

BIOÉTICA Y GÉNERO: PROBLEMAS Y CONTROVERSIAS (*Bioethics and Gender: Problems and Controversies*)

María José GUERRA*

Manuscrito recibido: 1998.9.10.

Versión final: 1999.4.7.

* Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia, Universidad de La Laguna, Avda. Trinidad s/n, 38204 La Laguna, Sta. Cruz de Tenerife. E-mail: mjguerra@ull.es

BIBLID [0495-4548 (1999) 14: 36; p. 527-549]

RESUMEN: Este artículo presenta las difíciles relaciones entre perspectivas atentas al género y la bioética. Tanto la ética como la ciencia, y en concreto la medicina, han sido objetadas desde enfoques feministas con el fin de revelar su sesgo androcéntrico. La bioética, no obstante, hasta hace bien poco, se ha mostrado reticente a considerar como categoría analítica el factor género. Aludimos aquí a las causas de este desencuentro así como, posteriormente, a las posibilidades abiertas por una bioética feminista.

Descriptores: bioética, género, androcentrismo, feminismo.

ABSTRACT: *This paper focuses on the difficult relationship between bioethics and gender. Ethics and science, especially medicine, have been rejected from feminist perspectives revealing the androcentric bias. Bioethics, nevertheless, has resisted the option of consider gender as an analytic category. We point out the reasons of this resistance and also the open possibilities of an feminist bioethics.*

Keywords: *bioethics, gender, androcentric bias, feminism.*

SUMARIO

1. Ciencia y sexismo: las tesis de Helen Longino
2. Un ejemplo paradigmático de "ciencia médica generizada": el caso DES
3. Hacia una bioética feminista: un camino sembrado de obstáculos
4. Desentrañando el enigma del desencuentro entre bioética y feminismo
5. Claves de un "encuentro": la sistematización de Rosemarie Tong
6. Posibilidades, horizontes y líneas de fuga

Un movimiento natural de la dinámica del análisis teórico es la de contrastar enfoques. En las últimas décadas hemos asistido a la puesta en cuestión del conocimiento heredado a causa de la desatención al eje sexo/género que, por activa o por pasiva, lo constituye. Las virtualidades críticas del feminismo han hecho mella, como vamos a ver a continuación,

tanto en la filosofía moral como en la ciencia y en la medicina denunciando la generización (masculina) de las teorías y de sus aplicaciones. La ausencia, invisibilidad o menosprecio de las mujeres parece tener trascendencia: la pretensión de objetividad, que se sostenía al margen de la mitad de la especie humana, queda desestimada y el androcentrismo revela su faz. El tema que nos trae aquí es el de estimar la convergencia entre la bioética y el feminismo. Pero, como paso previo, es necesario recordar algunos de los efectos de la crítica feminista en la teoría ética, la ciencia y la medicina.

1. La década de los ochenta trajo consigo la irrupción de una señalada controversia en la psicología del desarrollo moral que, inmediatamente, se trasladó a la teoría ética. A partir de las tesis de Carol Gilligan¹, que desvelaban el prejuicio androcéntrico de la psicología moral de Kohlberg, las construcciones éticas, entre ellas la de Jürgen Habermas -que se presupone avalada indirectamente por la evidencia kohlbergiana de la escalera moral hacia la postconvencionalidad-, quedaban en entredicho por responder en exclusiva a la experiencia moral de la mitad de la humanidad. La hermenéutica crítico-feminista hacía tambalearse las propuestas ético-teóricas al desvelar como el particularismo masculino se había disfrazado de universalismo. Al mismo tiempo, en el contexto del feminismo se desataban polémicas subsidiarias de este motivo que tenían que ver con el dilema entre una ética "femenina", basada en las nociones de cuidado y responsabilidad -la detectada por Gilligan- y una ética "feminista" que miraba con malos ojos el que las mujeres quedaran atadas a la división sexual del trabajo moral que había impuesto el patriarcado. Se ponía en entredicho tanto la moralización de los géneros como la generización de la moral².

2. En un segundo frente, la potencia crítica feminista problematizó el territorio de la ciencia y el género. Si en ética el impacto pionero provino del libro de Gilligan, en ciencia, Evelyn Fox Keller³, Donna Haraway⁴ y Helen Longino, a cuyas tesis haremos alusión en breve, han impulsado una oleada crítica que ha encontrado un gran eco internacional. De hecho, el hacer ciencia no está a salvo de los compromisos axiológicos de los individuos que la hacen y de las sociedades en que estos se insertan⁵. Un caso especial dentro de esta gran oleada crítica ha sido la denuncia de sexismo tanto en la investigación como de la práctica médica. Más tarde, y entrando ya en materia, pondremos un ejemplo relativo a la investigación clínica.

3. En último lugar, y desde el activismo feminista, la conjunción "mujer y salud" ha sido relevante al menos en cuatro sentidos. Primero, porque desvelaba un entramado de injusticias y desigualdades: desde la invisibilidad de la enfermedad femenina al menosprecio del malestar de las mujeres. Segundo, porque ponía de manifiesto un conjunto recurrente de malas ideologizaciones, biologización, psiquiatrización, hormonalización y, más recientemente, genetización, como explicaciones bio-médicas del ser de la mujer. Tercero, porque denunciaba la medicalización de la misma condición "natural" de ser mujer: la menstruación, la reproducción y la menopausia quedaban bajo supervisión facultativa. Y cuarto, porque constataba los prejuicios que abundaban en el tratamiento de las problemáticas asociadas al aborto, la contracepción, la maternidad de alquiler o las NTR (nuevas tecnologías de reproducción).

Si sumamos estas tres vetas críticas, esto es, la problematización feminista de la ética, de la ciencia y de la medicina y de la misma estructura de la asistencia sanitaria, parece inminente la necesidad de cruzar a la bioética con la perspectiva de género. Pero, este cruce ha llevado un notable retraso. A este respecto, autoras como Susan Wolf, Susan Sherwin o Mary Mahowald describen el "desencuentro" entre la bioética y el feminismo⁶ y explican, tal como veremos, las causas de este hecho.

Nuestro objetivo es señalar el androcentrismo tanto de la misma medicina como de la bioética. En lo que sigue, pondremos, en primer lugar, y tras transitar por la tesis de Helen Longino sobre cómo los prejuicios sexistas condicionan la investigación científica, un ejemplo de ciencia médica generizada que se ha convertido en paradigmático: el caso DES (Diethylstilbestrol). Después, intentaremos explicar las razones del desencuentro entre bioética y feminismo, para, posteriormente, indicar algunas coordenadas de la ansiada conjunción entre ambos. Rosemarie Tong sistematizará esta confluencia al tiempo que nos ilustra acerca de la complejidad que, en el momento actual, muestra el panorama feminista -debido a la pluralidad de sus compromisos epistemológicos, ontológicos, políticos y éticos-. Esta misma autora hará hincapié en las tendencias que parecen reforzar una inquisitiva crítica a los usos androcéntricos de la bioética. Esta intervención tiene por objeto acotar un nuevo conjunto de problemas que habrá que ir tratando uno por uno. Entre estos, sólo señalaré tres de los ámbitos en donde la irrupción feminista en bioética parece tener más que decir: el aquilatado debate sobre el método, los rendimientos bioéticos de la ética del cuidado, y el subtexto de género de la relación clínica.

1. *Ciencia y sexismo: las tesis de Helen Longino*

Numerosos estudios han destilado la evidencia de que tanto la investigación clínica como la medicina asistencial aparecen generizadas en masculino⁷. Esto es, sobre ellas pesa la imagería cultural de la estereotipia femenina y la invisibilidad o mala intelección de la morbilidad femenina. El permanecer ajenas a la investigación, primero como investigadoras -el caso de la incompreensión de los hallazgos genéticos de Barbara McClintock es el ejemplo típico- y después, en numerosas ocasiones, como objetos de investigación -tal como, por ejemplo, prescriben los protocolos de ensayos clínicos a las mujeres en edad fértil que deben blindarse con un doble método anticonceptivo para participar en ellos- ha tenido un importante coste traducido en invisibilidad. Por otra parte, el hecho natural de ser mujer se ha identificado con la misma enfermedad y esta asunción ha jugado en contra de las mujeres⁸. A las parturientas y embarazadas se las considera "pacientes" - sin ir más lejos en la Encuesta Nacional de Salud- y a las menopaúsicas "enfermas" y dispuestas al tratamiento. La tesis foucaultiana de la "histerización" del cuerpo de la mujer nos ponía hace tiempo sobre la pista de la consideración desigual y prejuiciosa otorgada por la medicina a las mujeres.

La tendencia general que se ha descrito y contra la que debemos estar prevenidos nos pone frente a tres reduccionismos: la biologización, la psicologización y la sociologización del binomio salud/enfermedad en el caso de las mujeres. La epidemiología diferencial ha demostrado que las mujeres y los hombres enfermamos de maneras diferentes. Las mujeres son, por ejemplo, mayoría en enfermedades crónicas siendo las principales usuarias de los centros de atención primaria. La enfermedad mental también es sensible al sexo/género. Más allá de la atención mayoritaria que se ha llevado el ámbito reproductivo, numerosos otros temas han entrado a ser tratados desde el enfoque "mujer y salud": desde la incidencia del *stress* hasta las peculiaridades de las drogodependencias, desde los trastornos alimentarios hasta los depresivos, etc.⁹ Por otra parte, uno de los desarrollos más interesantes de este enfoque ha sido la atención al ciclo vital de las mujeres -niñez, adolescencia, edad fértil, climaterio y menopausia- muchas veces vinculado con una cierta tendencia a la patologización no ajena a los valores sociales predominantes que han juzgado los momentos de la vida de las mujeres respecto a la subsidiariedad socio-funcional a la que se les ha sometido.

Más allá del nivel asistencial, en la investigación médica el *standard* de la investigación clínica y farmacológica es el varón adulto. Como nos revela Helen Longino en 'Gender and Racial Biases in Scientific Research'¹⁰, el contexto social de la investigación en el que son dominantes determinados tipos de prejuicios, como el sexismo y el racismo, y la falta de reflexión sobre esta circunstancia comprometen implícitamente el sesgo de las investigaciones. Longino -a quién en nuestro país ha estudiado Eulalia Pérez Sedeño¹¹- refuta la concepción standarizada de la relación entre ciencia y valores que mantiene la externalidad de éstos últimos respecto a la misma ciencia. Los valores sexistas, en nuestro caso, determinarían unas precisas líneas de investigación -qué se indaga y qué no- y, asimismo, las aplicaciones tecnológicas del conocimiento producido. La ética de la investigación científica se ha centrado casi unilateralmente en el asunto de los peligros que pudiera causar a sujetos o entidades con relevancia moral (seres humanos, animales, embriones, etc.). El caso es que siempre se ha considerado, por parte de la comunidad científica, que el hacer entrar en escena a la ética suponía restricciones a la investigación. El riesgo de dañar a otros o el hecho de violar sus derechos -encarnado en el tópico moral-legal del consentimiento informado- ha quedado recogido en las diferentes deontologías profesionales del científico. Pero la tesis de Longino es que "no todo aspecto o valor ético es externo a los aspectos productivos de la investigación"¹². Desde una perspectiva que sitúe socialmente el hacer científico se pone de manifiesto que la construcción del conocimiento integra tanto valores contextuales como constitutivos y la demarcación entre la ética y la epistemología deviene menos nítida y definitiva¹³. Al menos cinco elementos del proceso de investigación pueden ser moldeados por valores contextuales. Estos son: a) las prácticas, b) las preguntas, o sea, qué se investiga y qué no, c) la descripción y selección de los datos, d) las asunciones específicas y e) las asunciones globales.

En los últimos tiempos hemos ido desentrañando como la ideología de género ha ido impregnando y condicionando el quehacer científico de modo intangible, pero efectivo. Es lo que se conoce como el androcenismo de la ciencia y que Longino ejemplifica respecto a los cinco elementos del proceso de investigación citados más arriba y que pasamos a detallar someramente:

a) Las mujeres han sido excluidas del territorio científico o han sido minusvaloradas sus aportaciones en numerosos campos. Las estructuras jerárquicas de los laboratorios hacen que no se tengan en cuenta sus aportacio-

nes y se las excluye de los encuentros y canales informales donde de hecho se deciden las cosas importantes¹⁴. Se desprecian los estilos de investigación que tengan connotaciones de género. El patrón del modo de investigar debe ser activo, intrusivo y pretende "tener el control". Estilos menos intervencionistas "que dejen hablar al material" o que incorporen actitudes empáticas son desautorizados al no dar cuenta de una naturaleza susceptible de ser controlada. El caso ya paradigmático, como antes señalábamos, que sirve para ilustrar esto es el de Barbara McClintock.

En resumen, y en las palabras de Longino,

Las prácticas que impiden el desarrollo de la investigación incluyen así lo obvio y lo sutil. Las prácticas manifiestamente sexistas y racistas aparecen en las diversas formas de exclusión y silenciamiento; las más sutiles y prejuiciadas prácticas incluyen el ignorar y el derogar los estilos de investigación y los resultados asociados con los rasgos "femeninos". Ambos impiden el desarrollo del conocimiento, y ambos producen un daño moral y epistemológico.¹⁵

b) El "qué" se investiga puede también estar determinado por las ideologías de género y raza. Por ejemplo, el hombre caucásico ha sido el modelo *standard* elegido en la investigación biomédica. Esto ha tenido como consecuencia que se desestimara la investigación en enfermedades que afectan diferencialmente a las mujeres o a otros grupos raciales o que no se prestará atención a los factores ambientales que afectan a unos grupos de población y no a otros. La dosificación farmacológica ha venido determinada, asimismo, por el modelo masculino haciendo que no fuera la idónea para las mujeres que difieren fisiológicamente (equilibrios endocrinos, densidad tisular, etc.) de los hombres. Las consecuencias de esto son dobles: se marginalizan las peculiaridades médicas de las mujeres y de los no blancos, quienes se ven abocados a cotas más altas de sufrimiento debido a la falta de prevención o de medios terapéuticos disponibles, y se pone de manifiesto la injusta distribución de beneficios en la sociedad. Pero, incluso cuando se atiende a las problemáticas de las mujeres, el prejuicio sexista puede imponerse:

De este modo, el prejuicio racial o de género puede provocar tanto la exclusión de la preocupaciones de los miembros de unas categorías sociales dadas del orden del día de la investigación como la relativización de esas preocupaciones en relación con otros valores en competencia.¹⁶

Como resultado se imponen mayores cotas de riesgos sobre el otro sexo o sobre grupos raciales.

c) En lo que respecta al tratamiento de los datos, Longino apunta como ejemplos a aquellos programas de investigación que han tenido que ver con nociones de diferencias sexuales o raciales y que suelen participar en la perpetuación de las actitudes sexistas y racistas en la sociedad¹⁷. Por ejemplo, los estudios neuroendocrinológicos sobre la conducta han correlacionado lo que han denominado el *tomboysm* con altos niveles de andrógenos en el feto femenino comparándola con la conducta femenina "normal". Lo mismo ha pasado con la evaluación de las conductas agresivas en ratones que, sin más, se han extrapolado a los humanos como si las situaciones de ambas especies fueran iguales. En estos casos se descarta, sin más, el contexto social y la multitud de factores que interactúan en él. La misma clasificación de conductas en masculinas y femeninas es cuestionable y la asunción del dimorfismo condiciona la recepción y estimación de los datos descartando estadísticamente la variabilidad individual. En resumen, la ideología sexista puede influir tanto en la descripción como en la selección de datos.

d) En lo que se refiere a las asunciones específicas, el punto de vista androcéntrico ha sido quizás más evidente al influir en los estudios etológicos y en la teoría de la evolución¹⁸. El macho ha sido tomado como el paradigma de la especie y se ha asumido que es el pivote en torno al que gira la estructura social en innumerables especies. La discusión decimonónica acerca de si las mujeres habían evolucionado o no todavía resuena. El trabajo de la genética ha colaborado a desacreditar tales ideas. No obstante, el prejuicio sexista ha sido persistente en los campos de la etología, la arqueología y la paleontología aunque la irrupción de las mujeres ha desafiado las concepciones tradicionales como por ejemplo la de la mujer recolectora frente al hombre como cazador o el de la hominización ligado al desarrollo de las herramientas en exclusiva¹⁹. Con datos aislados la interpretación rellena, casi siempre en el mismo sentido, las lagunas proyectando ideas socialmente arraigadas hoy.

En todos estos casos, los valores no afectan sólo a la selección y a la organización de los datos, sino también a las asunciones a la luz de las cuales los datos adquieren cualidades de evidencias para dar crédito a una u otra hipótesis.

e) Más allá de las asunciones específicas, asunciones globales perviven en numerosos campos de investigación como por ejemplo la dualidad activo/pasiva en el análisis de los procesos naturales. Por ejemplo, la idea del activo espermatozoide frente al pasivo óvulo del gen activo frente al cito-

plasma pasivo²⁰. Las últimas investigaciones desmienten estas asunciones: el citoplasma está implicado en la activación de los genes y el óvulo trabaja químicamente para atraer al espermatozoide. "¿Por qué debería ser preferido un modelo activo/pasivo que un modelo de coactividad?". La respuesta de Longino es que si nuestro modo de conceptualizar ha preferido el primero que implica dominancia y no colaboración es porque éste expresa la visión social dominante ligada al androcentrismo.

La conclusión es que la determinación sexista de la investigación científica es lesiva para ciertos grupos y para individuos identificables. Exclusión, minusvaloración, invisibilidad son el resultado que se traduce en trato injusto. Además, se priva a la comunidad científica de contar con otros puntos de vista que pueden corregir el sesgo sexista y racista de las investigaciones. No hay que extrañarse de que los valores que exhibe la comunidad de investigadores sean los mismos que los dominantes en el conjunto de la sociedad. El primer paso, pues, sería aceptar la coimplicación de valores morales e investigación científica y someterla a crítica tal como lo exigen las prácticas de una buena ciencia que debería propiciar la misma comunidad científica. Pero, pongamos un ejemplo concreto que servirá para mostrar cómo los valores contextuales se transmutan en constitutivos y determinan el sesgo androcéntrico de la misma medicina experimental.

2. Un ejemplo paradigmático de "ciencia médica generizada": el caso DES

Parece que nos empezamos a dar cuenta de que la ciencia no es ni pura objetividad ni queda libre de valores. Vamos a ejemplificar la generización de la ciencia médica utilizando un ejemplo ya clásico: el discurso sobre la seguridad del primer estrógeno sintético (DES, dietilestilbestrol). La farmacovigilancia fracasó al gestionar la incertidumbre sobre la relación riesgo-beneficio de esta sustancia. La apariencia benigna se trasmuto en dañina, no sólo para las mujeres, sino para sus descendientes. Más allá de la indicación antiabortiva del DES su verdadero campo de ensayo fue la menopausia. Susan E. Bell²¹ analizó la documentación publicada y no publicada sobre el proceso de discusión acerca de la seguridad del fármaco y, a la luz de los discursos de los distintos implicados, constató que la producción, el carácter cíclico, la jerarquía y el control eran las ideas-guías que servían para interpretar a la menopausia como "desarreglo" o "enfermedad" y no como otra edad de la vida de la mujer. El objetivo de los médicos al suministrar el DES era "regular" a las mujeres. La gestión de la incerti-

dumbre respecto al DES se vio condicionada, sin duda alguna, por el discurso cultural sobre el género. El discurso médico, asimismo, generaba significados generizados propiciando consecuencias negativas sobre la vida de las mujeres.

La propensión de la medicina ha sido el ver a las mujeres como "enfermas", especialmente, en lo que se refiere a patologizar todo lo relativo al ciclo reproductor y a su cese. El consenso médico en torno a tratar a las mujeres que se jubilan del reloj reproductor parece estar informado de la creencia social en que las mujeres se "acaban" tras el ausentarse de sus reglas. ¿Por qué en el caso del DES costó tanto que se diera crédito a la evidencia de la toxicidad? La respuesta de Susan Bell es la siguiente:

Asunciones genéricas, ambas acerca de las relaciones de género y sobre la función de los cuerpos femeninos, impregnaron la resolución de su incertidumbre.²²

Bell analizó, primero, las polémicas en torno a las dosis y a las pautas de administración. En ese momento se libraba otra guerra -la de los partidarios de las dosis individualizadas en la relación clínica frente a los defensores del *laboratory test* que conlleva un ajuste estadístico normalizado de las dosis-. En un segundo momento, entro a estimar cómo se habían valorado ciertos síntomas -los vómitos y las náuseas- que no fueron interpretados como signo de toxicidad. Los síntomas fueron atribuidos a la mala práctica médica, a la mala manufactura por parte de los laboratorios, a la mala dosificación, nunca al producto-. Las constantes del discurso médico giraban, en este caso, en torno a que la menopausia lleva a las mujeres a estar "fuera de control". El DES crearía, en contrapartida, "una hembra humana bien regulada" al controlar los "desarreglos". De lo que se trataba es de restaurar el orden en el sistema como estrategia coherente con la visión de la menopausia como enfermedad. Todo esto se aderezaba con un nutrido conjunto de imágenes negativas de la mujer menopaúsica. El subtexto de género de la relación clínica en el marco paternalista de la relación médico-paciente se hacía evidente:

Como C. K. Riessman and A. D. Todd han mostrado, cuando el médico es un hombre y la paciente es una mujer, el efecto de la autoridad cultural es la replicación de las relaciones patriarcales.²³

A la idea autoritaria del control se sumaba la del equilibrio perdido: si los ovarios dejan de funcionar, el cuerpo se desequilibra porque no recibe las "órdenes oportunas"²⁴. En la resolución de la incertidumbre pesó más que la evidencia de la toxicidad la creencia de que el DES era necesario

para someter a control el "caos" desatado por la menopausia. Este es uno de los episodios pioneros de la medicalización de la menopausia y de los inicios de la hormonalización. Bell, paso a paso, descubre estos motivos enredados en el lenguaje médico. El caso es que éste "incorpora y refuerza las normas y valores de la sociedad, incluyendo aquellas que se refieren al género"²⁵ como las imágenes del control, lo productivo, lo cíclico y la jerarquía. Este trasfondo operante como guía interpretativa invisible quedó reforzado por otros motivos económicos y dio paso al visto bueno a la comercialización y uso extensivo del fármaco.

La "verdad" científica fue modelada por fuerzas ajenas, contextuales, que quedaban fuera del ámbito estricto del rigor de las investigaciones. El discurso científico quedaba determinado por asunciones genéricas y creaba, a su vez, significados nuevos al optar por la medicalización del "desarreglo" menopáusico. Una historia que aún sigue reeditándose en la polémica sobre las terapias hormonales sustitutorias. De hecho, demasiadas veces, y esta es la moraleja, los valores contextuales se transmutan en valores constitutivos.

3. Hacia una bioética feminista: un camino sembrado de obstáculos

El desafío desde posiciones feministas a la ética y a la medicina obligaba, no era más que cuestión de tiempo, a que se destilara un nuevo precipitado: una bioética feminista. Toda la bibliografía que ya explícitamente aborda este enunciado y se reconoce en él se concentra en nuestra década. Empezamos a contar con diversas aproximaciones a la conjunción de bioética y feminismo, aproximaciones que podemos graduar por su grado de radicalidad. Por ejemplo, la tesis de M.O. Little en '¿Por qué un enfoque feminista de la bioética?'²⁶ se centra en la idea del enriquecimiento mutuo. El feminismo haría, fundamentalmente, dos aportaciones a la bioética: poner coto al razonamiento androcéntrico que pueda afectar, a veces de modo sutil, a los análisis de los tópicos bioéticos y abordar la naturaleza generizada de determinados conceptos filosóficos básicos que constituyen las herramientas de trabajo de la teoría ética. Pero habría que dismantelar un malentendido: no se trataría sólo de abordar los asuntos bioéticos que tengan a las mujeres como protagonistas, sino que "Una bioética feminista consiste en el examen de todo tipo de asuntos bioéticos desde la perspectiva de la teoría feminista"²⁷.

La moderación de la tesis de M.O. Little, que se reduce a trasladar el énfasis crítico-feminista de la ciencia y la ética a la bioética contrasta con

el análisis más detallado y punzante de Susan Wolf. La tesis de Wolf va mucho más allá: diagnostica la dilación de la convergencia entre bioética y feminismo como "fallo autocrítico" de la primera y no contenta con la detección del citado fallo, a la luz de la avería, conmina a la reconstrucción de la misma bioética. De hecho, Wolf nos proporciona un listado de razones por las que la bioética y el feminismo tendrían que haberse encontrado mucho antes, estas son las siguientes:

a) "La mayoría de los asuntos que ocupan a la moderna bioética, de la tecnología reproductiva al sondeo genético, de la epidemia de VIH a la distribución de los recursos del sistema de salud, tienen distintas implicaciones para las mujeres que para los hombres"²⁸.

b) No cesan de aparecer estudios en los que se demuestra que hombres y mujeres son tratados desigualmente en el sistema de salud.

c) Se suceden las evidencias de que hombres y mujeres enfermamos diferencialmente. La epidemiología diferencial lo constata como nos lo hace saber en nuestro país la doctora Carme Valls-LLobet²⁹.

d) Se excluye, en la mayoría de los casos, a las mujeres como sujetos de investigación en ensayos clínicos.

e) Tanto en medicina, como en ciencia y en ética los enfoques feministas han desarrollado claves críticas de gran importancia, tal y como advertíamos al iniciar este artículo.

f) En algunas áreas parece inevitable contar con el enfoque feminista, en especial, en los temas relativos a la reproducción como en el tratamiento del cuidado sanitario y la enfermería, mayoritariamente femenino. Las mujeres son cuidadoras sanitarias y extrasanitarias.

Ante estos "hechos", surge, de un lado la "perplejidad" frente al desencuentro entre bioética y feminismo y, del otro, se reafirma la necesidad de una "atención sistemática al género" en el tratamiento bioético. Nosotras añadimos que tanto el feminismo como la bioética surgen animadas por la marea de defensa de los derechos civiles de los más vulnerables, las mujeres y los pacientes, respectivamente. Son coetáneos en el tiempo y comparten la necesidad de defender de las estructuras de poder existentes a los más débiles. Susan Wolf, asimismo, nos va a dar algunas claves sobre el enigma del desencuentro entre feminismo y bioética que, sobre todo, sorprende porque tanto la ética como la ciencia y la medicina han sido conmocionadas por una crítica feminista que ha ido ganándose, frente a muchas resistencias, credibilidad académica.

4. *Desentrañando el enigma del desencuentro entre bioética y feminismo*

La tesis de Wolf es, por tanto, que este desencuentro no es un accidente, sino que responde a la estructura profunda de la bioética y tiene que ver con cuatro factores que aliados han levantado un "muro de separación". Pero antes de entrar a estimar su diagnóstico debemos hacernos eco de las acusaciones que dos de las autoras pioneras, Susan Sherwin y Mary Mahowald, esgrimieron contra la desatención bioética al género, y que preparan el camino al diagnóstico, más detallado, de Wolf.

Susan Sherwin³⁰, en concreto, nos enumera las aportaciones de la ética feminista de las que se tendría que hacer eco la bioética: la atención a lo concreto, al contexto, a otros modos de razonamiento moral, a las relaciones interpersonales y a la inserción del individuo en la comunidad. El énfasis bioético en el principio de autonomía se revela sospechoso porque parece proteger sólo a aquellos bien situados socialmente. Pero no se recusa solamente este aspecto, sino que se ataca la connivencia entre racionalidad y masculinidad y se abunda en la crítica a un concepto de justicia limitado al ámbito público del que las mujeres han quedado excluidas en la acotación moral clásica. Todo esto dispara la necesidad de una concienzuda crítica del sistema sanitario en el que se da, como reflejo de una sociedad patriarcal, la discriminación de la mujer como usuaria de los servicios de salud y/o su descrédito como profesional -un ejemplo de esto es la devaluación del feminizado mundo de la enfermería-. El hecho de la sujeción de la mujer a la medicalización sin límites habla de una estrategia invisible informada por unos estereotipos que las atan a la inmadurez, la ignorancia, la dependencia, la subjetividad,...

La bioética, hasta ahora, ha propuesto críticas locales al sistema de salud atendiendo a la verticalidad asimétrica que caracteriza a la relación clínica paternalista. La propuesta feminista es la de proponer críticas globales que cuestionen la legitimidad de la organización jerárquica del sistema de salud -por ejemplo, la desigualdad en la relación "médico-enfermera"- . Una de las reclamaciones es la necesidad de un mayor contenido social para una bioética que debe dejar de ser sólo para "privilegiados". La exigencia de una mirada global supone que la salud no es sólo una cuestión de cuidados médicos, sino que tiene que ver con la instalación socioeconómica o con factores medioambientales³¹. No obstante, en un sistema sanitario como el norteamericano se apuesta por la alta tecnología médica para unos pocos y se abandona a los "desesperados". A esta luz, la que pro-

yectaría un principio de justicia aplicado con sentido social y ambiental, se trataría de repensar las prioridades de la misma medicina.

Mary Mahowald, sintonizando en mucho con Sherwin, eleva una triple acusación a la bioética³²: cortedad de visión, falta de sentido de los propios límites y, en consecuencia, arrogancia³³. El diagnóstico apunta aquí a la "miopía", se abordan los problemas en la corta distancia y bajo la lupa de la especialización con lo que se dejan fuera de campo los problemas estructurales y la distribución desigual del poder³⁴. Por ejemplo, todo queda centrado en la relación medico-paciente con lo que las repercusiones sobre los otros y el contexto quedan oscurecidas. Así, por ejemplo, la bioética no afronta los problemas creados por el racismo, el clasismo, el sexismo, o la agresión medioambiental y se muestra ciego para considerar valores alternativos a los dominantes y, en consecuencia, para variar su lista de prioridades. El enfoque individualista ha privado a la bioética de contenido social y esto puede ser correlacionado con las peculiaridades del contexto de origen de la misma: el sistema sanitario de los EE.UU. El excesivo teoreticismo y aislamiento institucional de la bioética es cuestionado por representar el punto de vista de los privilegiados que, no obstante, al no tener conciencia de su propia parcialidad asimilan su perspectiva a la neutralidad. Se ignoran las propias limitaciones y, por lo tanto, se dispara la tercera acusación en liza: la arrogancia con lo que se extralimitan sus fuerzas. A estos pecados capitales, Mahowald opone la enseñanza del *standpoint feminism*: todo conocimiento es situado y parcial y, por lo tanto, habrá que hacer el esfuerzo de prestar atención a los otros "conocimientos", a los otros puntos de vista. La pretensión irrestricta de objetividad suele servir a la imposición de la perspectiva del grupo dominante. La apelación al "conocimiento situado" de la visión del grupo oprimido aportará justo aquello que hasta el momento no se ha querido ver en una suerte de deslizamiento ético-epistemológico cuyas señas de identidad son "apertura, pluralidad, diversidad y diferencia" en el reconocimiento de la alteridad. El énfasis que se presta al tejido relacional y al contexto inclina a Mahowald a favor, en el terreno de la metodología bioética³⁵, de la rehabilitación de la casuística³⁶ propuesta por Toulmin y Jonsen, aunque se le exige una mayor amplitud de enfoque: la atención a los problemas sociales bajo el primado de la justicia.

Trabajando sobre estas premisas, Wolf va a condensar en cuatro aspectos las resistencias para quebrar el muro de separación entre bioética y feminismo.

1) En primer lugar, el principialismo ("principlismo", para otros), esto es, la preferencia por los principios abstractos y la generalidad parece haber obstaculizado la visualización de las diferencias individuales, grupales y los determinantes contextuales. Uno de los puntos de mayor virulencia en el esfuerzo de cruzar a la bioética con el feminismo es el problema del método, tal como nos advertía Mahowald. El debate empieza ahora, una vez que se va reconociendo que estamos obligados a viajar una y otra de los principios abstractos y universales a los casos concretos en sus contextos reales y viceversa. La gran pregunta que nos tenemos que hacer es "cómo" realizar estos trayectos de ida y vuelta³⁷.

2) En segundo lugar, el individualismo liberal, en el que los modelos de Kant y Stuart Mill operan de referencias claves al principio de autonomía y a la salvaguarda de los derechos individuales del paciente frente al paternalismo médico. Estas han sido las directrices básicas del diseño del edificio bioético. El individualismo liberal ha sido fuertemente criticado desde el feminismo, fundamentalmente, por su concepción atomista que dejaba en la oscuridad el tejido de relaciones intersubjetivas. Su enfoque no ha sido sólo "empobrecedor", sino que ha causado un daño objetivo al desatender a tales vínculos que, por ejemplo, en el caso de los niños y niñas y de los ancianos y ancianas son esenciales y apuntan a la interdependencia. Sin aludir a los contextos comunitarios y a la comprensión compartida no es posible hacerse cargo de la situación de los individuos. Esta crítica se "solapa" con las objeciones comunitaristas al liberalismo. No obstante, el comunitarismo conservador y su defensa de la tradición -siempre connotada patriarcalmente- se presenta como adversario del revés crítico feminista a los modelos acuñados de relación social desigual entre hombres y mujeres.

Otra consecuencia del individualismo es que la visión bioética ha incorporado la comprensión liberal de que el conflicto es diádico, entre dos individuos, menospreciando la pertenencia a grupos sociales y los efectos sobre las personas y sus comprensiones, muchas veces marcadas por la instalación social. Cuando, más tarde, se ha atendido a grupos, por ejemplo, a los pacientes incompetentes (niños, ancianos) en donde la aplicación mimética del principio de autonomía no era operativo, las últimas en ser consideradas han sido las mujeres. No se ha caído en la cuenta hasta hace muy poco y debido a la avalancha de estudios que lo demuestran, de la discriminación genérica tanto en investigación como en asistencia. Wolf, con rotundidad, avanza una dura crítica que en el contexto norteamericano

cobra todo su sentido: la bioética que hasta aquí se ha constituido es una bioética para "privilegiados", para aquellos que cuentan con una atención sanitaria que les proporciona un médico dispuesto a oírle, esto es, un paciente de la raza y del sexo dominante y con los suficientes recursos económicos. A partir de esta prejuiciada constitución de la bioética, los demás miembros de la sociedad no son contemplados porque no encajan dentro del modelo y de los casos tipo.

3) En tercer lugar, la constitución de la bioética como campo institucional ha propiciado que se desanime a todos aquellos que no tienen poder o reconocimiento profesional, institucional y académico efectivo. La financiación de la disciplina bioética por parte de instancias oficializadas tiene su consecuencia en su falta de mordiente crítica. La opinión de Wolf es que no puede distanciarse y afirmar su independencia. Esto es, no puede optar a las condiciones de la crítica. Desde esta objeción a la base estructural de la bioética, que se concreta en el ponerse al servicio de las instituciones que incorporan los vectores de dominación patriarcal -por ejemplo, la jerarquía médico-enfermera-, se entiende que preste oídos sordos al feminismo.

4) Por último, el aislamiento intelectual (selectivo) de los debates teóricos en curso parece ser una seña de identidad de la bioética. Especialmente se muestra refractaria a la atención a las controversias que suscitan las teorías críticas sobre la raza/etnicidad y el género, el postmodernismo y el multiculturalismo. No obstante, el aislamiento teórico es selectivo dada la buena acogida de la bioética a los enfoques narrativistas -los casos son mininarrativas- y su atención, en algunos casos, al comunitarismo. La tesis de Wolf es que siempre se abre a aquellas tradiciones que no cuestionan el *establishment*³⁸.

Estas cuatro características son las que explican, en opinión de Wolf, que sistematiza las críticas originarias de Sherwin y Mahowald, el desencuentro entre bioética y feminismo. Ante nosotros, se abre el interrogante de qué camino seguir ante este estado de cosas.

5. Claves de un "encuentro": la sistematización de Rosemarie Tong

Según Rosemarie Tong, para distinguir entre enfoques feministas y no feministas en bioética debemos primero distinguir entre enfoques feministas y no feministas en ética. Los enfoques feministas en bioética nos van a permitir a) "formular críticas morales de acciones, prácticas, e instituciones en el ámbito de la biomedicina que refuerzan la subordinación de las mu-

jer"39; b) desarrollar métodos justificados moralmente de contrarrestar tales acciones, prácticas e instituciones; y c) imaginar modos ideales de reestructurar el ámbito de la biomedicina de un modo liberador para las mujeres. Se reitera aquí el no a una minimización de la aportación feminista que tenga que ver sólo con algunas recomendaciones a las políticas sanitarias.

La primera advertencia que tenemos hacer es la de no desanimarnos ante la pluralidad de opciones que revela el feminismo hoy. No se puede acabar exigiendo que se de a los problemas una única solución correcta -un ejemplo de esto puede ser la discusión feminista sobre las NTR40-. Los efectos de la pluralización han afectado al feminismo exigiendo atención a las diferencias, peculiaridades, idiosincrasias,... Hablemos, pues, de feminismos -liberal, socialista, radical, cultural, multiculturalista, global (en su atención a la desigualdad norte-sur), ecológico o ecofeminismo, pero, también, existencialista, psicoanalítico o postmoderno- y de sus particulares aproximaciones a los problemas bioéticos. No obstante, esto no imposibilita que exista una base común a todos ellos. Algo que Rosemarie Tong expresa así:

(...) lo que exigen y demandan los enfoques feministas en ética (es):

- 1) atender a los intereses y cuestiones morales de las mujeres tanto como a los de los hombres,
- 2) tratar a ambos, hombres y mujeres, como agentes morales completos.
- 3) afirmar los valores culturales que han sido asociados con las mujeres (interdependencia, comunidad, conexión, la idea de compartir, emoción, cuerpo, ausencia de jerarquías, naturaleza, inmanencia, procesos, alegría, paz y vida) al menos tanto como los valores que han sido asociados con los hombres (independencia, autonomía, intelecto, voluntad, prudencia, jerarquía, dominación, cultura, transcendencia, resultados, ascetismo, guerra y muerte);
- 4) valorar las experiencias y los modos de razonamiento moral de las mujeres tanto como los de los hombres.⁴¹

La gran variable unificadora de los enfoques feministas es una metodología crítica puesta a punto para desvelar los efectos distorsionadores del androcentrismo sobre las vidas de las mujeres. Los elementos que aportan diversidad apuntan a los compromisos ético-políticos, ontológicos y epistemológicos. No obstante, haciendo balance de estos aspectos, Tong detecta una serie de tendencias que pueden coaligarse en una suerte de consenso feminista de futuro que sirva de base para afrontar los retos teóricos y aplicados de la bioética. Estas son el eclecticismo político -dominado por un ánimo pragmático opuesto a todo dogmatismo-, una ontología -nosotras diríamos mejor antropología- basada en la noción de "auto-

koinoia" propuesta por Sarah L. Hoagland que se opone a la noción de autonomía por no reconocer el carácter relacional de nuestras identidades morales, el que "somos seres inextricablemente relacionados con otros seres"⁴², una epistemología posicional -la verdad y el conocimiento siempre es situacional y parcial-, y una ética, que, por partir de la premisa relacional, se decanta como ética del diálogo que incluya cuántas más perspectivas diferentes mejor y que, a la vez, se define por la primacía de la responsabilidad.

La crítica al concepto de autonomía es uno de los puntos de toque más importante para ver como las objeciones feministas pueden desestabilizar el edificio bioético. La ontología relacional mina la comprensión de los conflictos bioéticos tal y como se ha realizado hasta el momento e introduce, junto a una inflexión crítico-política, el cuestionamiento de las estructuras de poder en el mundo sanitario. Dos ejemplos de esto último son la revelación del subtexto de género de la relación clínica -el profesional médico se "viriliza" y el paciente se feminiza al exigírsele, desde la verticalidad jerárquica tradicional, obediencia, sumisión y pasividad, esto es, que sea un "buen" paciente- y la estructura generizada y jerarquizada de los profesionales sanitarios divididos en médicos/enfermeras con una atribución seccionada de dos funciones que, desde enfoques feministas, se ven como un continuo: curar-cuidar.

La propuesta de Alison Jaggar⁴³, que Tong toma como ejemplo de metodología feminista aplicable a la bioética, se denomina "diálogo práctico feminista" y no comienza por la formulación de principios generales, sino por la creación de oportunidades para que los participantes hablen de sus propias experiencias morales. Las narrativas individuales son el material de partida para la reflexión colectiva que, en el caso de los problemas determinados por la carga genérica, revertirá en la comprensión de los factores sociales, institucionales, culturales, etc. que condicionan la opresión por razón de sexo. Este modelo de diálogo exige: responsabilidad, auto-disciplina, sensibilidad, respeto y confianza, pero, además, vincula la preocupación por el otro con el hecho de comprenderle, de entender demandas que, en principio, para uno puedan resultar extrañas y ajenas al no entender la lógica cultural y vivencial que les subyace. De lo que se trata es de no usurpar la voz del otro/ de la otra. Se dibuja así el requisito de la "escucha" como componente esencial del diálogo, así como el requisito de recordar a los otros las limitaciones de visión de las que todos y todas estamos aquejados. Jaggar y otras autoras, como Iris Marion Young⁴⁴, trabajan en la puesta a punto de las pragmáticas contextuales.

¿Cómo redirigir el estado actual de la bioética? Mahowald está de acuerdo con Tong: la estrategia a seguir es la de asegurar en los foros de debate, en los comités, una representación proporcional a todos para que sea posible el escuchar otros puntos de vista distintos que correspondan a los que han estado ausentes. La alternativa es una suerte de democratización radical inclusiva de la misma bioética.

6. Posibilidades, horizontes y líneas de fuga

Lo que se ha dado llamar la variable género, constitutiva de los sistemas sociales y su organización, presta coloración y, en muchos casos, distorsión y constriñe las estimaciones sociales acerca de las mujeres. Las preasunciones sexistas, de tan "naturales" que parecen, muchas veces quedan sin detectar, en la invisibilidad, pero cada vez está más demostrado que dan forma a nuestros modos de pensar, al de hombres y mujeres, y a los modos en que pensamos o nos pensamos a nosotros mismos. Los contornos de ciertos conceptos fundamentales -de la maternidad a la racionalidad- que constituyen las herramientas de trabajo de los análisis bioteóricos están generizados. Las preconcepciones sociales acerca de hombres y mujeres están determinadas por las "lentes" del género y afectan "a qué tenemos en cuenta, qué valoramos, y cómo conceptualizamos aquello a lo que prestamos atención"⁴⁵.

Estos prejuicios se cuelan tanto en las teorías éticas tradicionales como en los modos de abordar las novedosas cuestiones bioéticas. Lo que ofrece la perspectiva feminista es el instrumental para ayudar a señalarlas, a determinar sus efectos negativos para las mujeres y para todos, porque, en definitiva, los efectos de los presupuestos sexistas socavan la pretensión de justicia y, por lo tanto, lo que puede ofrecer una bioética feminista va más allá de cualquier reduccionismo al uso.

No parece posible soslayar, a estas alturas, que el análisis moral exige atender al género: "(...) hay una demasiada larga historia de daño, desigualdad y desventajas basadas en el género como para ignorar la categoría"⁴⁶. Al mismo tiempo, parece necesario que todos y todas nos hagamos cargo de las limitaciones y particularidad que conlleva el propio punto de vista. Sólo así daremos entrada en el diálogo bioético a otras voces. Las éticas comunicativas parecen servir aquí, expurgadas de sus excesos abstractivos y formalistas, de marco de referencia si se las redefine en términos de ética de la responsabilidad⁴⁷ al tiempo que se tiene cuidado en dotarlas de mecanismo de respeto a las diferencias, que no sólo las exigen los

feminismos sino el marco multiculturalista en el que nos movemos. Habría que expurgar los restos de paternalismo (patriarcalismo) autoritario que se han colado en una bioética pensada para oponerse precisamente a ello. La atención a las diferencias, al contexto, a la concreción parecen ser exigencias que se refuerzan desde los nacientes enfoques bioéticos feministas. Los análisis monolíticos no parecen ser de mucho interés si la intención es la de atender a las diferencias y a los más dañados. En definitiva, se trataría de romper con la homogeneidad para dar paso a una diversidad que sea representativa del conjunto de intereses y necesidades de la población en general dejando atrás la mascarada de una pretensión de objetividad que sólo se muestra respetuosa con el *statu quo*. Más que dar, por poner un ejemplo, tanta incidencia a la autonomía, en el caso típico de rechazo a tratamiento, habría que atender a las necesidades de los pacientes que pueden requerir de una mayor intervención sobre su medio social y sus carencias: nutrición, vivienda, condiciones de trabajo, atención, etc. Una dimensión crítica global al sistema de cosas establecido y el dar entrada a la heterogeneidad son las vías de salida del desencuentro entre bioética y feminismo que señala Sherwin.

Reconocer al género como factor estructurante de la empresa médica asistencial y de la investigación científica supone no aceptar un estado de cosas dados y repensar las condiciones institucionales de la biomedicina, sus jerarquías de poder y autoridad y los subtextos de género de los roles de pacientes, sujetos de investigación, enfermeras, médicos y cuidadoras. En este texto de recopilación sólo hemos acotado una serie de nuevas posibilidades de análisis que habrá que ir desarrollando tanto en el plano de la bioética teórica como en el de la aplicada. La cuestión del método, la de la relevancia bioética de la ética del cuidado⁴⁸ y la detección del subtexto de género de la relación clínica serán nuestros próximos temas de estudio desde la intención de conjugar la bioética y la clave interpretativa suministrada por el género.

Notas

- ¹ Gilligan, C.: 1985, *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México, F.C.E. Sobre la repercusión de la crítica feminista sobre la obra de Habermas véase: Fraser, N.: 1990, '¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género', in *Teoría feminista y teoría crítica*, Valencia, Ed. Alfons el Magnánim, pp. 49-88, y Benhabib, S.: 'El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista', in *op. cit.*, pp. 119-150. Hemos proseguido esta línea de

- investigación en Guerra, M.J.: 1998, *Mujer, identidad y reconocimiento. Habermas y la crítica feminista*, Instituto Canario de la Mujer, y hemos ensayado una reconstrucción de las líneas de fuga de una ética feminista en Guerra, M.J.: 1997, 'Hacia una ética feminista: tareas, problemas y controversias', *Laguna, Revista de Filosofía* 4, 181-198.
- ² Véase Guerra, M.J.: 1997, 'Mujeres y fin de siglo: el desafío feminista a la ética', in G. Bello y otros: *Ética y modernidad, Cuadernos del Ateneo de La Laguna*, pp. 31-52.
- ³ Fox Keller, E.: 1992, *Reflexiones sobre género y ciencia*, Valencia, Alfons le Magnànim. Véase, también, de S. Harding *Ciencia y Feminismo*, Madrid, Morata, 1996, y Bleier, R. (ed.): 1991, *Feminist Approaches to Science*, Athenea, Teachers College Press.
- ⁴ Haraway, D.: 1995, *Ciencia, cyborgs y mujeres*, Madrid, Cátedra, y *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan@_Meets_OncoMouse™. Feminism and Technoscience*, New York, Routledge, 1997.
- ⁵ Véase Shrader-Frechette, K.: 1994, 'The Principle of Objectivity: Avoiding Biased Results/Reports' y 'Objectivity and Value Judgments in Research', in *Ethics of Scientific Research*, Lanham (Maryland), Rowman & Littlefield Publishers, pp. 48-55.
- ⁶ Tenemos que esperar pues al año 92 y 93 para contar con las primeras aproximaciones feministas a la bioética con dos libros pioneros. De Susan Sherwin: 1992, *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Philadelphia, Temple University Press, y de Mary Mahowald: 1993, *Women and Children in Health Care: An Unequal Majority*, New York, Oxford University Press. Al mismo tiempo, una iniciativa de la revista internacional sobre feminismo y filosofía, *Hypatia*, propiciaba la aparición de dos monográficos, uno dedicado a la salud de la mujer y otro a la reproducción -compilados por H.B. Holmes y L.M. Purdy en *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, 1992-. Pero las obras que señalan el "desencuentro" y el "encuentro" de la bioética y el feminismo son aún más recientes: de Susan M. Wolf como editora *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*, New York, Oxford University Press, 1996, auspiciada por el Centro Hastings y, asimismo, un monográfico del *Kennedy Institute of Ethics Journal* titulado 'Feminist Perspectives in Bioethics', Marzo, 6.1, 1996. Otros libros relevantes son de Laura M. Purdy: 1996, *Reproducing Persons: Issues in Feminist Bioethics*, Ithaca (New York), Cornell University Press, y de Rosemarie Tong: 1997, *Feminist Approaches to Bioethics. Theoretical Reflections and Practical Applications*, Westview Press.
- ⁷ Véase los numerosos ejemplos reunidos en la sección "Bias in the Sciences" en S. Harding & J.F. O'Barr (eds.): 1987, *Sex and Scientific Inquiry*, The University of Chicago Press.
- ⁸ Ehrenreich, B. & English, D.: 1984, *Brujas, sanadoras y enfermeras*, Barcelona, La Sal, y de las mismas autoras: 1990, *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus. Véase también, Oudshoorn, N.: 1994, *Beyond the Natural Body, An archeology of Sex Hormones*, New York, Routledge.
- ⁹ Véase González de Chávez, M.A. (comp.): 1993, *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*, Madrid, S. XXI; Wilkinson, S. & Kitzinger, C.: 1996, *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, Barcelona, Paidós. Rosser, S.V. (ed.): 1988, *Feminism within the Science & Health Care Professions: Overcoming Resistance*, Teachers College Press.
- ¹⁰ en Shrader-Frechette, K.: *Ethics of Scientific Research*, ed. cit., pp. 139-152.

- 11 Véase Pérez Sedeño, E.: 'Filosofía de la ciencia y feminismo: intersección y convergencia', *Isegoría* 12, 160-171 y Gómez, Amparo: 1998, 'De la mujer en la ciencia a las epistemologías feministas', in A. Gómez, J. Tally (eds.): *La construcción cultural de lo femenino*, Instituto Canario de la Mujer.
- 12 H. Longino, art. cit., p. 140.
- 13 Véase Echeverría, J.: 1995, 'El pluralismo axiológico de la ciencia', *Isegoría* 12, 44-79.
- 14 Recordemos aquí una investigación, de la que daba cuenta la prensa, sobre el sistema de la concesión de becas postdoctorales en ciencia en Suecia, país paladín de la igualdad sexual, ejemplificaba, no hace demasiado tiempo, este punto: con méritos igualados la balanza siempre se inclinaba del lado masculino.
- 15 *Op. cit.*, p. 142.
- 16 *Ibidem.*
- 17 Valga como ejemplo los intentos de demostrar la determinación genética del C.I. de los afroamericanos. Stephen K. Gould ha mostrado en *La falsa medida del hombre* que los test reflejan la cultura blanca de clase media y que garantiza la mala puntuación de los inmigrantes y de los afroamericanos. Además, se parte de una concepción unitaria de la inteligencia que va siendo desmentida.
- 18 Véase Gómez, A.: 1998, 'La cuestión de "la inferioridad mental de la mujer" en la ciencia decimonónica', in I. Perdomo, M.E. Monzón (eds.): *Discursos de las mujeres, discursos sobre las mujeres*, Instituto Canario de la Mujer.
- 19 Véase el análisis al que somete D. Haraway a las proyecciones de la primatología y a sus desmentidos, en *Ciencia, cyborgs y mujeres*, ed. cit.
- 20 Las metáforas cargadas de contenido sexista han basado la descripción de la fertilización. Véase Daniels, C.R.: 1997, 'Between Fathers and Fetuses: The Social Construction of Male Reproduction and the Politics of Fetal Harm', *Signs, Journal of Women in Culture and Society* 22, nº 3, 579-616.
- 21 Bell, S.E.: 1995, 'Gendered Medical Science: Producing a Drug for Women', *Feminist Studies* 3, 469-500.
- 22 Art. cit., p. 478.
- 23 Art. cit., p. 485.
- 24 Art. cit., p. 448.
- 25 Art. cit., p. 492.
- 26 *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6.1, 1996, 1-18.
- 27 Art. cit., p. 3.
- 28 Wolf, S.: 1996, 'Introduction: Gender and Feminism in Bioethics', in *Feminism & Bioethics. Beyond Reproduction*, Oxford University Press, p. 4.
- 29 Valls-Llobet, C.: 1994, *Mujeres y hombres: salud y diferencias*, Barcelona, Ed. Folio. Véase, también, de la misma autora y para una primera aproximación al tema 'Mujeres y hombres: haciendo visibles las diferencias' y 'Distintas maneras de vivir y enfermar', *Mujeres y salud, Revista de comunicación interactiva* 1, Barcelona, Mayo 1997, 1-8.
- 30 'Feminism and Bioethics', in S. Wolf (ed.): *op. cit.*, pp. 47-98.

- 31 Aquí vendría a cuento hacer mención de los planteamientos de la justicia ambiental y de la posibilidad de un enfoque ecosocial de la misma bioética. Véase Hofrichter, R. (ed.): 1993, *Toxic Struggles. The Theory and Practice of Enviromental Justice*, Philadelphia, New Society Publishers.
- 32 'On Treatment of Myopia: Feminist Standpoint Theory and Bioethics', in S. Wolf (ed.): *op. cit.*, pp. 95-115.
- 33 Art. cit, p. 96.
- 34 Estos son algunos de los ejemplos que proporciona Sherwin en el artículo que venimos comentando: la pobreza en los EEUU afecta en un 80% a las mujeres y a los niños y habría que hacerse cargo de este dato; el paternalismo médico no es ajeno al patriarcalismo que contrapone la "objetividad" del médico a la subjetividad de la paciente; las cuidadoras, agentes sanitarios invisibles, de la población son mujeres que desarrollan esta tarea en lo privado y sin reconocimiento social.
- 35 Mahowald revisa, en sus afirmaciones sobre compromiso metodológico, los modos de razonamiento moral propuestos por Carol Gilligan y Nel Noddings, que derivan este de la experiencia privativa hasta ahora de las mujeres en la tarea de cuidado de los otros, para concluir que hay que poner coto a la unilateralidad de esta visión que por no estar debidamente contextualizada no valora como el estar sometidas al imperativo del cuidado atornilla la opresión de las mujeres. El punto de vista de la justicia es insoslayable y necesita ser conectado con la visión proveniente de la ética del cuidado.
- 36 Véase Jonsen, A.R. & Toulmin, S.: 1989, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley, University of California Press.
- 37 *Op. cit.*, p. 16.
- 38 El caso de la desatención al Foucault del *Nacimiento de la clínica* puede ser un síntoma de este estado de cosas. Se requiere más análisis institucional.
- 39 Tong, R.: 1997, *Feminist Approaches to Bioethics. Theoretical Reflections and Practical Applications*, Westview Press, p. 9.
- 40 Véase 'Reproductive Technology and Women: Opportunity or Oppression?' en donde se ofrecen tres posiciones contrastadas a este respecto: las de L.B. Andrews, 'Surrogate Motherhood: the Challenge for Feminists', G. Corea, 'The Mother Machine', y M.A. Warren, 'The Ethics of Sex Preselection'. En K.D Alpern (ed.): 1992, *The Ethics of Reproductive Technology*, Oxford University Press. Véase, también, Meyer, C.L.: 1997, *The Wandering Uterus. Politics and the Reproductive Rights of Women*, New York University Press, y Purdy, L.M.: *Reproducing Persons. Issues in Feminist Bioethics*, ed. cit.
- 41 *Op. cit.*, p. 2.
- 42 R. Tong, *op. cit.*, p. 94.
- 43 Jaggar, Alison M.: 1995, 'Toward a Feminist Conception of Moral Reasoning', in James Sterba (ed.): *Moral and Social Justice*, Rowman and Little. Citado por R. Tong en *op. cit.*
- 44 Young, I.M.: 1997, *Intersecting Voices. Dilemmas of Gender, Political Philosophy, and Policy*, Princeton University Press.
- 45 Little, M.O.: 1996, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6.1, 1-18, p. 2.
- 46 Art. cit., p. 21.

- 47 Véase Smith, F.F.: 'Communicative Ethics in Medicine: The Physician-Patient Relationship', in S. Wolf (ed.): *op. cit.*, pp. 184-251.
- 48 Carse, A.L., Lindemann Nelson, H.: 1996, 'Rehabilitating Care', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6.1, 19-35. Fry, S.T.: 'The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics' y Sichel, B.A.: 'Ethics of Caring and the Institutional Ethics Committee', in H.B. Holmes, L.M. Purdy: *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, ed. cit.

María José Guerra es Profesora de Ética en la Facultad de Filosofía de La Laguna. Autora del libro *Mujer, identidad y reconocimiento. Habermas y la crítica feminista* (Instituto Canario de la Mujer, 1998) y de diversos artículos publicados en revistas especializadas que atienden a la convergencia de la ética, tanto teórica como aplicada, con el instrumental crítico feminista.