

EL ACCESO DIFERENCIADO A LA CIUDADANÍA EN LA BIOÉTICA FEMINISTA: UNA REVISIÓN DE LAS CRÍTICAS EN TORNO A LOS IDEALES DE IMPARCIALIDAD Y AUTONOMÍA ABSOLUTA EN LA BIOÉTICA PREDOMINANTE

O ACESSO DIFERENCIADO À CIDADANIA NA BIOÉTICA FEMINISTA: UMA REVISÃO DAS CRÍTICAS EM TORNO DOS IDEAIS DE IMPARCIALIDADE E AUTONOMIA ABSOLUTA NA BIOÉTICA PREDOMINANTE

DIFFERENTIATED ACCESS TO CITIZENSHIP IN FEMINIST BIOETHICS: A REVIEW OF CRITICISMS REGARDING THE IDEALS OF IMPARTIALITY AND ABSOLUTE AUTONOMY IN THE PREDOMINANT BIOETHICS



Jessica Marcela KAUFMAN¹
e-mail: kaufjm@gmail.com

Como referenciar este artigo:

KAUFMAN, J. M. El acceso diferenciado a la ciudadanía en la bioética feminista: una revisión de las críticas en torno a los ideales de imparcialidad y autonomía absoluta en la bioética predominante. **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara v. 24, n. esp. 2, e024016, 2024. e-ISSN: 2359-2419. DOI: <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.18991>



| **Submetido em:** 31/01/2024
| **Revisões requeridas em:** 09/05/2024
| **Aprovado em:** 10/07/2024
| **Publicado em:** 27/11/2024

Editores: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy
Profa. Me. Thaís Cristina Caetano de Souza
Prof. Me. Paulo Carvalho Moura
Prof. Thiago Pacheco Gebara

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG – Brasil. Doutora em Ciência Política (UFMG), Mestra em Bioética (FLACSO-Argentina) e Licenciada em Filosofia (UNT-Argentina).

RESUMEN: Desde finales de la década del sesenta, las reivindicaciones feministas –y de otros movimientos sociales– por un acceso diferenciado a la ciudadanía han ido desplazando a las tradicionales demandas por la extensión de una ciudadanía universal sin distinciones. Este artículo se propone explorar, específicamente, los abordajes de la bioética feminista respecto al acceso diferenciado a la ciudadanía en los campos de la salud y de la ética médica. Mediante una revisión bibliográfica de ese marco teórico, este trabajo reconstruye esas reivindicaciones a partir de las críticas formuladas por la bioética feminista contra dos ideales asumidos por el marco bioético predominante: el de imparcialidad y el de autonomía absoluta. El análisis de sus abordajes revela la importancia de promover, en los ámbitos de la salud y de la ética médica, una política igualitaria de la diferencia basada en la paridad participativa de agentes entendidos como concretos e interrelacionados.

PALABRAS CLAVE: Bioética. Feminismo. Ciudadanía. Diferencia.

RESUMO: *A partir do final da década de 1960, as reivindicações feministas – e de outros movimentos sociais – por um acesso diferenciado à cidadania têm colocado em segundo plano as demandas tradicionais pela extensão de uma cidadania universal sem distinções. Este artigo tem como objetivo explorar, especificamente, as abordagens da bioética feminista em relação ao acesso diferenciado à cidadania nos campos da saúde e da ética médica. Através de uma revisão bibliográfica dessa literatura, este trabalho reconstrói essas reivindicações a partir das críticas formuladas pela bioética feminista contra dois ideais assumidos pela bioética predominante: o da imparcialidade e o da autonomia absoluta. A análise dessas abordagens revela a importância de promover, nos campos da saúde e da ética médica, uma política igualitária da diferença baseada na paridade participativa de agentes entendidos como concretos e inter-relacionados.*

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Feminismo. Cidadania. Diferença.

ABSTRACT: *Since the late sixties, feminist claims, alongside those of other social movements, advocating for differentiated access to citizenship have gradually displaced traditional demands for the extension of a universal citizenship without distinctions. This paper aims to explore specifically the approaches of feminist bioethics regarding differentiated access to citizenship in the fields of health and medical ethics. Through a bibliographic review within this theoretical framework, this paper reconstructs these claims from criticisms formulated by feminist bioethics against two ideals assumed by the predominant bioethical framework: impartiality and absolute autonomy. The analysis of their approaches reveals the importance of promoting, in the fields of health and medical ethics, egalitarian politics of difference based on the participatory parity of agents seen as concrete and interrelated individuals.*

KEYWORDS: Bioethics. Feminism. Citizenship. Difference.

Introducción

El surgimiento de la bioética como campo de estudio se produjo durante los años setenta, en Norteamérica, en el marco de las profundas transformaciones sociales, científicas y tecnológicas (Post, 2004). En ese contexto, Rensselaer Van Potter (1971) empleó el término *bioética* con el propósito de construir un diálogo entre las tecnociencias y las humanidades que diera cuenta del impacto de las nuevas tecnologías en la supervivencia del ecosistema, pero pronto comenzaría a restringirse el alcance del concepto a la ética en el marco de la práctica médica (Garrafa; Osorio, 2009). Así, durante la década de 1980, la bioética sería identificada, principalmente, con los cuatro principios *prima facie* de la ética biomédica propuestos, en 1979, por los filósofos Beauchamp y Childress (2001): *respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia*. El *Principlismo* —bautizado de esa manera por dos de sus críticos (Clouser; Gert, 1990) — inauguraría una nueva etapa en el desarrollo de la bioética: su expansión y consolidación como campo (Garrafa, 2005; Luna; Salles, 2008). Sin embargo, a fines de los años ochenta comenzaría un período de *segunda reflexión* (Luna; Salles, 2008), que daría lugar al surgimiento de diversos enfoques de la bioética, entre los que se incluyen las llamadas *teorías críticas* (Diniz; Guilhem, 2009), provenientes de los estudios sobre género, raza y clase, entre otros. Particularmente, desde del subcampo de la bioética que se ha consolidado como *bioética feminista* —cuyo marco teórico es objeto de análisis de este trabajo—, se ha criticado que el Principlismo asume como imparcial el punto de vista de los sectores privilegiados de la sociedad, en función de lo cual sostiene e invisibiliza las asimetrías de poder basadas, entre otros aspectos, en el género, la raza y la clase (Sherwin, 1992; Wolf, 1996; Lindemann, 2000; Walker, 2009), ignora los puntos de vista —igualmente parciales— de las mujeres y de otros grupos subalternos (Mahowald, 1996; Wolf, 1996; Donchin, 2001) y pasa por alto las sutilezas contextuales y los vínculos relacionales éticamente relevantes (Tronto, 1993; Sevenhuijsen, 1998; Held, 2006; Mahowald, 2006).

Si bien el llamado *feminismo de la segunda ola* emergió durante la década de 1960 y se consolidó en la década siguiente, no mantuvo ningún tipo de diálogo con la bioética hasta fines de los años ochenta. Durante ese período, el movimiento feminista ya había formulado demandas que disputaban los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud, al tiempo que las feministas académicas abordaban los temas asociados a esas disputas, tales como la subordinación de las mujeres en el sistema sanitario (Ehrenreich; English, 1973) y feminización de la locura (Chesler, 1972; Rosenberg, 1972). En aquel entonces, las teorizaciones sobre la reproducción ocuparon un lugar destacado en los abordajes feministas sobre la salud: además

de la defensa del derecho al aborto (Thomson, 2016/1971), proliferaron las discusiones sobre la gestación subrogada (Raymond, 1989; Shalev, 1989) y los debates sobre las tecnologías de reproducción asistida (Corea, 1985; Stolcke, 1988; Firestone, 2003/1970), entre otros temas. Otra discusión —crucial para la incursión del feminismo en la bioética— giró en torno a la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y la consecuente ausencia de datos y tratamientos para sus necesidades en salud (Kinney *et al.*, 1981). Hacia fines de los años ochenta, las demandas y abordajes teóricos mencionados fueron trasladados por académicas feministas al ámbito de la bioética con el fin de confrontar el androcentrismo del marco bioético predominante. En 1989, la revista *Hypatia* marcó el surgimiento de la bioética feminista al publicar dos números especiales dedicados al feminismo y la ética médica, posteriormente compilados como una colección (Holmes; Purdy, 1992).

Dado que, desde la segunda mitad del siglo XX, varios movimientos sociales comenzaron a reclamar un acceso diferenciado a la ciudadanía —esto es, un acceso basado en la expresión positiva y en el orgullo de la especificidad del grupo, en oposición al ideal tradicional de ciudadanía universal no diferenciada— (Young, 1989; 2000), no es de sorprender que la incursión del feminismo en la bioética siguiera, en gran medida, el mismo camino. Esto se torna más evidente al analizar la incursión de un movimiento más específico de la coalición feminista en la bioética: el *movimiento por la salud de las mujeres* que, desde fines de la década de 1960, se reivindicó, en Estados Unidos, contra la medicalización de la feminidad, los impedimentos para decidir sobre la propia reproducción, la misoginia en el sistema sanitario y las asimetrías en la relación médico/a-paciente, entre otras pautas (The Boston Women's Health Book Collective, 1973). A lo largo de este artículo, se explorarán los abordajes de la bioética feminista respecto al acceso diferenciado a la ciudadanía en los campos de la salud y de la ética médica. Mediante una revisión bibliográfica de ese marco teórico, este trabajo reconstruye esos abordajes a partir de las críticas formuladas por la bioética feminista contra dos ideales asumidos por el marco bioético predominante: el de imparcialidad y el de autonomía absoluta. Mientras que en la primera sección serán presentados los aspectos generales de la reivindicación feminista —y de otros movimientos sociales— por un acceso diferenciado a la ciudadanía, en la segunda serán abordados los aspectos específicos de esa reivindicación en los campos de la salud y de la ética médica y, con esto, las mencionadas críticas de la bioética feminista contra los ideales de imparcialidad y de autonomía absoluta.

La reivindicación por un acceso diferenciado a la ciudadanía

El conocido lema feminista de los años setenta “lo personal es político” —que denunciaba la dominación hacia las mujeres en las esferas que tradicionalmente han sido consideradas como personales y privadas, tales como la familia y la sexualidad (Millett, 1970)— se convertiría, desde la década de 1980, en el disparador de una extensa discusión en torno a la dicotomía liberal público/privado (Benhabib, 1990; Fraser, 1990; Pateman, 1996; Young, 2000) por medio de la cual se visibilizarían dos formas diferentes en las que el movimiento feminista ha reclamado, a lo largo del tiempo, el acceso a la ciudadanía de las mujeres: una basada en la igualdad (tradicionalmente vinculada a lo público) y otra en la diferencia (tradicionalmente vinculada a lo privado). De acuerdo con Pateman (1989), las reivindicaciones del movimiento feminista han seguido dos caminos no solo diferentes, sino también mutuamente excluyentes, lo que ha generado una situación dilemática a la que la autora denominó *dilema de Wollstonecraft* —en función de que esa disyuntiva fue esbozada, primeramente, por la autora inglesa en su obra *Vindicación de los derechos de la mujer* (2018/1792) —. En efecto, por un lado, las feministas han reivindicado que el ideal de ciudadanía universal fuera extendido a las mujeres, con una agenda “neutra” en términos de género y, por otro, han sostenido que la expresión de su ciudadanía debería ser distinguida de la de los varones: es decir, han reivindicado su incorporación a la ciudadanía en tanto *mujeres*, con la valoración de sus necesidades, preocupaciones y atributos específicos. De acuerdo con Pateman (1989), el dilema radica en que ambas demandas constituyen alternativas incompatibles que, además, en sí mismas son problemáticas, puesto que, en el primer caso, reivindicar la extensión de la ciudadanía implica aceptar la concepción patriarcal de ciudadano, la cual supone que las mujeres deberían llegar a ser (como) los varones. A su vez, en el segundo caso, insistir en que a las especificidades distintivas de las mujeres se les de expresión y sean valoradas como forjadoras de la ciudadanía implica pedir lo imposible, dado que tal diferencia es precisamente lo que la ciudadanía patriarcal excluye.

Ciertamente, el dilema de Wollstonecraft —o, en otros términos, la discusión en torno a las dicotomías igualdad/diferencia, público/privado o justicia/cuidado— ha continuado atravesando la teoría política feminista. En ese marco, la respuesta de Young (1989) al dilema consiste en el acceso diferenciado a la ciudadanía que, de acuerdo con la autora, han reivindicado los denominados *nuevos movimientos sociales*: esto es, aquellos movimientos que, surgidos desde la segunda mitad del siglo XX, se han caracterizado por la promoción de reivindicaciones identitarias de especificidad de grupo, en continua lucha contra las visiones

esencialistas en torno a esas especificidades. Desde el análisis de Young (1989), la ciudadanía diferenciada supone dos críticas a las alternativas planteadas en el dilema. La primera está dirigida contra el ideal de imparcialidad presupuesto en la concepción tradicional de la ciudadanía, puesto que ese ideal supone la universalización del punto de vista de los sectores privilegiados. A su vez, la segunda está dirigida contra la visión esencialista de la diferencia presupuesta en la expresión de la ciudadanía específica de las mujeres, puesto que, de acuerdo con la autora, lo problemático con relación a la diferencia no radica en la diferencia en sí misma, sino en una visión esencialista respecto de esta: es decir, el problema reside en la consideración de la diferencia como desviación de la norma o como deficiencia. En este sentido, según la filósofa, los nuevos movimientos sociales han encontrado en la autoorganización y en la expresión positiva de la especificidad de grupo —no esencialista— una mejor estrategia para conseguir poder y participación en las instituciones dominantes. Desde luego, de acuerdo con la autora (1989; 2000), la reivindicación del acceso diferenciado a la ciudadanía no conduce a negar la importancia que ha tenido el ideal de ciudadanía universal para los movimientos anteriores. Antes bien, ese ideal tradicional —basado en la eliminación de la diferencia y en el trato igualitario— ha sido crucial en la lucha contra la exclusión y la diferenciación por categorías, en la medida que permitió que diversos movimientos sociales pudieran reivindicar el igual valor moral de todas las personas y, con esto, la inclusión de los grupos a los que representaban en pleno estatus de ciudadanía bajo la igual protección de la ley. En este ideal de asimilación se apoyaron, por ejemplo, las luchas exitosas del movimiento sufragista y del movimiento por los derechos civiles, que buscaban extender los derechos ciudadanos de los hombres blancos a las mujeres y a las personas negras. En aquel entonces, muchos/as de esos/as activistas pensaban que el estatus de ciudadanía plena —esto es, la igualdad de derechos políticos y civiles— los y las conduciría a la libertad e igualdad. Sin embargo, como advierte la autora, luego de que los derechos de ciudadanía por los que luchaban se hubieran extendido formalmente en las sociedades capitalistas liberales, los nuevos movimientos sociales emergieron con la pregunta sobre por qué los sectores a los que representaban continuaban siendo tratados como ciudadanos de segunda clase. De este modo, el ideal de asimilación comenzó a dar paso al ideal de positividad y orgullo en la especificidad del grupo.

Bioética feminista y ciudadanía diferenciada

Como se ha mencionado, la incursión del feminismo en la bioética siguió, en gran medida, el camino de los nuevos movimientos sociales al reivindicar la incorporación diferenciada a la ciudadanía, lo cual se evidencia en una serie de críticas formuladas por las bioeticistas feministas contra dos ideales que sostiene el marco bioético predominante: el de imparcialidad y, en estrecha relación con este, el de autonomía. De manera general, en lo que respecta al primero, diversas bioeticistas feministas (Little, 1996; Mahowald, 1996; Wolf, 1996; Sherwin, 2001; Walker, 2009; Scully, 2021) han cuestionado la existencia de un punto de vista neutro desde el cual pudiera ser posible considerar un acceso pleno a la salud para todas las personas, puesto que las necesidades, entre otros factores, son específicos de cada grupo social. En este sentido, desde sus inicios, la bioética feminista advirtió la existencia de sesgos —de género, raza y sexualidad, entre otros— en el marco bioético predominante, en tanto universalizaba el punto de vista de los sectores privilegiados como neutro y a ellos mismos como representantes genéricos de la humanidad, lo cual contribuía a invisibilizar las formas en las que las relaciones de poder habían estructurado las prácticas de atención a la salud y de investigación biomédica. En contraste, las bioeticistas mencionadas han promovido —aunque no siempre de manera explícita— una política igualitaria de la diferencia basada en la paridad participativa e inclusión de la especificidad en los abordajes bioéticos como proyecto emancipatorio.

Por su parte, la crítica al ideal de autonomía absoluta ha implicado un cuestionamiento en torno al modo en que la bioética tradicional ha concebido al agente moral. Ciertamente, no se trata de dos críticas separadas, puesto que ambos ideales se relacionan de manera estrecha. De modo paradigmático, en el modelo rawlsiano de justicia (Rawls, 1995), lo que garantiza la imparcialidad del punto de vista consensuado consiste en el hecho de que los agentes que realizan el acuerdo son absolutamente libres, racionales e independientes para tomar decisiones. En contraste, algunas bioeticistas feministas (Little, 1996; Mackenzie; Stoljar, 2000; Kittay, 2011; Scully, 2021) han destacado que los agentes son, además de racionales, seres corpóreos y emocionales, y que se encuentran interrelacionados a través de dependencias y responsabilidades que, en reiteradas ocasiones, no son recíprocas. Las siguientes subsecciones explorarán, respectivamente, las críticas a los ideales de imparcialidad y de autonomía absoluta.

Desafiando el ideal de imparcialidad y la visión esencialista de la diferencia en la bioética predominante

En los inicios de la bioética feminista, la exclusión de mujeres como sujetas de investigación en los ensayos clínicos constituyó una de las primeras situaciones en las que numerosas bioeticistas (Sherwin, 1994; Little, 1996; Corrigan, 2002) advirtieron la presencia —y consecuencias— del presupuesto de neutralidad en el campo de la ética de la investigación. Los motivos de la exclusión se basaban en dos aspectos. El primero radicaba en el hecho de que se percibiera el cuerpo masculino como estándar fisiológico, lo que suponía considerar el cuerpo femenino como anómalo y, por lo tanto, como no deseable en el marco de las investigaciones que pretendían arrojar resultados objetivos. El segundo se fundaba en el argumento en torno a la posibilidad de embarazarse durante el estudio y los posibles riesgos para el feto en el caso de que eso aconteciera, lo que implicaba, al menos, la exclusión rutinaria de las mujeres en edad fértil. Ambos motivos transformaron al varón (cisgénero) adulto en el “representante” genérico de la humanidad en los ensayos clínicos, lo cual generó, como consecuencia, una notable ausencia de datos y tratamientos vinculados con las necesidades de salud de las mujeres. Al mismo tiempo, como ha señalado Little (1996), en reiteradas ocasiones, las necesidades de salud de las mujeres no han sido contempladas en los seguros médicos por ser consideradas demasiado “específicas”, en contraposición a las necesidades sanitarias masculinas —como, por ejemplo, aquellas vinculadas con prostatectomías, vasectomías y circuncisiones— que, a pesar de ser igualmente específicas, eran consideradas “estándar”.

De acuerdo con Scully (2021), la categorización del cuerpo femenino como “anómalo” ha sido particularmente obvia a lo largo de la historia de la medicina, de manera que no resulta sorprendente que haya sido uno de los ejes centrales de abordaje de la bioética feminista. Como han advertido diversas bioeticistas (Sherwin, 1992; Little, 1996; Morgan, 1998; Harbin, 2014; Mackay, 2017), la estandarización del cuerpo masculino —además de blanco, heterosexual, cisgénero, adulto, entre otros aspectos— en el ámbito de la salud y de la investigación biomédica no solo ha implicado la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y la consecuente escasez de datos y tratamientos para sus necesidades en salud, así como la falta de cobertura médica para sus demandas sanitarias específicas, sino que también ha supuesto procesos de medicalización de la diferencia. En otros términos, ha implicado la transformación de las diferencias humanas en asuntos de incumbencia e intervención médica, en función de lo cual las bioeticistas feministas mencionadas han señalado que las decisiones vinculadas con la reproducción, la menopausia, la gordura, las experiencias emocionales de las mujeres y la

negación a cumplir con los mandatos sociales, entre otros aspectos, han devenido, con frecuencia, “enfermedades” en diversos contextos y que, en ocasiones, han sido indicados diferentes tipos de tratamiento para “normalizar” la condición de salud. Así, por ejemplo, la terapia hormonal ha sido indicada con frecuencia para tratar los “síntomas” de la menopausia, mientras que el reposo y ciertos psicotrópicos han sido recetados para “restablecer” las reacciones emocionales “normales” cuando han aflorado emociones negativas causadas por la insatisfacción de vivir bajo condiciones opresivas. Adicionalmente, como ha apuntado MacKay (2017), las campañas de salud pública también han jugado un papel crucial para moldear los cuerpos y las subjetividades en concordancia con los parámetros médicos. Asimismo, en ocasiones, ante la percepción de imposibilidad o improbabilidad de “restablecimiento”, la medicalización de la diferencia ha conducido al aislamiento y encierro en instituciones psiquiátricas. En todos estos casos, de acuerdo con Sherwin (1992), los y las profesionales de la salud han tendido a justificar su accionar injusto en términos de “beneficencia”, mediante el principio de la ética biomédica según el cual existe una obligación moral de actuar en función de la maximización de los beneficios de los y las pacientes. Ese recurso ha sido ampliamente usado a la hora de otorgar legitimidad ética a los procesos de medicalización que contribuyen a reforzar las concepciones esencialistas de la diferencia, mediante la caracterización de los grupos subalternos como anómalos, enfermos, específicos, incapaces o peligrosos, entre otras denominaciones, en oposición a los grupos dominantes.

Desde luego, las caracterizaciones mencionadas no han constituido la única consecuencia de los procesos de medicalización de la diferencia: esos procesos también han contribuido a reforzar la caracterización de los cuerpos no estándar como informantes poco confiables. Por ejemplo, como ha observado Thachuk (2011) —a partir de los estudios de Fricker (2009) sobre injusticia epistémica testimonial—, el testimonio de las mujeres que han recibido un diagnóstico psiquiátrico a menudo genera desconfianza sobre su veracidad y suele ser desestimado. En efecto, de acuerdo con la bioeticista, para las mujeres, cuyo estatus epistémico todavía conserva ciertas asociaciones entre lo femenino, la irracionalidad y lo excesivamente sentimental, el diagnóstico psiquiátrico amenaza aún más su consideración como informantes confiables y valiosas. De este modo, como señala la autora, en los casos en que mujeres con diagnóstico psiquiátrico denuncian, por ejemplo, una situación de abuso sexual, sus testimonios son, frecuentemente, desestimados desde el inicio. Esa distribución desigual de la autoridad y credibilidad epistémicas ha generado, como consecuencia, que las denuncias, preocupaciones, necesidades y saberes de quienes han sido caracterizados/as como

“desviados/as de lo estándar” sean, en reiteradas ocasiones, ignorados/as, tanto dentro como fuera del ámbito de la atención a la salud y de la investigación biomédica.

En función de lo mencionado, la universalización del punto de vista de los sectores dominantes en los ámbitos de la atención a la salud y de la investigación biomédica, así como en los marcos bioéticos hegemónicos, ha resultado en la implementación de diversos mecanismos de exclusión, silenciamiento, infravaloración, invalidación y promoción de concepciones esencialistas de la diferencia. Como señala Starr (1982), desde fines de la década de 1960, el ya mencionado movimiento por la salud de las mujeres —antecedente de la bioética feminista— objetaba que gran parte de lo que se consideraba conocimiento científico era, en realidad, prejuicio sexista, y que los médicos varones habían excluido deliberadamente a las mujeres del ámbito de la medicina. Ante esa situación, de acuerdo con el autor, la respuesta más directa de las feministas consistió en un aumento considerable del número de mujeres ingresantes a la carrera de medicina, pero una respuesta menos directa supuso la promoción de una contracultura en el ámbito de la salud. En este sentido, mientras que las primeras generaciones de mujeres en la medicina se sentían obligadas a demostrar su competencia según los términos establecidos por los médicos varones, las jóvenes médicas de los años setenta comenzaron a exigir la revisión y transformación de esos términos. Concretamente, exigían modificaciones en las actitudes y comportamientos de sus colegas masculinos, así como también en las prácticas institucionales para que pudieran adaptarse a las necesidades de las mujeres. Incluso, según Starr (1982), los sectores más “radicales” del movimiento sostenían que las mujeres debían “tomar la medicina en sus propias manos”. En ese contexto de transformación, algunas organizaciones feministas comenzaron a ofrecer servicios ginecológicos de manera clandestina, tanto para la realización de abortos —antes de que la Corte Suprema de los Estados Unidos decidiera su legalización, en 1973—, como para la asistencia en partos domiciliarios —dado que algunas feministas argumentaban que el parto no constituía una enfermedad y que, por lo tanto, no requería hospitalización ni la supervisión de un obstetra—. Aunque, como se ha señalado, el movimiento por la salud de las mujeres abogó por la transformación de la cultura médica en dos direcciones distintas —con algunos sectores demandando cambios institucionales para abordar las necesidades de las mujeres, y otros fomentando una contracultura terapéutica orientada a desinstitucionalizar la medicina y desmedicalizar la vida de las mujeres—, ambos enfoques buscaron destituir el ideal de imparcialidad en la medicina, ya fuera en la esfera institucional o en la extrainstitucional, denunciando que la supuesta neutralidad de la ciencia era, en gran medida, un reflejo de

prejuicios sexistas. En este sentido, los diferentes sectores del movimiento promovieron, cada uno a su manera, la participación de las mujeres en la definición de sus propias necesidades, en la construcción de alternativas terapéuticas y en la reconfiguración de los vínculos entre profesionales de la salud y pacientes, y entre colegas varones y mujeres. Esta promoción de acceso diferenciado a la ciudadanía en salud fue retomada, como se ha mencionado, por la bioética feminista y, por ese motivo, el movimiento por la salud de las mujeres constituye un antecedente importante para su consolidación.

Un último tipo de cuestionamiento en torno al ideal de imparcialidad y a la visión esencialista de la diferencia en el ámbito de la salud y en la ética médica al que se hará referencia en esta subsección está vinculado con los abordajes feministas en torno al cuidado, tanto con relación al silenciamiento de las experiencias morales del cuidado como a la desvalorización del trabajo de cuidado. En efecto, la pregunta sobre por qué la mayoría de los cuidadores en la atención a la salud han de ser cuidadoras ha constituido uno de los disparadores para el análisis y la intervención de la bioética feminista (López de la Vieja, 2014) por dos motivos. Por un lado, para confrontar una visión esencialista de la diferencia según la cual el trabajo de cuidado en el ámbito de la salud —al igual que en otros ámbitos— le corresponde, por esencia, a las mujeres. Por otro, para reivindicar el valor bioético del cuidado y de los vínculos relacionales, tradicionalmente ignorados por los marcos bioéticos predominantes —que han estado centrados, en cambio, en los ideales más abstractos de imparcialidad y de autonomía pura—. Aunque ambos abordajes en torno al cuidado puedan ser interpretados como dos caras de una misma moneda, interesa mencionar que, en sus formulaciones iniciales, generaron discusiones al interior de la bioética feminista y fueron concebidos, en ocasiones, como mutuamente excluyentes, al estilo dilema de Wollstonecraft.

Mientras que el primer enfoque se centraba en las asimetrías de poder que repercutían en las cargas desiguales de cuidado en función del género y procuraba revertir esa desigualdad en términos de justicia universal sin diferenciación, la otra perspectiva buscaba la revalorización de ciertas intuiciones morales a las que consideraba culturalmente femeninas —como el cuidado, los afectos y la empatía—. A grandes rasgos, el primer enfoque (Tong, 1995; Kuhse, 1997) confrontaba el estereotipo de que las responsabilidades de cuidado en salud eran inherentemente femeninas, rechazando cualquier asociación entre cuidado y feminidad por considerar que fortalecía ese estereotipo, mientras que el segundo enfoque —centrado en la ética del cuidado de Gilligan (1982)— ponderaba las intuiciones morales mencionadas que, según esta perspectiva, las mujeres habían desarrollado en función de su confinamiento en la esfera

privada y que constituían elementos éticamente relevantes para captar los detalles contextuales que los abordajes tradicionales de la bioética —orientados hacia principios abstractos— desconsideraban. En este sentido, las defensoras del primer enfoque argumentaban que la ética del cuidado podía contribuir a naturalizar el mandato social de la maternidad en profesiones ejercidas mayoritariamente por mujeres, como la enfermería. En términos de Kuhse (1997), la ética del cuidado fortalecía la fórmula “mujer-buena madre-buena enfermera” y, con esto, reforzaba la división moral del trabajo basada en las desigualdades de género al reubicar a las enfermeras como agentes pasivas de las decisiones técnicas y éticas de los médicos. En función de esta crítica, el primer enfoque se rehusaba a reconocer a la ética del cuidado como una perspectiva feminista de la bioética: Tong (1995), por ejemplo, distinguía entre una bioética *feminista* (centrada en el poder o en la justicia) y una bioética *femenina* (centrada en el cuidado). Solo en sus trabajos posteriores, la autora comenzó a referirse a ambos enfoques como dos perspectivas de la bioética feminista (Tong, 1996), al tiempo que otras bioeticistas (Mahowald, 1996; 2006; Martin, 2001) se propusieron conciliar ambos enfoques.

Una de las bioeticistas feministas que más ha enfatizado en la idea de que la disyuntiva entre la justicia —entendida como igualdad— y el cuidado —entendido como diferencia— constituye, en verdad, una falsa disyuntiva, ha sido Mahowald (1996; 2006). De hecho, según la autora, la consideración de ambos enfoques por separado puede conducir, en cada caso, a conclusiones problemáticas. En efecto, cuando se considera al cuidado como una categoría ética fundamental, pero, al mismo tiempo, se desconsideran las asimetrías y las visiones esencialistas en torno a los roles de género, las relaciones de cuidado pueden identificarse con autosacrificio por parte de las mujeres —en nombre de “un acto de amor”, “la intuición femenina” o “el instinto maternal” —. A su vez, cuando se consideran las asimetrías de poder y se reivindican los derechos correspondientes desde un enfoque abstracto de la justicia y, por ende, se desconsidera el contexto —como las emociones, las necesidades, los intereses, los conocimientos y las relaciones concretas—, se corre el riesgo de identificar, desde ese enfoque abstracto, las reivindicaciones de la “humanidad” con las de los grupos dominantes. A partir de esta reformulación del dilema de Wollstonecraft, adaptado al campo de la bioética feminista, Mahowald —en analogía al análisis de Young (1989; 2000) — ha sostenido que un enfoque basado en la diferencia —el cuidado, en este caso— sólo se torna problemático cuando es considerado desde una visión esencialista.

Concretamente, a fin de no tener que optar entre la identificación del cuidado con el autosacrificio de las mujeres —desde una perspectiva esencialista de la diferencia— y la

identificación de las reivindicaciones de la humanidad con las de los grupos dominantes —desde el ideal tradicional de ciudadanía—, Mahowald (2006) ha propuesto prestar más atención a la teoría feminista del punto de vista que, desde su perspectiva, se basa en dos ejes centrales. El primero consiste en el reconocimiento de que las experiencias de las que depende el conocimiento son incompletas y parciales, mientras que el segundo consiste en el deseo de reducir esta limitación a través de la investigación colaborativa. De acuerdo con la autora, la desigualdad en el ámbito de la salud está atravesada por la miopía respecto a los puntos de vista de los grupos subalternos, en función de lo cual los marcos bioéticos tradicionales asumen como universal el punto de vista de los grupos dominantes de la sociedad. Para confrontar esa asimetría se requiere, según la autora, de la participación colaborativa de todos los sectores sociales en las decisiones de sus propias necesidades de salud y de cuidados, a fin de que cada uno pueda recibir —y proporcionar—, de manera equitativa, diferentes cuidados según sus distintas necesidades sanitarias. En este sentido, los puntos de vista de los grupos tradicionalmente excluidos se tornan cruciales para identificar esas diferencias y reducir la miopía de los grupos dominantes. Al mismo tiempo, esta perspectiva contrasta con aquella que asocia al cuidado con el autosacrificio de las mujeres: retomando los aportes de Held (2006), la autora sostiene que el cuidado debería ser cultivado y ejercido por todas las personas, independientemente de su género, raza, clase u otra condición social. En esta misma línea, algunas autoras (Tronto, 1993; Sevenhuijsen, 1998) han procurado revertir la concepción unidireccional de las relaciones de cuidado, promoviendo la caracterización de esas relaciones como recíprocas y de interdependencia. En la próxima subsección se retomarán aspectos vinculados con el cuidado y la dependencia al analizar las críticas de la bioética feminista contra el ideal de autonomía absoluta en el marco bioético predominante.

Desafiando el ideal de autonomía en la bioética predominante

Como se ha mencionado, existe un vínculo estrecho entre los ideales de imparcialidad y autonomía absoluta que sostiene el marco bioético predominante. Esto puede visualizarse de manera clara en el modelo rawlsiano de justicia, que constituye el punto de partida de las discusiones sobre justicia en salud en el campo de la bioética (por ejemplo, Daniels, 1988). Según Rawls (1995), el consenso sobre cuáles principios de libertad e igualdad deberían regular la estructura básica de una sociedad democrática para que pueda considerarse justa, solo puede lograrse mediante la presencia de dos condiciones que el autor plantea a partir de un ejercicio mental inspirado en los clásicos abordajes contractualistas. La primera condición implica la

previa desconsideración de todas las diferencias entre las personas que participan en el acuerdo, mientras que la segunda presupone que todos los pactantes son igualmente racionales y libres para tomar decisiones. Así, lo que posibilita el consenso y, al mismo tiempo, lo que garantiza la imparcialidad de los principios acordados, es el hecho de que los pactantes sean completamente libres, autosuficientes, racionales y despojados de factores sociales, culturales, emocionales y relacionales que pudieran interferir en sus decisiones.

El presupuesto de libertad y racionalidad de los pactantes que asume el modelo rawlsiano de justicia es, como ha señalado Okin (1989), consecuencia de la herencia kantiana en Rawls en lo que respecta a la idea de autonomía absoluta, puesto que el pacto solo puede alcanzarse si las personas que participan en él son plenamente capaces de autogobernarse con total libertad. Según Young (2000), la ontología social que subyace a esta concepción de autonomía es individualista en la medida que, al asumir la absoluta independencia del agente —de cualquier factor que pudiera interferir en sus decisiones—, presupone que el individuo es anterior a la sociedad y, de esta manera, el yo auténtico es entendido como un ser unificado, autoconstruido, ahistórico, sin afiliaciones y absolutamente independiente para elegir su propio plan de vida por sí mismo. Esta visión individualista de la autonomía ha sido desarrollada, principalmente, por dos tradiciones: la referida tradición kantiana (Kant, 1999) y la tradición liberal utilitarista de Mill (2001). Mientras que la primera entiende el respeto por la autonomía como el reconocimiento del valor incondicional de la persona y de su capacidad de autodeterminación, la segunda le otorga un significado diferente: respetar la autonomía de un individuo equivale a no interferir en sus elecciones personales. Si bien, a diferencia de la tradición kantiana, Mill formula el respeto por la libertad de un individuo de manera negativa —es decir, como la ausencia de interferencia externa en sus acciones y pensamientos siempre que no supongan un perjuicio para terceros—, ambas tradiciones comparten los presupuestos de independencia y autodeterminación absolutas, los cuales también han sido adoptados por el marco bioético tradicional. En efecto, de acuerdo con Beauchamp y Childress (2001), el respeto por la autonomía implica, como mínimo, reconocer el derecho de los agentes autónomos a tomar decisiones basadas en sus propias creencias y valores, libres de cualquier tipo de interferencia, lo que presupone el ideal del individuo abstracto y aislado. Desde esa perspectiva individualista, las particularidades contextuales, las asimetrías de poder y las relaciones familiares no constituyen factores relevantes que deban ser tenidos en cuenta e, incluso, podría considerarse que constituyen obstáculos (interferencias) contra la plena autodeterminación.

En los marcos predominantes de la bioética y de la ética de la investigación, el principio de respeto por la autonomía ha estado asociado a la necesidad de obtener el consentimiento informado de, respectivamente, pacientes y sujetos de investigación. Desde sus inicios, la ética biomédica destacó la importancia del consentimiento: las atrocidades cometidas por científicos nazis pusieron de manifiesto, durante los Juicios de Núremberg, la necesidad de establecer pautas éticas en lo que respecta a la experimentación con seres humanos y, en función de eso, se estableció la indispensabilidad del consentimiento voluntario, por primera vez, en el documento resultante —el *Código de Núremberg* de 1947—. El fundamento de la indispensabilidad del consentimiento ha estado basado, desde esa primera formulación, en la libertad de decisión —en ese caso, para participar o no en un experimento científico— sin ningún tipo de interferencia. De manera análoga, la necesidad del consentimiento informado en el ámbito clínico también ha estado fundamentado en el respeto por la autonomía desde sus formulaciones iniciales, en el marco de los levantamientos de los ya mencionados nuevos movimientos sociales. En efecto, durante las movilizaciones de los años sesenta y setenta en los Estados Unidos, emergió, específicamente, un movimiento por los derechos de los y las pacientes que cuestionaba el paternalismo médico y, frente a esto, reivindicaba una serie de derechos: al consentimiento informado, al rechazo informado, al acceso a los propios registros médicos, a la participación en las decisiones terapéuticas y a un debido proceso legal en cualquier procedimiento de internación involuntaria en una institución mental (Starr, 1982). En términos generales, el movimiento por los derechos de los y las pacientes promovía un nuevo marco de atención a la salud basado en el reconocimiento de su autonomía para tomar decisiones terapéuticas informadas, lo que permitió el pase de un modelo paternalista —que concedía a los y las médicos/as absoluta libertad para actuar, presuntamente, en beneficio de los y las pacientes— a un modelo contractualista —que imponía límites a la autoridad médica mediante la necesidad del consentimiento de los y las pacientes—.

En aquel contexto movilizaciones, las críticas al modelo paternalista y a la absoluta autoridad médica en la atención de la salud también fueron promovidas por el mencionado movimiento por la salud de las mujeres. En efecto, las feministas afirmaban que en sus diferentes roles dentro la atención médica —principalmente, como pacientes y enfermeras—, los médicos paternalistas les negaban el derecho a participar en las decisiones terapéuticas al no compartirles información o al no tomar en serio su capacidad para decidir (Starr, 1982). En este punto, es importante mencionar que la perspectiva tradicional de la autonomía también ha sido promovida por parte del movimiento feminista al reivindicar el derecho de las mujeres a decidir,

lo cual ha sido paradigmático en su lucha por la legalización del aborto. En efecto, el movimiento estadounidense denominado *pro-choice* enmarcó su demanda por el aborto legal en términos de libertad de decisión sobre el propio cuerpo sin interferencias externas, en sintonía con las formulaciones teóricas de una serie de académicos/as feministas y liberales que han defendido el derecho a la interrupción del embarazo sobre la base del derecho a la autonomía corporal (Thomson, 2016/1971; Overall, 1987).

Si bien el paso del modelo paternalista al modelo contractualista de la atención a la salud permitió ampliar el alcance de la autonomía en términos liberales para reconocer el derecho a decidir de pacientes y mujeres, entre otros grupos sociales, parte del movimiento feminista comenzó a sospechar, también, de una serie de sesgos involucrados en ese modelo. Un punto de partida —aunque no específico del ámbito de la salud— consistió en la advertencia de Pateman (1988) respecto a la exclusión de las mujeres del contrato social en el marco de la tradición contractualista —en la cual, como se ha mencionado, se inspira la propuesta de Rawls (1995)—. En efecto, de acuerdo con la autora, la historia del contrato original constituye, al mismo tiempo, la historia de las libertades civiles de los varones y la historia —menos contada— de la subordinación de las mujeres en la esfera privada. En este sentido, según la autora, la libertad civil no era universal, sino apenas un atributo masculino, en la medida que los varones han sido, en el marco del pacto social, las únicas personas consideradas propiamente como individuos: libres, independientes, propietarios de su propia persona. En función de esa advertencia, muchas feministas comenzaron a sospechar de la identificación entre relaciones libres y relaciones contractuales y, con esto, del modelo contractualista en el ámbito de la salud. Como ha enfatizado la bioeticista feminista Kittay (2011), la autosuficiencia de los varones presupuesta en la tradición contractualista ha constituido una ficción, puesto que solo se ha podido plantear tal independencia de los hombres en la medida que se ha invisibilizado su dependencia del trabajo de cuidado realizado por mujeres, tanto en el ámbito doméstico como en el de la atención a la salud. Específicamente, con respecto a ese segundo ámbito, Kittay y Feder (2003) han destacado que las relaciones de cuidado son cotidianas, pero que a menudo reciben muy poca atención por parte de la bioética en comparación con las innovaciones biomédicas sofisticadas que pueden ser mucho menos significativas en el día a día. En una línea similar, Held (2006) ha sostenido que, aunque el cuidado y las relaciones de interdependencia forman parte de la condición humana y de la vida cotidiana, han tendido a predominar las teorías que pasan por alto esa realidad, las cuales han sido construidas sobre la imagen falsa del individuo absolutamente independiente.

De acuerdo con lo mencionado, la bioética y la ética de la investigación tradicionales han tendido a asumir un ideal de autonomía según el cual los individuos que reúnen ciertas condiciones mínimas para consentir de manera informada (competencia y voluntariedad) —o bien, en el caso contrario, para rechazar informadamente un tratamiento o una invitación para participar en una investigación científica— poseen absoluta independencia para tomar sus propias decisiones sin interferencias, en función de lo cual los marcos predominantes de la bioética y de la ética de la investigación han tendido a invisibilizar las relaciones de interdependencia cotidianas. Ahora bien, resulta importante mencionar que esa invisibilización ha estado acompañada por otro modo de infravaloración de la dependencia: una visión esencialista de ese concepto. En efecto, de acuerdo con Scully (2021), mediante procesos de patologización de la dependencia, la condición de precisar de ciertos tipos de cuidados ha sido concebida, en un sentido esencialista, como inevitablemente anómala y patológica. En otros términos, la dependencia ha sido entendida peyorativamente como la carencia de lo que la tradición bioética ha considerado como lo estándar, lo normal, lo saludable o lo esperable en el ser humano: la autonomía.

Junto con la patologización de la dependencia, los enfoques relacionales basados en el cuidado también han sido infravalorados en los marcos bioéticos predominantes al ser considerados, en última instancia, apropiados para abordar, apenas, la relación entre enfermeras y pacientes (Edwards, 2009). Por el contrario, de acuerdo con Little (1996), la relación médico-paciente ha sido concebida como un contrato entre partes iguales, independientes y autosuficientes: al considerar en qué consiste el respeto por la autonomía del paciente, se ha tendido a adoptar un modelo de consumidor-proveedor en el que la alternativa a simplemente informar y luego llevar a cabo los deseos del paciente debe ser considerada como una actitud paternalista. Según la autora, si bien tal modelo podría ser apropiado para las relaciones comerciales entre iguales, parece inadecuado como modelo para las relaciones marcadas por las asimetrías de poder propias de la relación entre médicos/as y pacientes. Incluso, Scully (2021) considera que ese enfoque de autonomía se torna más problemático cuando se trata de relaciones que involucran a grupos subalternos, para quienes las estructuras materiales, sociales y políticas pueden limitar de manera severa el ejercicio de su autodeterminación. Análogamente, McLeod y Sherwin (2000) sostienen que las estructuras sociales opresivas afectan el desarrollo de la autoestima y de la autoconfianza en personas que forman parte de grupos subalternos, de manera que, en el marco de la relación médico-paciente, la falta de autoconfianza puede reducir la competencia del agente para tomar decisiones autónomas en lo

que respecta al cuidado de su propia salud. De acuerdo con esas autoras, los abordajes tradicionales de la autonomía en la bioética predominante han profundizado en ciertos factores que interfieren en la autodeterminación de los individuos —la coerción, la compulsión interna y la ignorancia—, en función de lo cual han ignorado el hecho de que la opresión afecta la autodeterminación de grupos sociales enteros en lugar de simplemente interferir en las decisiones autónomas de individuos aislados.

Luego de haber descrito una serie de críticas desde perspectivas feministas contra el ideal de autonomía que asume el marco bioético predominante, interesa mencionar que, de acuerdo con Mackenzie y Stoljar (2000), ninguna objeción justifica descartar por completo el concepto de autonomía. Por el contrario, según las autoras, el desafío para las teóricas feministas consiste en aprovechar esos cuestionamientos para reconceptualizar la autonomía desde un enfoque feminista. Esos esfuerzos han resultado en la creación del concepto de *autonomía relacional*, cuyos presupuestos básicos, de acuerdo con Mackenzie y Stoljar (2000), consisten en que las personas están insertadas socialmente y que las identidades de los agentes se forman en el marco de las relaciones sociales y están moldeadas por una serie de factores como el género, la raza y la clase, de manera que la autonomía individual no puede entenderse separadamente de las dimensiones sociales e intersubjetivas. En función de esto, de acuerdo con las autoras, la autonomía individual debe distinguirse de las concepciones individualistas de la autonomía individual: es decir, debe diferenciarse de aquellos enfoques predominantes que visualizan al individuo de manera aislada y abstracta. En este sentido, lo problemático de los abordajes hegemónicos de la autonomía no reside en la consideración de la agencia individual, sino en el modo descontextualizado en que concibe al agente: esto es, escindido de cualquier vínculo social, histórico, emocional y corporal. Por el contrario, los abordajes relacionales de la autonomía se distinguen de los individualistas al reconocer que los agentes no son atómicos ni absolutamente autosuficientes, sino que están inmersos en contextos sociales e históricos complejos —que, cuando son opresivos, pueden, incluso, socavar su autonomía—; y que tampoco son puramente racionales, sino que, también, son emocionales, corpóreos, deseantes, creativos y sensibles (Mackenzie; Stoljar, 2000).

En una línea similar, McLeod y Sherwin (2000) entienden la autonomía relacional como el reconocimiento explícito del hecho de que la autonomía se define y lleva a cabo en un contexto social que influye significativamente en las oportunidades que tiene un agente para desarrollar o manifestar habilidades para el ejercicio de la autonomía. Así, según las autoras, el concepto de autonomía relacional demanda la necesidad de examinar la posición que el agente

ocupa en la sociedad, considerando seriamente cómo las estructuras sociales y políticas afectan su vida y sus oportunidades. Por su parte, las autoras que promueven la ya mencionada ética del cuidado también reconocen que la autonomía de un agente no puede entenderse de manera separada de su contexto social, si bien se centran en aspectos que difieren de los que McLeod y Sherwin destacan. El abordaje relacional de Held (2006), por ejemplo, enfatiza la interdependencia como condición humana básica y el cuidado como experiencia moralmente significativa. En este sentido, tanto McLeod y Sherwin (2000) como Held (2006) reconocen la dimensión social de la autonomía, pero mientras que las primeras se centran en el impacto de las relaciones de poder en el desarrollo y ejercicio de la autodeterminación, la segunda destaca que la autonomía que se busca dentro de la ética del cuidado consiste en la capacidad de remodelar y cultivar nuevas relaciones.

Según lo mencionado, una de las características centrales de los enfoques relacionales de la autonomía consiste en el reconocimiento del agente como, para decirlo en términos de Baier (1985) una “segunda persona”. Este concepto enfatiza la dimensión sociohistórica de la subjetividad al significar que las personas son, fundamentalmente, herederas de otras personas que las han precedido y, al mismo tiempo, destaca las relaciones de dependencia como condición necesaria para el desarrollo humano al significar que las personas son herederas de la labor de aquellas otras personas de las que han dependido para su cuidado y formación. A su vez, según lo mencionado, otra de las características centrales de los enfoques relacionales consiste en la consideración del agente como, para decirlo en términos de Benhabib (1990), un “otro concreto”, contextualizado, situado, corporizado. De acuerdo con la autora, la consideración de un otro concreto conduce a desvelar el mito del ideal de autonomía que la ética tradicional sostiene en el presupuesto de un “otro generalizado” —es decir, de un agente abstracto, puramente racional e independiente—. En definitiva, concebir al agente como una segunda persona y como un otro concreto implica considerar que el ejercicio de su autonomía no puede entenderse separadamente de sus vínculos de interdependencia con otros agentes, de las relaciones de poder que afectan su vida y sus oportunidades, de su historia, de sus circunstancias actuales y de sus emociones, entre otros factores que los enfoques predominantes de la autonomía desconsideran.

Palabras finales

A lo largo de este artículo, se han reconstruido los diferentes abordajes de la bioética feminista que promueven un acceso diferenciado a la ciudadanía en los campos de la salud y de la ética médica, a través del análisis de una serie de críticas formuladas por las bioeticistas feministas contra dos ideales sostenidos por el marco bioético predominante: el de imparcialidad y el de autonomía absoluta. Con respecto al primero, que ha sido analizado conjuntamente con las objeciones en torno a las visiones esencialistas de la diferencia, la bioética feminista ha criticado que el marco bioético predominante ha asumido el punto de vista de los sectores privilegiados como neutro y a ellos mismos como representantes genéricos de la humanidad, lo cual, lejos de constituir, apenas, un presupuesto teórico, ha contribuido activamente a la exclusión, al silenciamiento y al fortalecimiento de estereotipos en torno a las mujeres y a otros grupos subalternos. En efecto, en primer lugar, las bioeticistas feministas denunciaron que la presunción del representante genérico de la humanidad había derivado en la exclusión de las mujeres como sujetas de investigación en los ensayos clínicos y, consecuentemente, en la ausencia de datos y tratamientos vinculados con sus necesidades de salud. En segundo lugar, criticaron que la misma presunción había resultado en la falta de cobertura médica para aquellas necesidades de salud de las mujeres para las cuales existen tratamientos, al ser catalogadas como “específicas”, en contraste con las necesidades masculinas, concebidas como universales. En tercer lugar, se pronunciaron contra los procesos de medicalización dirigidos a reforzar las visiones esencialistas de la diferencia, así como contra la justificación de las intervenciones médicas asociadas a esos procesos mediante el principio de beneficencia. En cuarto lugar, denunciaron que el fortalecimiento de esas visiones esencialistas de la diferencia había contribuido a reforzar la caracterización de los grupos subalternos como informantes poco confiables en el ámbito de la atención a la salud. Por último, criticaron que la presunción del ideal de imparcialidad y la promoción de las concepciones esencialistas de la diferencia han promovido el silenciamiento y la infravaloración de las experiencias morales de las mujeres, de sus conocimientos y de sus funciones desempeñadas en el ámbito de la salud, a la vez que han contribuido a invisibilizar las relaciones de poder que atraviesan ese ámbito.

En lo que respecta al ideal de autonomía absoluta, la bioética feminista ha criticado que el marco bioético predominante ha asumido una imagen ficticia del agente moral: lo ha presupuesto como un individuo abstracto, aislado de su entorno, autosuficiente, racional y completamente independiente de factores culturales, emocionales o vinculares que pudieran

interferir en sus decisiones. Si bien, en ocasiones, el feminismo se ha servido de ese enfoque individualista de la autonomía para enmarcar reivindicaciones vinculadas con el derecho de las mujeres a decidir, diversas autoras y activistas feministas comenzaron a sospechar, también, de una serie de sesgos involucrados en esa perspectiva. En ese contexto, las bioeticistas feministas han señalado, en primer lugar, que la independencia de los hombres solo ha podido plantearse en la medida que se ha invisibilizado su dependencia del trabajo de cuidado realizado por mujeres, tanto en el ámbito doméstico como en el de la salud. En segundo lugar, han destacado que, a pesar de su cotidianidad, las relaciones de cuidado en el ámbito de la salud han recibido escasa atención por parte del marco bioético predominante. En tercer lugar, han resaltado que la invisibilización del cuidado ha estado acompañada por procesos de patologización de la dependencia. Por último, han criticado el hecho de que la relación médico-paciente haya sido concebida por el marco bioético predominante como un contrato entre partes iguales, independientes y autosuficientes, desconsiderando las asimetrías de poder propias del vínculo entre ambos actores, especialmente cuando la relación involucra a grupos subalternos, para quienes las estructuras materiales, sociales y políticas pueden limitar de manera severa el ejercicio de su autodeterminación.

Como heredera del movimiento por la salud de las mujeres, la bioética feminista ha reivindicado el acceso diferenciado a la ciudadanía en los campos de la salud y de la ética médica: esto es, un acceso a esos campos basado en la expresión antiesencialista de la especificidad, en oposición al ideal tradicional de ciudadanía universal no diferenciada y a las visiones esencialistas de la diferencia. En este sentido, la bioética feminista ha planteado que, para revertir la miopía que el marco bioético predominante presenta respecto a los puntos de vista de los grupos subalternos —y, por ende, para contrarrestar su presunción de un punto de vista neutro—, se torna esencial promover, en los ámbitos de la salud y de la ética médica, una política igualitaria de la diferencia basada en la paridad participativa. Esta política requiere, entonces, de la participación activa de los sectores sociales tradicionalmente silenciados en los procesos democráticos de deliberación y toma de decisiones relacionados, entre otros aspectos, con la definición de sus propias necesidades en salud, con la construcción de opciones terapéuticas y con la reconfiguración de los vínculos entre profesionales de la salud y pacientes, así como entre colegas provenientes de diferentes sectores sociales.

Asimismo, la incorporación diferenciada a la ciudadanía reivindicada por la bioética feminista no solo se relaciona con la expresión no esencialista de la especificidad en los campos de la salud y de la ética médica, sino también con la perspectiva no esencialista de los agentes

que acceden diferencialmente a la ciudadanía en esos ámbitos. En este sentido, las bioeticistas feministas han planteado la necesidad de abandonar la concepción ficticia del agente abstracto y aislado, para lo cual se torna esencial prestar atención a los aspectos sociales, políticos, familiares, contextuales, históricos y emocionales que influyen en el ejercicio de la autonomía. Después de todo, la especificidad no puede ser expresada de manera no esencialista por un agente general, sino solamente por uno concreto. En este sentido, la bioética feminista ha señalado que la autodeterminación de un agente no puede entenderse aisladamente de los vínculos de interdependencia que mantiene con otros agentes, de las relaciones de poder que lo atraviesan, de su historia, de sus circunstancias actuales y de sus emociones, entre otros factores que los enfoques predominantes de la autonomía ignoran.

AGRADECIMENTOS: Agradezco al PICT-2021-GRF-TI-00786, “Ética y derecho humano a la salud desde una mirada interseccional”, por los diálogos que contribuyeron a la realización de este artículo.

REFERÊNCIAS

BAIER, A. Cartesian Persons. *In: Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985, p. 74-92.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. **Principles of Biomedical Ethics.** 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BENHABIB, S. El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. *In: BENHABIB, S.; CORNELL, D. (ed.). Teoría feminista y teoría crítica: Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío.* Valencia: Alfons el Magnànim, 1990. p. 119-149.

CHESLER, P. **Women and Madness: When is a Woman Mad and Who is it Who Decides?** New York: Doubleday, 1972.

CLOUSER, K. D.; GERT, B. A critique of principlism. **The journal of medicine and philosophy**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 219-236, 1990.

COREA, G. The Mother Machine: reproductive technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 357-363, 1985.

CORRIGAN, O. P. ‘First in man’: The politics and ethics of women in clinical drug trials. **Feminist Review**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 40-52, 2002.

DANIELS, N. **Just Health Care**. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 7, n. 2, 2009.

DONCHIN, A. Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles. **The Journal of Medicine and Philosophy**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 365-386, 2001.

EDWARDS, S. D. Three versions of an ethics of care. **Nursing Philosophy**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 231-240, 2009.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, Midwives and Nurses: A History of Women**. New York: The Feminist Press, 1973.

FIRESTONE, S. **The dialectic of sex: The case for feminist revolution**. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2003/1970.

FRASER, N. Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. **Social Text**, [S. l.], v. 25, n. 26, p. 56-80, 1990.

FRICKER, M. **Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

GARRAFA, V. Introdução à bioética. **Revista do hospital universitário UFMA**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GARRAFA, V.; OSÓRIO, E. O. D. Epistemología de la bioética. Enfoque latinoamericano. **Revista colombiana de Bioética**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 73-92, 2009.

GILLIGAN, C. **In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development**. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

HARBIN, A. Disorientation and the medicalization of struggle. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 99-121, 2014.

HELD, V. **The Ethics of Care: Personal, Political, Global**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

HOLMES, H. B.; PURDY, L. M. (ed.). **Feminist perspectives in medical ethics**. Bloomington: Indiana University Press, 1992.

KANT, I. **Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres**. Barcelona: Ariel, 1999.

KINNEY, E. L. *et al.* Underrepresentation of women in new drug trials. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 95, p. 495-499, 1981.

KITTAY, E. F. From the ethics of care to global justice. **Jendô Kenkyû/Journal of Gender Studies**, [S. l.], v. 14, p. 113-120, 2001.

KITTAY, E. F.; FEDER, E. K. (ed.). **The subject of care: feminist perspectives on dependency**. New Jersey: Rowman; Littlefield Publishers, 2003.

KUHSE, H. **Caring: nurses, women and ethics**. Oxford: Blackwell, 1997.

LINDEMANN, H. N. Feminist Bioethics: Where We've Been, Where We's Going. **Metaphilosophy**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 492-508, 2000.

LITTLE, M. O. Why a Feminist Approach to Bioethics? **Kennedy Institute of Ethics Journal**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 1-18, 1996.

LÓPEZ DE LA VIEJA, M. T. Bioética Feminista. **Dilemata**, [S. l.], v. 6, n. 15, p. 143-152, 2014.

LUNA, F.; SALLES, A.L.F. **Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos**. México: FCE, 2008.

MACKAY, K. A Feminist Analysis of Anti-Obesity Campaigns: Manipulation, Oppression, and Autonomy. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 61-78, 2017.

MACKENZIE, C; STOLJAR, N. Introduction: Autonomy Refigured. *In*: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (ed.), **Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self**. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 3-34.

MAHOWALD, M. B. On treatment of myopia: Feminist standpoint theory and bioethics. *In*: WOLF, S. M. (ed.). **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 95-115.

MAHOWALD, M. B. **Bioethics and women: across the life span**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

MARTIN, N. Feminist bioethics and psychiatry. **The Journal of medicine and philosophy**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 431-441, 2001.

MCLEOD, C; SHERWIN, S. Relational Autonomy, Self-Trust, and Health Care for Patients Who Are Oppressed. *In*: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (ed.). **Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self**. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 259-279.

Mill, J. S. **Sobre la libertad**. Madrid: Alianza, 2001.

MILLETT, K. **Sexual Politics**. New York: Doubleday, 1970.

MORGAN, K. P. Contested Bodies, Contested Knowledges: Women, Health, and the Politics of Medicalization. *In*: SHERWIN, S. (coord.). **The Politics of Women's Health**: Exploring Agency and Autonomy. Philadelphia: Temple University Press, 1998. p. 83-121.

OKIN, S. M. **Justice, gender, and the family**. New York: Basic books, 1989.

OVERALL, C. **Ethics and Human Reproduction**. Boston: Allen and Unwin, 1987.

PATEMAN, C. **The Sexual Contract**. Cambridge: Polity Press, 1988.

PATEMAN, C. **The disorder of women**: Democracy, feminism, and political theory. Stanford: Stanford University Press, 1989.

PATEMAN, C. Críticas feministas a la dicotomía público/privado. *In*: CASTELLS, C. (Coord.), **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996. p. 31-52.

POST, S. G. **Encyclopedia of Bioethics**. 3. ed. New York: Gale, 2004. v. 1.

POTTER, V. R. **Bioethics**: bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

RAWLS, J. A. **Teoría de la justicia**. México: FCE, 1995.

RAYMOND, J. The international traffic in women: women used in system of surrogacy and reproduction. **Reproductive and Genetic Engineering**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 51-57, 1989.

ROSENBERG, C. S. The Hysterical Woman: Sex Roles and Role Conflict in 19th-Century America, **Social Research**, [S. l.], v. 39, p. 652-678, 1972.

SCULLY, J. L. Feminist bioethics. *In*: HALL, K. Q.; ÁSTA (ed.). **The Oxford Handbook of Feminist Philosophy**. New York: Oxford University Press, 2021. p. 272–286.

SEVENHUIJSEN, S. **Citizenship and the Ethics of Care**: Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics. London/New York: Routledge, 1998.

SHALEV, C. **Birth Power**: The Case for Surrogacy. London: New Haven, 1989.

SHERWIN, S. **No longer patient**: Feminist ethics and health care. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

SHERWIN, S. Women in Clinical Studies: A Feminist View. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 533-538, 1994.

SHERWIN, S. Feminist Reflections on the Role of Theories in Global Bioethics. *In*: TONG, R; ANDERSON, G.; SANTOS, A. (ed.). **Globalizing Feminist Bioethics**: Crosscultural Perspectives. Boulder: Westview Press, 2001. p. 12-26.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York: Basic Books, 1982.

STOLCKE, V. New reproductive technologies: The old quest for fatherhood. **Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 5-19, 1988.

THACHUK, A. K. Stigma and the Politics of Biomedical Models of Mental Illness. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 140-163, 2011.

THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **Our Bodies, Ourselves: A Book By and For Women**. New York: Simon and Schuster, 1973.

THOMSON, J. A defense of Abortion. In: KUHSE, H; SCHÜKLENK, U.; SINGER, P. (ed.). **Bioethics: An Anthology**. Oxford: John Wiley; Sons, Inc, 2016/1971. p. 38-48.

TONG, R. Feminine and feminist ethics. **Social Philosophy Today**, [S. l.], v. 10, p. 183-205, 1995.

TONG, R. Feminist Approaches to Bioethics. In: WOLF, S. M. (ed). **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 67-94.

TRONTO, J. **Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care**. New York/London: Routledge, 1993.

WALKER, M. U. Introduction. In: LINDEMANN, H.; VERKERK, M.; WALKER, M. U. (ed.). **Naturalized bioethics: toward responsible knowing and practice**. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2009. p. 1-22.

WOLF, S. M. Introduction: Gender and feminism in bioethics. In: WOLF, S. M. (ed.). **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 3-43.

WOLLSTONECRAFT, M. **Vindicación de los derechos de la mujer**. Madrid: Cátedra, 2018/1792.

YOUNG, I. M. Polity and group difference: A critique of the ideal of universal citizenship. **Ethics**, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 250-274, 1989.

YOUNG, I. M. **La justicia y la política de la diferencia**. Madrid: Ediciones Cátedra, 2000.

CRediT Author Statement

- Reconocimientos:** No aplicable.
 - Financiación:** Esta investigación no recibió financiamiento.
 - Conflictos de intereses:** No fueron identificados conflictos de interés.
 - Aprobación ética:** Por tratarse de una investigación de revisión bibliográfica, este trabajo no fue sometido a la evaluación de un comité de ética.
 - Disponibilidad de datos y materiales:** El material utilizado para este trabajo es el que se indica en las referencias bibliográficas.
 - Contribuciones de los autores:** La investigación fue realizada de manera integral por la autora.
-

Procesamiento y edición: Editora Iberoamericana de Educación - EIAE.
Corrección, formateo, normalización y traducción.

