

Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud

Ethics of reciprocal recognition in the field of health

Ana M^a Costa-Alcaraz

Médico de Familia.
Miembro del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV).
Profesora asociada del Departamento de Medicina.
Universitat de València.
Médico del Centro de Salud Nazaret.
Agencia Valenciana de Salud.

RESUMEN: Objetivo. Introducir en la reflexión bioética el concepto de "reconocimiento recíproco", como herramienta para la fundamentación de la bioética y el análisis de casos problemáticos.

Hipótesis. Para entender y buscar soluciones a los nuevos problemas surgidos en el contexto de la atención a la salud, no resulta suficiente el positivismo jurídico ético. El reconocimiento bidireccional, concepto desarrollado por Honneth en su matiz de reciprocidad, denominado mutuo por Ricoeur y Cortina, permite construir un modelo de justicia aplicable al ámbito sanitario, tanto en lo relativo a relaciones entre pacientes y personal, cuanto a las relaciones entre los profesionales, o de todos ellos con la organización sanitaria. Su ausencia en la relación clínica, en la gestión sanitaria, o en la salud pública, es un buen factor explicativo de los conflictos. Aplicado al análisis de conflictos, el concepto de reconocimiento ofrece posibilidades para transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación. Todo ello es novedoso, ya que hasta ahora apenas se ha investigado sobre reconocimiento recíproco como fundamento de la bioética.

Metodología de trabajo. En primer lugar, tras recoger ideas a partir de un seminario de trabajo (2009) del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV) y revisar bibliografía proporcionada por el director del grupo, se realizó búsqueda de lo publicado en las revistas *Dilemata* e *Isegoría*, por autor y por palabra clave "reconocimiento", y en MEDLINE, acotando por artículos de revisión publicados en los últimos diez años (en inglés, español, francés o italiano), con los descriptores "Ethics, Medical and Principles and Social Values" y "Recognition and Ethics, Medical". El artículo empieza planteando un estado de la cuestión sobre el concepto "reconocimiento recíproco", partiendo del autor clave (Honneth) e incluyendo otros autores complementarios a éste, así como la bibliografía sobre el tema considerada significativa. Se ha pretendido destacar aquellas ideas de reconocimiento recíproco aplicables en el contexto de la atención sanitaria, centrando el estado de la cuestión en responder a la pregunta "¿el reconocimiento puede, o no, convertirse en la base

ABSTRACT: Objective. To introduce the concept of "reciprocal recognition" as a tool for the foundation of bioethics and for the analysis of problematic/difficult cases in bioethical reflection.

Hypotheses. Ethical and legal positivism has revealed to be insufficient in order to understand and find solutions to the new problems emerged in the health context. Honneth's bidirectional recognition -also called "mutual recognition" by Ricoeur and Cortina-, allows building up a model of justice, which can be useful in the health sector if applied to relations between patients and staff, among health professionals or between all of them and the health administration. Conflicts in clinical practice, in the management of health or in public health can be explained by the lack of bidirectional recognition. Applied to the analysis of conflicts, the concept of recognition allows transforming troubled relations into partnerships. It is a new approach to the issue, since mutual recognition has barely been considered as a foundation of bioethics up to now.

Work methodology. First of all, after having collected ideas from a workshop of the University of Valencia's Research Group in Bioethics (GIBUV) in 2009, and having reviewed the literature provided by the director of this group, a systematic search of publications in *Dilemata*, *Isegoría* and MEDLINE was conducted. In the first two journals the search was carried out by authorship and using the keyword "recognition", whilst in MEDLINE it was limited to articles published in the last ten years -in English, Spanish, French or Italian-, with the keyword groups "ethics, medical and principles and social values" and "recognition and ethics, medical". The article starts considering the state of matter concerning the concept of Honneth's "mutual recognition" and taking into account other authors' contributions and of the relevant literature. The research is expected to highlight the idea of mutual recognition in the context of health care, with an aim to find an answer to the main issue: whether the recognition might or cannot become the basis on which a new theory of justice applicable to the health field is built.

Observaciones

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación "El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural". Ministerio de Ciencia e Innovación (Referencia del proyecto: FFI2008-06133/FISO)

Agradecimientos

Al profesor Juan Carlos Siurana Aparisi, director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV, www.uv.es/gibuv), que me introdujo en el conocimiento de Axel Honneth, dinamizador incansable de la investigación en nuestro grupo desde una perspectiva interdisciplinar caracterizada por el diálogo sincero y el respeto recíproco entre las diferentes perspectivas.



Received: 03/09/2011
Accepted: 13/11/2011

sobre la que construir una nueva teoría de la justicia aplicable al ámbito de la salud?"

El segundo paso ha consistido en detectar situaciones, en el ámbito estudiado, que pueden clasificarse como de ausencia de reconocimiento recíproco y mostrar el conflicto que provocan.

En el tercer paso se ofrecen propuestas, desde un modelo normativo de reconocimiento recíproco, para desarrollar instituciones sanitarias más justas en sus diversos niveles de actuación y de relaciones humanas.

Termina el artículo con unas conclusiones donde se recogen las principales claves de la argumentación y del resultado.

PALABRAS-CLAVE: Bioética, entrevista clínica, Honneth, reconocimiento, valores sociales

The second step was to identify situations in the study area that can be classified as an absence of mutual recognition and show the conflict they cause.

Subsequently, the article includes proposals to develop more equitable health institutions at various levels of action and human relations using a normative model of mutual recognition,

It ends with some conclusions which contain the main key ideas of the debate and the main outcomes.

KEYWORDS: Bioethics, clinical interview, Honneth, recognition, social values

1. Introducción

El reconocimiento recíproco, concepto desarrollado por Honneth a partir de la idea de lucha por el reconocimiento planteada por el joven Hegel y de las teorías de psicología social propuestas por G.H. Mead, proporciona un buen modelo para analizar la dinámica de las relaciones inter-personales e inter-grupos humanos, el cual, recientemente, ha despertado interés en diferentes ámbitos de pensamiento. Por una parte, como factor explicativo del surgimiento de conflictos y, consiguientemente, como factor dinamizador del progreso moral en las sociedades; por otra, ya que permite contemplar aspectos de la identidad personal y, en consecuencia, aspectos relacionados con los valores (Honneth, 1992, 2001, 2004). "El reconocimiento de que uno podría sufrir lo que otro, rompe con las bases del egoísmo y propicia el desarrollo de la piedad o compasión en los individuos necesario para una plena racionalidad social" (Pereira y Modzelewski, 2006, 118).

Fraser propone una concepción amplia de la justicia, capaz de incluir tanto la distribución como el reconocimiento, y centrada en la igualdad (Fraser, 2001) Axel Honneth, por su parte, intenta renovar la teoría crítica en términos de un ideal normativo de "auto-realización". Con ello, la propuesta de Honneth rompe con la preocupación tradicional de la teoría crítica sobre el significado y el potencial de la razón moderna (Kompridis, 2004). A diferencia de ésta, o de las propuestas iniciales de Fraser, centradas en la igualdad de participación como objetivo clave que permitirá construir una adecuada identidad personal, Honneth pone el acento en evitar humillaciones y faltas de respeto y centra la construcción de la identidad en fomentar actitudes que faciliten tanto el despliegue de los potenciales personales como la participación de los individuos en la vida pública (Honneth, 2004) Matizando en esta línea, Cortina se refiere a un modelo de reconocimiento capaz de desplegar vínculos comunicativos en su integridad. Éste incluye junto a un factor discursivo otro afectivo, que implica la capa-

cidad de com-padecer -entendiendo la com-pasión como la capacidad de implicarse con quien se sabe "carne de la propia carne"- . El reconocimiento, así, se podría entender como la cercanía que surge entre quienes se saben simultáneamente "vulnerables, con vocación de autonomía y cordialmente ligados" (Cortina, 2007, 124) Renault ha introducido una distinción entre diferentes conflictos de reconocimiento aplicados a la tercera esfera de Honneth, abordando los diversos tipos de problemas que un análisis de demanda de reconocimiento debe abordar (Renault, 2007).

En la última década, Honneth ha matizado su pensamiento, ampliando alguno de los aspectos de la teoría inicial y abordando otros a partir de sugerencias e interrogantes planteados por sociólogos, como Carl-Göran Heidegren, Arto Laitinen, y filósofos, como Antti Kauppinen, Heikki Ikäheimo (Honneth, 2002) Así mismo, ha debatido con Fraser sobre políticas de identidad, capitalismo y justicia social (Fraser y Honneth, 2003), ha profundizado en la construcción de la identidad personal (Honneth, 2004) y ha identificado estilos de reconocimiento en los que éste se aplica como ideología para desactivar las demandas sociales (Honneth, 2006). Actualmente está investigando sobre genética de las demandas sociales, un punto de vista normativo desde el cual evaluar qué reivindicaciones son justas o legítimas (Honneth, 2010).

Desde los últimos 20 años del pasado siglo XX, en los que surge la bioética, el abordaje de los problemas surgidos en el ámbito de atención a la salud se intentan responder a partir de esa nueva disciplina. La bioética se ha desarrollado, de forma mayoritaria, en torno a los cuatro principios. Cuando aparece un conflicto entre principios, éste se resuelve en función de una jerarquización y considerando las consecuencias (tradición europea) o recurriendo al método del observador ideal (tradición norteamericana)¹. Pero aunque los cuatro principios suponen una aportación importante en el terreno de la ética médica, resultan insuficientes para resolver algunos de los problemas planteados. En parte por la simplificación derivada de aplicar algorítmicamente los principios, en parte porque no tienen en cuenta el "factor humano" (dan por supuesto que quienes los aplican son seres racionales, desprovistos de emociones, y con un grado absoluto de capacidad para decidir) y, finalmente, porque no se pueden considerar igualmente válidos para aplicar en otras culturas².

A pesar de las intenciones que guiaron a Beauchamp y Childress³, la aplicación de los cuatro principios con frecuencia resulta excesivamente mecánica (Thornton, 2006). La teoría de los principios se basa en una confianza excesiva en la razón, ignorando los parámetros afectivos de la conciencia y obviando los problemas relacionados con la construcción de identidad personal (Campbell, 2003). Aplicadas al campo de la bioética, las consideraciones en torno al reconocimiento vienen a resolver estas defi-

ciencias. En el campo de la salud-enfermedad, la teoría de las tres esferas de reconocimiento (de Honneth) proporciona un paradigma útil para el análisis de los conflictos emergentes y la búsqueda de soluciones.

2. ¿Quién soy?, ¿quiénes somos los humanos?

A pesar de su gran capacidad de adaptación al medio, el ser humano nace mucho más inmaduro que cualquier otro ser vivo y es el único que necesita años de aprendizaje y socialización para alcanzar habilidades propias del adulto⁴. Durante sus primeros años de vida, es más dependiente que cualquier otro animal. Defiende como irrenunciables, su libertad y singularidad, no obstante lo cual nunca las posee totalmente. Es capaz de mejorar como persona y de seguir adquiriendo conocimientos a lo largo de toda su trayectoria vital, necesitando para ello –en una u otra forma- del encuentro y la interacción con los otros seres humanos. Se puede afirmar que es el más vulnerable de los seres vivos, ya que su personalidad está en constante fase de construcción y se forja en el encuentro. Inspirado en las formulaciones negativas de Bloch sobre la dignidad humana⁵, Honneth afirma que la integridad personal depende constitutivamente de la experiencia de reconocimiento intersubjetivo (Honneth, 1992).

Todas estas consideraciones configuran a los humanos como dotados de una especial dignidad y con una peculiar fragilidad, esta última especialmente marcada en las etapas de construcción de su identidad personal.

¿En qué consiste la identidad? Se puede hablar de identidad desde dos perspectivas diferentes, “en primer lugar desde el punto de vista de la relación con el tiempo -hablaremos entonces de identidad narrativa-, y, en segundo lugar, desde el punto de vista de la perspectiva insustituible que marca la singularidad de la identidad personal” (Ricoeur, 2008, 75). La identidad narrativa es de especial importancia en los procesos de auto-comprensión, mientras que la identidad singular es a la que se refieren tanto los procesos de auto-reconocimiento como los de reconocimiento intersubjetivo.

El auto-reconocimiento, matriz de aceptación de sí mismo sobre la que se construye la identidad personal, surge tras la experiencia de reconocimiento vivida en tres niveles existenciales (Honneth, 1997). Con la ausencia de reconocimiento, con el menosprecio, se despiertan sentimientos morales de injusticia. Para Honneth, como para Hegel, la lucha social se explica por el confrontamiento de intereses materiales y existenciales. Frente las relaciones inter-personales basadas en el egoísmo, Honneth propone establecer relaciones basadas en el reconocimiento recíproco. La actitud de reconocimiento procura respetar los intereses ajenos.

Cuando una persona no se siente valorada, la propia identidad se construye con dificultades. Las experiencias de menosprecio hieren, rompiendo tanto la interacción positiva tanto con uno mismo (autoestima) como con las demás personas (confianza) y generando una dinámica de lucha (defensa-ataque).

Extrapolando al campo de la atención sanitaria, la identidad se refiere al rol desempeñado como paciente o como profesional. Y los tres niveles (o esferas) de reconocimiento propuestos por Honneth, que se comentarán más adelante, podrían referirse a la relación médico-paciente (primera esfera), el reconocimiento de derechos (segunda esfera) y el respeto a la singularidad personal –manifestado en la toma de decisiones compartida con el paciente (tercera esfera).

Está demostrado que una buena comunicación médico-paciente mejora los resultados en salud (Stewart, 1995). Y es lógico que así sea, ya que la buena comunicación, entre otros efectos, tiene el de generar confianza y reducir el estrés. Es conocido que el estrés altera la inmunidad, lo cual afecta al desarrollo y a la evolución de diferentes tipos de enfermedades (Sirera et al., 2006; Ramos et al., 2008).

Por otra parte, la escasez de recursos, las diferentes expectativas surgidas de la relación entre pacientes y profesionales, las dificultades de comunicación con los pacientes y entre los miembros del equipo asistencial, así como el confrontamiento de valores no compartidos, hacen casi inevitable la aparición de conflictos. La promulgación de leyes que regulen el ejercicio de la medicina puede ayudar a resolver estos conflictos, sin embargo, no resulta suficiente. El iuspositivismo, o positivismo jurídico ético, entendido como la actividad de controlar la conducta de colectivos humanos a través de la legislación⁶, no basta para resolver los nuevos problemas surgidos en la relación clínica. Ni siquiera es suficiente cuando se opta por una vía intermedia entre el iusnaturalismo y el positivismo, como la propuesta por Popper, que pone el acento en la responsabilidad (Muñoz, 2005). El reconocimiento de derechos es un progreso, sin duda⁷, pero cuando no se acompaña de reconocimiento a otros niveles y en un contexto de reciprocidad corre el riesgo de ser una nueva fuente de conflictos. La relación clínica no se puede imponer “a golpe de decretos” y, de pretenderlo, se corre el riesgo de judicializar la medicina. La judicialización se refiere a que, ante el riesgo de que los problemas médico-paciente se resuelvan en tribunales de justicia en el contexto de una relación clínica exenta de confianza, los médicos opten por practicar “medicina defensiva”. Es decir, podrían verse impulsados a realizar pruebas diagnósticas que exceden a la “lex artis” para evitar ser demandados por mala práctica. En los últimos años vienen aumentando las reclamaciones contra los médicos y la sanidad española (Revuelta, 2006).

No hay duda de que los pacientes, en ocasiones, denuncian a sus médicos. Pacientes que se han sentido ignorados, o menospreciados, es comprensible que pidan responsabilidades ante un mal resultado. Muy raramente lo harán si la relación clínica es empática (Hickson et al., 2002). Cuando los pacientes se sienten escuchados y respetados, se implican en autocuidados de salud y aceptan mejor resultados que no se ajustaban a sus expectativas (Stewart, 1995). No suelen necesitar la mediación de un juez que establezca compensaciones.

Por otra parte, el médico cambia tras haber sido confrontado con una denuncia. Si un paciente denuncia porque no se siente escuchado, o informado adecuadamente, la experiencia marcará al médico, cambiando la concepción que el médico tiene de su profesión y el valor que da a su trabajo. Es muy probable que, súbita o progresivamente, desplace su actitud desde la compasión hacia la defensa y dirija su interés profesional desde la búsqueda de bienes internos (metas de la medicina, encuentro interpersonal) hacia la búsqueda exclusiva de bienes externos (compensación económica, prestigio personal) que, aunque también deseables, por sí mismos no proporcionan sentido a la actividad.

Frente al modelo clínico de relación egoísta (persona con un problema que busca al experto para que lo resuelva y experto que se enfrenta a una patología que resolver para incrementar su prestigio profesional) es posible un modelo clínico de relación empática basada en el reconocimiento recíproco (persona con un problema que busca al experto para intentar resolverla y experto que se enfrenta a un ser humano en situación de fragilidad).

3. Dinámica del reconocimiento

Existen tres esferas básicas en las que es necesario alcanzar reconocimiento (Honneth, 1992). De no alcanzar éste en alguna de las esferas, surgen tres diferentes fracturas de la justicia junto con tres diferentes tipos de daños psíquicos. El primer nivel requiere haber vivido en una familia. Haber formado parte de una familia siendo aceptado tal como se es, resulta imprescindible para el desarrollo de la autoestima que facilitará la integración de la persona en la sociedad. El segundo nivel implica ser sujeto de derechos y deberes. En esta esfera se genera una identidad compartida, la del derecho, se cohesionan los individuos como miembros de una sociedad determinada. El tercer nivel surge cuando se alcanza respeto a la singularidad personal y, en más o menos grado, prestigio social.

Al ignorar o menospreciar las peculiaridades propias de personas, también de grupos humanos, se desencadenan conflictos. Concebir al otro como sujeto de reconocimiento requiere empatía, transitar desde el extrañamiento al encuentro. Las narraciones literarias ocupan un lugar privilegiado

entre las herramientas disponibles para la educación en actitudes de reconocimiento (Pereira y Modzelewski, 2006).

Aplicado al mundo de la salud, del encuentro clínico con el paciente, así como de las relaciones entre los miembros del equipo de trabajo, surge el reconocimiento referido a la primera esfera. El segundo nivel de reconocimiento se alcanza con la promulgación de derechos y deberes tanto de usuarios como de trabajadores del sistema sanitario. La tercera esfera de reconocimiento está en función de que los profesionales respeten los valores específicos de sus pacientes (aunque no los compartan) y de que asociaciones de pacientes, sociedades científicas y profesionales, también la institución sanitaria para la que se trabaja, aprecien las aportaciones de los profesionales.

El encuentro clínico está cambiando, en un contexto social de cambio de valores. En algún momento los médicos pensaron que para tratar bien había que considerar a los pacientes como menores de edad, y tomaban decisiones importantes sobre su salud sin contar con ellos. El fácil acceso a la información (prensa en papel, internet), junto con la regulación del derecho a la autonomía, está conduciendo a nuevas formas de relación clínica (The Future Patient Conference, 2002). El paciente aporta al encuentro un problema de salud (síntomas) inserto en una narración (contexto personal) y unas expectativas en ocasiones desmesuradas, el médico aporta su condición de experto en tratar la enfermedad y el sufrimiento. Resulta imprescindible procurar que el "pacto de cuidados se establezca basado en la confianza" (Ricoeur, 2008, 185).

Por otra parte, la complejidad del desarrollo científico y tecnológico está modificando el estilo de trabajo de los centros sanitarios hacia el funcionamiento en equipo. La ausencia de reconocimiento recíproco dará lugar a equipos disfuncionales.

En uno y otro ámbito, el de la relación con los pacientes y el de la relación con los miembros del equipo de trabajo, cada vez resulta más necesario establecer espacios de deliberación compartida que promuevan relaciones pacíficas.

4. La lucha por el reconocimiento

La esfera del amor, primer nivel de reconocimiento según Honneth, se desarrolla cuando se cubren las necesidades básicas en el entorno familiar. Cuando no es así, se bloquea el desarrollo de la autonomía personal y se deteriora la autoestima. Con ello se está dando lugar a personas inmaduras que, por tanto, establecerán relaciones interpersonales conflictivas.

La segunda esfera de reconocimiento aparece cuando el sujeto se percata de que tiene los mismos derechos que los demás y es merecedor del mismo

respeto. El reconocimiento de derechos en las diferentes sociedades, con frecuencia, se ha producido a partir de luchas por su promulgación surgidas desde diferentes colectivos. Y es previsible que sigan dándose relaciones socialmente conflictivas siempre que existan colectivos que no se sientan reconocidos en sus derechos.

La tercera esfera supone alcanzar reconocimiento social, que se reconozcan las contribuciones positivas (de personas o grupos humanos) en el ámbito del trabajo o de la sociedad. La sociedad puede verse envuelta en una lucha social impulsada por la búsqueda de reconocimiento de diferentes sistemas de valores pertenecientes a distintos grupos humanos. Cuando la sociedad degrada valores propios de personas o grupos, les daña la autoestima.

Según esta concepción de las esferas de reconocimiento propuesta por Honneth, la moral consciente (componente esencial de la identidad como persona) se constituye no solo a partir de la esfera del derecho. También precisa de actitudes de recíproca aceptación y respeto a las diferencias en el encuentro con los otros, tanto a nivel familiar como social (primera y tercera esfera). Profundizando en la intuición de Hegel, según la cual la lucha interpersonal por el reconocimiento recíproco genera tensión social, Honneth afirma que el logro de la identidad personal es un proceso dinámico solo alcanzable cuando se consigue el reconocimiento en las tres esferas. Una sociedad en la que sus miembros tienen problemas de identidad personal es una sociedad enferma.

Se critica a Honneth que detrás de estas ideas no existe una fundamentación en la justicia (Fraser, 2000). Pero éste replica (Pereira y Fascioli 2010), que en una sociedad cada vez más justa existen espacios de intimidad para facilitar unas relaciones interpersonales satisfactorias (primera esfera de reconocimiento), reconoce los derechos de los ciudadanos (segunda esfera de reconocimiento) y reconoce sus contribuciones a la sociedad, facilitando la autocomprensión de las aportaciones a dicha sociedad a través del trabajo (tercera esfera de reconocimiento). Y tal reconocimiento, fundado en la igual dignidad de los seres humanos, supone hacer justicia. El reconocimiento cordial (Cortina, 2007), que incluye aspectos emocionales y de comunicación, es una propuesta teórica para conseguir relaciones satisfactorias en cualquiera de las tres esferas de Honneth.

5. En el ámbito de la salud, "lo esencial es invisible a los ojos" (Saint Exupery, 1943)

Cuando, en el ejercicio de la medicina, se empieza negando realidad a lo no mensurable mediante instrumentos tecnológicos, se puede terminar llegando a confundir a las personas enfermas con cuerpos averiados. O aplicando pro-

cedimientos orientados preferentemente hacia conocer la enfermedad, olvidando que las metas de la medicina deben dirigirse hacia el enfermo (Hastings Center, 1996)⁸. Alcanzado ese punto, la relación clínica se cosifica.

La cosificación, o reificación, (Lukács, 1987) surge cuando algo que no tiene el carácter de cosa se trata como tal. En el ámbito de la salud, un profesional trata como cosas a las personas que le consultan cuando se aproxima a ellas como mero observador de un cuerpo enfermo (sin tener en cuenta cómo se sienten, qué idea tienen de lo que les pasa, con qué apoyos psico-sociales cuentan, o qué expectativas mantienen respecto a la recuperación de su salud) La falta de atención al universo personal de emociones, expectativas, necesidades y creencias hace imposible comprender al que se tiene delante. Cuando ésta es la actitud del médico el paciente experimenta malestar e inseguridad, con el consiguiente deterioro de la relación clínica que puede tener consecuencias importantes en el caso de una enfermedad grave.

La enfermedad grave supone un corte biográfico que hace vulnerable a quien la sufre, especialmente cuando aparece de forma inesperada. No se puede mejorar la condición de vulnerabilidad tratando de forma exclusiva al cuerpo enfermo, ignorando la realidad de la persona enferma y descuidando el contexto de la consulta⁹. Es necesaria una actitud empática por parte de los profesionales. Pero no sólo es necesaria la empatía o la buena gestión emocional, también las habilidades de comunicación y las estrategias de intervención basadas en el counselling. "Evaluar y atender el sufrimiento requiere un modelo antropológico en el cual la persona sea vista como una red de relaciones, consigo misma, con los demás y con lo trascendente, que aspira a la integridad y a la plenitud" (Benito y Maté y Pascual, 2011).

En la construcción del marco conceptual sobre reconocimiento, también es importante atender a la empatía (Stein, 2004)¹⁰. Tal vez la cohesión social no sólo se constituya en la lucha por el reconocimiento sino que sea necesario, desde el inicio, el concurso de una afectividad positiva: la benevolencia, vinculada con la similitud de hombre a hombre en la familia humana¹¹.

Empatía y benevolencia son algunas de las propiedades de la inteligencia emocional. Cuando no se identifican propios estados de ánimo se es incapaz de percibir los de la persona que se tiene enfrente y, por tanto, resultará imposible relacionarse con ella de forma empática. Las emociones modulan la razón llegando hasta a dominarla cuando, por negación o represión, no se las deja emerger a la conciencia. Todas estas consideraciones ponen de relieve la importancia de promover el desarrollo de una inteligencia "sentiente" (Zubiri, 1967) que, en el ámbito de la salud, se concretaría en formar a los profesionales para que sepan atender tanto al mundo emocional de los pacientes (Keidar, 2005) como al propio, y adquieran habilidades adecuadas para contener y reconducir emociones negativas, tanto propias como de quien acude a la consulta.

Dando por supuesto el substrato de conocimientos actualizados y habilidades técnicas en que debe fundamentar su actuación cualquier profesional competente, cuando el mismo no se acompaña de actitudes de respeto a las emociones y expectativas de la persona que le consulta corre el riesgo de tratarla como un caso clínico. Es decir, de que la persona enferma se sienta tratada como una cosa. La reificación, es la antinomia del reconocimiento y rompe el pacto de cuidados basado en la confianza (Ricoeur, 2008, 184-187).

Por otra parte, la relación clínica puede entrar en conflicto de intereses por diversos factores externos a la misma. Unos proceden de la institución para la que trabaja el profesional ya que, en ocasiones podría marcar objetivos excesivamente economicistas. Otros factores aparecen cuando se realiza de forma simultánea asistencia e investigación. Por último, no es desdeñable el papel que juega la relación entre industria farmacéutica y profesionales. Fomentar actitudes de reconocimiento recíproco con los usuarios de los servicios de salud podría jugar un buen papel en la mejora de tales conflictos (Tonelli, 2007).

6. El reconocimiento de los otros: un puente hacia la justicia

Honneth afirma que construimos una sociedad cada vez más justa cuando creamos espacios de reconocimiento en el que todas las personas son consideradas seres humanos igualmente capacitados para exponer argumentos que consideran valiosos. Romper la lógica cosificadora es un primer paso para generar condiciones que posibiliten la justicia global (Pereira, 2007) En situaciones de injusticia es fácil que se produzca lucha por el reconocimiento.

Si queremos fomentar una cultura pacífica, "es ineludible la tarea de reconstruir un sujeto arraigado, incardinado, con una historia, una identidad y una constitución afectivo-emocional concretas. El énfasis ético sería el de la ética del cuidado, ... un nuevo concepto de intersubjetividad en el que, sobre la base... de la justicia, intentemos comprender las necesidades de los otros, desarrollemos nuestra capacidad de empatía para entender sus motivaciones y deseos..." (Comins, 1999, 7). La teoría del reconocimiento proporciona el marco conceptual adecuado para ello.

Con la puesta en práctica de mecanismos de reconocimiento, se corre el riesgo de caer en la ideología. Es así cuando el acto de reconocer no va más allá del nivel meramente simbólico, con lo cual se convierte en un mecanismo de poder regulador útil para desactivar las reivindicaciones. Cuando en modelos institucionales de distinción evaluativa falta toda perspectiva sobre el cumplimiento material, no se practica un modelo de reconocimiento justo sino que se utiliza éste como ideología (Honneth, 2006).

En el contexto de la salud, la lucha por el reconocimiento puede llevar a que venza el más fuerte, que no siempre es el que tiene más razón. Para mantener una relación establecida en la confianza, el médico ha de saber limitar su poder profesional. Debe saber captar, más allá del caso clínico, a la persona en su totalidad. La hermenéutica del sujeto enfermo, envuelto en sus peculiares circunstancias, alberga comprensiones inesperadas (Villarroel, 2009) que con frecuencia se ignoran desde perspectivas científicas y/o post- modernas del ejercicio de la medicina.

Además de ser aplicables en la consulta, las consideraciones sobre reconocimiento recíproco resultan útiles para comprender la relación entre grupos humanos (equipos de trabajo, colectivos de pacientes).

Cuando se percibe ausencia de reconocimiento es fácil que surjan enfrentamientos judiciales (no sólo entre pacientes y médicos, también entre profesionales y gestores de salud), así como luchas de poder inter-estamentales o inter-departamentales dentro de los equipos de trabajo. Ello redundará en el surgimiento de ambientes laborales inestables, donde parte del tiempo que podría invertirse en mejora continua de calidad se invierte en procedimientos defensivos.

Cuando los profesionales se sienten reconocidos por la organización en la que desempeñan su labor colaboran con ésta, orientando su trabajo hacia los objetivos propuestos e implicándose en actividades de mejora de calidad. Cuando los pacientes perciben reconocimiento por parte de la organización sanitaria, se sienten parte activa en procurar el mejor funcionamiento posible de ésta. Sin embargo, no siempre la organización sanitaria sabe promover reciprocidad. En ocasiones, los cauces de participación ciudadana establecidos desde la organización sanitaria más bien promueven el individualismo consumista (Segura, 2010).

Por último, nadie cuestiona el valor inherente a sistemas de salud públicos de calidad. Ofrecer calidad es una de las principales formas por las que una organización manifiesta reconocimiento tanto a quienes la utilizan como a quienes trabajan en ella. Como paso previo a la adopción de medidas para mejorar la calidad, es conveniente conocer de dónde se parte. Existen indicadores para medir la altura ética de la organización sanitaria (Siurana, 2009, 114-116).

El reconocimiento recíproco abre una tercera vía entre el paternalismo y la autonomía. Esta vía tiene que ver con la capacidad de cuidado al otro que sufre. "Un enfoque sólo centrado en la autonomía, que ponga énfasis en la independencia y autosuficiencia, olvida que los seres humanos son esencialmente dependientes" (Arrieta y Casado, 2010, 137) Para crear espacios de reconocimiento, en el ámbito de la atención sanitaria, es necesario contemplar objetivos referidos a dos planos. En el plano clínico, dirigidos a des-

plazar el estilo de atención desde la medicina centrada en los problemas hacia la medicina centrada en el paciente (Thom, 2001). En el de la organización, intentando desplazar la gestión desde la centrada en criterios economicistas hacia la centrada en valores (García Marzá, 2005). Aunque se empieza a considerar importante abrir espacios de reconocimiento recíproco entre usuarios de los servicios de salud y profesionales, hasta el momento no se contemplan aspectos relacionados con el reconocimiento en las auditorías de control de calidad (Fisher y Owen, 2008). Por otra parte, en el ámbito de la formación médica, apenas existen estudios que aborden cuestiones de ética y/o participación de los pacientes en las decisiones que conciernen a su salud (Vikram et al., 2009)

7. Algunas propuestas para facilitar el reconocimiento recíproco en el mundo de la salud-enfermedad

7.1. Educar en valores durante la formación pre y post-grado

Con la rápida progresión de conocimientos científico-tecnológicos, la formación bio-sanitaria se ha centrado de forma casi exclusiva en tales áreas de conocimiento en detrimento de las humanidades. Ya que el motor del conocimiento científico es la curiosidad, se corre el riesgo de desplazar el fin de la medicina desde aliviar el sufrimiento hacia conocer el cuerpo humano. Algunas herramientas docentes pueden facilitar la educación en valores.

Una es el cine, ya que permite crear espacios de realidad virtual en los que es posible aprender sobre emociones y contextos¹², con lo cual es una buena herramienta para educar en empatía ante el sufrimiento generado por la enfermedad.

Otra, el análisis de incidentes surgidos en el marco del ejercicio profesional mediante una dinámica de grupo. Un abordaje constructivo de incidentes críticos¹³ permite aprender a partir de los errores, como alternativa a negar que éstos sucedan (Almendo et al., 2006) Negar la posibilidad de que sucedan errores, ignorarlos cuando acontecen, o tratar de ocultarlos, es una forma de corporativismo profesional y, en consecuencia, una actitud que dificulta el reconocimiento recíproco.

7.2. Desarrollar la inteligencia emocional

En la búsqueda de la justicia, además de aportar razones, es importante identificar emociones y sentimientos, especialmente los negativos. En el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, hay muchas situaciones desencadenantes de ansiedad. Y quienes más lo acusan son aque-

llos estamentos profesionales con mayor responsabilidad sobre el paciente. Los enfermos que presentan un dolor difícil de tratar, o mal pronóstico, o aquellos a quienes se les tiene que informar de un diagnóstico grave, sufren desgaste personal importante y generan desgaste en quienes los atienden (Roig, 1991).

Es muy importante la cualificación profesional, además de en conocimientos científico-técnicos, en habilidades y no sólo destrezas manuales; también en la habilidad de identificar las situaciones desencadenantes de estrés en los dos actores del encuentro clínico para reconducirlas positivamente (Neighbour, 1998)¹⁴. Porque, en otro caso, se producen de forma inconsciente respuestas psicológicas defensivas que dan lugar a puntos ciegos (Goleman, 1997) y, como consecuencia, a reificación del enfermo.

La identificación de sentimientos presentes durante el encuentro y de emociones subyacentes a los argumentos racionales facilita la empatía, actitud¹⁵ imprescindible para que surja el reconocimiento recíproco.

7.3. Respetar la libertad personal

La autonomía, o facultad de gobernarse por los propios actos, es el substrato sobre el que surge la libertad personal. A mayor libertad de cada uno de los individuos que forman parte de una sociedad, más justa es dicha sociedad. Pero la libertad de las personas no viene dada por el hecho de nacer, sino que se va construyendo, a lo largo de la vida, por sucesivas elecciones que tienen como límite la libertad del otro. La dignidad de las personas se constituye en torno a su proyecto de libertad. Dignidad que marca las fronteras de lo humano más allá del precio (Cortina, 2009)

En el ámbito de la salud, la libertad del paciente se aplica referida al respeto a su autonomía¹⁶, mientras que la del facultativo se entiende referida a su posibilidad de escoger intervenciones diagnósticas y prescripciones terapéuticas sin contemplar excepciones. Tanto la autonomía del paciente como la libertad del médico tienen límites, relacionados con la justicia, que resultan más fáciles de perfilar desde una toma de decisiones compartida. La toma de decisiones compartida con el paciente permite llevar a la práctica el reconocimiento recíproco en la consulta (Costa et al., 2010).

7.4. Tomar decisiones de forma compartida con el paciente

Honneth critica el concepto individualista de la autonomía, según el cual ésta se concibe como independencia y desvinculación autosuficiente respecto a los otros. Propone un modelo de autonomía personal basada en el

reconocimiento mutuo, que tenga en cuenta la interdependencia y la vulnerabilidad del ser humano. Esta propuesta de una autonomía "relacional" obliga a repensar la justicia social. "Las libertades legalmente instituidas y los recursos materiales no cubren las condiciones requeridas para garantizar la autonomía individual. Las precondiciones psicológicas requeridas para la autonomía no son recursos que puedan ser distribuidos... Si el énfasis está en las condiciones que garantizan la autonomía de los sujetos y los protegen de su vulnerabilidad intersubjetiva, el foco de los principios de justicia está en la estructura y calidad de las relaciones sociales de reconocimiento" (Fascioli, 2008, 4).

Introducir el respeto a la autonomía del paciente ha condicionado un cambio de paradigma en las consultas. La medicina hipocrática, referente de buena praxis durante siglos, entendía que había que ocultar información al paciente para facilitar su recuperación y evitarle sufrimientos innecesarios. La enfermería clásica se entendía como una profesión orientada a "evitar esfuerzos" al enfermo. En uno y otro caso el paciente era tratado como un menor de edad y, en consecuencia, como incapaz de tomar decisiones sobre su salud y su vida. Contar con el paciente en la toma de decisiones puede tener un efecto terapéutico (Costa et al., 2008)

7.5. Crear espacios de deliberación compartida

Cuando se establece diálogo entre los diferentes afectados por un problema, permitiendo que aporten sus razones, se les está permitiendo sentirse reconocidos como sujetos de derechos y es muy posible que la situación alcanzada sea más justa. Por tanto, será una situación más estable. Para que sea efectivo el diálogo, no basta con facilitar la participación de los afectados; es necesaria la formación dialógica de los sujetos morales de quienes participan en él, tanto en su vertiente ética como en la experiencial (Conill, 2006)

La deliberación es el método de elección, común a clínica y filosofía, para resolver los dilemas que puedan surgir en la relación con los pacientes (Gracia, 2008), o entre los miembros de un equipo.

7.6. Dos instrumentos para facilitar el respeto a la autonomía: el consentimiento informado, las voluntades anticipadas

El consentimiento informado.

Éste, como otros procedimientos nacidos de la reflexión bioética, surge a partir de demandas judiciales y por tanto en el marco de lucha por el re-

conocimiento de derechos que plantean algunos pacientes. Su difusión, como requisito burocrático previo a intervenciones diagnósticas o terapéuticas invasivas, cuando se da fuera del contexto de una toma de decisiones compartida con el paciente presenta el riesgo de que llegue a convertirse en una herramienta de medicina defensiva (Revuelta, 2006). Dar información en cantidad suficiente, sin considerar las características personales de quien la recibe, el cómo y el cuándo, tiene efectos ambivalentes sobre la salud (Costa et al., 2011).

Las voluntades anticipadas.

Son un ejemplo de necesidad de reconocimiento en situaciones de daño irreversible. Se refieren a la elaboración de instrucciones específicas mediante las que el paciente pretende participar, habiendo perdido la capacidad para expresarse al respecto, en las decisiones médicas futuras que se tomen respecto a su salud (Siurana, 2005) es decir, tratan sobre el deseo o no de limitación del esfuerzo terapéutico en situaciones irreversibles. Puede realizarse por expresión verbal a una persona elegida como representante o acompañarse de un documento escrito, el testamento vital.

8. Las fronteras de grupos humanos en lucha por el reconocimiento

Dentro del ámbito de la salud, en las fronteras de la lucha por el reconocimiento se encuentran las personas debilitadas para luchar por sí mismas (niños, ancianos, inmigrantes, minusválidos, enfermos graves). Anticipar el reconocimiento en el ámbito de la organización asistencial consistiría en tomar la iniciativa de estructurar los sistemas de atención prestando atención especial a esos colectivos.

Resulta importante permitir que los colectivos de personas en desventaja se expresen en condiciones de igualdad y contar con sus aportaciones de forma previa al establecimiento de sus derechos. En esa línea el GIBUV ha desarrollado un estudio cualitativo en la ciudad de Valencia¹⁷ sobre la atención a pacientes inmigrantes y sobre el cuidado de ancianos por parte de inmigrantes (Siurana, 2006) en el cual se observó que:

Mayoritariamente (en más del 90% de los casos), los inmigrantes son quienes cuidan a las personas mayores. Unos y otros son dos sectores de población débiles. Captar sus necesidades es una forma de reconocimiento.

En el caso de los inmigrantes es frecuente el síndrome de Ulises. La falta de reconocimiento social y de apoyo familiar es agente de enfermedad.

Los profesionales que atienden a personas de otras culturas necesitan que se reconozca el esfuerzo adicional que ello supone y se le proporcione recursos adecuados.

Cuando se realizan estudios de satisfacción de usuarios, no se busca conocer la satisfacción de los pacientes inmigrantes con la atención sanitaria recibida, ni tampoco la de los ancianos, debido a que son colectivos socialmente poco reconocidos.

Habría que facilitar la cualificación en competencia intercultural de los profesionales que, de forma habitual, atienden a pacientes de otras culturas.

Sería importante crear grupos de apoyo mutuo entre iguales (ancianos, inmigrantes)

Los cuidadores inmigrantes necesitan reconocimiento de su actividad profesional, ya que son contratados en condiciones que no se aplican a los cuidadores españoles.

En los estudios de investigación cualitativos habría que aplicar, siempre, un reconocimiento "sentiente" al entrevistado (empatizar con él, evitar "bombardearle" con preguntas)

Los prejuicios previos que pudieran tener los ancianos a recibir cuidados por personas extranjeras, suelen desaparecer después de haber tratado al cuidador y comprobar que reciben afecto y cuidados de calidad.

9. CONCLUSIONES

Aplicado al ámbito de la clínica, la reciprocidad de reconocimiento se refiere a que los protagonistas del acto sanitario prestan atención a las respectivas expectativas y necesidades.

La lucha por el reconocimiento surge a partir de experiencias de menosprecio, sufridas por personas o grupos, referidas a una o varias de las esferas de construcción de la identidad (en este caso, identidad como paciente e identidad como profesional).

En el ámbito de la medicina, atender a las necesidades psico-espirituales de los pacientes (expectativas, miedos, desesperanza, valores) mejora el estado de salud percibido por éstos y facilita que se sientan reconocidos.

El vector "reconocimiento recíproco" es bidireccional. Pero la relación clínica, aunque se da entre iguales (seres humanos) es asimétrica (con la

enfermedad, el paciente pone en juego su vida mientras que el médico solo arriesga su prestigio). El médico, como profesional, tiene mayor responsabilidad que el paciente en facilitar las condiciones adecuadas para que se dé reciprocidad en el reconocimiento.

Dentro de la consulta, existirá reconocimiento recíproco cuando el paciente perciba como valiosa la atención sanitaria recibida y el profesional, además de cuidar la calidad científico-técnica, procure reducir al máximo la vulnerabilidad de quien consulta y perciba que se confía en él.

Los pacientes que se sienten reconocidos establecen una relación de confianza. Los profesionales que se sienten reconocidos por los pacientes encuentran la mayor fuente de motivación para su trabajo en los bienes internos de la profesión. Unos y otros pueden recibir reconocimiento por parte de la organización sanitaria.

Ofrecer calidad, no sólo científico-técnica sino también en las relaciones humanas, es la mejor forma por la que una institución expresa reconocimiento. Existen instrumentos que permiten medir el nivel ético de instituciones, o de grupos.

El reconocimiento recíproco es imposible sin un substrato emocional de benevolencia y forma parte de los cimientos necesarios para construir una cultura de paz no sólo, aunque también, en el ámbito de la salud.

El reconocimiento, aplicado al ámbito de la salud, podría convertirse en la base sobre la que construir nueva teoría de la justicia.

Bibliografía

- ALMENDRO PADILLA, Carlos; COSTA ALCARAZ, Ana María. "Alerta roja. El incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores". *Tribuna Docente*. 2006, vol. 8, núm. 4, p. 1-8. Accesible en: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/Posgrado_1.pdf [consulta: 13-03-2011]
- ARRIETA, Ion; CASADO, Antonio. "La ética asistencial entre la autonomía y el paternalismo" (reseña). *Dilemata*. 2010, año 2, núm. 3, p. 135-137. Accesible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/viewArticle/41/54> [consulta: 13-03-2011]
- BENITO, Enric; MATÉ MÉNDEZ, Jorge; PASCUAL LÓPEZ, Antonio. "Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente". *FMC*. 2011, vol. 18, núm. 7, p. 392-400.
- CAMPBELL, A.V. "The virtues (and vices) of the four principles". *J Med Ethics*. 2003, vol. 29, núm. 5, p. 292-296.

- CASADO DA ROCHA, Antonio. "El cine en la creación de una ética para la profesión médica: Las normas de la casa de la sidra", *Enlace Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*. 2009, vol. 6, núm. 2, p. 13-25. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003076> [consulta: 13-03-2011]
- COMINS MINGOL, Irene (1999): *Cultura para la paz. Hacia una búsqueda del reconocimiento*, Jornades de foment de la investigació, Castelló, Universitat Jaume I. Accesible en: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi4/culpaz.pdf [consulta: 13-03-2011]
- CONILL, Jesús. (2006): *Ética hermenéutica*, Madrid, Tecnos.
- CORTINA, Adela. "Ethica cordis", *Isegoría*. 2007, núm. 37, p. 1130-2097
- CORTINA, Adela (2009): *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*, Madrid, Taurus.
- COSTA ALCARAZ, Ana Maria; ALMENDRO PADILLA, Carlos; GARCÍA VICENTE, Sergio; ORDOVÁS CASAURRÁN, Rafael. "¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?". *Aten Primaria*. 2008, vol. 40, núm. 2, p. 97-99. Accesible en: www.uv.es/gibuv/Ayudaradecidir.pdf [consulta: 13-03-2011]
- COSTA ALCARAZ, Ana Maria; ALMENDRO PADILLA, Carlos; GARCÍA VICENTE, Sergio. "Toma de decisiones en la clínica: Una reflexión ética desde la práctica en la consulta". En: *Actas del Congreso Internacional La toma de decisiones en el ámbito bioético*, (Universitat de Barcelona 8-9 de noviembre del 2010)
- COSTA ALCARAZ, Ana María; SIURANA APARISI, Juan Carlos; ALMENDRO PADILLA, Carlos; GARCÍA VICENTE, Sergio; ORDOVÁS CASAURRÁN, Rafael. "Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente", *Rev Clin Esp*. 2011. doi::10.1016/j.rce.01.025
- DAVSON, A; GARRARD, E. "In defence of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles", *J Med Ethics*. 2006, vol. 32, núm. 4, p. 200-204
- Diccionario de la lengua española (2001), 22ª edición. Accesible en: <http://www.rae.es/rae.html> [consulta: 13-03-2011]
- ESCUADERO MORATALLA, José Francisco. "Medicina, salud y derecho". *Noticias Jurídicas*. 1999, Accesible en: http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho%20Sanitario/199911-not19_12.html [consulta: 13-03-2011]
- FASCIOLI, Ana. "Autonomía y reconocimiento en Axel Honneth: un rescate de El Sistema de la Eticidad de Hegel en la filosofía contemporánea", *Revista Actio 10* (diciembre 2008), p. 21-25. Accesible en: www.fhuce.edu.uy/public/actio/Textos/10/FASCIOLI10.pdf [consulta: 13-03-2011]
- FISHER, Pamela; OWEN, Jenny. "Empowering interventions in Health and social care: Recognition through 'ecologies of practice'". *Social Science and Medicine*. 2008, núm. 67, p. 2063-2071
- FLANAGAN, John C. (1954): "The Critical Incident Technique", *Psychological Bulletin*. 1954, vol. 51, núm. 4. Accesible en: www.analytictech.com/mb870/Readings/flanagan.pdf [consulta: 13-03-2011]

- FRASER, Nancy. "Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento", *New Left review*.2000, núm. 4, p. 55-68. Accesible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=4833&clave_busqueda=88064 [consulta: 13-03-2011]
- FRASER, Nancy. "Recognition without Ethics?", *Theory, Culture and Society*.2001, vol. 18, núm. 2-3, p. 21-42
- GARCÍA MARZÁ Domingo (2005): *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Castelló, Universitat Jaume I.
- GILLON, R. "Ethics needs principles". *J Med Ethics*.2003, vol. 29, nº 5, p. 307-312. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733792/pdf/v029p00307.pdf> [consulta: 08-09-2011]
- GOLEMAN, Daniel (1997): *El punto ciego. Psicología del autoengaño*, Barcelona, Plaza & Janés.
- GRACIA, Diego (2008): *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, Triacastela.
- The Hastings Center (1996): *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. Hastings Center Report, vol. 26, núm. 6, special supplement, S1-S27. Accesible en: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-18995188.html> [consulta: 13-03-2011]
- HANSON, Mark J.; CALLAHAN, Daniel (2007): *The goals of medicine. The forgotten issue in health care reform*, Washington, Georgetown University Press. Accesible en: http://books.google.es/books?id=dd_yw-7giGAC&printsec=frontcover&dq=The+goals+of+medicine.+The+forgotten+issue+in+health+care+reform&source=bl&ots=6XJDJ9PVIQ&sig=GwSSreCWF_Hh6Crm_PKMW-IQE4w&hl=es&ei=JCuYTcOvKcWYhQeevfDpCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resn [consulta: 13-03-2011]
- HEGEL, Georg W F (1807): *Fenomenología del espíritu*. Accesible en: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/747.pdf> [consulta: 13-03-2011]
- HICKSON, G.B.; FEDERSPIEL, C.F.; PICHERT, J.W.; MILLER, C.S.; GAULD-JAEGER, J.; BOST, P. "Patient complaints and malpractice risk", *JAMA*.2002, vol. 22, p. 2951-2957
- HONNETH, Axel. "Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento", *Isegoría*.1992, núm. 5, p. 78-92
- HONNETH, Axel (1997): *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*, Barcelona, Crítica / Grijalbo Mondadori.
- HONNETH Axel. "Recognition or Redistribution?", *Theory, Culture and Society*.2001, vol. 18, núm. 2-3, p. 43-55
- HONNETH Axel. "Grounding Recognition: A Rejoinder to Critical Questions", *Inquiry*.2002, vol. 45, p. 499-520
- HONNETH Axel. "Recognition and Justice", *Acta Sociológica*.2004, vol. 47,núm. 4, p. 351-364. Accesible en: http://www.fffch.usp.br/ds/pos-graduacao/downloads/st_2010_17_1.pdf [consulta: 09-09-2011]

- HONNETH, Axel. "El reconocimiento como ideología", *Isegoría*.2006, núm. 35, p. 129-150
- Honneth, Axel, en Pereira, Gustavo: "Reconocimiento y criterios normativos", *Andamios*.2010, vol. 7, núm. 13, p. 323-334. Accesible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1870-00632010000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es [visitado el 13-03-2011]
- KEIDAR, D. (2005): *Classroom Communication. Use of Emotional Intelligence and Non-Verbal Communication in Ethics Education at Medical Schools*, Aifa, Unesco Chair Office. Accesible en: <http://medlaw.haifa.ac.il/keidar1.pdf> [consulta: 13-03-2011]
- KOMPRIDIS, Nicolás. "From Reason to Self-Realisation? Axel Honneth and the 'Ethical Turn' in Critical Theory". *Critical Horizons*.2004, vol. 5, núm. 1, p. 323-360
- LUKÁCS, Georg (1987): "Reificación y conciencia del proletariado" en *Historia y conciencia de clase*, Madrid, Magisterio español SA, p. 110-230. Accesible en: http://www.taringa.net/posts/ebooks-tutoriales/1370465/Gyorgy-Luk%C3%A1cs_-Historia-y-conciencia-de-clase.html [consulta: 13-03-2011]
- MUÑOZ FERRIOL, Amparo. "Bases biológicas de la ética de Popper: entre el iusnaturalismo y el positivismo". *Quaderns de filosofia i ciència*, vol. 35, p. 159-174
- NEIGHBOUR, Roger (1998): *La consulta interior*, Barcelona, J&C.
- PEREIRA, Gustavo; Modzelewski, Helena (2006): "Ética, literatura y educación para un mundo global", *Isegoría*, núm. 34, p. 111-128
- PEREIRA, Gustavo. "Condiciones de posibilidad para una justicia global", *Revista Actio*.2007, núm. 9. Accesible en: <http://www.fhuce.edu.uy/public/actio/Textos/9/PEREIRA9.pdf>. [consulta: 13-03-2011]
- PEREIRA, Gustavo; FASCIOLI, Ana. (2010), "Reconocimiento y criterios normativos. Entrevista a Axel Honneth", *Andamios*.2010, vol. 7, núm. 13, p. 323-334. Accesible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1870-00632010000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 13-03-2011]
- RAMOS LINARES, Victoriano; RIVERO BURÓN, Raúl; PIQUERAS RODRÍGUEZ, José Antonio; GARCÍA LÓPEZ, Luis Joaquín, OBLITAS GUADALUPE, Luis Armando, *Suma Psicológica*.2008, vol. 15, núm. 1, p. 115-142. Accesible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/suma/v15n1/v15n1a08.pdf> [consulta: 12-09-2011]
- REVUELTA IGLESIAS, Ana Victoria (2006). "El riesgo de judicialización de la medicina", *Educ Med*.2006, vol. 9, suppl.1. Accesible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132006000600015&script=sci_arttext [consulta: 13-03-2011]
- RICOEUR, Paul (2004): *Volverse capaz, ser reconocido*. Accesible en: http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Revue_des_revues_200_112B78.pdf [consulta: 13-03-2011]
- RICOEUR, Paul (2008): *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*, Madrid, Editorial Trotta.

- RIVAS, Pedro. "La interpretación del derecho en el positivismo ético contemporáneo". 2006, *Isegoría*, núm. 35, p. 73-87. Accesible en: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/download/30/30> [consulta: 12-09-2011]
- ROIG, Montserrat. "El miedo del médico (Apunte para una reflexión)", *Quadern Caps* nº 21. En: *Dilemata* Accesible en: <http://www.dilemata.net/index.php/Bioetica-para-legos/el-miedo-del-medico-apunte-para-una-reflexion.html> [consulta: 13-03-2011]
- ROMEO MALANDA, Sergio. "Derecho médico en España en los albores del siglo XXI", *Rev Latinoam de Derecho Médico y Medicina Legal*. 2002, vol. 7, núm. 2, p. 97-120
- SAINT EXUPERY, Michel (1943): *Le Petit Prince*. Accesible en: <http://www3.sympatico.ca/gaston.ringuelet/lepetitprince/> [consulta: 13-03-2011]
- SEGURA, Andreu (2010) La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Accesible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com/2010/12/la-participacion-ciudadana-la-sanidad-y.html> [consulta: 13-03-2011]
- SEOANE, José Antonio. "Las autonomías de paciente", *Dilemata*. 2010, año 2, núm. 3, p. 61-75. Accesible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35/50> [consulta: 13-03-2011]
- SIRERA, Rafael; SÁNCHEZ, Pedro T.; Camps, Carlos. "Inmunología, estrés, depresión y cáncer". 2006, *Psicooncología*, vol. 3, núm. 1, p. 35-48. Accesible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF> [consulta: 12-09-2011]
- SIURANA, Juan Carlos (2005): *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Madrid, Trotta.
- SIURANA, Juan Carlos (2009): *La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad*, Barcelona, Proteus.
- SIURANA, Juan Carlos, PINAZO, Sacramento y SUBERVIOLA, Víctor J. (dirs.), Isabel Tamarit, Daniela Gallegos, Sandra Ruiz, Rafael Amela y Iulian Radu Girtone (miembros del equipo), (2009): *Justicia y responsabilidad en la atención sanitaria a inmigrantes y a personas mayores*, Valencia, Servicio de Publicaciones del Ajuntament de València. Accesible en: [http://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf/0/9B5377A06B8650EDC12575D000361331/\\$FILE/SIURANA-publicaci%C3%B3n.pdf?OpenElement&lang=1](http://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf/0/9B5377A06B8650EDC12575D000361331/$FILE/SIURANA-publicaci%C3%B3n.pdf?OpenElement&lang=1) [consulta: 13-03-2011]
- STEIN, Edith (2004): *Sobre el problema de la empatía*, Madrid, Trotta.
- STEWART M.A. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review". *Can Med Assoc J*. 1995, vol. 152, p. 1423-33. Accesible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=7728691> [consulta: 13-03-2011]
- The Future Patient Conference (2002): *What Patients Want*. Brussels 14-15 november. Accesible en: <http://www.webpacientes.org/docs/AT004.pdf> [consulta: 13-03-2011]

- THOM, David H. (2001). "Physician Behaviors that Predict Patient Trust". *J Fam Pract*, vol. 50, núm. 4, p. 323-328
- TONELLI, Mark R. "Conflict of Interest in Clinical Practice". *CHEST*.2007, vol. 132, p. 664-670. Accesible en: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/132/2/664.long> [consulta: 08-09-2011]
- THORNTON, T. "Judgement and the role of the metaphysics of values in medical ethics" *J Med Ethics*.2006, vol. 32, núm. 6, p. 365-370
- VILLARROEL SOTO, Raúl. "Bioética y reciprocidad en el reconocimiento de derechos y deberes". *Acta Bioethica*.2009, vol. 15,núm. 1, p. 79-86. Accesible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art10.pdf> [consulta: 13-03-2011]
- JHA, Vickram; QUINTON, Naomi D; BEKKER, Hilary L; ROBERTS, Trudie E. "Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review". *Medical Education*.2009, vol. 43, p. 10-20. Accesible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2008.03244.x/pdf> [consulta: 08-09-2011]
- ZUBIRI, Xavier (1966-1967). "Notas sobre la inteligencia humana". *ASCLEPIO, Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*. 1966-1967, vol. 18-19, p. 341-353. Accesible en: http://www.zubiri.net/?page_id=371 [consulta: 13-03-2011]

Notas

1. En la tradición norteamericana, el principio de autonomía –paciente- va unido al de beneficencia –médico-, es el "primero entre iguales" (Gillon, 2003) y, en caso de conflicto, se aplica el método del observador ideal (Rawls, *A Theory of Justice*). La tradición europea busca fundamentación sobre principios absolutos que generan obligaciones morales (Kant, *Fundamentación metafísica de las costumbres*). Diego Gracia, inspirado en el imperativo categórico kantiano, establece una jerarquía entre los principios. Justicia y no maleficencia son superiores en caso de conflicto (ya que se refieren al bien común)
2. Según Raanan Gillon, la variación cultural puede jugar un rol normativo independiente en la construcción de nuestros juicios morales (Davson y Garrard, 2006)
3. Beauchamp y Childress publicaron, en 1979, su libro *Principles of biomedical ethics*, planteando cuatro principios básicos para analizar los conflictos surgidos en el ámbito de la salud. En 1974, tras conocerse los abusos practicados en el experimento Tuskegee (llevado al cine en 1997 con el título de *Miss Evers' Boys*) y por decisión del Congreso de los Estados Unidos, se creó la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta con el objetivo de proponer principios que guiasen la investigación con humanos. A partir de los documentos elaborados por dicha comisión, en 1978 se publicó el Informe Belmont que proponía tres principios éticos de obligatorio respeto en la investigación con humanos.
4. Truffaut (El pequeño salvaje) y Herzog (El enigma de Käspar Hauser) han llevado al cine casos reales de humanos excluidos de la relación con los otros.

5. Ernest Bloch intentó mostrar, en su libro *Derecho natural y dignidad humana*, que existe un núcleo de intuición moral única. Conforme a ello, la utopía social se orienta ante todo a la eliminación de la miseria humana y el derecho a la eliminación de la humillación humana (Honneth, 1992).
6. Según Rivas, el positivismo ético "trata de una teoría moral sobre el ejercicio del poder político visto como la actividad de controlar y coordinar de forma moralmente defendible la conducta de un número grande de personas" (Rivas, 2006)
7. "En la actualidad, se encuentra en proceso de elaboración el llamado Derecho médico..." (Escudero, 1999, 1) En el 2002 se aprobó en España la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente (Ley 41/2002), que "elimina contradicciones del Derecho médico en... derecho a la información sanitaria y a la intimidad en el ámbito médico, la autonomía del paciente, las voluntades anticipadas, la historia clínica, el consentimiento de los menores de edad, y la responsabilidad derivada de diagnósticos genéticos prenatales y de las listas de espera hospitalarias" (Romeo, 2002, 1)
8. Un grupo de trabajo del Hastings Center, formado por investigadores de Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Indonesia, Italia, Reino Unido, República Eslovaca, República Checa y Suecia, publicó en 1996 una propuesta respecto a metas de la medicina universalizables. Éstas son: promoción de la salud y prevención tanto de la enfermedad como de las lesiones, alivio del dolor y del sufrimiento causado por dolencias, curar cuando es posible y cuidar cuando no se puede curar, evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz. Recientemente se ha propuesto que la promoción y prevención ocupe un lugar secundario respecto a las otras metas "In arguing for health promotion and disease prevention as a basic goal of medicine, we do not want to minimize two points: death can only be postponed, not conquered; and disease in general cannot be overcome, only some diseases, which in turn will be replaced by other diseases in the lives people. The prevention of disease can, therefore, never be given an absolute priority over other medical goals. Everyone will eventually become ill, or be injured or disabled, and at that time the other goals of medicine will come to the fore." (Hanson y Callahan, 2007, 22)
9. Aunque no es el tema central de la película, *Wit* (dirigida por Mike Nichols) muestra un buen ejemplo de situación de vulnerabilidad ignorada por los médicos
10. Para Edith Stein la empatía es el conocimiento inmediato del yo ajeno, del cual yo poseo una experiencia. Más que un sentimiento, que conecta afectivamente con el otro, es una cognición desde la cual es posible la cercanía afectiva a la otra persona. Como tal cognición, informa los movimientos intencionales o volitivos.
11. "El entrelazamiento de lucha y celebración... se encuentra en el origen del vínculo social, entre la desconfianza de la guerra de todos contra todos y la benevolencia que el encuentro con el otro humano, mi semejante, suscita" (Ricoeur, 2004, 4)
12. "El cine..., aplicado a la educación médica nos permite acceder a casos paradigmáticos que sería muy difícil estudiar de manera directa... La relación asistencial entre profesionales de la salud y pacientes surge y es dirigida por el sufrimiento humano" (Casado da Rocha, 2009, 23)
13. Siguiendo una propuesta ya clásica (Flanagan, 1954) se puede considerar incidente crítico en el trabajo a todo suceso de la práctica profesional que haya causado perplejidad, o creado dudas, o producido sorpresa, o molestado, o inquietado, tanto por su falta de coherencia como por haber presentado resultados inesperados.

14. Según Neighbour, el modelo más enraizado en medicina "caracterizado por ser el modelo científico por excelencia, es el que se enseña más concienzudamente a los estudiantes de medicina. Para estos resulta atrayente porque a la vez que les hace ejercitar su intelecto (que de cualquier forma suele estar bien desarrollado) les evita implicarse emocionalmente (nivel en el que se manejan mucho peor)" (Neighbour, 1998, 35)
15. Entendiendo por actitud "disposición de ánimo manifestada de algún modo" y ánimo como "intención, voluntad, esfuerzo" (Diccionario de la lengua española, 2001)
16. En el mundo de la salud, los defensores a ultranza de la autonomía proponen atender a diferentes aspectos de ésta aunque empiezan a percibir que no resulta conveniente polarizar el binomio paternalismo-autonomía (Seoane, 2010)
17. "Desde el convencimiento de que no puede existir verdadero conocimiento en el ámbito de lo humano que no atraviere necesariamente un proceso de re-conocimiento, nuestra epistemología se dirige a rescatar del silencio la conciencia subjetiva y de clase del inmigrante en materia de salud" Almela Rueda, R. En: Siurana, JC, Pinazo, S y Suberviola, V, (editores), 2009, 154) La información se obtuvo de entrevistas semiestructuradas a población inmigrante que trabajaba cuidando ancianos, así como a personas cuidadas por dicha población, y de grupos focales compuestos por profesionales del mundo sanitario.