

Repensando la bioética: aportes desde el feminismo

Laura Belli / Universidad de Buenos Aires

Recibido el 3 de febrero de 2019. Aceptado el 12 de julio de 2019.

> Resumen

Tanto la ética como la ciencia (y, en consecuencia, la medicina) fueron objeto de crítica de las epistemologías feministas desde sus comienzos por causa de su sesgo androcéntrico. Durante siglos, las mujeres fueron excluidas de los espacios formales de construcción de conocimiento, las universidades y academias. Tanto la filosofía y el derecho, así como también la medicina (disciplinas que ayudaron a conformar el campo teórico de la bioética) se erigieron mayoritariamente sobre presupuestos carentes de la perspectiva de género. Así, este conocimiento científico fue entendido como una visión universal, neutral y objetiva del mundo.

Desde su surgimiento en la década de 1970, la bioética recorrió sus primeras décadas sin atender a estos señalamientos críticos que advertían que tanto la investigación clínica como la medicina asistencial están generizadas en masculino y –aún hoy– se muestra reticente a considerar la importancia de la perspectiva de género en el análisis de las problemáticas particulares a este campo disciplinar.

Este artículo presenta el recorrido de la bioética feminista desde sus orígenes y las críticas que ha dirigido a la teoría tradicional en bioética, haciendo hincapié especialmente en las críticas dirigidas a la concepción imperante de autonomía.

» *Palabras clave: Bioética – Bioética feminista – Sesgo androcéntrico – Autonomía – Ética del cuidado.*

Rethinking bioethics: contributions from feminism

> Abstract

From the beginning, and because of their androcentric bias, both ethics and science (and, consequently, medicine) were the subject of criticism of feminist epistemologies. For centuries, women were excluded from the construction of knowledge: they were banned from universities and academies. Philosophy and law, as well as medicine (disciplines that helped to shape the theoretical field of bioethics), were mostly built without a gender perspective. Thus, this scientific knowledge was understood as an universal, neutral and objective vision of the world.

Since its emergence in the 1970s, bioethics went through its first decades without acknowledging these critical arguments that warned that both clinical research and care medicine are based in a masculine perspective and –even today– is reluctant to consider the importance of gender perspective in the analysis of the particular problems of this disciplinary field.

This article presents the journey of feminist bioethics from its origins and the criticisms they have directed to the traditional theory in bioethics, emphasizing especially the criticisms directed to the prevailing conception of autonomy.

» *Keywords: Bioethics – Feminist bioethics – Androcentric bias – Autonomy – Ethics of Care.*

La bioética, como campo de estudio y de práctica establecido, cobró impulso a comienzos de la década de 1970. Su origen ha sido situado por los historiadores en los juicios a los médicos nazis y la redacción del Código de Núremberg en 1947 (Tealdi, 2003). Al tiempo, se gestaban en América del Norte y Europa los movimientos de derechos de pacientes contra los abusos de los profesionales de la salud (Weindling, 2004) que permitirían que esta disciplina se afianzara y tomara cada vez más relevancia dentro de los planes de estudios de las universidades.

En paralelo a estos procesos, algunos de los avances tecnológicos en el campo de la salud comenzaron a utilizarse a gran escala en la atención médica en gran parte de Occidente. Máquinas de diálisis, respiradores mecánicos y nuevas y efectivas drogas contribuyeron a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos en general. Sin embargo, su uso trajo aparejadas numerosas consecuencias no deseadas que obligaron a repensar y redefinir la moralidad de cuestiones que previamente no habían sido revisadas en profundidad, especialmente aquellas relacionadas con las problemáticas éticas al comienzo y fin de la vida (Pellegrino, 1999).

Desde sus inicios y hasta el día de hoy, la bioética ha producido un enorme número de investigaciones que abarcan una amplia gama de problemas morales relacionados con la investigación biomédica, avances tecnológicos en el área, las ciencias y profesiones de la salud, las instituciones y otros organismos sanitarios. Se ha convertido en un campo interdisciplinario que contiene un conjunto de áreas de estudios que incluyen la filosofía, la medicina, el derecho, la antropología y otras ciencias sociales y biológicas, que permiten una mirada más completa de los problemas sobre los que reflexiona esta disciplina. En palabras de Juliana González Valenzuela:

El quehacer de la bioética no es meramente teórico, ni unívoco, ni solitario, ni mucho menos dogmático, definitivo y cerrado ... No se caracteriza solamente por su naturaleza multi e interdisciplinaria, sino por su pluralidad y su carácter controversial y colectivo, teórico y práctico, reflexivo y activo, por su capacidad de buscar consensos y, a la vez, de asumir los disensos (2007:19).

Debido a su constitución disciplinar plural, el análisis bioético no se limita a cuestiones que tradicionalmente se consideran “temas médicos”, sino que incluye de manera necesaria análisis sobre el impacto social de las ciencias de la vida en general. Sobre este punto en especial hacen hincapié los teóricos y las teóricas de países emergentes:

Resulta difícil introducirse a los antecedentes de la bioética si no se tiene en cuenta el marco de los sistemas políticos y económicos en el que tuvieron lugar, la historia no puede ser un recorte de la realidad porque el desarrollo tecnológico, como los derechos de los enfermos y las cuestiones referidas a la justicia sanitaria se han producido dentro de estos regímenes o han sido determinados precisamente por ellos (Vidal, 2010:88)

Las primeras dos décadas del afianzamiento de la bioética se encontraron fuertemente marcadas por la preeminencia de la teoría de los principios desarrollada por James Childress y Tom Beauchamp en el célebre *Principles of Biomedical Ethics* (1979). El principialismo se consolidó durante décadas como una propuesta que intentó ofrecer respuestas a los problemas bioéticos que no podían ser fácilmente resueltos desde las teorías éticas clásicas, permitiendo identificar, analizar y resolver los problemas morales surgidos en el ámbito de la salud. Esta propuesta teórico-práctica para la resolución de conflictos en la atención clínica gozó de una gran aceptación en los Estados Unidos, pero también en los países periféricos donde predomina hasta la fecha en los planes de estudios (Garrafa; Kottow; Saada, 2005).

Si bien este marco teórico fue criticado desde diferentes vertientes desde sus inicios, tanto desde la propuesta utilitarista de Helga Kuhse y Peter Singer (2009), como desde las propuestas basadas en la teoría de la virtud como la de Pellegrino y, especialmente, desde la bioética latinoamericana (León Correa, 2008), no fue sino hasta la década de 1990 que surgieron los primeros estudios críticos desde una perspectiva de género, señalando el olvido de esta dimensión por parte de los bioeticistas.

Conforme el campo de la bioética se fue diversificando y profesionalizando, algunos críticos señalaron el descuido sobre las preocupaciones particulares de los grupos marginados (Holmes 1999). La bioética como disciplina estaba creciendo, se creaban agrupaciones, los cursos se incluían en los diseños curriculares en educación universitaria y aumentaba la producción académica, sin embargo, la marginación de la perspectiva feminista en el análisis de las problemáticas particulares a este campo de estudio persistía en casi todas estas esferas. El encuadre de los problemas y la formulación de las teorías bioéticas se realizaba casi con exclusividad desde el punto de vista de profesionales pertenecientes a grupos sociales privilegiados, incluso en los países periféricos (Salles; Bertomeu, 2002).

Debería sorprender el hecho de que sus caminos no se cruzaran antes: feminismo y bioética comparten innumerables temáticas en común. Los movimientos de mujeres de finales del siglo XX, al menos en sus primeros años, dirigieron su análisis a las áreas de atención de la salud donde sus intereses de las mujeres se encontraban más descuidados y vulnerados: sexualidad, embarazo, acceso al aborto y control de la natalidad, todos ellos temas centrales de los debates de la bioética desde sus orígenes. Sin embargo, si bien estas problemáticas fueron identificadas por los bioeticistas clásicos, en casi todos los casos parecieron ignorar el sesgo de género subyacente a los mismos. Lo mismo se puede decir del análisis en torno de los ámbitos de la investigación y de la práctica médica asistencial (Sherwin 1992).

La recepción de la bioética feminista por parte de la comunidad de profesionales en este campo no fue fácil: del mismo modo que la medicina asumió durante siglos que podía dar cuenta del cuerpo de las mujeres tomando como modelo el cuerpo de los varones, filósofos y teóricos de la bioética parecieron pensar que adoptar una perspectiva feminista no hacía necesario repensar los fundamentos mismos de la bioética (Rawlinson, 2008). En palabras de Susan Sherwin:

En su mayoría, quienes se especializan en bioética se comportan como si su campo tuviera efectos neutros sobre la opresión y se encargara solo de cuestiones alejadas de aquellas que competen a las feministas. Con excepción de algunos cuantos temas que es evidente que afectan a las mujeres de manera distinta que a los hombres (en particular el aborto y las nuevas tecnologías reproductivas), la mayoría de los y las especialistas da por sentado que su trabajo no tiene impacto de género. (2014:47).

> El sesgo androcéntrico en la esfera médica

Esta reacción que señala Sherwin no es sorprendente para quienes analizan estos temas desde las epistemologías críticas. La ciencia ha sido históricamente una esfera casi exclusivamente masculina (Schiebinger, 2004). La expulsión de las mujeres a lo largo de la historia de la producción de conocimiento científico en occidente, entre otras cosas, tuvo como consecuencia la legitimación de un régimen sexual jerárquico y binario que implica:

a. señalar diferencias biológicas y psicológicas naturales e inevitables entre los hombres y las mujeres. b. jerarquizar esas diferencias de modo tal que las características femeninas son siempre e inescapablemente inferiores a las masculinas. c. justificar en tal inferioridad biológica el estatus social de las mujeres. (Maffía, 2007: 107)

Durante siglos, las mujeres fueron excluidas de los espacios formales de construcción de conocimiento, las universidades y academias. Y, cuando finalmente lograron ser aceptadas, se enfrentaron a toda clase de obstáculos (Schiebinger, 2004). Tanto filosofía como derecho, así como también la medicina (disciplinas que ayudaron a conformar el campo teórico de la bioética) se sostienen mayoritariamente en presupuestos carentes de la perspectiva de género. Así, este conocimiento científico fue entendido como una visión universal, neutral y objetiva del mundo.

Una característica central de este movimiento, que permite ver el impacto que tiene en el desarrollo de la medicina actual, es que la exclusión de las mujeres del terreno de la producción del conocimiento científico (que se extendió hasta finales del siglo XIX) coincidió con los inicios de la nueva “medicina moderna” (Itaí, 2006). Este campo del saber, dominado por varones, se construyó sobre perspectivas del mundo clásico que intentaban explicar el lugar de las mujeres en la naturaleza y en la sociedad: la teoría aristotélico-galena de los humores y la visión judeo-cristiana de la creación. La biología se constituyó en el punto de partida para explicar la diferencia entre varones y mujeres, no sólo en sus aspectos físicos, sino también en relación con su carácter y estatus social. La idea que permeó el entramado de conocimiento en esta época fundacional fue el de la de la mujer como varón imperfecto. Y a pesar de que la filosofía moderna, ya en el siglo

XVII, se encargó de reformular la perspectiva sobre los antiguos prejuicios en relación con la inteligencia de las mujeres, los científicos de la época parecieron no hacerse eco de estos nuevos postulados, manteniendo las justificaciones biológicas utilizadas para respaldar la inferioridad de la mujer. Como señala Lucía Ciccía:

Las categorías hombre y mujer remiten a dos clases excluyentes de seres humanos, anatómicamente antagónicos y complementarios. Sin embargo, dicha noción no refiere a una verdad biológica incuestionable, sino al resultado de un proceso histórico que implicó delimitar cómo los cuerpos debían interpretarse. Específicamente, esta concepción fue legitimada durante el siglo XVIII por la producción de un discurso científico acerca de la diferencia sexual que requirió incorporar los métodos de la ciencia moderna. (Ciccía, 2017: 31)

Este discurso médico-científico que respalda la noción dicotómica de los cuerpos se caracteriza, entre otras cosas, por la búsqueda del saber universal (como opuesto a lo particular) y objetivo. El problema radica en que un desarrollo del conocimiento que recae con exclusividad en los varones (y expulsa a las mujeres de manera activa), resulta en la producción de un tipo de conocimiento sesgado. Esto quiere decir, que va a considerar –aún sin explicitarlo– a los varones como sujetos de referencia de toda la humanidad. Pero cuando la supuesta universalidad del término “hombre”, como sujeto de la teoría ética, se desliza desde el significado neutral de “persona” al de “varón”, son las mujeres (junto con otras identidades no hegemónicas) quienes sufren las peores consecuencias. Se trata de un punto de vista androcéntrico, que se corresponde con el del varón blanco, adulto y capaz, justificado y sostenido por las propias instituciones que estos varones crean, dirigen y de las cuales forman parte casi exclusivamente. Dentro de esta perspectiva, entonces, el conocimiento médico-científico se erige también como una pretendida visión universal y objetiva del mundo.

Son las epistemologías feministas las encargadas de señalar que la ciencia no puede ser considerada neutral mientras las mujeres aún hoy continúan siendo excluidas a través de diferentes mecanismos de las instituciones responsables de la producción de los conocimientos (Maffía 2007) y advierten del impacto que este equívoco tiene sobre la investigación médica de las problemáticas y las experiencias de las mujeres, la que a su vez está íntimamente relacionada con la práctica clínica, resultando en respuestas inadecuadas a sus necesidades sanitarias como pacientes y como personas. Tanto la investigación clínica como la medicina asistencial están generizadas en masculino, lo cual se traduce en una invisibilización de las mujeres, dejándolas fuera tanto de las líneas de investigación como de las aplicaciones del conocimiento producido. (Guerra, 1999).

> Surgimiento de la bioética feminista

Durante la década de 1980 se publicaron algunos artículos que anticipaban la preocupación por la falta de representación de las particularidades propias de las mujeres en el análisis de la bioética. Se trataba, en su mayor parte, de ensayos limitados al tratamiento de problemas

reproductivos, que no alcanzaban otras preocupaciones bioéticas más generalizadas de la época, como los límites de la autoridad médica o las problemáticas relacionadas con el consentimiento informado (Corea, 1985).

Sin embargo, el puntapié inicial del interés por el rol de las mujeres en el análisis bioético se produjo en torno a un debate centrado en las teorías éticas denominadas “del cuidado”. Estas miradas surgían de la revisión de la teoría clásica de la bioética a la luz de la propuesta de Carol Gilligan en *In a Different Voice* (1982), escrito que tuvo un papel central en lo que sería, años más tarde, el intento de reconstrucción de las teorías morales por parte de la bioética feminista.

La propuesta de Gilligan de una ética del cuidado desató una gran polémica en el campo intelectual de la ética, así como también de la bioética. Contra las ideas del desarrollo cognitivo moral de la época, la autora propone considerar el enfoque característico de las mujeres a la hora de resolver problemas morales como una alternativa al modo masculino, igualmente válida que aquél. Es decir, elimina la jerarquía entre estas diferencias y deja de pensarlas como momentos diferentes dentro de un mismo desarrollo, para considerarlos polos diferenciados en una misma escala. Desde una perspectiva moral, esta lectura es sumamente importante ya que legitima un punto de vista alternativo al hegemónico, que introduce como variables a considerar las circunstancias y las relaciones que rodean a los sujetos.

El impacto de la teoría de Gilligan en los escritos sobre el feminismo, los estudios de género y, más tarde, en la bioética, fue el puntapié inicial para que cobre fuerza la idea de que los discursos éticos deberían contemplar la diversidad (Diniz; Guilhem, 2008). Las discusiones que se suscitaron en torno de la ética del cuidado en bioética obligaron a una reflexión sobre las diferencias entre varones y mujeres y sobre los roles de género, en lo que se refiere a los posicionamientos éticos. Esto abrió nuevas maneras de pensar la ética en contextos relacionados con la salud e impulsó el movimiento crítico que logró que las teorías feministas iniciasen sus incursiones en este campo.

La ética del cuidado ofreció también un marco teórico alternativo, crítico del principialismo tan extendido entre los bioeticistas. Las críticas a este último tomaron nuevas formas, destacándose aquellas que señalan que los enfoques basados en principios incurren en el error de basarse en concepciones individualistas de las personas (que son concebidas como radicalmente autónomas y racionales) omitiendo la dimensión de lo relacional, lo emocional y la conexión con los otros (Luna; Salles, 2008).

El surgimiento de la bioética feminista debe entenderse en el contexto de atención a los problemas prácticos combinado con la necesidad de ofrecer base conceptual para el análisis y –en última instancia–, la reforma de las prácticas opresivas patriarcales sedimentadas en la práctica de la medicina y cuidados en salud en general. Los discursos feministas resaltan principalmente el modo en que las clasificaciones jerárquicas que categorizan a las personas por sexo, género, etnia, edad o discapacidad perpetúan prácticas injustas en salud.

Como señalan Diniz y Vélez (1998) entre las diferentes vertientes de la bioética feminista existe coincidencia en señalar que las mujeres en nuestra sociedad padecen opresión y que dicha opresión adquiere formas disímiles, pues también varía en torno de características como raza, etnia, orientación sexual y clase socioeconómica. Lo que une a todas estas perspectivas es la preocupación por la injusticia y las relaciones desiguales. Eso se evidencia tanto en las críticas dirigidas a las estructuras dominantes, como en el esfuerzo por construir un marco teórico más adecuado para esta disciplina que permita dar cuenta de las particularidades de las mujeres y otros grupos en el análisis bioético. Todas estas bioeticistas coinciden en señalar el ocultamiento de la diversidad dentro de la bioética tradicional.

A inicios de la década de 1990 comenzaron a publicarse los primeros estudios críticos desde la bioética feminista. Lo novedoso, frente a otras propuestas críticas, fue que esta vertiente propuso no sólo un marco alternativo para pensar los conflictos éticos, sino una revisión de los presupuestos mismos de la bioética como disciplina. En 1992, dos publicaciones importantes dieron impulso a la bioética feminista y lograron que se afanzara dentro del campo. Por un lado, la revista *Hypatia* publicó en forma de libro una colección de artículos que habían sido previamente publicados, bajo el nombre de *Feminist Perspectives in Medical Ethics* (Holmes; Purdy, 1992). Por el otro, Susan Sherwin publicó *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, el primer libro sobre teoría bioética feminista (1992).

Desde ese momento, la bioética feminista comenzó a tomar protagonismo para terminar de consolidarse académicamente a través de un proyecto educativo impulsado por Susan Wolf que culminó con la publicación de la antología *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction* (1996). Esta compilación incluye textos desde diversas perspectivas feministas sobre temas que rara vez se habían discutido: el problema de la concepción individualista abstracta de la autonomía personal, la subrepresentación de mujeres en la investigación médica, discriminación hacia mujeres afrodescendientes y su impacto en salud y más. En los años sucesivos, las revistas y organizaciones bioéticas comenzaron lentamente a incorporar enfoques feministas entre sus producciones. Los congresos internacionales incluyeron sesiones especiales sobre la temática y de a poco también fueron incorporando estos temas al programa general (Baylis, et. al, 2004).

> Un punto de encuentro de las bioéticas feministas: críticas a la teoría bioética tradicional

La bioética feminista critica la teoría fundamental de la bioética tradicional, señalando debilidades sistémicas en el marco que fundamenta el análisis bioético, tanto en ética de la investigación y ética clínica, como en decisiones de salud pública. Hace especial énfasis en la tendencia tradicional de fundamentar la teoría en un conjunto de principios abstractos y aislados del contexto, lo que lleva a ignorar cuestiones éticamente relevantes, como las desigualdades de género, entre grupos sociales y económicas. Estos señalamientos se dirigen tanto al carácter abstracto de gran parte de la teoría bioética tradicional, como también hacia los contextos que enmarcan la atención médica y las redes relacionales que se dan en la atención en salud.

Como se mencionó en el primer apartado, los procesos de socialización establecen las expectativas y el lugar que se supone corresponde a cada uno de los agentes sociales, de acuerdo con un sistema binario, que determina qué es lo masculino y qué lo femenino. Esta distribución –a menudo negada, algunas veces ignorada– condiciona las oportunidades de cada una de las personas. El enfoque de género en bioética llama la atención sobre el impacto que esta estructura tiene en la atención en salud, poniendo al descubierto la asimetría que está en la base de las relaciones que atraviesan todo este campo de estudio.

La bioética feminista propone una revisión y reorientación de la bioética, cuestionando las actitudes androcéntricas prevalentes en la práctica médica y señalando desigualdades basadas en los géneros a menudo ignoradas. La contribución de la bioética feminista es valiosa porque critica las normas y condiciones de fondo en la teoría bioética que producen injusticias persistentes en la medicina y la atención médica. Los enfoques teóricos de la bioética feminista presentan críticas tanto ontológicas como epistemológicas, que desafían las posiciones tradicionales sobre la forma en que el conocimiento, la subjetividad y la agencia moral se articulan dentro del discurso ético. Si bien en mayor parte sus críticas se dirigen en particular a la propuesta principialista de Beauchamp y Childress (1979), gran parte de ellas se dirigen hacia marcos teóricos que presuponen un sujeto individual genérico que se piensa abstracto y socialmente desacoplado. Este sujeto, señalan, responde a la perspectiva de un grupo históricamente privilegiado que es el de los varones blancos (Walker 2008). La perspectiva feminista exige que se cuestionen prácticas y actitudes que reproducen y legitiman órdenes sociales injustos, poniendo a un grupo de personas en situación de desigualdad y dificultando su capacidad de tomar decisiones libremente (Luna; Salles, 2008).

La crítica a la noción imperante de autonomía puede pensarse quizás como el aspecto más revolucionario que aporta la bioética feminista. Desde sus orígenes en la década de 1970, el concepto de autonomía ha ocupado un lugar privilegiado en el campo de análisis bioético. El respeto por la autonomía de los pacientes ha ocupado un lugar central en la literatura especializada, a tal punto que hay un consenso casi total de que la bioética tradicional se encuentra dominada por el “paradigma de la autonomía” (Salles, 2002). Originalmente, la propuesta de otorgar fuerza conceptual a la autonomía respondió a la necesidad de cuestionar las tradiciones paternalistas asociadas a casi todo el espectro de las prácticas en salud desde tiempos de Hipócrates (Dworkin, 1972). La definición de autonomía del principialismo se construye en torno a la idea de que un acto autónomo ha de cumplir tres condiciones: ser intencionado, ser adecuadamente comprendido por el agente y hallarse libre de las interferencias de otros (Faden; Beauchamp, 1986). Desde ese momento, la autonomía fue interpretada por muchos bioeticistas como el principio predominante y fue fuertemente asociada a un ideal de libre elección (Agle Dahl 2013).

La crítica feminista señala que el modelo tradicional de autonomía es inadecuado ya que no incluye particularidades contextuales de la experiencia personal o de las situaciones en que la autonomía –en la vida real– se ejerce en mayor o menor grado (Dodds, 2000). Esta crítica se sostiene en la perspectiva de que los agentes humanos son seres sociales cuya identidad se constituye y mantiene dentro de relaciones y comunidades que se superponen. La formulación tradicional de la autonomía desdibuja las condiciones de fondo que las personas aportan a su

experiencia médica, así como también las relaciones de poder institucionales y los contextos sociales que influyen en sus elecciones. La concepción estándar de la autonomía parece basarse en un modelo engañoso de persona, que la sitúa fuera de las relaciones de poder (Ells 2003). Cabe preguntarse, junto a López de la Vieja: “en sociedades y tradiciones ancladas en la división de papeles y en el dominio patriarcal ¿cómo ignorar que existen límites para el ejercicio pleno de la autonomía?” (2014: 149).

Frente a este problema, la propuesta de algunas bioeticistas feministas es la de adoptar un modelo relacional de autonomía que permita dar cuenta de la red de relaciones (en ocasiones conflictivas) que conforman la individualidad (Mackenzie; Stoljar 2000). Reconocer la complejidad de las relaciones entre los individuos, su entorno social y su matriz cultural permite develar (y subsecuentemente, eliminar) situaciones de injusticias sufridas por los grupos marginados, es decir, aquellos que no cuadran dentro del falso ideal de agente autónomo y para los cuales las posibilidades de autodeterminación están severamente limitadas por las estructuras materiales, sociales y políticas.

El concepto de autonomía en el que se basó tradicionalmente la bioética proviene de la teoría liberal y se articula a partir de la construcción de un sujeto teórico sesgado y masculinizado, que se piensa desde la individualidad, la racionalidad, absolutamente independiente, separado del entorno y de las emociones. A su vez, como se mencionó, la enorme mayoría de los análisis bioéticos tradicionales se encuentran fuertemente influidos por esta concepción particular. Esta noción omite la dimensión relacional en la que se encuentran subsumidas la mayor parte de nuestras decisiones e ignora conceptos clave para el análisis desde una perspectiva de género, como el de vulnerabilidad.

Jennifer Nedelsky (1993) esbozó una propuesta de la autonomía relacional fundada en la idea del reconocimiento que sostiene que la condición de la libertad individual no es una afirmación absoluta por parte de cada individuo, sino que se constituye a partir de las relaciones que genera el reconocimiento intersubjetivo. De acuerdo con su postura, aquello que realmente hace posible la autonomía no es la separación de los otros, sino las relaciones y los vínculos que mantenemos con los demás.

Este enfoque tiene dos características principales. Primero, el lugar que se atribuye a la interdependencia, es decir, a la red de relaciones del sujeto. Esto implica el reconocimiento de que, contrario a la noción clásica de autonomía en bioética, el individuo nunca es plenamente independiente y racional. La bioética, tanto en su constitución teórica como en su aplicación práctica, no puede seguir basándose en una noción de autonomía que pretende hacer desaparecer a los otros, sino que es preciso el reconocimiento y la incorporación al análisis del entretejido relacional que hace posible la autonomía, que en momento la sostiene y que, en ocasiones, la limita (Guerra Palmero, 2009).

En segundo lugar, la necesidad de pensar las relaciones bajo la luz de una ética de la responsabilidad (Belli; Quadrelli, 2010). El corrimiento ocurrido a partir del surgimiento de la bioética desde un modelo de ejercicio de la medicina en extremo paternalista a un modelo casi con

exclusividad enfocado en la toma de decisiones autónomas centrada en el paciente se produjo en muchos ámbitos sanitarios de manera tan taxativa que llevó a una suerte de desprotección de algunos sujetos (Belli, 2009). Es por ello que se torna necesario recuperar un punto intermedio y parece poder alcanzarse a través de una concepción de la autonomía relacional que brinde respuesta a este problema a través de una ética que haga foco en la responsabilidad compartida en la toma de decisiones.

> Conclusiones

La bioética feminista revela un entramado de injusticias y desigualdades en la práctica ético-médica, señalando la existencia y los efectos de las relaciones de poder basadas en concepciones sexistas que operan en el contexto médico. Estos señalamientos sobre las estructuras y prácticas sociales opresivas y desventajosas para las mujeres y otras identidades no hegemónicas alcanzan tanto a la práctica médica clínica, como al sistema de salud como un todo. Incorporar una mirada de género en salud implica reconocer el modo en que las asimetrías entre varones y mujeres determinan el proceso salud-enfermedad-atención. Esta mirada es central al momento de considerar las causas y las consecuencias de las inequidades en la salud.

Esto obliga a repensar las prácticas bioéticas y centrar la atención sobre temáticas que hoy siguen siendo poco visibles y sobre las cuales no se ha trabajado: ¿por qué tienen más peso los cuidados informales que los cuidados formales de la salud? ¿sobre quienes recae esta responsabilidad? ¿qué se investiga y para quién se investiga? ¿cómo se distribuyen los recursos sanitarios? ¿contribuye el enfoque actual a la mejora de la salud y el bienestar de todos los miembros de la sociedad?

Las diferencias de sexo y de género tienen impacto en los determinantes de la salud, en la severidad y/o frecuencia de los problemas de salud, así como también en el modo en el cual las personas acceden (o no) a los servicios sanitarios, perciben los síntomas y adhieren a los tratamientos. Si la perspectiva de género se incorpora eficazmente en nuestra comprensión de la salud, se producirá un cambio en nuestros enfoques conceptuales, modificando las preguntas que realizamos y los métodos que utilizamos para tratar de obtener respuestas; a su vez, estas modificaciones probablemente cambien nuestras conclusiones de investigación y de políticas en salud.

> Bibliografía

- » Agledahl K., et al. (2011). "Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bioethical discourse". *Journal of Medical Ethics*. n° 37, pp. 212-215.
- » Baylis, F., et.al (2004). *Health Care Ethics in Canada*, Toronto, Thompson Nelson.

- » Belli, L. F., Quadrelli, S. (2010). "La ética como filosofía primera: una fundamentación del cuidado médico desde la ética de la responsabilidad" *Cuadernos de Bioética*, nro. 71, pp. 13-20.
- » Belli, L. F., (2009). "La carga oculta del consentimiento informado" en Barrio C., Basso, L. (comps.) *Reflexiones éticas para una sociedad en transformación*, Biblioteca electrónica. Asociación de Investigaciones Éticas - Consejo Regional Buenos Aires, pp. 65-72.
- » Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press.
- » Ciccía, L. (2017). Hacia un pensamiento Neuroqueer desde la epistemología feminista. Tesis de doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- » Corea, G. (1985). *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York: Harper and Row.
- » Delgado Rodríguez, J. (2012). "Nuevas perspectivas bioéticas: Autonomía relacional", *ENE. Revista de Enfermería*. nro. 6 (1), pp. 36-43.
- » Maffía D. (2007). "Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia", *Revista venezolana de estudios de la mujer* vol. 12, nro. 28, pp. 63-98.
- » Diniz, D., Guilhem, D. (2008). "Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres", *Estudos Feministas*, nro. 16 (2), pp. 599-612.
- » Diniz, D., Vélez, A. (1998). "Bioética Feminista: a emergência da diferença", *Revista Estudos Feministas*, vol 6, nro. 2, pp. 255-263.
- » Dodds, S. (2000). "Choice and Control in Feminist Bioethics", Mackenzie & Stoljar *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oup, USA.
- » Dworkin, G. (1972). "Paternalism", *The Monist*, nro. 56, pp. 64-84.
- » Tasa Vinyals E., Mora Giral M. y Raich Escursell R.M. (2015). "Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión", *C. Med. Psicosom*, nro. 113, pp. 14-25.
- » Ells, C., (2003). "Foucault, Feminism, and Informed Choice", *Journal of Medical Humanities*, nor 24 (3/4), pp. 213-228.
- » Garrafa, V., Kottow, M., Saada, A. (Coords.) (2005). *Estatuto epistemológico de la bioética*. México, D. F., Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], Redbioética UNESCO.
- » Gilligan, C., (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- » González Valenzuela, J. (2007). *Dilemas de bioética*. México, FCE.
- » Guerra Palmero, M. J. (2009). "Vivir con los otros y/o vivir para los otros. Autonomía, vínculos y ética feminista", *Dilemata*, nro. 1, pp. 71-83.
- » Guerra, M. J. (1999). "Bioética y género: problemas y controversias", *Theoria: An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, vol. 14, nro. 3 (36), pp. 527-549.
- » Holmes, H., Purdy, L. (comps.) (1992). *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Indianápolis, Indiana University Press.
- » Kuhse, H., Singer, P. (2009). *A Companion to Bioethics*. Chichester, U.K, Wiley-Blackwell.
- » Holmes, H. (1999). "Closing the Gaps: An Imperative for Feminist Ethics", Donchin & Purdy *Embodying bioethics: recent feminist advances*, pp 45-63.
- » León Correa F, J. (2008). *La bioética latinoamericana en sus textos*. Chile: Universidad de Chile.
- » Luna, F., Salles A. L. F. (2008). *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires, FCE.

- » Maffia, D. (2007). "Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, nro. 28, pp.103-122
- » López de la Vieja, M. T. (2014). "Bioética feminista", *Dilemata*, nro. 15, pp. 143-152.
- » Nedelsky, J. (1993). "Reconceiving rights as relationship". *Review of Constitutional Studies*, vol 1, pp. 1-26.
- » Palermo, A. I. (2006). "El acceso de las mujeres a la educación universitaria", *Revista argentina de sociología*, nro. 4 (7), pp. 11-46.
- » Pellegrino E. (1999). "The origins and evolution of bioethics: some personal reflections", *Kennedy Inst Ethics J.* nro. 9 (1), pp.73-88.
- » Rawlinson M. C. (2008). "Introduction", *The International Journal Of Feminist Approaches To Bioethics*, vol. 1, nro. 1, pp. 1-6.
- » Salles, A., Bertomeu, M. J. (eds.) (2002). *Bioethics: Latin American Perspectives*, New York, Rodopi.
- » Schiebinger, L. (2004). *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- » Sherwin, Susan (2014). "Feminismo y bioética", *Debate Feminista*, vol. 49, pp. 45-69.
- » Sherwin S. (1992). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Filadelfia, Temple University Press.
- » Tealdi, J. C. (2003). "Ética de la investigación: el principio y el fin de la bioética", *Summa Bioética*, número especial, pp. 69-72.
- » Vidal S. (2010). "Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina", *Revista Redbioética/ UNESCO*, vol 1, pp. 81-123.
- » Walker, M. U. (2008). *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics*, New York, Oxford University Press.
- » Weindling, P. J. (2004). *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent*, New York, Palgrave Macmillan.
- » Wolf, S. (comp.) (1996). *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*, New York, Oxford University Press.