

El reconocimiento como referente transversal de la bioética*

Recognition as a Cross Reference of Bioethics

O reconhecimento como referente transversal da bioética

Xabier Etxeberria Mauleon**

Resumen

El reconocimiento muestra ser actualmente una categoría fructífera en el ámbito de la ética. En este estudio se indaga la fecundidad que puede tener en el campo de la bioética. Este objetivo se aborda en tres etapas. En la primera, se redefine el marco básico y amplio de la bioética con la pretensión de que, además de afinarlo, quede facilitada la proyección en él de la citada categoría. En la segunda, se expone la noción de reconocimiento en sentido amplio, implicando la perspectiva de la dignidad y de la diferencia, tanto individual como colectiva, e incluyendo la justicia. En la tercera, se hace la aplicación de la categoría al marco de la bioética previamente definido, probándose, pensamos, la hipótesis de su fecundidad.

Palabras clave: Reconocimiento, bioética, dignidad, diversidad cultural, identidad, salud.

Abstract

Recognition is proving to be a productive category in the field of ethics. In this study its potential benefit in the field of bioethics is investigated. This objective is addressed in three stages. In the first, the basic and comprehensive framework of bioethics is redefined, with the purpose of facilitating the provided projection of that category, in addition to fine tuning it. In the second, the notion of recognition is broadly described, implying the prospect of dignity and difference, both individually and collectively, including justice. In the third, the category is applied to the frame of bioethics previously defined, which we believe demonstrates its utility.

Keywords: recognition, bioethics, dignity, cultural diversity, identity, health.

Resumo

O reconhecimento está mostrando ser uma categoria frutífera no âmbito da ética. Neste estudo é investigado o possível benefício que pode trazer ao campo da bioética. Este objetivo é abordado em três etapas. Na primeira, é redefinida a estrutura básica e ampla da bioética com o objetivo de que, além de ajustá-la, mantenha-se nela favorecida a projeção da categoria referida. Na segunda, é exposta a noção de reconhecimento no sentido amplo,

* Este artículo de investigación es original. El autor tiene la responsabilidad del contenido y originalidad del documento. Recibido el 19 de agosto de 2015 y aprobado el 9 de diciembre de 2015.

** Doctor en Filosofía. Profesor emérito de Ética de la Universidad de Deusto, Bilbao, España, donde ha impartido cátedras doctorales sobre Teoría hermenéutica del texto, Antropología filosófica, Praxis y ética, Derechos Humanos y Desarrollo, Ética de las relaciones entre grupos culturales, Derecho y Libertad, Ética y derechos humanos en los contextos de la multiculturalidad, Metodología de la investigación, etc. Es autor de innumerables artículos de revista, capítulos de libros y libros. Correo: xetxema@deusto.es

o que implica a perspectiva da dignidade e da diferença, tanto individual quanto coletiva, incluída a justiça. Na terceira, é feita a aplicação da categoria à estrutura da bioética previamente definida, pela qual, acreditamos, pode-se provar a hipótese de sua utilidade.

Palavras-chave: Reconhecimento, bioética, dignidade, diversidade cultural, identidade, saúde.

Introducción

Durante mucho tiempo, la categoría clave de la ética con vocación de incidir en el bien público ha sido la Justicia, ligada a la problemática de la desigualdad y la distribución. En los setenta del siglo pasado, emergió con fuerza la categoría de reconocimiento, conexcionada con la identidad y la diferencia. Hasta fines de siglo parecieron mostrarse enfrentadas, por ejemplo, en las discusiones entre liberales –libertaristas e igualitarios- y comunitaristas. Hoy todo invita a que ambas se desplieguen implicándose mutuamente.

Este debate ha tenido su impacto en el bien público de la salud. Se subrayó primero el derecho universal al cuidado de la salud, consolidando la justicia como principio bioético clave, y se destacó luego que había que reconocer, en la atención sanitaria, las diferencias en las poblaciones con diversidad cultural, como expresión de respeto y vía de no discriminación. Aquí retomo esta última cuestión. Es cierto que sobre ella hay ya una reflexión significativa, pero pretendo abordarla con un enfoque no común: asumiendo una concepción amplia de reconocimiento y aplicándola al conjunto de lo que consideramos bioética, y no solo a algunos de sus aspectos.

Dado que el objetivo es extenso y el espacio disponible ajustado, se me permitirá que lo aborde esquemáticamente. Lo desarrollaré en tres apartados: en el primero presentaré el marco de la bioética, con algunos distanciamientos, que considero importantes, sobre las presentaciones clásicas, a fin de tenerlo como referencia para proyectar sobre él la categoría de reconocimiento; en el segundo, describiré esta

categoría; en el tercero, la aplicaré a lo que es en su conjunto la bioética.

1. LAS COORDENADAS DE LA BIOÉTICA

Se tiende a reducir la bioética a sus cuatro grandes principios, y a tenerlos en cuenta sobre todo en la toma de decisiones en los problemas morales que surgen en la relación clínica. Pero el mapa de la bioética es más amplio y complejo. Para mostrarlo, ofrezco un esquema de él que, aunque retomando lo ya sabido, pretende expresar esta complejidad, a fin de que se facilite proyectar sobre él más ampliamente la categoría de reconocimiento.

Advierto que tomo, como referencia de partida, la propuesta de lo que puede considerarse una expresión-interpretación de la visión cultural occidental de la bioética, pero presentada de modo tal que pueda ser desbordada. La asumo, además, con una restricción: voy a centrarme en la versión de la bioética más común en América del Norte y Europa, la que se remite a la vida humana en conexión con la salud, dejando en la penumbra la versión amplia, presente en sectores significativos de América Latina, la que hace referencia a la vida humana en todas sus circunstancias, enmarcada además en la vida global de la biosfera.

1.1 SOBRE LOS ÁMBITOS DE LA BIOÉTICA

Hay que incluir en la bioética dos tipos de actividades: las que abordan los retos y problemas

de salud de las personas, y la investigación centrada en la salud y la enfermedad y en las estrategias para afrontar esta última. Debe darse entre ellas una «circularidad creativa», en la que la primera estimula la investigación que debe hacerse y esta a su vez abre nuevos panoramas a lo que cabe entender por cuidado de la salud.

Ahora bien, no pueden ignorarse los sustratos simbólicos, cognitivos y normativos de esas actividades, porque son fundadores, motivadores y orientadores de ellas. Tienen que ver con el significado de la salud y la enfermedad y la eticidad ligada a ellas, en el marco de sentido sobre lo humano y sobre la realidad en general. La antropología nos dice que aquí se impone un pluralismo cultural inevitable¹, que hoy vivimos densamente dentro de las sociedades, y no meramente entre ellas.

No debe suponerse, con todo, que de esos sustratos emanan cuasi-mecánicamente las actividades. Entre unos y otras hay influencias mutuas, articulaciones y conflictividades que pueden ser fecundas o destructivas. Por ejemplo, el descubrimiento de una tecnología de la salud puede interpelar al sentido y este a su vez bloquear una investigación. La bioética incluye esta «tensionalidad» compleja.

1.2 SOBRE LOS SUJETOS IMPLICADOS

Entre los sujetos contemplados por la bioética, los más manifiestos son los profesionales en la atención a los retos y problemas de salud y las personas que reciben los cuidados de salud, abiertos ambos a una relación clínica, en el corazón de la cual se encuentran estas personas con su vulnerabilidad.

Suele mencionarse también al sujeto institucional, a las instituciones públicas de salud, pero no con el debido énfasis. Son ellas, con sus agentes responsables, las que gestionan las políticas de atención a la salud, vista como derecho, y las llamadas a amparar y potenciar los cuidados que precisen los ciudadanos, garantizando el acceso a los recursos necesarios. Son igualmente ellas las que deben ofrecer un justo acomodo institucional, que hay que saber precisar en el respeto a ese derecho, a las organizaciones privadas y sociales relacionadas con la sanidad que surjan en la sociedad civil.

No se suele mencionar un último sujeto relevante: la ciudadanía organizada en procesos de deliberación y decisión en torno a las políticas públicas de salud. La bioética pide que se exprese a través formas de participación no excluyentes, y que se sea consciente de que nunca hay mero formalismo procedimental en esas deliberaciones públicas, pues siempre están presentes mundos específicos de sentido imbricados en las argumentaciones (siempre somos todos miembros de comunidades culturales), que pueden ser internamente plurales, sin que deban darse marginaciones. Aunque a todos hay que exigir que no sean coactivos.

En estos cuatro sujetos caben dos tipos de dinámicas: activa, de toma de iniciativa, de ejercicio de la autonomía individual y colectiva; y receptiva de la iniciativa de otro. Se ha tendido a diseñar tradicionalmente la bioética repartiendo estas dinámicas entre los sujetos: el paciente y los ciudadanos serían decisivamente receptivos de los cuidados, los profesionales y los responsables institucionales, activos en su diseño y ejecución.

La irrupción del principio de autonomía del paciente convulsionó en parte esta dicotomización. Pero solo en parte, porque lo receptivo y lo pasivo deben ser considerados constituyentes

¹ GEERTZ, C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 1988.

inseparables del obrar de todos los sujetos, generando interconexiones complejas entre ellos en función de los contextos y las circunstancias. La bioética tiene que ofrecer pautas para que tales interconexiones expresen la mejor realización de lo justo y lo bueno. Lo que no reclama necesariamente que de las asimetrías tradicionales en la iniciativa/receptividad se pase a las simetrías perfectas. Podrán ser inevitables asimetrías firmes pero cuando lo demanden esos contextos y en el grado y modo que lo demanden.

1.3 SOBRE LOS REFERENTES (BIO) ÉTICOS

Estos cuatro sujetos tienen que afrontar decisiones de iniciativa o receptividad ante situaciones moralmente problemáticas. Y, además, viven situaciones de normalidad y cotidianidad en la atención a la salud sin especial problematización. Cuando se quieren enmarcar ambas vivencias éticamente, aparecen dos tipos de referentes.

Las primeras vivencias nos impelen a remitirnos a *principios* que posibiliten la correcta deliberación y decisión respecto a la acción o recepción. En la bioética occidental, como fruto de una relevante maduración histórica, se han hecho cuasi canónicos sus cuatro famosos principios.

Tanto en las primeras como en las segundas vivencias -la decisión problemática y la situación de cotidianidad-, se nos convoca a cultivar *modos éticos de ser* que, con las disposiciones que implican, hagan emerger connaturalmente lazos emocionales y comportamientos adecuados en vistas a afrontar tanto los retos y problemas de salud, como la investigación en torno a ellos. La ética, en especial la enraizada en la tradición aristotélica -la que considero más fecunda en esta cuestión-, denomina *virtudes*

a estos modos personales de ser moralmente². Las necesitamos todos los sujetos implicados en la atención a la salud y en todos los contextos; si bien, en el marco de la unidad de las virtudes, estamos llamados a cultivar especialmente aquellas que son más necesarias para cada sujeto, con su actividad-receptividad, en su contexto. Dicho esto, hay que resaltar que estas virtudes son especialmente relevantes para las situaciones que implican relaciones interpersonales marcadas, como la del encuentro clínico.

Solo la síntesis complementaria y mutuamente potenciadora y reguladora entre principios y virtudes, nos ofrece el panorama completo de los referentes morales del marco de la bioética. La carencia de cualquiera de ellos lo lastra seriamente.

1.4 SOBRE LOS CUATRO PRINCIPIOS Y SUS RELACIONES

Aunque sería muy importante desplegar algo el referente de las virtudes, voy a limitarme a hacerlo con el de los principios, proponiendo algunas revisiones de las presentaciones habituales de ellos³.

Teniendo presente primariamente la intencionalidad en cuanto constituyente del horizonte de la iniciativa, en el terreno en que nos situamos, lo primero es el cuidado de la salud de las personas: la beneficencia. Definida de modo genérico, ayudar a que tengan la vida más saludable posible. Definida específicamente:

² ETXEBERRIA, X. *Virtudes para convivir*. Madrid: PPC, 2012. No hay que ignorar, de todos modos, que los acercamientos a la virtud son múltiples, como se indica en: NUSSBAUM, M. «La ética de la virtud: una categoría equívoca». *Areté* 1999; 1(2): 573-613. Véase también: DÍAZ GARCÍA, A. «La ética de la virtud y la bioética». *Revista Colombiana de Bioética*. 2009; 4(1): 93-128.

³ BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2009. GRACIA, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela, 2007.

prevenir la enfermedad, sanar de la enfermedad, acompañar en la enfermedad. Los otros tres principios se organizan en torno a ella, a modo de garantía de que tal intencionalidad se realizará. En este sentido, están al servicio de esta intencionalidad de cuidado. Servicio no instrumental, porque no son mero medio sino valor por sí mismos y porque no solo son vía para la beneficencia, sino que ellos mismos son beneficentes, al ser su disfrute una dimensión importante de la plenificación anhelada por el sujeto. En cualquier caso esta intencionalidad hacia la salud es la referencia clave para vertebrarlo todo. No puede, por ejemplo, enfatizarse de tales modos la autonomía que obstaculicen la confianza en la relación clínica, clave para la acción benefactora⁴.

En vistas a precisar el entramado de los principios, conviene diferenciar la orientación deontológica, clara en los principios de no maleficencia (en su versión de no hacer daño a la integridad de la persona) y justicia, de la teleológica. Autonomía y beneficencia, en cambio, se abren a las dos orientaciones desde sus dos perspectivas: la formal y la material; la primera remite a la deontología, mientras que la segunda nos abre a la teleología. Todo esto se traduce del siguiente modo:

- Respecto a la autonomía: en su momento formal deontológico, como deber de respetar el ejercicio de la autonomía de las personas a las que se ofrece el servicio de salud y como derecho a exigir ese respeto; y en su momento material teleológico, como acogida de lo que la persona decide hacer apuntando al horizonte de su vida lograda, que se concreta en cómo y hacia dónde quiere afrontar sus problemas de salud.
- Respecto a la beneficencia: en su momento formal deontológico, como derecho al disfrute efectivo de los cuidados de salud -la intencionalidad queda enmarcada en un derecho universal exigible-; y en su momento material teleológico, como concreción del modo como el bien de la salud se realiza en cada persona a través del cuidado que recibe.

Precisada así la diferencia, pasemos a la imbricación entre principios como guías morales de la decisión. ¿Debe presidirla un criterio de jerarquización entre ellos? Frente a quienes proponen que sean solo las circunstancias las que impongan articulaciones concretas y situadas, comulgando con la opción de Gracia, pienso que una jerarquización se impone, pero más complejamente que la que él sugiere, sobre la base de la complejidad en la distinción que he propuesto. Se especifica con estos criterios:

- Lo deontológico, en cuanto deber y derecho, es, por definición, lo obligado para todos, aquello que debe ser salvaguardado cuando se ejecuta lo teleológico -a lo que por otro lado ampara-, por definición dependiente en su concreción o expresión material de las decisiones libres y plurales de las personas. Lo que tenga que ser universalizado transculturalmente, con las inculturaciones que precise, debe encontrarse en este ámbito deontológico.
- Fundamentando la deontología de los principios, está el valor clave de la dignidad universal y el correspondiente respeto que pide.
- En cuanto a los cuatro principios, estoy de acuerdo, de arranque, con la propuesta de Gracia de que, a nivel de cumplimiento y en caso de conflicto, la dimensión deontológico-pública

⁴ CAMPS, V. «El concepto de autonomía en la medicina occidental». *Bioética & Debat.* 2011; 17(62): 10-13; O'NEILL, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Editorial Cambridge University Press, 2002.

de ellos, prevalece sobre la dimensión teleológica-privada. Pero considero que esto no se concreta en la sencillez de que no maleficencia y justicia son deontológico-públicos y autonomía y beneficencia son teleológico-privados. Pues, como indiqué, en estos hay un momento público. Aunque pueda ser incluido en un principio de justicia que integre respeto universal y distribución equitativa, con lo que el momento teleológico-privado quedaría reducido a la síntesis material de la autonomía-beneficencia, regulada desde la autonomía del paciente.

- Nueva corrección. Es discutible que lo teleológico sea sin más privado. Las decisiones personales libres tienen como marco de referencia (potenciador y limitador), los contextos culturales de las personas que las toman. La decisión como tal puede ser privada –si no tiene una incidencia pública-, pero la referencia –la identidad cultural- es de algún modo pública.

En la medida en que los principios deben aplicarse para situaciones de incertidumbre moral por los contextos personales y colectivos –culturales, entre otros- en que se dan, su aplicación, en última instancia, no es deductiva sino prudencial. Es la prudencia la que articula ajustadamente deontologismo y teleologismo de los principios, al servicio de la intencionalidad benéfica. Lo que no implica empujamiento de estos: al encarnarlos los dota de esa fecundidad moral que consiste en que el bien se realice.

2. EL RECONOCIMIENTO COMO CATEGORÍA ÉTICA

Presentadas las coordenadas de la bioética, paso a definir la categoría de reconocimiento.

2.1 LA EXIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

El tema del reconocimiento se hace central en la filosofía, a la estela de su versión hegeliana como «lucha» por el reconocimiento, aunque la propuesta del autor es compleja y sujeta a evolución⁵. Tiene su correlato social en las luchas por el reconocimiento de colectivos diversos, muy relevantes en la pasada centuria y aún presentes con fuerza. Esto significa que la propuesta de reconocimiento moral no está siendo algo abstracto y formulado de partida. Remite a una búsqueda personal y colectiva, motivada por el rechazo de lo que se experimenta como mal reconocimiento. Se parte, en concreto, de las «heridas morales» que causa la injusticia concebidas como falta de reconocimiento⁶, que es percibida como «socialmente instituido»⁷.

En esas experiencias vitales se resienten dos tipos de heridas, retomadas reflexivamente como dañando prioritariamente la identidad/identificación con un colectivo (el etnocultural es el más relevante, pero no el único), o dañando de modo más directo la inclusión social y la correspondiente participación (aquí los tipos de grupos afectados se amplían). Lo primero apunta a reclamar respeto a la diferencia, mientras que lo segundo remite a que se supriman tratos diferenciados que expresen desigualdad.

Esto hace que las reclamaciones de reconocimiento ante esas dos heridas no se armonicen espontáneamente. Lo que se ha traducido en un debate sobre si focalizarse en la identidad/diferencia, en la distribución/igualdad o en una

⁵ DE LA MAZA, L.M. «El sentido del reconocimiento en Hegel». *Revista latinoamericana de filosofía*. 2009; 35(2): 227-251.

⁶ HONNETH, A. «Reconocimiento y obligaciones morales». *Revista Internacional de Filosofía Política* 1996; 8: 5-17.

⁷ RENAULT, E. *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. París: La Découverte, 2004.

tercera categoría como la de participación⁸; o si hay que dar consistencia a la reclamación de reconocimiento solo de las personas o también de colectivos como tales. Considero, por mi parte, que cabe remitirse a un modo de entender el reconocimiento que integra las dos perspectivas –de la identidad y de la dignidad– y los dos tipos de sujetos, en el que las tensiones internas ayudan a controlar las derivas indebidas del esencialismo comunitario, por un lado, y del individualismo insolidario por otro.

Avanzando en esta dirección, es sugerente la clasificación que hace Renault⁹ de tipos de mal reconocimiento, que pueden entrelazarse entre ellos agravando la injusticia: el menospreciador (que devalúa, descalifica y estigmatiza), el inadecuado (que no armoniza heteroreconocimiento con auto-reconocimiento), el insatisfactorio (inestable). Impactando directamente en la identidad –individual y colectiva–, impactan también en la distribución y la inclusión.

2.2 LOS HORIZONTES DEL RECONOCIMIENTO EXIGIDO

Son los que sintetizan el reconocimiento adecuado y efectivo de la dignidad y el de la identidad. En el reconocimiento de la dignidad, en el que nos igualamos todos, son claves el respeto a la autonomía personal y pública y el disfrute de la justicia distributiva, potenciándose ambos, acabando con la marginación y la discriminación.

El reconocimiento de la identidad es más polémico, especialmente como identidad cultural colectiva. Taylor¹⁰ es uno de sus firmes defen-

sores. Incluye disfrute de garantías económicas, sociales y políticas de supervivencia cultural, que implican, para que estén fundamentadas, una presunción de valor social de cada cultura, sujeta a la crítica entre culturas¹¹. Lo que se traduce en políticas de la diferencia que garanticen el correcto amparo de los grupos culturales (universal reconocimiento *público* –aquí está la fuente de la disputa– de identidades no compartidas por todos), que abren a debates sobre la vida buena y a metas colectivas que entran así en el espacio público, frente al supuesto formalismo procedimental puro de las políticas de la igualdad¹².

Respecto a este, no debe olvidarse que la pretensión liberal de tener un espacio público definido únicamente por ese procedimentalismo es una ilusión: siempre hay en él presencia de lo cultural particular, de concepciones específicas de la realidad y de metas, históricamente sedimentadas. Este reconocimiento de la identidad grupal acaba no meramente con la marginación sino con algo más previo, la invisibilización.

Los fuertes movimientos poblacionales actuales han agrandado la relevancia del tema, al añadir a la fuerte diversidad cultural de las sociedades debida a la colonización o esclavización pasadas (indígenas y no indígenas; afrodescendientes y no afrodescendientes), la diversidad generada por las masivas inmigraciones recientes (sobre la base de que las

⁸ FRASER, N. y HONNETH, A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid: Morata, 2006.

⁹ RENAULT, E. «What is the Use of the Notion of the Struggle of Recognition?», *Revista de Ciencia Política* 2007; 2: 195-205.

¹⁰ TAYLOR, C. «La política del reconocimiento». In TAYLOR, C. *Argumentos filosóficos*. Barcelona: Paidós; 1997: 293-334.

¹¹ Hay dos líneas argumentales para justificar el derecho a la identidad cultural, a su pervivencia: mostrar que la cultura tiene un valor intrínseco en forma tal que no daña el valor absoluto de las personas (MUSSCHENGA, A.W. «Intrinsic Value as a Reason for the Preservation of Minority Cultures». *Ethical Theory and Moral Practice*. 1998; 1: 201-225.), o que tiene un valor instrumental como marco necesario para el ejercicio de la autonomía de estas (KYMLICKA, W. (1996), *Ciudadanía multicultural*, Barcelona, Paidós). Véase también ETXEBERRIA, X. *Sociedades multiculturales*. Bilbao: Mensajero, 2004.

¹² Estas políticas de la diferencia, matiza Taylor, piden un compromiso, conflictivo pero necesario y potencialmente fecundo, con las políticas de la igualdad respecto a los derechos individuales (universalismo de la dignidad).

migraciones han sido un fenómeno constante en la humanidad). Aunque no es menos cierto que la crisis económica que vivimos reactiva también decisivamente la reclamación del reconocimiento de la dignidad en su dimensión de justicia social.

Estos horizontes del reconocimiento marcan un límite de legitimidad a las luchas por lograrlo: estas no deben contradecirse. Lo que significa que pierden toda justificación cuando en ellas la reivindicación de la identidad propia se hace de formas tales que atentan contra la identidad y la dignidad de algún «otro», tanto si se sitúa al interior del colectivo reivindicador como si se sitúa externamente a él.

2.3 LA IDENTIDAD RECONOCIDA

La relación positiva hacia nosotros mismos implicada en la identidad, precisa una confirmación intersubjetiva, un buen reconocimiento por parte del otro -de lo que somos, de nuestras capacidades, de lo que hacemos- con criterios éticos no prejuiciados (en todo reconocimiento no solo se nos identifica sino que se nos evalúa), que nunca asigne valor negativo a nuestra condición (ser indígena, ser inmigrante...). Tal reconocimiento incide decisivamente en la vida buena: expresándola en parte, es una de sus condiciones de posibilidad. Gran relevancia, como se ve, de la intersubjetividad en la constitución vivencial de la persona y a la vez gran vulnerabilidad de esta, porque el reconocimiento del otro no está asegurado.

Las personas, a través de nuestra iniciativa, somos agentes activos en la construcción de nuestra identidad, pero sobre el trasfondo de las identidades culturales en las que hemos sido socializados y con el concurso del impacto del reconocimiento de los otros significativos para nosotros. Esto genera dinámicas deli-

cidas, sujetas a crisis,¹³ que en parte dependen de nosotros y en parte nos desbordan. Porque, por ejemplo, un mal reconocimiento sostenido y efectuado por quienes tienen poder, acaba construyendo identidad... autoinferiorizada.

Si esta dinámica se realiza positivamente, el reconocimiento de sí mismo es logrado, fecundo. Nos constituimos como «persona capaz» en relación con los otros, lo que implica, según Ricoeur¹⁴: poder decir, poder hacer, poder contar y contarse (concreción de la identidad), posibilidad de imputabilidad, poder de memoria y promesa. Analógicamente, cabe hablar también de «colectivos capaces».

Honneth¹⁵, inspirado en Hegel, propone de otra manera el reconocimiento que, enfrentado al menosprecio, puede configurar nuestra identidad lograda, implicando la síntesis de tres modalidades. Las define de este modo: que me reconozcan como individuo necesitado de amor-amistad, lo que genera autoconfianza; además, como individuo con derechos en el marco de la igualdad jurídica, del que emana el autorrespeto; por último, como socio en la cooperación social, especialmente a través del trabajo, que merece aprecio por sus logros, del que emerge la autoestima. Es sugerente el esquema, aunque, por un lado, focaliza el momento distributivo en la tercera modalidad, cuando tendría que estar presente al menos también en la segunda (piénsese en el derecho al cuidado de la salud); y, por otro, excluye el reconocimiento de los colectivos culturales a partir de críticas que considero unilaterales.

¹³ TAYLOR, C. «Identidad y reconocimiento». *Revista Internacional de Filosofía Política*. 1996; 7: 10-19.

¹⁴ RICOEUR, P. *Caminos de reconocimiento*. México DF: FCE, 2006.

¹⁵ HONNETH, A. *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid: Katz, 2010.

En los «otros» que nos reconocen hay que distinguir el marco relacional y el institucional. Las instituciones son un decisivo agente de reconocimiento. En su propia estructura, histórica y culturalmente modelada, encarnan formas específicas de buen o mal reconocimiento (piénsese por ejemplo en la organización y funcionamiento reglado de un hospital). En ellas no solo se expresan reconocimientos, sino, incluyendo el momento relacional que amparan, se constituyen relaciones de reconocimiento. Expresiones y relaciones que pueden ser positivas pero también devaluadoras, descalificadoras, estigmatizadoras¹⁶. Garantizar el buen reconocimiento en las instituciones, con el poder que encarnan, es fundamental para que se configure satisfactoriamente la identidad personal y colectiva.

2.4 RECONOCER Y RECONOCERNOS

Los procesos en que se reclama ser reconocido y los de reconocerse solo culminan éticamente si acaban integrando el reconocer adecuadamente al otro, con la confluencia de una dimensión universal y otra específica.

- La dimensión universal asume el enfoque kantiano, aunque desbordado en su realización: reconocimiento, expresado como respeto, de la igual dignidad de todo otro, con disposición a apoyar que esté amparada por la protección pública de su libertad, incluyendo los recursos necesarios para su ejercicio.
- La dimensión específica se hace cargo de la diversidad: reconocimiento de quienes tienen identidades, sentidos de la realidad y metas diferentes, tanto a nivel individual como colectivo, siempre que sean compatibles con la dignidad de todos. Con disposición a reclamar para ellas amparo

público e institucional, y acogida relacional cuando proceda, ante las dominaciones y exclusiones que sufran.

Garantizada desde convicciones morales coherentes la primera dimensión, la segunda pide actitudes especiales. Destaco, por su relevancia para la bioética, la de atención y escucha. No reconoceré adecuadamente al otro si mi atención es burocratizada, protocolizada, rígidamente enmarcada en los saberes propios, anticipatoria de lo que retendré; tanto si soy responsable institucional como si me encuentro en una relación intersubjetiva. Sí lo reconoceré, en cambio, si estoy en disposición de escucha atenta, abierta a acoger la sorpresa en lo que me revele o en lo que se me muestre. En este sentido todo reconocimiento verdadero implica salir del autocentramiento, para dar espacio empático al otro en nosotros.

El ser reconocido y el reconocer confluyen en el reconocernos. Se desborda con ello el reconocimiento unidireccional («te reconozco algo»); incluso, el intercambio de reconocimientos unilaterales en el que falta la interacción. Reconocemos al otro en la dinámica de ser reconocidos por él. Lo que hace emerger al nosotros, en esa recíproca interacción de la que ambos nos hacemos cargo¹⁷ y en la que se resuelve positivamente la conflictividad –como cooperación, como justicia, como reconciliación...-.

Hay que afinar, con todo, la tesis de que el buen reconocimiento se expresa solo en relaciones recíprocas. No quiere decir que deban ser necesariamente simétricas. Porque será común que existan asimetrías: en poder, en capacidades, en responsabilidades frente al futuro o ante sucesos pasados, en vulnerabilidades. Tendrá que haber entonces una reciprocidad en el reconocimiento de los valores fundamentales (el

¹⁶ RENAULT, E. «Reconnaissance, institutions, injustice». *Revue del MAUSS*. 2004; 1 (23).

¹⁷ PIERINI, T. «Riconoscimento, riconciliazione, conoscenza». *Archivio di Filosofia*. 2009; 1-2: 21-29.

universal de la dignidad y el pluralizado en las identidades) de tal calidad moral que la acogida de las asimetrías no solo no exprese dominio sino que realice la justicia solidaria.

Es así como se apuntará al horizonte integrador de: ser reconocido por el otro, reconocerse, reconocer al otro, reconocernos.

3. EL RECONOCIMIENTO COMO REFERENCIA TRANSVERSAL DE LA BIOÉTICA

Definida la categoría del reconocimiento ético, pasemos a aplicarla a la bioética, tal como fue presentada en el primer apartado.

3.1 RECEPTIVIDAD ANTE LAS LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El primer paso en la aplicación de la categoría de reconocimiento a la atención a la salud tiene que ser la respuesta positiva a las “heridas morales” de colectivos diversos carentes de él, que motivan luchas por ese reconocimiento en este campo, para lo que hay que comenzar por un conocimiento moralmente empático de ellas tal como se concretan en la realidad. En una doble perspectiva y una atención específica:

- Frente a la discriminación, se impone expresar un reconocimiento efectivo de la dignidad de todos los grupos marginados en el ámbito de la salud. Ya sea por sus identidades etnoculturales (indígenas, afrodescendientes, inmigrantes...) o por otras razones (pobres, ancianos, personas con discapacidad intelectual, mujeres, personas con ciertas enfermedades...). La potente industria farmacéutica es un caso

palmario de mal reconocimiento, tanto en la selección de sus investigaciones y en la mercantilización de los fármacos, guiadas ambas por las prácticamente incontroladas leyes del mercado globalizado, que genera exclusiones que son *mortales* para muchos de los afectados por ellas.

- Frente a la invisibilización o el menosprecio, se impone expresar un reconocimiento de la diferencia cultural que se muestre relevante para el cuidado de la salud de las personas identificadas con ella, armonizándolo con el reconocimiento de la dignidad a través de los acomodos que se precisen en las prácticas sanitarias. En lo que sigue, me centro sobre todo en esta perspectiva.

Hay que prestar una atención especial a las personas con identidades frustradas interiorizadas, provocadas por el mal reconocimiento de la sociedad y del sistema sanitario en particular, que les inhibe la lucha por el reconocimiento, transformando las condiciones sociales que lo causan y ofreciendo buen reconocimiento.

Esta respuesta de reconocimiento debe ser de naturaleza pública, por un lado, en su espacio institucional y en el relacional de la salud, por otro lado, en el campo de la intervención sanitaria y en el de la investigación. Con estas coordenadas:

- Reconocimiento del ineludible sustrato cultural (simbólico, cognitivo, normativo) existente en la concepción de la salud y la enfermedad, que es situado en el marco de la concepción de la persona y la realidad, que impregna las propuestas tecno-científicas y se encarna en instituciones. Todo ello, frente a la pretensión de que la versión occidental refleja la condición humana universal.
- Reconocimiento del pluralismo de propuestas culturales al interior de nuestras

sociedades que impactan a la salud. Lo que implica presuponerles valor y abrirse a diálogos entre personas y colectivos que se remiten a ellas, en condiciones de equidad, con el horizonte de acuerdos que combinen el respeto, la crítica y aprendizaje mutuos e incluso la cooperación. Se trata, en definitiva, de asumir el horizonte de la interculturalidad en el ámbito de la salud.¹⁸

- Amparo de todo esto en el reconocimiento jurídico y en las políticas públicas de salud –conexionadas con el autogobierno de los colectivos en casos como el de los pueblos indígenas– que exprese la extensión, a la vez universal y pluralmente inculturada¹⁹, del derecho a la salud, no solo en su expresión formal sino en su plasmación material.

3.2 EL HORIZONTE DE LA SALUD INTERCULTURAL

Como se acaba de adelantar, estos reconocimientos tienen que plasmarse en un planteamiento intercultural de la salud.

Se está proponiendo ya un enfoque (multi) cultural²⁰: para hacerse cargo de la influencia reconocida de lo cultural en los problemas de salud; como vía para integrar en la atención a la salud a poblaciones etnoculturales marginadas²¹; para acoger al culturalmente «otro» de

modo pleno, como le corresponde en derecho, lo que desborda la cuestión de la accesibilidad universal al sistema de salud abocando a replantearlo como tal.

Ahora bien, la salud intercultural no debería definirse ni por la mera superación de la inaccesibilidad de ciertos grupos culturales al sistema de salud existente, ni por la mera incorporación al sistema de salud dominante de aspectos parciales de la cultura no dominante del usuario en el proceso de atención a su salud²². Más bien por el empeño en que las culturas de un país que alberguen concepciones de vida buena con potencial relevante de incidencia en el ámbito sanitario, no solo estén presentes globalmente, en el respeto mutuo, en la atención institucional a sus miembros, sino que estén en disposición de participar en una elaboración de proyectos compartidos en los que, con interinfluencias mutuas que enriquezcan las identidades propias en evolución, se sintetizan respeto y cooperación, con incorporaciones culturales del otro lúcidamente insertadas en lo propio. Objetivo este último de largo alcance, que requiere decisiones y transformaciones estructurales que desbordan al sistema médico para implicar al Estado y a las organizaciones representativas de las culturas marginadas²³.

Cabe así distinguir entre un enfoque tenue y un enfoque denso de la perspectiva cultural. Habría que clarificar si se opta por el primero porque no se considera correcto el segundo,

¹⁸ ZAMBRANO, C.V. «Dimensiones culturales en la bioética. Aproximación para una Bioética intercultural y pública». *Revista Colombiana de Bioética*. 2006; 1(2): 83-104; MOCELLIN, M. «El papel de la bioética en la atención a la salud en contextos interculturales». *Revista Colombiana de Bioética*. 2013; 8(2): 193-198.

¹⁹ ETXEBERRIA, X. «Derechos humanos y diversidad cultural». In ETXEBERRIA, X., MUÑOZ, M.R. y VÁZQUEZ J.P. (coords). *Pueblos indígenas, Estados y derechos humanos*. México DF: Universidad Iberoamericana; 2012: 17-42.

²⁰ KIRMAYER, L.J. «Multicultural Medicine and the Politics of Recognition». *Journal of Medicine and Philosophy* 2011; 36: 410-423

²¹ PAMIES, R.J. y NSIAH-KUMI, P.A. «Multicultural Medicine and Ensuring Good Health for All». *Ethnicity & Disease*. 2006; 16: 14-20.

²² Es lo que se hace cuando se defiende en la sanidad pública europea la himenoplastia a mujeres musulmanas inmigrantes para simular virginidad premarital, en condiciones que pueden justificarse desde los supuestos liberales que sustentan la bioética oficial, que no suelen ser los de quien la pide. Estos quedan relegados por considerarse inadecuados o subordinados (25). El ejemplo revela la perspectiva dominante en Europa respecto a esta temática.

²³ ALARCÓN, A.M.; VIDAL, A. y NEIRA, J. «Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases culturales». *Revista Médica de Chile*. 2003; 131: 1061-1065.

o si se ve en el primero el arranque hacia el segundo.

Lo que, sobre todo en EE. UU., se está presentando como adquisición de «competencia lingüístico-cultural», por el personal sanitario, para atender a personas de culturas diferentes a la occidental dominante, puede ser situado en general en la primera de las intenciones, aunque hay variaciones entre las propuestas. Debe pedirse lucidez ética al plantearla²⁴. En este marco, la alternativa de «seguridad cultural», definida con el protagonismo de las culturas minorizadas, parece más adecuada, al menos para países con pueblos indígenas²⁵. En cualquier caso, esta propuesta de competencia no debe ser una trampa que bloquee el afrontamiento en profundidad de los retos de la diversidad cultural en la salud.

La dificultad mayor para la asunción densa de la perspectiva cultural, se encuentra en el prestigio creciente de la biomedicina como «ciencia rigurosa aplicada», afianzada por los avances en el campo del genoma o la neurociencia, así como en la protocolización precisa creciente de las intervenciones. Presuponen de hecho la irrelevancia del contexto personal del enfermo y la cultura en la que se inserta, subordinando decisivamente su iniciativa discreta al protagonismo médico²⁶. Si no se logra resituar estos logros (pues, evidentemente, no se trata de rechazarlos) en una reconfiguración de la medicina como «arte», que reconozca el protagonismo del enfermo en su contexto, todo posible enfoque cultural quedará bloqueado en nombre de una fundamentación científica ten-

dencialmente determinista que lo llenaría todo y no admitiría disidencia.

3.3 EL RECONOCIMIENTO CULTURAL EN LOS REFERENTES BIOÉTICOS

Yendo ahora al corazón de la bioética, a sus referentes éticos, la proyección en ellos de la categoría de reconocimiento cultural les da modulaciones relevantes, abiertas a una pluralidad que no tiene por qué ser expresión de relativismo denso.

Respecto a las virtudes, es manifiesta su presencia en todas las culturas en modos históricamente cambiantes, en función de los cambios en los mundos de sentido y en las antropologías en que se sustentan, en función también de las variaciones en la articulación y jerarquización entre ellas, de las influencias interculturales, de los cambios sociales, etc. Así, en la cultura occidental puede hablarse de virtudes aristocráticas o burguesas o románticas. Pero sin que se llegue a relativismos densos porque remiten a actitudes humanas fundamentales y se confrontan con los principios deontológicos, en procesos que pueden ser interpretados como maduración ética contextualizada de ellas²⁷. Si a ello añadimos el diálogo intercultural, el ajustamiento moral de las virtudes será firme, aunque haya que reconocer que ninguna cultura en ningún tiempo tiene la propuesta ideal respecto a los modos morales de ser.

Pues bien, el reconocimiento cultural nos empuja a detectar las propuestas de virtudes de las diversas culturas en su presente y a definir el lugar que pueden ocupar en los protagonistas de la atención a la salud, a la vez que nos alienta a emprender diálogos interculturales enriquecedores en este campo.

²⁴ PAASCHE-ORLOW, M. «The Ethics of Cultural Competence». *Academic Medicine*. 2004; 79(4): 347-350.

²⁵ KIRMAYER, L.J. «Rethinking Cultural Competence». *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49(2): 149-164.

²⁶ COMELLES, J.M. «El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI». *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2003; 3(1): 6-21.

²⁷ BOLLNOW, O.F. *Esencia y cambios de las virtudes*. Madrid: Editorial Revista de Occidente, 1969.

En cuanto al sistema de principios, el enfoque intercultural en diálogo podría pedir replantearlo como tal o ensancharlo hacia un mayor pluralismo. Presentándolo en forma abierta – es lo que he intentado en el primer apartado-, reclama al menos remodelarlo. He aquí breves apuntes que muestran, en mi opinión, por dónde convendría ir:

- Respecto al principio de autonomía, frente a su dura versión individual y contractual, habría que abrirlo a la resituación de su ejercicio en los horizontes de sentido que ofrecen las comunidades culturales de pertenencia y en los procesos de construcción de identidad, así como a la conciencia de su dimensión de interdependencia en solidaridad.
- Respecto al principio de beneficencia, habría que tomar conciencia de que lo bueno en la salud debe ser situado en la perspectiva de la vida buena, inspirada diversamente de modo no determinante por los contextos culturales plurales.
- En cuanto a la justicia, es sugerente la propuesta comunitarista de Walzer²⁸ en la que es asumido el enfoque cultural: entre el conjunto de bienes a repartir están las necesidades, que en su concreción son fenómenos culturales en evolución, respecto a las que hay una noción compartida propia en cada sociedad; entre ellas, como necesidad relevante culturalmente precisada, está la salud; la justicia tiene que definir y aplicar los criterios de distribución de recursos, con los que satisfacerlas; el criterio, emanado internamente de ellas, es el de a cada uno según sus necesidades (aquí, de salud) socialmente reconocidas.

3.4 EL RECONOCIMIENTO EN LA RELACIÓN CLÍNICA

La relación clínica es un microcosmos en el que confluyen todas las coordenadas de la bioética. También todas las dimensiones del reconocimiento, tanto en su vertiente de la dignidad como de la diferencia.

El no reconocimiento en la relación clínica suele expresarse como reificación: en vez de reconocer a la persona, se reconoce al órgano enfermo, en vez del centramiento en el paciente con problemas de salud (perspectiva integral), se da focalización exclusiva en sus problemas de salud desde la mera perspectiva médica. El reconocimiento de la persona, en cambio, implica acogida raciocordial de su dignidad y su diferencia, en sus diversas expresiones, entre ellas la cultural, en sus contextos y con sus anhelos, que la hacen única.

En el encuentro clínico, el reconocimiento entre paciente y profesional tiene que ser recíproco, con simetría en lo básico: –dignidad y respeto– que deben exigirse ambos, y con buena gestión de las asimetrías en otras dimensiones (respecto al saber y poder, inclinados hacia el médico; y la vulnerabilidad, hacia el paciente). Esta buena gestión se logra cuando la acción terapéutica es respuesta a la necesidad de la persona enferma, coordinando en ella la atenta escucha de esta y el análisis técnico. En este sentido, considerando en concreto la diferencia cultural entre paciente y médico, la relación clínica es un auténtico diálogo intercultural, con aprendizaje mutuo, abierto a llegar a acuerdos a veces plenos a veces negociados, sobre el proceso sanador. En ella se imbrican adecuadamente, de acuerdo a las circunstancias, la dinámica receptiva y la activa de sus protagonistas.

Para un encuentro así, es clave el clima de confianza, incluso de «amistad moral», llamado

²⁸ WALZER, M. *Las esferas de la justicia*. México DF: Editorial FCE; 1993.



a amparar la relación entre las autonomías de las personas. El horizonte de juridificación de las relaciones médico-paciente al que se va tendiendo, por un lado remite a reconocimiento (de derechos), pero, por otro, es una dificultad para que se cumplan otros aspectos de él que se han ido considerando aquí. Estos piden esa relación de confianza que se distancia del ejercicio de una autonomía rígida y separada de cada persona y se abre a reconocer la autonomía interdependiente; y se distancia también del paternalismo, porque es confianza que rechaza la sumisión e integra el respeto.

Los retos de este enfoque para el personal sanitario son relevantes, pero también fecundos para él. Debe²⁹: tener conciencia de lo cultural (respecto a sí, respeto al otro, respecto a su profesión); también, conciencia social para percibir las exclusiones en el campo de la salud; interiorizar virtudes-actitudes clave como la empatía, el respeto, la comprensión, la capacidad de escucha, de infundir confianza y enlazar colaboraciones, la humildad, etc.; adquirir y ejercer habilidades que le posibiliten procesos terapéuticos con la persona que integran todos estos supuestos.

CONCLUSIONES

Tras el recorrido argumental realizado, pueden extraerse estas tres grandes conclusiones. Primera: cuando la bioética, construida decisivamente en la tradición cultural occidental, se confronta seriamente con la diversidad, a la que no hay que percibir como mera realidad fáctica sino como expresión ineludible y potencialmente enriquecedora de la condición humana, se encuentra con una serie de retos relevantes que tiene que estar en disposición de asumir. Segunda: una de las categorías que se muestra especialmente fecunda como guía para afrontar

esos retos es la del reconocimiento, en su doble e imbricada perspectiva de reconocimiento de la dignidad y de la diferencia. Tercera: la aplicación a la bioética del enfoque del reconocimiento, muestra que este se hace presente en todas sus dimensiones y todos sus campos, por lo que se nos presenta como categoría transversal a ella, que modula el conjunto de sus planteamientos haciéndola más respetuosa, justa y fecunda.

Dos observaciones para acabar. En primer lugar, considero que la bioética debe hacerse cargo de que forma parte de ella todo lo aquí dicho, además de abrirse a la posibilidad de una concepción aún más amplia que incluiría todos los fenómenos de la vida y no solo de la vida humana (algo que aparecerá ya en el enfoque cultural, por ejemplo, en modos de entender la salud y la enfermedad en comunidades indígenas, conexiones con la Naturaleza). En segundo lugar, pienso que nuestras elaboraciones en torno a la salud intercultural, como las aquí formuladas, son aún provisionales: tenemos que seguir avanzando, crítica y propositivamente, tanto en la dimensión teórica de ella como en la práctica, en procesos en los que ambas se alimenten mutuamente.

Bibliografía

1. ALARCON, A.M., VIDAL, A. y NEIRA, J. «Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases culturales». *Revista Médica de Chile*. 2003; 131: 1061-1065.
2. BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2009.
3. BOLLNOW, O.F. *Esencia y cambios de las virtudes*. Madrid: Revista de Occidente, 1969.
4. CAMPS, V. «El concepto de autonomía en la medicina occidental». *Bioética & Debat* 2011; 17(62): 10-13.

29 COMELLES, *op.cit.*

5. COMELLES, J.M. «El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI». *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2003; 3(1): 6-21.
6. DE LA MAZA, L.M. «El sentido del reconocimiento en Hegel». *Revista latinoamericana de filosofía*. 2009; 35(2): 227-251.
7. DE LORA, P. «Diversidad cultural y salud pública». *Claves de la Razón Práctica*. 2012; 223: 64-77.
8. DÍAZ GARCÍA, A. «La ética de la virtud y la bioética». *Revista Colombiana de Bioética*. 2009; 4(1): 93-128.
9. ETXEBERRIA, X. *Sociedades multiculturales*. Bilbao: Editorial Mensajero, 2004.
10. _____. *Virtudes para convivir*. Madrid: PPC, 2012.
11. _____. «Derechos humanos y diversidad cultural». In ETXEBERRIA, X., MUÑOZ, M.R. y VÁZQUEZ, J.P. (Coords). *Pueblos indígenas, Estados y derechos humanos*. México: Universidad Iberoamericana, 2012: 17-42.
12. FRASER, N. y HONNETH, A. *¿Redistribución o reconocimiento?* Madrid: Morata, 2006.
13. GEERTZ, C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 1988.
14. GRACIA, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela, 2007.
15. HONNETH, A. «Reconocimiento y obligaciones morales». *Revista Internacional de Filosofía Política*. 1996; 8: 5-17.
16. _____. *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid: Katz, 2010.
17. KIRMAYER, L.J. «Multicultural Medicine and the Politics of Recognition». *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011; 36: 410-423.
18. _____. «Rethinking Cultural Competence». *Transcultural Psychiatry* 2012; 49(2): 149-164.
19. KYMLICKA, W. *Ciudadanía multicultural*. Barcelona: Paidós, 1996.
20. NUSSBAUM, M. «La ética de la virtud: una categoría equivocada». *Areté* 1999; 1(2): 573-613.
21. MOCELLIN, M. «El papel de la bioética en la atención a la salud en contextos interculturales». *Revista Colombiana de Bioética*. 2013; 8(2): 193-198.
22. MUSSCHENGA, A.W. «Intrinsic Value as a Reason for the Preservation of Minority Cultures». *Ethical Theory and Moral Practice*. 1998; 1: 201-225.
23. O'NEILL, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Editorial Cambridge University Press, 2002.
24. PAASCHE-ORLOW, M. «The Ethics of Cultural Competence». *Academic Medicine*. 2004; 79(4): 347-350.
25. PAMIES, R.J. y NSOAH-KUMI, P.A. «Multicultural Medicine and Ensuring Good Health for All». *Ethnicity & Disease*. 2006; 16: 14-20.
26. PIERINI, T. «Riconoscimento, riconciliazione, conoscenza». *Archivio di Filosofia*. 2009; 1-2: 21-29.
27. RENAULT, E. *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. París: La Découverte, 2004.
28. _____. «Reconnaissance, institutions, injustice». *Revue del MAUSS* 2004; 1 (23).
29. _____. «What is the Use of the Notion of the Struggle of Recognition?». *Revista de Ciencia Política*. 2007; 2: 195-205.
30. RICOEUR, P. *Caminos de reconocimiento*. México DF: FCE, 2006.
31. TAYLOR, C. «Identidad y reconocimiento». *Revista Internacional de Filosofía Política*. 1996; 7: 10-19.
32. _____. «La política del reconocimiento». En Taylor C. *Argumentos filosóficos*. Barcelona: Editorial Paidós, 1997: 293-334.
33. WALZER, M. *Las esferas de la justicia*. México DF: FCE; 1993.
34. ZAMBRANO, C.V. «Dimensiones culturales en la bioética. Aproximación para una Bioética intercultural y pública». *Revista Colombiana de Bioética*. 2006; 1(2); 83-104.