y variables de cada caso, cerrándose a la consideración de la dimensión contextual y las condiciones del auditorio.

Un modelo deductivo es fructífero en ética cuando se han recabado suficientes datos [variables] y, a partir de allí, se establecen conclusiones como directrices para establecer propuestas o recomendaciones, pero de allí no se sigue que, dado que un caso se resolvió de manera satisfactoria, otro similar tendrá que seguir los mismos derroteros. (Mayorga Madrigal, 2018: 27)



ARTÍCULO

El modelo que proponemos debe pues, poseer ciertas características que permitan ajustarse a los diferentes contextos, puntos de vista y auditorios, sin perder de vista que se sitúa en el marco de una ética principialista y que, al final de cuentas, lo que se busca es dirimir en torno a un diálogo deliberativo que permita arribar o construir un acuerdo en el que los implicados encuentren la certidumbre de haber decidido por el mejor curso de acción posible.

El modelo entonces, permitirá una esquemática no rígida de los procesos de deliberación de los CEH en donde se reflexiona y dialoga sobre diversos medios del hecho biomédico o caso clínico, donde el acuerdo habrá de desembocar en una acción o recomendación no universalista o generalizable, cuidando siempre de no traspasar las fronteras de un relativismo debilitante. El diseño del modelo de deliberación comprenderá la ubicación de los siguientes estadios en el proceso deliberativo, a partir de los cuales tendrá lugar la caracterización de las variables, problemas y tipos de problemas del hecho biomédico, de forma tal que pueda representarse de manera estructurada, pero al mismo tiempo, lo suficientemente flexible que permita el ajuste de acuerdo a la diversidad de casos, contextos, auditorio y disposiciones de los implicados.

En este sentido, el “objetivo general de la teoría de la argumentación, como disciplina, es proveer de instrumentos teóricos para analizar, evaluar y producir discursos argumentativos de manera adecuada”. (van Eemeren, 2019: 25) Antes que todo, es necesario situar el Modelo Argumental Integral y Flexible (MAIF) en



ARTÍCULO

el marco de la pragmadialéctica, por tratarse de una de las teorías de la argumentación que se plantea como una forma de mediación entre las tensiones dilemáticas normativas y descriptivas. El modelo de argumentación que propone la pragmadialéctica es el de la discusión crítica, esto es, para la pragmadialéctica es necesario mantener un equilibrio entre la eficacia y la razonabilidad, esto es, entre las pretensiones respecto a los fines (deliberar y elegir el mejor curso de acción posible) y las razones aceptadas, los medios para su consecución. Así, como un modelo de discusión crítica provee criterios que permiten atender una “dimensión crítica normativa y una dimensión empírica descriptiva” (van Eemeren, 2019: 23); empero, dichos fines descriptivos en el contexto de la teoría de la argumentación deben, de acuerdo a Frans H. van Eemeren (2019), tender al cumplimiento de cuatro objetivos:

38

Presentar una descripción de los componentes del discurso argumentativo que conjuntamente constituyen el punto de partida de la argumentación;

Presentar estándares normativos para la evaluación del punto de partida de la argumentación que sean apropiados para un juez racional que juzga razonablemente;

Presentar una descripción de los componentes del discurso argumentativo que conjuntamente constituyen el modelo de la argumentación;



ARTÍCULO

Presentar estándares normativos para evaluar la argumentación tal como esta se expone en el discurso argumentativo que sean apropiados para un juez racional que juzga razonablemente. (van Eemeren, 2019: 25-26)

De esta manera, “En la pragmadialéctica, la distinción entre esquemas argumentativos se basa en principios pragmáticos que tienen una función dialéctica en la conducción del discurso argumentativo” (van Eemeren, 2019: 29), dicha función dialéctica describe la argumentación como un proceso, que puede extrapolarse pues: “Todos los enfoques dialécticos que se han desarrollado en la teoría moderna de la argumentación se concentran en las preservaciones de la razonabilidad e el discurso argumentativo”. (Eemeren, 2019: 38)

En momentos de la deliberación, nos desplazamos por y a través de “actividades argumentativas institucionalizadas”, como las que tienen lugar en los ámbitos jurídicos, médico, educativos, de negociación, etc. En el ámbito médico, nos encontramos con los Comités de Ética Hospitalaria, punto desarrollado en el apartado anterior. En el espectro concreto del campo médico, puede situarse a la argumentación como “una actividad verbal, social y racional que apunta a convencer a un crítico razonable de la aceptabilidad de un punto de vista adelantando una constelación de una o más proposiciones para justificar este punto de vista” (van Eemeren, Grootendorts y Snoeck Henkemans, 2006: 17). Esta práctica puede estar presente en cualquier nivel o dimensión dentro de la comunicación hospitalaria; empero, es en lo tocante a las prácticas argumentativas



en los procesos de deliberación de los CEH que la presente propuesta pretende abonar.

Para van Eemeren, Grootendorts y Snoeck Henkemans, “Las discusiones argumentativas están destinadas a alcanzar un acuerdo razonable” (2006: 23). Tomando en consideración que, “Una diferencia de opinión o un desacuerdo siempre comprende dos partes. Una parte adelanta un punto de vista y la otra expresa sus dudas o, como a menudo sucede, va un paso más allá y rechaza el punto de vista” (24). El fin de la dialéctica en la argumentación, no se corresponde con demostrar un punto o persuadir a un auditorio como tal, sino de convencer, a través de un conjunto de información razonable (discutible/aceptable) y racional (justificada) respecto a un punto de vista; siendo este punto de vista la propuesta de un curso de acción sobre el cual hay que llevar a cabo un proceso deliberativo que permite compartir multidisciplinariamente, pluralmente y democráticamente razones para actuar de X o Y forma.

En la pragmadialéctica, dentro de un modelo de discusión crítica van Eemeren, Grootendorts y Snoeck Henkemans (2006), se distinguen cuatro etapas:

1) En la etapa de confrontación las partes establecen que tienen una diferencia de opinión. En una diferencia de opinión no mixta, esto simplemente significa que el punto de vista de una parte no es inmediatamente aceptado por la otra, sino que se encuentra con la duda o la



ARTÍCULO

crítica. En una diferencia de opinión mixta, la otra parte adelanta su punto de vista opuesto.

2) En la etapa de apertura las partes deciden tratar de resolver la diferencia de opinión. Se asignan los roles de protagonista y antagonista (en una diferencia mixta, hay dos protagonistas y dos antagonistas). También acuerdan acerca de las reglas del debate y los puntos de partida.

3) En la etapa argumentativa el protagonista defiende su punto de vista contra la persistente crítica del antagonista adelantando argumentos para oponer las objeciones del antagonista o para remover las dudas del antagonista.

4) En la etapa de conclusión las partes evalúan la extensión que alcanzó la resolución de la diferencia de opinión y a favor de quién. Si el protagonista retira el punto de vista, la diferencia de opinión se resuelve a favor del antagonista; si el antagonista abandona sus dudas, es resuelta a favor del protagonista. (van Eemeren, Grootendorts y Snoeck Henkemans, 2006: 37)

La identificación de cada una de las etapas, así como los elementos que componen el modelo de discusión crítica que nos propone la pragmadialéctica, permite que no perdamos de vista que nos movemos en el ámbito de la práctica argumentativa, pero en un contexto específico: la deliberación en los CEH.



ARTÍCULO

La práctica argumentativa como mecanismo que legitima la forma en la que damos o pedimos razones, información, evidencias o compromisos bajo el presupuesto dicotómico en el que todo aquello que escape a la norma, todos aquellos razonamientos que contengan (formal o informalmente) un error, serán tildados como falaces y, en consecuencia, susceptibles de corrección o eliminación. (Ruiz-Rincón y Mayorga Madrigal, 2022: 64)

Luego de un breve recorrido por el modelo de discusión crítica provisto por la pragmadialéctica, se han identificado un conjunto de criterios en torno a los momentos constitutivos en el contexto de la comunicación hospitalaria, específicamente en lo que toca a los procesos de deliberación de los CEH. Para presentar, de manera descriptiva al MAIF, resulta menester precisar que, se agrega una quinta y necesaria etapa en el proceso de la deliberación: se trata de la etapa de seguimiento.

Veamos pues, a detalle cada uno de los elementos que, preliminarmente integran este modelo que busca proponerse como una herramienta visual que permita llevar a cabo el proceso de deliberación, alegando que, “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.” (García C, 2011: 35)



ARTÍCULO

Para comprender de forma esquemática la integración de la nueva etapa, tenemos la “Etapa de confrontación”, donde tendrá lugar el hecho bioético problemático, esto es, es la etapa de la discusión crítica en la que los agentes interactuantes reconocen una diferencia de opinión. La segunda etapa, es en donde se asignan roles y acuerdan las reglas de interacción en la discusión crítica; empero, dentro del MAIF, esta segunda etapa en su dimensión estructural, es “conformativa del CEH”. Esto es, los CEH entran en operación ante la necesaria deliberación ante un hecho bioético, que surge, justamente del encuentro de valores en conflicto. Por su parte, en la dimensión de la institucionalización discursiva, es en la que se realiza a través del grupo plural y multidisciplinar la presentación de fuentes de contenido de información; es decir, desde el historial clínico, los resultados del estudio socioeconómico, la información diagnóstica y proyectiva del caso, etcétera. Es en esta etapa, en la que el CEH conformado, se reúne y comparten una base de información común para la deliberación.

43

La tercera y siguiente etapa del modelo de discusión crítica es la argumentativa, sin embargo, esta etapa consta también de dos dimensiones para el caso del MAIF: a saber, la dimensión operativa y la dimensión deliberativa. La distinción entre ambas dimensiones tiene lugar en el carácter institucional que adquiere la dimensión operativa, pues de forma externalista se proveen normativas y reglamentos que regulan la operación de los CEH y a lo que el modelo propuesto habrá de ajustarse según sea el caso y el contexto. Por otra parte, la dimensión deliberativa se sitúa específicamente en la democratización de la



ARTÍCULO

toma de decisiones, tal como se ha planteado en apartados previos, tendrá lugar en un sentido problemático (Gracia Guillén, 2011); esto es, el proceso argumental de la práctica deliberativa.

Ya que la toma de decisiones se corresponde con un sentido dilemático, ante un hecho bioético, en el ámbito de la práctica deliberativa de los CEH, se resuelve la deliberación con una “recomendación” que se plantea como el mejor curso de acción posible. En este sentido no se trata de una decisión modelable o estratégicamente uniforme, pues cualquier diferencia por más mínima que tenga lugar entre un caso u otro, que, en los hechos bioéticos sobre los que deliberan los CEH, harían inconmensurable su contrastación, generando, si se buscara un modelo para la predictibilidad, un sistema indecidible y, en pocas palabras, inoperable en situaciones concretas, específicas y emergentes.

44

Logramos de esta manera, aproximarnos tangencialmente a la cuarta etapa de nuestro modelo, la de la conclusión. Que para nosotros será una etapa destinada a la ponderación y decisión (no decidible) que consiste en la “recomendación expresada por el CEH”, esta recomendación estará orientada, siguiendo los principios de la bioética principialista, al cumplimiento del principio ponderado (sin detrimento o necesario conflicto con los otros principios) presentando el mejor curso de acción posible. Sin embargo, es justo el momento concluyente de la discusión crítica, la que nos genera la necesaria incorporación de una siguiente etapa para el MAIF, el seguimiento. Pues si bien, una vez expresada



ARTÍCULO

la recomendación, la dimensiones conformativas y operativas del CEH logran su meta, debe tener lugar una etapa de seguimiento que permita a los involucrados evaluar los resultados obtenidos, permitiendo con ello incrementar la información de la que se dispone para la autorregulación de los procesos deliberativos futuros, considerando también el impacto de la recomendación y la plausibilidad y reiniciar el proceso.

Si bien el modelo argumental de la teoría pragmadialéctica se integra por cuatro fases o etapas, a saber: Confrontación, apertura, argumentación y conclusión. El MAIF integra una quinta etapa: la de seguimiento.

CONCLUSIÓN

El proceso de deliberación en los CEH no resulta lineal, tampoco está cerca de agotar las complejidades de cada hecho bioético sobre el cual se discute. Sin embargo, la puesta en marcha por procurar un modelo que permita dar las pautas generales para decidir y con ello, recomendar el mejor curso de acción posible, ha sido una empresa que varios teóricos del campo de la bioética se han echado al hombro. Baste señalar que, desde lo tocante a la comunicación hospitalaria, se presentan hendiduras, omisiones y fugas de información que hacen impensable que, en la práctica deliberativa, se tengan contempladas todas las variables posibles de considerar.



ARTÍCULO

Empero, al incorporar varias metodologías, como la casuística y la ética de las virtudes, podemos esbozar un conjunto de etapas que no suponen linealidad, pues pueden presentarse tantos bucles como sean necesarios para tomar la mejor decisión posible. Se tiene pues, un principialismo sin contexto que sentará las bases o puntos de partida o apoyo, en virtud de ser preponderantemente deductivista, permitiendo con ello evaluar el cumplimiento de cada principio según el curso de acción considerado. Mientras que la casuística, en tanto contextual, agregará información de casos análogos y de los aspectos particulares del hecho biomédico. Tomando en cuenta que, la deliberación se da en relación a los medios, será la ética de las virtudes la que permitirá mantener la vista en el fin.

REFERENCIAS

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.

Beca, J. P., & Razmilic, M. (2014). *Bioética clínica narrativa*. Santiago: Mediterráneo.

Camargo, E., Luengas, L., & Gómez Castillo, H. (2012). G. Hottois, el paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia. Barcelona: Anthropos, 1999. *Revista Visión Electrónica*, 6(2), 172-180. Obtenido de <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/visele/article/view/3889>



ARTÍCULO

Clouser, K., & Gert, B. (2 de April de 1990). A Critique of Principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 15(2), 219-236. doi:<https://doi.org/10.1093/jmp/15.2.219>

Comisión Nacional de Bioética. (22 de Octubre de 2021). *¿Qué es bioética?* Obtenido de Comisión Nacional de Bioética: <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/que-es-bioetica?state=published>

Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. Hermeneútica crítica de las actividades humanas. *ISEGORÍA*(13), 119-134.

Cruz-Parceros, J. A. (2021). La discusión filosófica sobre la guía bioética. En G. Ortiz Millán, & M. d. Medina Arellano, *COVID-19 y Bioética* (págs. 311-337). México: UNAM-IIIJ.

García C, D. J. (Diciembre de 2011). La deliberación moral en bioética. Interdisciplinarietà, pluralidad y especialización. *Ideas y Valores*, IX(147), 25-50. Recuperado el 19 de marzo de 2022, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/36771>

Gracia Guillén, D. (31 de octubre de 2011). La deliberación moral. El papel de las metodologías en la ética clínica. *Derecho a morir dignamente*, 21-40. Obtenido de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/2011-deleberacion-moral-etica-clinica.pdf>

Herrera Nuño, E. (2007). Bioética y desarrollo humano. En U. A. Aguascalientes, *Dilenas bioéticos. Memoria del primer encuentro de bioética* (págs. 47-60). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.



Hottois, G. (2020). *¿Qué es la bioética?* (2 ed.). (M. A. Gallego Cataño, Ed.) Bogotá: Universidad del Bosque.

Kawa, S., & Flisser, A. (2007). Comisiones de ética y de investigación. En R. Pérez Tamayo, R. Lisker, & R. Tapia, *La construcción de la bioética* (1 ed., Vol. I, págs. 149-160). México: Fondo de Cultura Económica.

Luna, F. (2008). Planteos clásicos y teoría de los principios. En F. Luna, & A. Salles, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (págs. 23-78). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Mayorga Madrigal, A. C. (2018). Del manual a la deliberación en la ética clínica. En S. A. Viruete Cisneros, R. Preciado González, M. Partida Pérez, M. d. Aviña Jiménez, A. Espinosa de los Monteros Rodríguez, & J. López Guiarte (Edits.), *Bioética, bioderecho y farmacología* (págs. 21-30). Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.

Molina Ramírez, N. (2013). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. (U. E. Bosque, Ed.) *Revista Colombiana de Bioética*, 8(2), 18-37. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189230852003>

Rivero Weber, P., & Pérez Tamayo, R. (2007). Ética y bioética. En R. Pérez Tamayo, R. Lisker, & R. Tapia, *La construcción de la bioética. Textos de bioética. Volumen I* (Vol. I, págs. 13-24). México, México: Fondo de Cultura Económica.

Ruiz-Rincón, D. L., & Mayorga Madrigal, A. C. (2022). La argumentación multimodal en el ámbito de la deliberación bioética. *Quadripartitia Ratio*, 6(12), 56-69. Recuperado el 4 de Marzo de 2022, de <http://www.quadripartitaratio.cucsh.udg.mx/index.php/QR/article/view/127/443>



ARTÍCULO

van Eemeren, F. H. (2019). *La teoría de la argumentación: una perspectiva pragmatialéctica*. (K. Wolf, & C. Santibáñez, Trads.) Lima, Perú: Palestra Editores.

van Eemeren, F., Grootendorts, R., & Snoeck Henkemans, F. (2006). *Argumentación: análisis, evaluación, presentación*. (R. Marafioti, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Biblos.