

## >> Haciendo lazos



### Mirar la bioética con lentes violetas. Crítica al Principalismo desde la bioética latinoamericana y la bioética feminista

Sandra Fodor\*

*“Es obvio el que los valores de las mujeres difieren con frecuencia de los valores creados por el otro sexo y sin embargo son los valores masculinos los que predominan”*

*Virginia Woolf*

#### I. NACIMIENTO DE LA BIOÉTICA. TEORÍA PRINCIPALISTA

La ética médica nació con Hipócrates en el siglo IV a. C. y su legado se mantuvo incólume hasta mediados del siglo XX cuando a partir de los desarrollos científicos en salud, las aplicaciones de estos desarrollos en innovaciones biotecnológicas, y el surgimiento de novedosas prácticas sociales impensables unos pocos años atrás, nacen nuevos y complejos dilemas morales en el campo de la salud.

La bioética surge como disciplina diferenciada en los Estados Unidos en la década del 1970, enmarcada en una corriente ético-filosófica analítica, cuyo mayor exponente es el Principialismo.

La publicación en 1979 de uno de los textos fundamentales de bioética **“Principios de ética biomédica”** (*Principles of Biomedical Ethics*) de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, fue el hito que terminó de darle forma.

El Principialismo ofrece un marco teórico para identificar, analizar y resolver problemas morales en el ámbito de la salud. Ahora bien es menester aclarar que no es una teoría ética acabada: está pensada específicamente para cuestiones de ética clínica e investigación<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Y a lo largo de este artículo podrán observar que además de no dar respuestas universales: nació y es funcional para el mundo anglosajón, y para problemas que responderían a una persona burguesa de clase media

Los cuatro principios son: Autonomía<sup>2</sup>, No maleficencia<sup>3</sup>, Beneficencia<sup>4</sup> y Justicia<sup>5</sup>.

Todos estos principios con *prima facie*: con ello queremos significar que debe cumplirse con todos y cada uno de ellos, salvo que entren en conflicto entre sí. En situaciones de conflicto, el agente moral decisor(a) elige entre dos o más<sup>6</sup>

Ahora bien, a medida que el Principialismo se desarrollaba, nacían los reproches a esta teoría. Podemos resumirlos en los siguientes:

- Su simpleza: el éxito de la propuesta de Beauchamp y Childress fue también su mayor defecto;
- Se aplican los principios como “receta”;
- A pesar de que se decía que eran todos principios *prima facie*, tuvo mayor predominancia al concepto de autonomía
- No ofrecen genuinas guías para la acción
- No ofrecen un método claro de justificación para las elecciones frente a dilemas
- Frente al principio de justicia, se presenta el serio problema de conciliar teorías disímiles
- No se fundamenta sobre qué se basan los principios: ¿en la tradición? ¿en qué tradición?
- Propuesta basada en la moral protestante que no se aplica a nuestra región, no se aplica a sistemas de salud universales, no se aplica a regiones con grandes desigualdades.

## 1.2. Críticas al Principialismo.

Aunque esbozamos la teoría principalista a vuelo rasante, metodológicamente fue necesario hacerlo para advertir que esta teoría solo podría ser aplicada a nuestra región –latinoamericana– debidamente adaptada.

Ahora bien, paradxs frente a ella, para una posible adaptación, la primera pregunta que nos hacemos es: *¿puede considerarse válido hacer uso de una propuesta que nace de un contexto histórico y cultural determinado que poco tiene que ver con nuestras realidades?*

<sup>2</sup> Autonomía: si bien hay una pluralidad semántica del concepto, desde la bioética principalista es definida como la extensión de la soberanía política al autogobierno individual (libre de interferencia). Implica información y competencia. Una decisión es autónoma cuando posee intencionalidad, conocimiento y carece de coerción. Es dable aclarar que tanto el conocimiento como la libre coerción admiten grados.

<sup>3</sup> No-maleficencia: Asociado con el *primum non nocere* (ante todo, no causar daño). Surge directamente del juramento hipocrático. Las obligaciones de no causar daño son más fuertes que las de generar un beneficio.

<sup>4</sup> Beneficencia. Supone contribuir al bienestar de las personas. Es un principio demandante ya que requiere que se realicen acciones. Implica sopesar beneficios y riesgos de una acción. Se lo ve como el objetivo de la práctica en salud.

<sup>5</sup> Al respecto hay que tener en cuenta que se presentan diferentes modelos de teorías de justicia para ordenar reglas acerca de distribución de recursos, igualitarias, libertarias, utilitaristas, etc.

<sup>6</sup> ¿Cómo se elige? Ponderando las mejores razones para la norma (principio) elegida; posibilidades de realización; que no hay alternativas moralmente preferibles; que la infracción elegida sea la más leve; y minimizando los efectos negativos.

La bioética latinoamericana trata de contestar esta pregunta, criticando especialmente la pretendida universalidad del Principialismo.

Es que los problemas bioéticos de la sociedad latinoamericana no solo son distintos *per se*, sino que también lo son según qué clase social los padezca. Así, las clases burguesas reciben una asistencia médica de tipo occidental, similar a la de los otros países del “Primer Mundo”, y pueden plantearse similares problemas morales que preocupan allí: Autonomía de los pacientes, Consentimiento Informado, Rechazo del paternalismo, Problemas de reproducción asistida, Diagnóstico prenatal y trasplantes de órganos, entre otros. Analizada la Bioética latinoamericana en este nivel, podría decirse que es similar a la que se realiza en cualquier otro lugar del mundo. Pero si se enfocan los problemas de la Bioética desde la perspectiva de personas vulnerables y vulnerabilizadas –que en latinoamericana son una gran mayoría de la población–, advertimos que no se les presentan esos problemas<sup>7</sup>

El problema del consentimiento informado deja de ser relevante cuando se vive en situación de extrema pobreza y se tiene como problema primario y cotidiano el de la alimentación y hasta el de la subsistencia. A este entorno social no llega la medicina de primer nivel, que es la que ha provocado el desarrollo de la Bioética en los países llamados del primer mundo. Aquí los problemas prioritarios no tienen que ver con el principio ético de Autonomía, sino básicamente con el principio de Justicia.

Ahora bien ¿de qué hablamos cuando hacemos referencia a la *bioética latinoamericana*? ¿es el territorio el que define el objeto de estudio?, ¿es una corriente de pensamiento original? ¿o es sólo una designación arbitraria bajo la cual se agrupan diferentes perspectivas? Trataremos de responder brevemente a estas preguntas.

El rasgo en común que puede verse entre lxs pensadores de la bioética latinoamericana es que la mayoría de ellxs sostienen que los principios éticos norteamericanos no alcanzan -por sí solos- para dar respuesta a los problemas éticos en poblaciones que se caracterizan por enormes desigualdades, que generan diversas vulnerabilidades.

---

<sup>7</sup> Diego Gracia, citado por García Alarcón, Rodrigo Hernán La Bioética en perspectiva latinoamericana. Su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales en *La Bioética en perspectiva Latinoamericana. Su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales*, Julio-diciembre 2012. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/r/b/v12n2/v12n2a05.pdf> [fecha de consulta 22/07/2023]. P 3

Sobre todo, debe tenerse en cuenta que la mirada desde la bioética latinoamericana no hace centralidad en la relación médico-paciente (como sí lo hace el Principialismo), sino problemas éticos planteados por las instituciones y las políticas y sistemas de salud.

### **1.3. Etapas de recepción de la bioética principalista en latinoamérica**

Entre nosotros un exponente de la bioética latinoamericana es el Dr. Mainetti<sup>8</sup>, para quien la llegada y subsiguiente recepción de la bioética principalista en latinoamérica se podría ordenar en tres etapas: de recepción; de asimilación y de recreación; a la que posteriormente se le agrega la de globalización y la diversidad como cuarta etapa. Estas etapas se identifican con la '70, '80, '90 y 2000 en adelante, respectivamente<sup>9</sup>.

#### **1.3.1. Etapa de recepción en la década de 1970**

Podríamos decir que no hubo introducción “formal” y sistemática de la disciplina; y estos intentos de introducción fueron resistidos y rechazados.

No obstante, ello se comienza a advertir que la bioética anglosajona liberal y secular (*paciente autónomo con libertad para decidir sobre su cuerpo y formar parte activa del proceso terapéutico*) colisionaba –o no era suficiente– con las tradiciones latinoamericanas.

Este período se caracteriza por la toma de conciencia paulatina de la bioética (principalista) pero sin tener en cuenta diferencias culturales y políticas entre Latinoamérica y la América sajona.

#### **1.3.2. Etapa de asimilación en la década de 1980**

La restauración de la democracia y la llegada de nuevas tecnologías médicas ampliaron los intereses sobre esta disciplina. Surgen en la región numerosos centros, institutos y grupos de profesionales interesados en la bioética.

Los temas más trabajados giran alrededor de los problemas éticos que se desprenden del uso de las nuevas tecnologías (trasplantes, centros alta complejidad, reproducción humana asistida, entre otros)

A estos temas se comienza a sumar tímidamente la preocupación bioética hacia los daños al medioambiente como factores que influyen en la salud de las poblaciones. Comienza a desarrollarse una incipiente toma de conciencia sobre la especificidad de la población femenina cuando se logra hacer la transversalización con una perspectiva de género.

<sup>8</sup> José Alberto Mainetti. Doctor en medicina y filosofía por la UNLP. (1938-2022). Es uno de los principales divulgadores de la Bioética en Argentina y en América Latina.

<sup>9</sup> Mainetti, José Alberto, “Educación en Bioética: Tres discursos de la Bioética en América Latina: Bio-médico, Bio-jurídico y Bio-político José Alberto Mainetti”, en Vidal, Susana M. (ed.) *La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Disponible <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/225533s.pdf#page=108> [fecha de consulta 30/07/2023]. P. 111

### **1.3.3. Etapa de recreación en la década de 1990**

Las asociaciones regionales en sus reuniones comienzan a impulsar un movimiento bioético latinoamericano.

Comienza a configurarse un *bios* humano y un *ethos* comunitario, propio de la bioética latinoamericana en oposición al *bios* tecnológico y al *ethos* liberal característicos de la bioética norteamericana.

Es menester aclarar además que la bioética latinoamericana se perfila como un movimiento político o de reforma social más que como una disciplina académica

Se defiende el acceso universal a los cuidados médicos con una equidad distributiva en la asignación de recursos de salud.

Es en esta etapa donde podríamos situar el nacimiento incipiente de una bioética latinoamericana.

### **1.3.4. Etapa globalización y diversidad (del 2000 en adelante)**

Esta etapa presenta dos características principales: la profesionalización de la disciplina con el consiguiente aumento de comités de bioética y de ética la investigación y un ensanchamiento de los temas bioéticos más allá de la salud como por ejemplo la inclusión de la *violencia contra las mujeres* como un tema bioético.

En esta etapa surgen numerosas corrientes de la bioética latinoamericana que se van fortaleciendo a lo largo de los siguientes años.

## **1.4. Características centrales de la bioética latinoamericana**

Podríamos nombrar varias características de la bioética latinoamericana, pero queremos centrarnos en el hecho de que a los reclamos de la bioética principalista (justicia, equidad, libertad) agrega nuevos reclamos relacionados con la vulnerabilidad de grupos, clases, sujetos, acceso a los servicios y a las tecnologías médicas de avanzada; que fomenta oportunidades para generar progreso y bienestar no solo en lo personal sino también en lo colectivo; que hace centralidad en la multiculturalidad para ponderar y apoyar actos humanos que contribuyan a mantener valores culturales, no sólo de la mayoría, sino de la diversidad de comunidades que conforman una sociedad; que tiene una constante preocupación por situaciones emergentes, de límite, relacionadas con la aplicación de las nuevas tecnologías y su impacto en la cadena de la vida: polémica de lo transgénico, con todas las consideraciones éticas que ello genera y una constante preocupación por la nocividad ambiental y alimentaria como una preocupación central de la bioética latinoamericana, con un fuerte reclamo de la responsabilidad en la protección de la naturaleza.

La característica principal de esta bioética latinoamericana es que además de hacer centralidad en la persona toma en cuenta las particularidades de la región.

Ahora bien, esta especial característica no ha sido óbice para que dentro de la región se hayan desarrollados distintas corrientes<sup>10</sup>.

Todas estas propuestas coexisten con el paradigma vigente que -a nivel mundial- sigue siendo el principalista.

Pensar una bioética latinoamericana es un desafío: una uniformidad superficial oculta muchas veces un conjunto heterogéneo de prácticas, creencias y valores particulares que no pueden ser pasados por alto.

## 2.6. Interseccionalidad.

Como dijimos anteriormente la Bioética Latinoamericana no se define por el territorio, sino más bien por una ampliación de su campo de protección, especialmente frente a las personas más vulnerables.

En este apartado quisiéramos, aunque sea de manera resumida adentrarnos en el tema de la vulnerabilidad, y resaltar la posibilidad de que las personas padezcan más de una, sumándose como capas de una cebolla<sup>11</sup>.

Por eso hacemos un paréntesis, para importar de la teoría feminista el concepto de interseccionalidad.

Para ello partiremos del concepto de vulnerabilidad, el que se asocia cada vez más no solo con las condiciones de la persona, sino también con las condiciones del medio (ambientales o sociales). Ello hace que podamos hablar (o caracterizar) no solo personas vulnerables, sino también poblaciones con ésta característica.

Es menester aclarar que no todas las personas que pertenecen a un grupo vulnerable se encuentran *per se* en condición de vulnerabilidad.

---

<sup>10</sup> Entre las corrientes bioéticas latinoamericanas podemos mencionar: la bioética de los derechos Humanos en Argentina y Uruguay (RedBioética UNESCO y la redacción de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos); bioética latinoamericana y caribeña de la protección en Brasil (Roland Schramm y otros); bioética de la solidaridad bajo el amparo de un Estado fuerte, en Cuba; bioética atenta a las políticas públicas en salud y en contra de la corrupción, en México; bioética como ayuda para el restablecimiento del diálogo civil, como sucede en el caso de Colombia.

<sup>11</sup> Al respecto nos dice Florencia Luna sobre la utilidad de tomar el concepto de vulnerabilidad desde un aspecto dinámico y contextual. Así si la vulnerabilidad es pensada mediante la idea de capas, nos aporta una flexibilidad que rápidamente nos lleva a la idea de algo que puede ser removido de uno en uno por capa. No hay una “sólida y única vulnerabilidad” que agote la categoría, puede haber diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando. Estas capas pueden superponerse y algunas pueden estar relacionadas con problemas del consentimiento informado, mientras que otras lo estarán con las circunstancias sociales, por ejemplo. Luna, Florencia *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*, Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo N° 1, 2008, pp.: 60-67. Disponible [https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod\\_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf](https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf) [fecha de consulta 30/06/2023].

Es así como desde una bioética crítica se puede analizar más cómodamente cada caso particular, y llegar a la conclusión que si bien por ejemplo las mujeres como grupo son[somos] vulnerables, no todas las mujeres, en cualquier situación están[estamos] vulnerabilizadas<sup>12</sup>. Es que el concepto de vulnerabilidad está estrechamente relacionado no solo con las características personales de alguien sino también con el contexto. Por eso si bien, teniendo en cuenta precisamente ese contexto podemos hablar de poblaciones vulnerables en un lugar y tiempo determinado, en general no se trata de una categoría, rótulo o etiqueta que se pueda aplicar a una subpoblación íntegra.

Yendo específicamente al término *interseccionalidad* -que quisiéramos introducir como categoría de estudio- diremos que fue creado por Kimberlé Crenshaw<sup>13</sup> y desafía el supuesto que las mujeres somos un grupo homogéneo, igualmente posicionado por las estructuras de poder.

Habiéndose nutrido del pensamiento feminista afroamericano, el enfoque de la interseccionalidad ha permitido reconocer la complejidad de los procesos formales e informales que generan las desigualdades sociales.

La interseccionalidad es un marco diseñado para explorar la dinámica entre identidades coexistentes (por ejemplo, mujer, negra) y sistemas conectados de opresión (por ejemplo, patriarcado, supremacía blanca).

Este enfoque revela que las desigualdades son producidas por las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, (dis)capacidad y situación socio-económica, que se constituyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio.

Para decirlo de una manera sencilla la praxis interseccional nació para evitar que las mujeres marginadas se vean marginadas dentro del movimiento feminista.

---

<sup>12</sup> Al respecto para ilustrar este tema me gusta tomar mi persona como ejemplo: soy profesional, tengo un buen trabajo, casa, coche. Todas estas circunstancias hacen que en muy pocos aspectos de mi vida esté vulnerabilizada... pero si voy caminando por una calle oscura, y por la vereda de enfrente va caminando un hombre, y al final de ella hay un depredador sexual, me va a atacar a mí... Y si solo quisiera robar a alguien, probablemente sea a mí a quien robe: en ese momento paso de pertenecer a un grupo vulnerable a ser una persona vulnerabilizada.

<sup>13</sup> El concepto de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por la abogada afro estadounidense Kimberlé Crenshaw en el marco de la discusión de un caso legal concreto que ella llevo adelante contra la General Motor. Su objetivo fue resaltar la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense. Con esta noción, Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, buscaba crear categorías jurídicas concretas para enfrentar esas discriminaciones en diversos niveles. Crenshaw ha manifestado reiteradamente que la aplicación de la interseccionalidad debe ser contextual y práctica, como así también que su pretensión no fue crear una teoría de la opresión general, sino un concepto de uso práctico para analizar omisiones jurídicas y desigualdades concretas. Viveros Vigoya, Mara, "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación", Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>. [fecha de consulta 30/11/2022]. P. 5

Se dice de este concepto que es viajero, desde una disciplina a otra y desde un sistema jurídico a otro, por ello nos parece oportuno hacer una referencia – aunque breve –, aquí.

Así por ejemplo sabemos que cualquier paciente frente al/a la médico/a está en una condición de vulnerabilidad, si es mujer, suma una vulnerabilidad más: pero si es migrante, y no habla o entiende el idioma con el que se están comunicando las/os efectores de salud, sumamos otras vulnerabilidades, y así podríamos seguir...

Cada vulnerabilidad intersecciona con otra.

Marta Cruells<sup>14</sup>, feminista española nos dice que la interseccionalidad a los efectos de diseñar políticas públicas no es una suma de desigualdades, sino visibilizar una nueva desigualdad, a los efectos de que se tomen acciones específicas<sup>15</sup>.

## 2.7. La Bioética Feminista

En los años setenta, nos dice López de la Vieja<sup>16</sup>, la ética del cuidado representó un punto de inflexión en los debates sobre la universalidad de los principios morales, en especial la autonomía y la justicia. Nos señala que el trabajo realizado por Carol Gilligan y su equipo llevó a replantearse el significado y alcance real de los criterios generales y, también, la metodología para analizar los casos prácticos. Desde el punto de vista médico, jurídico y moral, no era indiferente que la conciencia moral se desarrolle de dos formas distintas. La tesis de que existe una vía alternativa, una “voz diferente” para abordar y, a ser posible, resolver los dilemas morales, permitió situar el principio de cuidado al lado de los principios básicos como la justicia y la autonomía.

Para Gilligan<sup>17</sup>; el desarrollo moral de las mujeres es una señal de madurez, donde el “yo” no es un átomo aislado, sino que está situado en una red de relaciones con otras/os. Sostiene que existe otro modo de desarrollo moral, orientado al cuidado y la responsabilidad, al que se identifica con la voz de la mujer. Es más contextual, y tiende a tomar el punto de vista del otro particular. Lo que Gilligan quiere lograr es que se oiga esta voz moral diferente y sea tomada en serio, al igual que lo fue la voz moral masculina.

Gilligan describe los imperativos morales de la siguiente manera:

“El imperativo moral que surge repetidas veces en entrevistas con mujeres es un mandamiento de atención y de cuidado, una responsabilidad de discernir y aliviar las dificultades auténticas y reconocibles de este mundo. Para los

<sup>14</sup>Para ahondar con respecto a la postura de Marta Cruells, se sugiere ver el video <https://youtu.be/T158KWwWxPI> [página consultada 27/07/2023]

<sup>15</sup> En el ejemplo que dimos una política pública podría estar relacionada con adaptar en los centros de salud la atención a personas migrantes para respetar la multiculturalidad en su amplio espectro.

<sup>16</sup> López de la Vieja, María Teresa “Bioética feminista” Disponible <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4834525> [fecha de consulta 30/11/2022], P. 3.

<sup>17</sup> Carol Gilligan (1936, Nueva York) feminista, filósofa y psicóloga estadounidense. Conocida por su famoso libro *In a different voice*

varones, el imperativo moral parece, antes bien, un mandamiento de respetar los derechos de los demás, y así, de proteger de toda intrusión los derechos a la vida y la autorrealización.”<sup>18</sup>

Su propuesta no consiste en plantear una diferenciación negativa de una respecto de la otra, sino que por el contrario considera que el desarrollo de ambos sexos entraña una integración de derechos y responsabilidades mediante el descubrimiento de la complementariedad de estas concepciones distintas.

Por eso para Gilligan la “ética de la justicia” –basada en el raciocinio, objetividad y principios generales– y la “ética del cuidado” –basada en segunda en la subjetividad, intuición y elementos emocionales y afectivos– juntas, permitirían barrer con los estereotipos de la moralidad.

El aporte de esta corriente ética permitió reflexionar sobre las diferencias de las mujeres con respecto a los hombres específicamente en temas de salud y la importancia de contemplar esas diferencias en los estudios bioéticos.

Ahora bien, rápidamente esta teoría resultó controvertida por algunas feministas: es que la defensa de una ética “propia” de las mujeres, podría reforzar las desigualdades en el cuidado informal de la salud, en virtud de que las mujeres son[somos] en todo el mundo las principales encargadas del cuidado de la salud de los miembros de la familia.

Una de las principales críticas que la bioética feminista realiza a la teoría principalista es prácticamente igual a la que realiza la bioética latinoamericana: aquella se basa en principios y reglas abstractos y en el individualismo liberal.

La bioética principalista ignora las diferencias individuales y el contexto, desdibujando inequidades en pos *de un modelo que asocia lo universal con el varón blanco, educado y con buen empleo.*

Es que, así como durante la mayor parte de la historia de la medicina, el cuerpo de NNyA, o los pueblos originarios, el de las mujeres no ha sido preocupación de los profesionales de la salud.

Este sesgo androcéntrico –por su parcialidad– siempre tiene consecuencias graves<sup>19</sup>:

---

<sup>18</sup> Gilligan, C. (1985). “Los conceptos del yo y de la moral”, en *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, trad. Juan José Urtilla, Fondo de Cultura económica, México, págs. 165-166, citada por Lis Gebruers, Cecilia “Justicia: entre la ética del deber y la ética del cuidado”. Disponible <https://digital.csic.es/bitstream/10261/258324/1/Interseccionalidad.pdf> [fecha de consulta 30/11/2022]. P. 4

<sup>19</sup> Sobre el tema consultar Ochoa Mazarro, María Dolores, *Influencia del género en la farmacocinética y la seguridad de los estudios de bioequivalencia*, Disponible [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670332/ochoa\\_mazarro\\_maria\\_dolores.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670332/ochoa_mazarro_maria_dolores.pdf?sequence=1) [fecha de consulta 03/07/2023]. P. 6-17

- Hace que a menudo los problemas de hombres y mujeres se consideren equivalentes y se asuma que los tratamientos pueden ser extrapolados (cuando como sabemos somos biológicamente diferentes);
- Numerosos ensayos clínicos, estudios de prevención, métodos de diagnóstico y programas de intervención se han probado sólo en hombres;
- Hay sobrada evidencia de la variación entre los sexos frente a las enfermedades y de las diferencias en las respuestas de los varones y las mujeres a las drogas y resultados de tratamientos;
- No permite ver la reafirmación del binomio mujer-madre frente a la Nuevas Tecnologías Reproductivas;
- No hay una crítica a la utilización de las cirugías estéticas para reforzar el ideal de los cuerpos hegemónicos.

Lo interesante de la bioética feminista (y de otros enfoques críticos al principialismo) es que señala el problema de que *la bioética tradicional no puede dar cuenta de problemas generados en contextos de desigualdad, frente a grupos vulnerables y sin tomar en cuenta conceptos como la interseccionalidad.*

La bioética feminista, lejos de limitarse a una cuestión exclusivamente relacionada con las mujeres, es parte de un proyecto aún más grande que pide incluir a todos aquellos grupos vulnerables que tradicionalmente fueron dejados de lado por los estudios éticos.

Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia no están en cuestión, sino las interpretaciones poco flexibles del marco normativo. Así, por ejemplo, según López de la Vieja habría que considerar algunos principios complementarios, como la responsabilidad y la igualdad.

Es significativo que el cuidado y, en general, la ética del cuidado no haya tenido gran peso en el análisis de los temas sanitarios. Puede decirse, entonces, que el modelo liberal de bioética necesita una revisión a fondo, en un contexto diferente al que motivó la aparición y el espectacular crecimiento de la disciplina

### **III. PARA NO CONCLUIR: Críticas a la salud hegemónica desde el feminismo**

Podríamos decir que los enfoques feministas se enfrentan en general a toda la bioética estándar tanto por su ceguera ante el factor social del género que actúa como vector institucional de discriminación y desigualdad como por su androcentrismo constitutivo, en tanto y en cuanto las experiencias masculinas ante la enfermedad y la práctica médica se postulan como experiencias universales.

La obviedad de que mujeres y hombres no enfermamos de la misma manera, de que la enfermedad está condicionada socialmente por los papeles que ambos desempeñamos, poco a poco comenzarán a ser explicadas.

Así, tímidamente, se empezará a prestar atención a las condiciones sociales y ambientales<sup>20</sup> del trabajo de las mujeres.

Aunque **en forma incipiente comenzará a desarrollarse una escucha sobre los síntomas particulares de las mujeres.**

Y cuando llega el feminismo de la segunda ola<sup>21</sup> – que hará su centralidad en la crítica al ideario maternal– con esta problematización la maternidad preludiará el tratamiento bioético de la tecno-reproducción interpretada como una nueva colonización del cuerpo femenino.

Creemos que es el momento de hacer nuestra la propuesta de Teresa López de la Vieja, biofeminista española, quien propone partir de una ética del cuidado que reconozca todos los puntos de vista, que vaya más allá de la diferencia y busque un cuidado que no retroceda a tesis paternalistas, que resalte los principios complementarios entre individualismo y comunitarismo, entre la racionalidad neokantiana y la ética dialógica, construyendo, o intentándolo al menos, una alternativa a las grandes teorías, una "ética feminista que no interese solamente a las mujeres"

En adición al punto anterior, se busca no caer en la trampa de la especificidad. La bioética desde un enfoque feminista no puede separarse de la economía ni de la política, pero tampoco de la desigualdad, de la discriminación, de la guerra, de la exclusión, de las necesidades, de los deseos. Se evita así reducir el cuerpo a la biología. El tema "central" de muchos debates se cuestiona desde este lugar de enunciación y, las sesiones interminables sobre el estatus jurídico del embrión o el momento exacto y sublime de la fecundación, se deben mover desde un énfasis feminista al debate sobre el cuerpo, la libertad, la organización social y la distribución del poder.

La ciencia no es neutra, tampoco quienes la hacen. Por lo tanto, desde una ética feminista, se busca aclarar los impactos diferenciados en acceso y control de los avances científicos

---

<sup>20</sup> Porque el ambiente también es más hostil para la mujer. Además, resulta innegable reconocer el papel desplegado por las mujeres en la conservación del ambiente y la importancia que revierte su accionar en el desarrollo sustentable de cualquier nación, ya que no puede existir sociedad alguna que progrese si se subvalora a una mitad del mundo: las mujeres. Sin embargo, al realizar un análisis crítico en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género en las políticas ambientales y en particular en lo que refiere a la educación ambiental, se ha constatado que son pocas las investigaciones que incorporan la relación mujer-ambiente. Al respecto se recomienda consultar:

<sup>21</sup> La segunda ola del feminismo en EEUU, comprende un período desde principios de la década de 1960 hasta los años 1980. Se centró en la defensa de los derechos económicos de la mujer, reivindicando un salario igual al de los hombres y cuestionando la jerarquización de género que arrincona a las mujeres a ejercer las profesiones peor pagas.

desde las diferencias de raza, sexo, identidad, estado civil, orientación, clase, ubicación, etc. Se exige transparentar quiénes hacen ciencia, bajo qué financiamientos y cómo se establecen las prioridades. Estaría en juego la interpelación crítica a los sistemas científicos desde las realidades y experiencias concretas.

Aplaudimos los límites al paternalismo médico que han nacido de la mano del nacimiento de la bioética.

Pero esa bioética anglosajona no nos representa en Latinoamérica. A las grandes vulnerabilidades por razón de clase y etnia que padece la población diariamente desde “el sur”, debemos interseccionales el sexo.

Sólo una mirada de la medicina latinoamericana y feminista será bioética.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Almanza Rodríguez, Luis Carmelo, “La ética del o femenino, un camino donde la diferencia, la sororidad, y la justicia entre sororidad y mujeres”, en Universitas Alphonisiana, N° 39, enero-junio 2021, Bogotá, Colombia.
- Caicedo Santacruz María Consuelo, “Ética del cuidado” Disponible <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/927> [fecha de consulta 30/11/2022].
- Correa, Francisco Javier León. “Ética del cuidado feminista y Bioética personalista”. En *Persona y Bioética*, año/vol. 12, número 030. Universidad de La Sabana. Cundinamarca. Colombia. Disponible en <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/download/960/1771?inline=1> [fecha de consulta 30/11/2022].
- García Alarcón, Rodrigo Hernán La Bioética en perspectiva latinoamericana. Su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales en *La Bioética en perspectiva Latinoamericana. Su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales*, Julio-diciembre 2012. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/rfb/v12n2/v12n2a05.pdf> [fecha de consulta 22/07/2023].
- Gúezmes, Ana. “Las tecnologías de reproducción asistida Una aproximación desde la ética y las fugas feministas” en Series para el debate N° 4 agosto 2005. Lima, Perú Disponible <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r24192.pdf> [fecha de consulta 30/11/2022].

- La Barbera, María Caterina, “Interseccionalidad, un ‘concepto viajero’: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. Disponible <https://digital.csic.es/bitstream/10261/258324/1/Interseccionalidad.pdf> [fecha de consulta 30/11/2022].
- Lis Gebruers, Cecilia “Justicia: entre la ética del deber y la ética del cuidado”. Disponible <https://digital.csic.es/bitstream/10261/258324/1/Interseccionalidad.pdf> [fecha de consulta 30/11/2022].
- López de la Vieja, María Teresa “Bioética feminista” Disponible <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4834525> [fecha de consulta 30/11/2022].
- Luna, Florencia *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*, Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo Nº 1, 2008, pp.: 60-67. Disponible [https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod\\_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf](https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf) [fecha de consulta 30/06/2023].
- Mainetti, José Alberto, “Educación en Bioética: Tres discursos de la Bioética en América Latina: Bio-médico, Bio-jurídico y Bio-político José Alberto Mainetti”, en Vidal, Susana M. (ed.) *La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Disponible <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/225533s.pdf#page=108> [fecha de consulta 03/07/2023].
- Ochoa Mazarro, María Dolores, *Influencia del género en la farmacocinética y la seguridad de los estudios de bioequivalencia*, Disponible [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670332/ochoa\\_mazarro\\_maria\\_dolores.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670332/ochoa_mazarro_maria_dolores.pdf?sequence=1) [fecha de consulta 03/07/2023].
- Viveros Vigoya, Mara, “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”. Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>. [fecha de consulta 30/11/2022].

\* *Abogada. Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género (CLACSO - FLACSO Brasil - MESECVI). Subdirectora del Programa de Posgrado de Actualización de Género y Derecho de la Facultad de Derecho de la UBA. Coordinadora del Programa de Actualización en Bioética de la Facultad de Derecho de la UBA (hasta el año 2013) Artivista.*

### ¿Cómo citar este artículo?

Fodor, S. (2023). *Bioética con lentes violetas*, Boletín Bioeticar Asociación Civil, vol. III, N°8, agosto 2023, ISSN 2953-3775 <https://www.bioeticar.com.ar/boletin8.html>