



Directores: Luis Vega y Hubert Marraud **Secretaria:** Paula Olmos
ISSN 2172-8801 / <http://doi.org/10.15366/ria2019.18> / <https://revistas.uam.es/ria>

El argumento *ad verecundiam* en la relación médico-paciente: estudio de caso en procedimientos estéticos

*The argument ad verecundiam in the doctor-patient relationship:
case study in aesthetic procedures*

Schumann Javier Andrade Uribe

Facultad de Filosofía
Instituto de Bioética
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7 No. 40, Bogotá, Colombia
schumann.andrade@javeriana.edu.co

Artículo recibido: 04-06-2019
Artículo aceptado: 30-06-2019

RESUMEN

El texto aborda el vínculo argumentativo que se establece en la relación médico-paciente y elabora un análisis con el propósito de evaluar el modo en que el argumento que apela a la autoridad o argumento *ad verecundiam* puede llevar a prácticas médicas no deseables cuando se incurre en una falsa autoridad. Acorde con lo anterior, el texto presenta dos momentos, de una parte, expone las características del argumento *ad verecundiam* y su lugar en el entorno médico; y por otra parte, elucida los criterios argumentativos mediante los cuales se afecta la relación médico-paciente que conlleva consecuencias valorativas sobre la autoridad médica.

PALABRAS CLAVE: ad verecundiam, argumento que apela a la autoridad, relación médico-paciente

ABSTRACT

This paper addresses the argumentative link that is established in the doctor-patient relationship and elaborates an analysis with the purpose of evaluating the way in which the argument that appeals to the authority or argument *ad verecundiam* can lead to undesirable medical practices when it is incurred a false authority. In support of these claims, the text presents two moments, on the one hand, it exposes the characteristics of the argument *ad verecundiam* and its place in the medical environment; and on the other hand, elucidates the argumentative criteria by which the doctor-patient relationship is affected, which entails value consequences on the medical authority.

KEYWORDS: ad verecundiam, argument to appeal to authority, doctor-patient relationship



1. INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente tiene como uno de sus aspectos centrales el diálogo. A partir del diálogo se establece la relación comunicativa en la que el médico interactúa con el paciente y es allí donde el médico, informa, describe, ordena y persuade al paciente; ahora bien, también el paciente manifiesta sus dolencias, los síntomas que lo aquejan, lo que siente y en última instancia hace evidente un problema de salud. En este marco comunicativo, tanto el médico como el paciente generan lazos de confianza, de seguridad, de autoridad y con ello fácilmente aparecen las diferencias de opinión entre lo que habla el médico y lo que espera o entiende el paciente; en ese sentido, emergen dificultades o valoraciones en las que el paciente puede acusar al médico de una mala práctica médica. Además, esta relación se caracteriza porque el paciente recurre al médico en calidad de experto, aquel que tiene la capacidad para ofrecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento ante una condición particular o un procedimiento asociado con la salud y con el cuidado o curación de una enfermedad (Pilgram, 2015).

De acuerdo con lo anterior, en la relación médico-paciente, la experticia del médico es relevante y se pone en juego constantemente. Además, en la experticia parece que se cimienta gran parte de la fuerza persuasiva para que el paciente entienda o se someta a un procedimiento y donde se cumplen unas expectativas bajo ciertos parámetros de la salud o la medicina. El texto entonces quiere evaluar el lugar de la autoridad en este espacio comunicativo; para tal efecto se recurrirá a los aspectos centrales del argumento *ad verecundiam* en sus condiciones o características, en tanto producto, como en los usos legítimos o ilegítimos. Como consecuencia de lo anterior, los aspectos que definen el argumento que apela a la autoridad conllevan juicios de valor por parte del paciente sobre el médico, y en casos extremos implican valoraciones asociadas con malas prácticas médicas.

2. CONSIDERACIONES EN TORNO AL ARGUMENTO *AD VERECUNDIAM* EN TANTO FALACIA

El estudio y una correcta comprensión de las falacias mediante la elaboración de una aproximación teórica adecuada y robusta se ha impuesto como una de las tareas de la teoría de la argumentación contemporánea (Vega, 2013), como ejemplo de lo anterior se encuentra el recurso a la autoridad en argumentación o argumento *ad verecundiam*. El tratamiento de este argumento de acuerdo con los criterios de la lógica en una

perspectiva deductivista sostiene que el recurso a la autoridad para justificar o defender una posición es una estrategia inadecuada ya que es posible manipular al oyente o seducir al interlocutor bajo el velo del estatus que tiene una persona, mas no por el argumento en cuanto tal (Copi, 2013); ahora bien la tradición reconoce a Locke como el pensador que dio nombre y título de falacia al argumento *ad verecundiam* y dio cuenta de unos criterios para comprender el sentido de la autoridad.

No obstante, la comprensión desde perspectivas dialógicas muestra que no en todos los casos se incurre en un uso falaz, por el contrario, existen usos legítimos que exhiben una estructura y permiten la elaboración de criterios adecuados para reconocerlo como un argumento evaluable. Ahora bien, ¿qué criterios son los que deben tenerse en cuenta para diferenciar un argumento falaz de uno que no lo es? Esta pregunta es compleja y su aproximación debe ser precisa, porque en el uso de un argumento parece que es más común reconocer los errores, que hallar los usos adecuados, razón por la cual sea más común el uso incorrecto de la autoridad que los usos correctos o cuando menos se destacan mucho más los usos incorrectos por los problemas que generan.

Desde el punto de vista argumentativo una distinción que parece interesante y que esboza matices llamativos, consiste en mostrar que la noción de autoridad no es unívoca y que en al menos una situación, cuando la autoridad recibe el nombre de “experto”, el argumento no incurre en una falacia pues la noción de experticia efectivamente es una razón plausible para defender un punto vista. Sin embargo, de inmediato emergen cuestiones, que desde la práctica, son difíciles de abordar, ¿qué es un experto?, ¿cómo reconocemos a un experto?, ¿cómo se debe evaluar a un experto?, o ¿existen usos legítimos de la experticia para defender una posición o pueden ser buenas razones como apoyo para justificar y salir adelante en una discusión? En conclusión, la necesidad de un nuevo enfoque en la evaluación de argumentos que abarque condiciones pragmáticas, impulsada por Hamblin (2004), llevó a que emergiera una nueva perspectiva; ello se tradujo en una motivación para el desarrollo de la teoría de la argumentación, como lo ha resaltado Bermejo-Luque (2014), pues el estudio de las falacias ha de contener diversidad de criterios lógicos, dialécticos y retóricos.

Este nuevo enfoque reconoce que una falacia, al menos en un sentido amplio, se puede explicar como un mal proceder en el sentido de no argumentar, argumentar de un modo no relevante o como un una estrategia de dilación o distracción (Vega, 2013). En esta geografía de criterios se encuentra la pragmadialéctica de van Eemeren (2002). También se puede pensar que las falacias son errores o faltas al razonamiento

pero no tan solo bajo un criterio de validez sino que deben pensarse en la argumentación práctica con los parámetros y las condiciones al interior de un tipo de diálogo; está es la dirección tomada por Walton con la argumentación presuntiva o derrotable mediante el recurso de los esquemas argumentativos y las preguntas críticas (Walton, 1995, 2008). Dado que el propósito del texto no es realizar una reconstrucción completa de la teoría de las falacias, ni efectuar una valoración de las diferentes aproximaciones a la noción de falacia nos limitaremos a dos aspectos: i) los abusos que se comenten en una discusión crítica y ii) los rasgos del esquema que apela al experto. La ruta trazada entonces es doble, de una parte, revisar en los casos en los que se recurre a la autoridad cuando se considera como un mal proceder o cuando menos como una estrategia o maniobra distractora y, por otra parte, algunas condiciones que permitan su evaluación.

3. CONSIDERACIONES AL ARGUMENTO *AD VERECUNDIAM* EN TANTO ARGUMENTO.

El recurso a la autoridad en los procesos comunicativos argumentativos son muy comunes, una definición general sostiene que el argumento *ad verecundiam* se caracteriza por la apelación a la autoridad o la experticia para defender la aceptabilidad de un punto de vista o para persuadir al interlocutor sobre algún tema o cuestión. Este recurso, a juicio de Walton, aparece en el momento en el cual «In fact generally speaking we only appeal to experts, if in fact, it may be too expensive or otherwise difficult for us to have direct evidence» (Walton, 1987: 187). Como consecuencia, el recurso a la autoridad consiste en validar una información que el hablante no tiene y por tanto la respalda con base en lo que una autoridad afirma, es así como Bachman James en Hansen-Pinto (1995: 275), sostiene que la autoridad se invoca en general como una fuente confiable de información y que el problema o las dificultades aparecen cuando no se poseen las herramientas para evaluar la veracidad de las respuestas o la pertinencia de las preguntas.

Ahora bien, como las fuentes expertas no son infalibles o no siempre pertenecen al campo en el que se desarrolla el debate por lo tanto el examen de las fuentes debe ser muy cuidadosa y detallada, así las dificultades en la cuales se enmarca el argumento *ad verecundiam* muestran la importancia de un acercamiento crítico, es decir, el oyente no puede o no debe aceptar sin más lo expresado por el hablante; sin embargo, ¿qué significa asumir una posición crítica?, que el oyente debe estar en la capacidad para formular un conjunto de preguntas críticas sobre el argumento y sobre la autoridad (Walton, 2006).

Lo anterior implica que el oyente ha de tomar una pausa para obtener mayor información y en este punto no tan solo importa la información en cuanto tal sino que importa quién es la fuente de la información, y con ello, qué tan confiable es, pues la fuente se debe encontrar en una posición en la que tiene o parece tener un saber; en conclusión, el oyente debe estar en la capacidad para reconocer qué se discute y ante todo cómo se discute.

En los procesos dialógicos en los cuales se intenta aclarar o resolver una diferencia de opinión, el recurso a la autoridad forma parte del modo en que se lleva a cabo una discusión, en este proceso los hablantes no siempre se encuentran en igualdad de condiciones, no son actores neutrales en torno al rol en la discusión. Lo anterior quiere decir que quien está en una discusión puede argumentar investido con una autoridad o puede recurrir a una autoridad para intervenir en el procesos argumentativo con ciertos fines; es por ello, que para la pragmadialéctica, el argumento *ad verecundiam* ha de ser entendido como una violación a la regla número dos o como una violación a la regla siete (van Eemeren, 2002). Es decir la apelación a la autoridad amenaza la noción de diálogo en la medida que es una estrategia para tomar distancia del espíritu crítico, para negar a uno de los interlocutores la posibilidad para que le sea posible evaluar la aceptabilidad de un punto de vista.

En el argumento *ad verecundiam* se proyecta un *ethos* por ello no es un asunto exclusivo de *logos* sin embargo un uso excesivo puede incurrir en un uso falaz bien sea por la vía del *ad hominem* o bien sea por la vía del *ad ignoratio*, así las cosas, esta estrategia es un amenaza a la discusión porque lo que busca es explotar la ignorancia del oyente con el propósito de silenciarlo o acallarlo (van Eemeren, 2002: 155). En aquellos casos en que al violar la regla número siete, el un uso inapropiado de un esquema argumentativo, aparece ante cierta situación que apela a generalizaciones mediante expresiones como “eso es común” o “no se preocupe, eso le pasa a todo el mundo”; es este sentido la estrategia lo que intenta es evadir el peso de la prueba mediante el uso de argumentos no relevantes (van Eemeren, 2002: 180).

Como se ha visto, la dimensión crítica para pensar el lugar de la autoridad en argumentación es fundamental y esta revisión implica al menos dos aspectos fundamentales desde el punto de vista de la evaluación: primero, las herramientas para evaluar el estatus de la autoridad como una razón; y segundo, la intervención de la autoridad en los momentos en los que se intenta resolver una diferencia de opinión.

En razón a que esta evaluación no solo se ha de pensar en un sentido amplio,

sino en contextos efectivos de vida que hagan evidente la gramática, las reglas que están inscritas en las formas de vida como lo afirma Wittgenstein en las Investigaciones Filosóficas, el argumento que apela a la autoridad tiene un lugar especial en la relación médico-paciente, en la forma de vida que implica la enfermedad, la cura, el cuidado, en general el sentido de los problemas asociados con la salud. En palabras de Rees (2001: 190)

Argument interpretation is the work that ordinary language users do to recognize and understand the argument that a speaker or writer adduces to support his standpoints, even if these arguments are expressed indirectly or implicitly or if they are intertwined with other textual structures. Argument reconstruction is what an argumentation scholar does if he wants to describe, explain or evaluate argumentation from a particular theoretical perspective.

4. EL ARGUMENTO *AD VERECUNDIAM* EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Comprender el argumento que apela a la autoridad en la relación médico-paciente implica abordar una perspectiva dialógica, es decir, bajo el lente del diálogo, de la relación comunicativa, el médico interactúa con el paciente y es así como el médico, informa, describe, ordena y persuade al paciente; en este marco comunicativo, el paciente recurre al médico en búsqueda de información sobre su propia condición y sobre las diferentes acciones a realizar.

En esta forma de vida aparecen expresiones de uso común muy problemáticas por los juicios de valor que encarnan, así por ejemplo el paciente afirma “el médico no me dijo”, o el médico expresa que “el paciente no siguió mis indicaciones”, en última instancia son muchas las circunstancias comunicativas en las que se encuentra la semilla de la mala práctica médica, pues sostener que el médico no informó adecuadamente al paciente implica que el médico incurre en una mala práctica médica sobre la que tiene que asumir la responsabilidad justa. Ahora bien, el paciente también debe asumir su responsabilidad, sin embargo, es el médico el que está en mayor medida expuesto a la responsabilidad dada la práctica y la disciplina que ejerce; y ello es así porque es una autoridad y en virtud de dicha autoridad se atribuye proporcionalmente la responsabilidad.

Para el caso de los médicos que trabajan en especialidades como cirugía plástica y reconstructiva, la relación médico-paciente tiene unas particularidades, a diferencia de otras especialidades, la medicina estética está mediada por un ideal de belleza con ciertos cánones estéticos y con dinámicas de mercado en el que los anuncios en el periódico, la televisión o la difusión en la red juegan un papel

determinante; además, el paciente no necesariamente acude con una dolencia, un síntoma o una enfermedad que deba ser sanada o curada¹.

Más allá del lugar del sanar, del curar y del bienestar, en la especialidad de plástica estética y reconstructiva, el paciente se acerca al médico con unas particularidades y con unas expectativas bien definidas, en algunos casos, muy complejas ya que el paciente quiere un resultado muy específico y el ímpetu del paciente parece que se impone; por ello, los médicos estéticos son en general tan cuidadosos en diversos aspectos, es decir, asumen su ejercicio con una responsabilidad extrema.

El paciente entonces acude al médico en calidad de experto y le solicita la realización de alguno de los procedimientos propuestos o promovidos por el mercado, y es allí donde el diálogo inicia y se presenta una primera diferencia de opinión, el paciente expresa sus deseos y el médico se presenta como la persona idónea y cualificada, y en este marco, también informa al paciente de los límites y las condiciones reales y efectivas de los resultados así como de los riesgos y características de los resultados del procedimiento. Además, en la constitución y desarrollo de este diálogo, el médico y el paciente establecen una relación de confianza en la que el paciente confía en el médico por mostrarse como una autoridad, pero ¿qué ocurre cuando algo sale mal?, cuando los resultados no son los correctos o los esperados, ¿a quién se debe atribuir la responsabilidad?, ¿quién debe responder? De acuerdo con lo anterior, en la relación médico paciente, la experticia del médico es relevante y se pone en juego. Además, en la experticia se presenta gran parte de la fuerza persuasiva para que el paciente realice acciones como el cuidado que cumpla con sus expectativas en el marco de ciertos límites; ¿cómo aparece la autoridad en esta relación?, ¿existen criterios para reconocer los usos legítimos de la autoridad de aquellos que no lo son?

5. EL CASO

A nivel mundial el número de procedimientos estéticos que se llevaron a cabo en el 2017 fueron de 23.390.542 según la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, 2017). Colombia es uno de los países en los cuales el número de procedimientos no es menor, ocupa el cuarto puesto en procedimientos quirúrgicos, con 346.140 procedimientos quirúrgicos que representa el 3.2% del total mundial. Con ello

¹ Este es un punto polémico, pues se presentan dos puntos de vista, de una parte, aquella que señala que los pacientes que acuden a los procedimientos estéticos no tienen dolencia alguna. De otra parte, aquellos que consideran que efectivamente existen razones y dolencias, no necesariamente físicas, y que el propósito es buscar el bienestar y la calidad del paciente y por ello existe al menos un sentido para sanar o curar.

el número de quejas, reclamos y dificultades en la relación médico-paciente tampoco es menor. En los últimos años el caso de Lorena Beltrán ha sido uno de los más difundidos en los diferentes medios de comunicación.

5.1. ¿Quién es Lorena?

Lorena Beltrán es una mujer mayor de edad que decidió practicarse un procedimiento estético: la reducción del busto. Lorena sufría de dolores en la espalda y no se sentía a gusto con el tamaño de sus senos, fue entonces cuando inició el proceso de consulta para saber cuál era el mejor modo de proseguir, cuál era el procedimiento más adecuado que le permitiera satisfacer sus necesidades, fue entonces cuando recurrió al médico Francisco Sales Puccini. El consultorio, ubicado en un exclusivo sector de la ciudad de Bogotá, se encontraba lleno de diplomas que certificaban su experticia, Lorena cuenta que «Uno de esos cartones lo acreditaba como cirujano plástico de la Universidad Veiga de Almeida de Brasil» (*El Espectador* 2016). Sin embargo, Lorena relata que no fue la única razón tomar la decisión, según cuenta, ella dedicó parte de su tiempo para consultar en medios electrónico si Doctor Francisco era una fuente confiable, un experto.

En la indagación no había ningún indicio que mostrará la no experticia, por el contrario no tenía antecedentes, no había investigaciones en su contra y la página personal indicaba que pertenecía a la *Asociación Colombiana de cirugía plástica y estética*, de la cual se decía que era su vicepresidente. Además de lo anterior, la confianza de Lorena aumentó pues las instalaciones se veían aptas y autorizadas para realizar los procedimientos médicos de ese nivel, es decir, ella consideró era un lugar apto porque no se trataba de un centro estético de barrio o una peluquería. Ella con un espíritu crítico, quería estar segura de las instalaciones en las que se efectuaría el procedimiento, por ejemplo, al indagar por el lugar de la cirugía y ante la posibilidad de que este no se realizará en una clínica de mayor tamaño obtuvo la siguiente información:

–Lorena–: “Él me decía, no lo que pasa en que allá como se tratan más enfermedades hay mayor posibilidad de contagio de enfermedades por eso lo hacemos en clínicas especializadas en cirugía plástica donde uno ingresa y no ve absolutamente nada irregular, yo no me operé en un quirófano clandestino”
(*El Espectador*, 2016)

Adicional a lo anterior, para Lorena, el valor del procedimiento se ajustaba a lo que representa un procedimiento de este tipo, no era una ‘ganga’ o una oferta milagrosa, Lorena en su consulta había comparado y la condiciones en general era similares en otros espacios en los que este procedimiento se llevaba a cabo. Una razón que reforzó su seguridad en el médico, fue el hecho según el cual, tiempo atrás, se había realizado

un procedimiento menor en el mismo lugar y por ello su confianza era total. Sin duda Lorena conocía de los riesgos de una intervención quirúrgica, y ello era una justificación más para conocer las condiciones y en especial obtener las garantías que le ofrece una persona idónea, en última instancia se trataba de estar seguro de la experticia del médico para minimizar los riesgos, «Cuando uno está en manos de un profesional hay menos posibilidades de que eso de agrave» (*El Espectador*, 2016)

Toda esta ponderación llevó a que Lorena se realizaré el procedimiento con el médico, Francisco Sales Puchini, debido a que no había duda alguna sobre la experticia y al parecer respondía a todos los aspectos que garantizaban un procedimiento exitoso. El procedimiento se realizó sin problema y la expectativa se mantenía muy alta, sin embargo, Lorena con el paso del tiempo, en el post-operatorio, notó que la recuperación no era la mejor, que la cicatrización no se estaba efectuando como ella lo esperaba, «Es raro ver que algo cicatrice mal, y fue cuando decidí consultar [...] buscar otro médico» (*El Espectador*, 2016). Las dudas aumentaron cuando veía que en uno de sus senos la necrosis aparecía «se formó necrosis en uno de los dos pezones, es decir, se empieza a morir el tejido, estaba negro, muy duro, se desprendía al tacto, se desprendía de la piel del seno, así que, bueno esto no es normal en ningún proceso de cicatrización, me mandaron a una terapia que se llama cámara hiperbárica para regenerar los tejidos» (*El Espectador*, 2016).

Con el paso del tiempo los resultados no eran los esperados y Lorena inició un cuestionamiento al médico, y lo que cuestionaba era su autoridad y su experticia, a juicio de ella, no era su cuerpo el que reaccionó de un modo inusual, sino que algo había ocurrido con el médico. En este punto inicia una controversia a la autoridad y la experticia del médico y con ello las implicaciones jurídicas y éticas que tiene un caso como este.

Además, llegó un punto en el que Lorena tiene que asumir el lugar de víctima, otro aspecto que complejiza la relación médico-paciente, para Lorena «Cuando una persona es víctima de una cirugía se siente primero indefensa porque esto no se sabe qué hacer, si hay que recurrir a un abogado o recurrir al médico, cuando el médico le dice a uno eso es normal, todo va a estar bien o lo evade a uno en el consultorio» (*El Espectador*, 2016).

Con el paso del tiempo, Lorena decide llevar su caso a los medios y ello impulsa a que otras personas que se consideran víctimas, o se contacten con Lorena, o cuenten su caso en público, así por ejemplo, en un informativo de amplia difusión, Noticias Uno,

Liliana Fragoso narra su caso, y al igual que Lorena, al final lo que cuestiona es la autoridad del Médico Sales Puchini. El caso de Liliana muestra también la confianza inicial en el médico y como eso la lleva a realizarse más de un procedimiento, luego de la cirugía el resultado no fue el esperado; y puesto que el resultado fue insatisfactorio, consultó a Sales y este le manifestó que todo era normal, Liliana comenta que el médico le manifiesta que «Usted ya no está produciendo colágeno pero yo tengo una fórmula que yo me inventé que solo le cobro seiscientos cincuenta mil pesos (650.000)» (*Noticias Uno*, 2016). En ese momento ella decide consultar con otro médico que le mostró que las prótesis en su cuerpo eran de origen chino y no americanas como se lo había prometido Francisco Sales Puchini, además el nuevo médico constata que la prótesis estaba mal ubicada por un error en el procedimiento lo que le generó consecuencias negativas a las que el médico Sales no respondió según lo manifestado por Noticias Uno (*Noticias Uno*, 2016).

Otro caso allí presentado es el de Sandra Rengifo. Ella recurrió al médico por una hernia umbilical pero el médico la convence de realizarse otros procedimientos como una mamoplastia y mini lipectomia, el resultado tampoco fue el esperado y por complicaciones en la recuperación de una amiga que se había realizado procedimientos por la misma época y con el mismo médico ella entonces decide consultar a otro especialista.

En resumen, fueron mujeres que se sometieron a un procedimiento y luego de un postoperatorio el resultado que no cumple con sus expectativas y terminan con otro médico, además llevan a afirmar y a decir mediante el cuestionamiento de la autoridad del médico que este efectuó una mala práctica médica desde su experiencia.

5.2. ¿Quién es el médico Francisco Sales?

Por su parte, el médico si bien no se pronuncia de un modo directo en medios noticiosos, sí lo hace mediante videos en su página en internet a través de un conjunto de preguntas que aparecen en la narración mediante el generador de caracteres y cuentan lo que él llama *La otra historia*. Allí manifiesta su amor, entereza y dedicación al oficio de ser médico. Los videos en su conjunto ofrecen una imagen de Francisco Sales como médico y además da cuenta, de lo que podría ser una respuesta a los cuestionamientos a los que ha sido sometido luego de que el caso con la paciente Lorena Beltrán saliera a los medios.

En los videos, por ejemplo, habla de las dificultades en el oficio y lo que ello implica en relación con las opiniones de otros colegas que cuestionan su proceder

profesional, lo que él denomina “sicariato moral”, es decir, que médicos colegas se dedican a cuestionar lo que hacen otros médicos y señala que esa práctica tiene un efecto en el paciente pues la valoración de un mal proceder implica afectarlo psicológicamente. Además, el médico Francisco Sales resalta el carácter ético del oficio y cómo se debe trabajar en pro de ello, manifiesta que trabaja en espacios y con profesionales que cumplen con todas las condiciones legales y siguen los estándares internacionales; enfatiza que su trabajo se centra en el paciente.

Como parte de su oficio y el talante con el cual trabaja, en el video responde a la pregunta, ¿Usted sigue estudiando o ya cree que lo sabe todo?: “todos los días estudio” con lo que expresa su compromiso permanente con el aprendizaje constante (Dr Francisco José Sales, 2017b). Además sostiene que no sabe hacer otro oficio y que su compromiso por tanto es total, como muestra de ello, afirma que abandonó la especialidad en ginecología para dedicarse a la cirugía plástica y estética. (Dr Francisco José Sales, 2017b)

En relación con el caso de Lorena Beltrán, expresa sus dudas en torno a la versión que ella ofrece sobre la necrosis, y así mismo sobre el modo como el cuerpo de Lorena reaccionó a la cicatrización, además cuestiona el vocabulario médico que usa y cómo le fue posible abanderar toda una campaña legal en contra de los procedimientos estéticos. También, reflexiona sobre el caso y afirma que: «no entiendo qué paso, por qué cambió tanto, por qué se ha vuelto una persona que ha faltado a la verdad» (Dr Francisco José Sales, 2017d). Dado que uno de los aspectos de este caso se ha relacionado con las recomendaciones posteriores, afirma que:

[fundamentado en la] medicina basada en la evidencia, le conté lo que se usaba, la panela para cerrar las heridas y le conté que hoy ya no se usaba eso, sino que se usaba la gelatina porque la gelatina tiene aminoácidos como glicina y prolina que ayudan a cerrar de bastante buena la cicatrización, pero en ningún momento, ni fue su caso, ni se lo prescribí, eran los comentarios que se hacían en manera de charla como cuando un paciente comienza a hablar de medicina contigo y uno tiene una relación más de maestro-alumno que de médico a paciente (Dr Francisco José Sales 2017 El caso de Lorena Beltrán).

Ante la pregunta por la autoridad, al explorar si tienen las condiciones y la calidad profesional responde:

me gradué en el año 93 de ginecólogo, llevo más de 25 años de ejercicio profesional como especialista, tengo más de 20 años de ejercicio profesional como cirujano estético, dentro del ámbito de mi especialidad, obtuve el título y el reconocimiento de cirujano plástico. Tengo toda una vida dedicada al ámbito anatómico de la mujer y de la cirugía. Creo que eso me da la suficiente tranquilidad de conciencia de ofrecerle al paciente lo mejor, lo más seguro, lo más confiable, con los resultados estéticos que el está esperando para él (Dr Francisco José

Sales, 2017g).

Además aborda la relación y la valoración de otros colegas, por ejemplo, en el video aparece la pregunta: ¿Usted podría ser reconocido por personas calificadas internacionalmente?:

yo creo que sí, de hecho soy miembro de la sociedad brasilera, soy miembro de una sociedad argentina, tengo el Board international academic of cosmetic surgery (...) hago cursos internacionales anualmente, de hecho si estoy siendo aceptado en esos centros de entrenamiento es porque consideran ellos que soy un alumno idóneo para recibir esos saberes, y creo que ahí tácitamente esta ese aval" (Dr Francisco José Sales, 2017i).

Cuando se le indaga por las demandas legales, recurre a su experticia en términos temporales, acude a los 25 años de oficio profesional y 20 años dentro de la cirugía plástica con un número considerable de procedimientos realizados, manifiesta que la Fiscalía es el órgano donde los pacientes interponen las denuncias o quejas por un mal procedimiento y que ante las denuncias, el proceder natural es conciliar y de nuevo ratifica que eso se ha usado en su contra para generar desprestigio, «Dan a entender en la opinión pública que uno es un riesgo social» (Dr Francisco José Sales, 2017f), ante casos fatales manifiesta que todos los casos están por fuera de su ámbito o de su responsabilidad.

En síntesis, el médico Francisco Sales Puchinni aborda en estos videos la autoridad y la experticia que lo inviste y a partir de allí muestra el carácter injusto con el cual ha sido acusado; de nuevo lo que allí aparece es la autoridad médica y su relación con las buenas o malas prácticas.

6. CONSIDERACIONES EN TORNO AL CASO Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El mayor reto que se afronta en un caso como el presentado reside en la valoración ética que está dirigida hacia el médico, no solo por la valoración peyorativa sino por las implicaciones legales que esto puede acarrear, por esta razón es muy importante ser cautos al momento de valorar esta relación, así pues el análisis se centrará en revisar el modo en que opera la relación médico-paciente visto desde el paciente, es decir, los criterios, las condiciones y ante todo las dificultades que se presentan. Sin embargo como ya se ha visto en la presentación del caso, la conexión entre autoridad médica y la valoración ética es muy estrecha.

La pregunta central que orienta este apartado es: ¿qué puede aportar una reflexión argumentativa a la relación médico paciente cuando se presentan

dificultades?, en esta línea y luego de presentar los aspectos generales de la naturaleza del argumento *ad verecundiam*, afrontar la pregunta: ¿cómo opera la autoridad médica en los procesos argumentativos desde la perspectiva del paciente?

Cuando la relación médico paciente se fractura esta puede ser por tres motivaciones diferentes: primero, el médico no tomó las decisiones correctas, segundo, por una mala reacción del paciente, y tercero, por un descuido del paciente. En este marco entonces el paciente puede aseverar que el médico: a) no le informó de un modo correcto y con ello se señala una falla en los procesos comunicativos, b) que el médico no tiene el conocimiento, es decir, no tiene la experticia. Al primero de los casos lo llamaremos errores en los procedimientos discursivos y al segundo errores cognitivos.

Recordemos las razones que tenía Lorena para confiar en el médico como una autoridad:

| Razones de Lorena Beltrán para reconocer al médico como una autoridad |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tenía un título, el diploma estaba en el consultorio. • En su papel usado en las fórmulas y para los exámenes aparecía el nombre del médico, la universidad y la especialidad a la cual pertenecía. • Ya me había realizado un procedimiento con él. • No era clandestino. Su consultorio se ubica en un exclusivo sector. • El precio no era inferior al presente en el mercado. • No tenía antecedentes, vía digital. • Vicepresidente de la Asociación Colombiana de Cirugía Estética. |

Dado lo anterior, ¿qué elementos argumentativos tiene Lorena para valorar la autoridad del médico?:

| Hoja de vida del médico ² |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Registro Médico No. 2348-1989 • Médico Cirujano – Universidad Libre. Barranquilla, Colombia. • Especialista en Medicina y Cirugía Plástica Estética – Universidad Veiga de Almeida. Río de Janeiro, Brasil. • Especialista en “General Cosmetic Surgery” – Board International Academy of Cosmetic Surgery. Londres, Inglaterra. • Especialista en Ginecología y Obstetricia – Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. • Fellowship en “Cirugía Plástica Estética” – Clínica Jury. Buenos Aires, Argentina. • Fellowship en “Lipoescultura Ultrasónica y Láser” – Universidad Autónoma de Morelos. México. |

² Tomado de la página oficial del médico Francisco Sales Puchinni

- Fellowship en “Cirugía Estética de Mamas y Abdomen”. Universidad Autónoma de Morelos – México.
- Cursos anuales de actualización en Cirugías Plásticas Estéticas – Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica Estética.

¿Qué otros elementos tiene Lorena para acreditar la experticia del médico?



7. DIFICULTADES AL MOMENTO DE ABORDAR Y EVALUAR CRÍTICAMENTE EL ARGUMENTO AD VERECUNDIAM

Al momento de abordar el argumento *ad verecundiam* bajo los dos enfoques antes mencionados, el cognitivo y el procesal se ve que aparecen un conjunto de dificultades, desde un enfoque cognitivo en el cual el paciente debe evaluar el argumento *ad verecundiam* como un producto, es decir, como un argumento, Walton sugiere el siguiente esquema (Walton, 1997: 258), (Walton, Reed, Macagno, 2008:310):

Premisa Mayor:

La fuente E es un experto en el campo S al cual pertenece la proposición A

Premisa Menor:

E afirma que la proposición A es verdadera o falsa

Conclusión:

A es verdadera o falsa

Ahora bien para evaluar el argumento de un modo crítico sugiere responder a las siguientes preguntas (Ibíd.):

- ¿Qué tan creíble es E en tanto fuente experta?
- ¿E es un experto en el campo S al que pertenece la proposición A?
- ¿Qué afirma E que implica A?

- ¿E es una fuente confiable?
- ¿A es consistente con lo que dicen otros expertos?
- ¿La afirmación de E está basada en evidencia?

La cuestión aquí es la siguiente: ¿el paciente puede responder de un modo amplio y suficiente a cada una de estas preguntas en relación con el médico? Dado que los procedimientos médicos están asociados con la vida de una persona parece que no es posible responder estas preguntas de un modo superficial y con ello parece también que el intento por parte del paciente de responder satisfactoriamente a cada una de estas preguntas que evalúa los diferentes aspectos de la autoridad puede ser insuficiente, en otras palabras, ¿qué herramientas, efectivamente, tiene el paciente para saber y para reconocer que el médico tiene la experticia? Es común que el recurso a la autoridad para el caso de los pacientes está mediada por recomendaciones tales como: Infórmese bien mediante el rastreo en la red o mediante la información que puede obtener de otras fuentes, sin embargo, y como se vio en el caso de Lorena, esto no fue suficiente.

En razón de lo anterior la primera dificultad se encuentra en que el no experto, el paciente, debe evaluar al experto en virtud de una información limitada y que parece ser siempre insuficiente. La segunda dificultad resulta de la anterior, para un paciente, el grado de complejidad que implica determinar qué es un experto o qué significa ser un experto en un campo como la medicina desborda sus capacidades y como se mencionó al inicio, esa es una de las razones por las que recurre a un experto; como un aspecto derivado del anterior, y como lo señala Walton, ser una autoridad o experto en un campo determinado puede tener dos explicaciones, de una parte, se encuentra la autoridad epistémica, en el que una persona domina un campo del conocimiento y de otra parte, una autoridad administrativa, en que una persona posee una autoridad debido a una investidura o posición de poder (Walton, 1997).

En el caso de Lorena, al momento de responder a las preguntas críticas, difícilmente se puede dar cuenta de la autoridad epistémica y tan solo tiene a su disposición la autoridad administrativa; otra dificultad que señala Walton (Ibíd.) es la mezcla entre la autoridad epistémica y la autoridad administrativa; en otras palabras, el paciente sabe que el médico tiene una autoridad epistémica en razón del título de médico que se acredita mediante un diploma, los sellos, las asociaciones a las que pertenece; es decir, la información que tiene el paciente. Sin embargo, el problema más complejo de abordar consiste en que la autoridad administrativa no garantiza la autoridad epistémica, aunque sea natural que alguien que tiene la autoridad epistémica

posea la autoridad administrativa.

Desde el punto de vista procedimental las dificultades son semejantes, para el paciente es difícil detectar los usos falaces que señala la pragmatialéctica, ¿cómo ha de reconocer el paciente que se están vulnerando las reglas dos y siete?, ¿acaso ha de dejar de creer en el médico? Al respecto Pilgram (2015) sostiene que es muy valioso diferenciar cuando se el médico argumenta desde una autoridad y cuando recurre a la autoridad para defender un punto de vista.

Recordemos que en el argumento *ad verecundiam* como se proyecta el *ethos* de ser médico y ante la imposibilidad de una argumentación basada en el *logos* médico es entonces que el médico puede abusar de ese carácter que proyecta y con ello acallar al paciente por el solo hecho de ser médico. Asimismo, cuando el médico expresa en cierta situación “eso es común”, “no se preocupe, eso le pasa a todo el mundo” el médico deja de usar un esquema *ad verecundiam* y apela a un argumento *ad populum* de modo que se estaría violando la regla siete al evitar la carga de la prueba (van Eemeren 2002). Al realizar esto el médico puede abusar del paciente y con ello presionar la aceptación de un punto de vista fundamentado en la ignorancia del paciente donde el efecto sea abandonar o dar por terminado el diálogo en una consulta. No obstante, ¿cómo puede reconocer el paciente que el médico abandonó la discusión?, ¿cómo puede el paciente saber que existen otros tratamientos alternativos?, ¿cómo saber el paciente que el médico está evadiendo la carga de la prueba?

En conclusión, la mayor dificultad a la que se enfrenta el paciente es la necesidad constante de evaluar al médico, y esto solo lo puede asumir en calidad de experto pero desde una condición distinta, la de posición de saber, en consecuencia, lo que aquí emerge es un desencuentro de saberes y de autoridades y por tanto lo que allí aparece es el tercer aspecto de la autoridad, la dignidad personal (Goodwin, 1998). Así las cosas lo que se cuestiona no es tan solo el saber sino la integridad personal por ello en estos casos que resalta siempre es el carácter personal del médico y del paciente.

8. LOS TÍTULOS Y LAS ASOCIACIONES: UNA DIFICULTAD ADICIONAL

En el marco de la autoridad administrativa, existe una dificultad adicional vinculada con dos aspectos: primero, la homologación de títulos y segundo: los gremios de médicos.

El médico Francisco Sales en la hoja de vida presenta entre sus diversos títulos el siguiente: “Especialista en Medicina y Cirugía Plástica Estética – Universidad Veiga de Almeida. Río de Janeiro, Brasil”. Al parecer esto no puede generar ningún tipo de

incertidumbre o sospecha. Sin embargo, el problema surge cuando se piensa en las homologaciones. Uno de los aspectos en relación con la autoridad administrativa de los títulos se encuentra en la equivalencia de los cursos y el nivel de formación en el marco de un sistema de educación, si bien es cierto que existe un acuerdo mundial sobre los niveles de formación no siempre la coincidencia en tiempo, planes de estudio y prácticas es la misma. El título en mención y a juicio de *Noticias Uno* refleja esta disparidad, «el consejo federal de medicina no reconoció la medicina estética como especialidad médica negando en consecuencia el título de especialista al profesional que concluyó el curso de posgrado Lato Sensu (legislación de Brasil) Diferencia entre certificado y diploma (stricto sensu)» (*Noticias Uno*, 2016). En otras palabras, la formación en Brasil que recibió el médico Francisco Sales no corresponde en términos de conocimientos, tiempo, prácticas y acompañamiento a las que tiene un médico especialista en Colombia (Beltrán, 2016a, 2016b).

Más allá de la discusión en el tipo y nombre de la titulación, las entidades del Estado encargadas de las homologaciones, entre ellas el ministerio de Educación Nacional, otorgaron títulos equivalentes a médicos que provenían de otros países, por ejemplo Brasil. La gravedad del asunto se ve en el momento en que la Autoridad administrativa es la herramienta de la cual dispone un paciente para reconocer la autoridad del médico y ante todo la legalidad en el proceso de equivalencia no significa equivalencia académica en todos los casos.

El otro aspecto son los gremios conformados los médicos, Francisco Sales amparado en un derecho constitucional que garantiza a los colombianos la libertad de asociación de personas, sean personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, en Colombia³ conformó la Asociación Colombiana de cirugía plástica estética. Este detalle no sería menor, si no fuera porque existe la Sociedad colombiana de cirugía plástica estética y reconstructiva.

| Asociación Colombiana de cirugía Plástica y estética | Sociedad colombiana de cirugía plástica y reconstructiva |
|---|--|
|  <p data-bbox="464 1868 678 1906">Asociación Colombiana de Cirugía Plástica Estética</p> |  <p data-bbox="831 1883 1018 1912">Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva</p> |

³ ARTÍCULO 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad

La diferencia semántica y legal entre Asociación y Sociedad no es clara desde el punto de vista de la autoridad, ambos son grupos de personas que tienen por oficio el ser médico en un área. Por su puesto la pregunta sobre el control, la vigilancia en relación con este tipo de instituciones es compleja y la herramienta que tiene el paciente al usar estos grupos como una autoridad administrativa se transforma en un asunto aún más difícil del cual no puede dar cuenta en un sentido completo; por ejemplo, el paciente no parece reconocer una diferencia académica entre lo “estético” y lo “reconstructivo” como un elemento epistémico diferenciador de robustez disciplinar, por el contrario puede ser un criterio para determinar la relevancia del médico que está buscando basado en su intuición.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Ante la dificultad que tiene el no experto, el paciente, para evaluar al experto, el médico y en particular ante la dificultad para evaluar la experticia parece que es importante tener en cuenta que en la relación médico-paciente, las acciones del médico son determinantes, esto no quiere decir que el paciente no deba asumir su responsabilidad pues por ello se encuentra en una posición de saber que también implica una responsabilidad. Así pues, si un médico se confía, lo que pone en juego es su autoridad basada en la dignidad y con ello se expone de un modo contundente a juicios de valor que cuestionan su experticia.

Además, dados los problemas para establecer la autoridad epistémica, el médico es único responsable al determinar su grado de experticia y solo él puede establecer en qué sentido es una autoridad, desde esta perspectiva, el médico no puede considerar que una autoridad administrativa, tener un título, cualquiera que este sea, garantiza de inmediato que ostenta una autoridad epistémica.

Lo anterior implica que el médico no se puede presentar ante el paciente como un experto únicamente mediante recursos administrativos, y por tanto, el proceder dialógico debe ser muy cuidadoso y atento, en el diálogo se construye la confianza en la autoridad epistémica y por ello el médico debe poseer todas las herramientas narrativas para establecer un diálogo argumentativo que minimice las dificultades que se siguen de la práctica médica.

REFERENCIAS

- Bermejo-Luque, L. (2014). *Falacias y argumentación*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Copi, I., & Cohen, C. (2013). *Introducción a la lógica*. 2ª Ed. México D.F.: Limusa.
- Eemeren, F.H. van. (2010). *Strategic Maneuvering in Argumentative Discourse: Extending the Pragma-Dialectical Theory of Argumentation*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. Trad. al español de Cristián Santibáñez Yáñez y María Elena Molina (2012) *Maniobras estratégicas en el discurso argumentativo*, Madrid: Plaza y Valdés.
- Eemeren, F.H. van and R. Grootendorst. (2002). *Argumentación, comunicación y falacias: una perspectiva pragmadialéctica*, Trad. al español de Celso López y María Vicuña. Santiago de Chile: Ediciones universidad Católica de Chile.
- Eemeren, F.H. van and R. Grootendorst. (2004). *A Systematic Theory of Argumentation: The Pragma-Dialectical Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodwin, J. (1998). "Forms of Authority and the Real *Ad Verecundiam*". *Argumentation*, 12(2), 267–280.
- Hamblin, C. L. (2004 [1970]). *Fallacies*, Methuen & Co., Londres; reimp. Vale Press: Newport News (VA).
- Hansen Hans V. and Pinto Robert C. (1995). *Fallacies: classical and contemporary readings*, University Park: Pennsylvania State University Press.
- ISAPS International_Study_Cosmetic_Procedures (2017) ISAPS International survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2017: Disponible en: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
- Kutrovátz, G. (2012). "Expert Authority and *Ad Verecundiam* Arguments". In F. H. van Eemeren & B. Garssen (Eds.), *Exploring Argumentative Contexts* (pp. 197–211). Amsterdam, Netherlands: Benjamins.
- Henkemans, A. Francisca Snoeck, and Sara Rubinelli. (2014). *Argumentation and Health*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Pilgram, Roosmaryn. (2015). *A Doctor's Argument by Authority: An Analytical and Empirical Study of Strategic Manoeuvring in Medical Consultation*. University of Amsterdam: doctoral dissertation.
- Rees, M. A. van (2001). "Argument Interpretation and Reconstruction". In F. H. van Eemeren (Ed.) *Crucial concepts in argumentation theory*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Snoeck Henkemans, A. Francisca and Jean H. M. Wagemans. (2012). "The Reasonableness of Argumentation from Expert Opinion in Medical Discussions: Institutional Safeguards for the Quality of Shared Decision Making." In J. Goodwin (ed.), *Between Scientists & Citizens: Proceedings of a Conference at Iowa State University, June 1–2, 2012* (pp. 345–354). Ames, IA: Great Plains Society for the Study of Argumentation.
- Walton, D., Reed, C., & Macagno, F. (2008). *Argumentation Schemes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Walton, D. N. (2006). *Fundamentals of Critical Argumentation*. Cambridge [UK]: Cambridge University Press.
- Walton, D. (1997). *Appeal to Expert Opinion: Arguments from Authority*. University Park: The Pennsylvania State University Press.
- Walton, D. N. (1995). *A Pragmatic Theory of Fallacy*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- Walton, D. N. (1987). *Informal Fallacies: Towards a Theory of Argument Criticisms*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Woods, J. & D. Walton. (1974). "Argumentum *ad Verecundiam*". *Philosophy & Rhetoric*, 7(3), 135.
- Vega Reñón, L. (2013). *La fauna de las falacias*: Editorial Trotta.

INFORMACIÓN SOBRE EL CASO DE LORENA BELTRÁN

Canal Capital. (2016). Entrevista con Claudia Palacios–Lorena Beltrán, promotora de la campaña #CirugíaSeguraYA. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=MqWAUKTJm9I>

Defensoría del pueblo Colombia. (2016) Mensaje de Lorena Beltrán para la prevención ante los riesgos de cirugías estéticas. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=upzpVh6JpeM>

El Espectador. (2016). "No me volveré a operar hasta que haya cirugía segura": Lorena Beltrán. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=B5rnriBCKOE>

El Espectador. (2017) "La cirugía plástica no tiene que ser una pesadilla": Lorena Beltrán. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=KB33jSLmrv8>

Lorena Beltrán. (2016a) Academia Nacional de Medicina sobre cirujanos plásticos "express". Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Ne47oBzYADc>

Lorena Beltrán. (2016b) Jorge Cantini: diferencias entre un cirujano plástico y un cirujano "express" Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=78Uekvv49Hg>

Noticias Caracol. (2017) Seis cirujanos plásticos investigados por títulos falsos no aceptaron cargos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=EyTBI-rWt6E>

Noticias Uno. (2016). Nuevas denuncias contra el cirujano estético Sales Puchini. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kPvdj4MwbT4>

Noticias Caracol. (2017). Seis cirujanos plásticos investigados por títulos falsos no aceptaron cargos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=EyTBI-rWt6E>

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO FRANCISCO JOSÉ SALES PUCHINNI

Dr. Francisco José Sales. (2017a). Mis Confesiones y Sentimientos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VdkANmYuV2o>

Dr. Francisco José Sales. (2017b). El Amor por lo que hago. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=BYFSwyBKkqU>

Dr. Francisco José Sales. (2017c). La otra parte de la Historia. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=FiRXcbxjoJc>

Dr. Francisco José Sales. (2017d). El Caso de Lorena Beltrán. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=KJEwWejajpl>

Dr. Francisco José Sales. (2017e). Los Colegas Anti éticos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=xGsiq76Uq58>

Dr. Francisco José Sales. (2017f). Las Injurias y Calumnias. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=e0AqwSi4YWI>

Dr. Francisco José Sales. (2017g). Mi Ética y Estilo de Trabajo en 25 años como Especialista. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=EmullDYQriE>

Dr. Francisco José Sales. (2017h). La tergiversación de la información. <https://www.youtube.com/watch?v=Bym2gJEOIV8>

Dr. Francisco José Sales. (2017i). Un doble Rasero para evaluar Cirujanos Plásticos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=piqwqzW0siY>

Dr. Francisco José Sales (2017) En Pos del Equilibrio de la Información. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ROLiWypkSLU>

Dr. Francisco José Sales (2017) Los Hechos y la Historia me darán la Razón. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=-LwHTVntJqk>

Dr. Francisco José Sales (2017) Lorena Beltran No es Víctima de un Mal Procedimiento de Cirugía Estética. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=JOOVVYsxcwA>

SCHUMANN JAVIER ANDRADE URIBE: Su trabajo académico y profesional ha girado en torno al lenguaje, en especial se ha ocupado de la teoría de la argumentación contemporánea en sus diferentes escuelas y aplicaciones al pensamiento crítico en procesos de lectoescritura y la bioética. Se ha centrado en el trabajo de Douglas Walton y su propuesta con esquemas argumentativos, en la pragmadialéctica de Frans van Eemeren y en la nueva retórica de Christopher Tindale. Su formación se ha construido en torno a la filosofía que trata sobre la filosofía del lenguaje, la lógica, la retórica y la dialéctica en campos como la filosofía contemporánea, el programa de Filosofía para Niños y la bioética; además, ha estudiado con un especial interés en el pensamiento de los filósofos Gottlob Frege, Wittgenstein y Edmund Husserl.