

GÉNERO Y BIOÉTICA

**María Casado, Florencia Luna
y Rodolfo Vázquez**
(coordinadores)



**SUPREMA CORTE
DE JUSTICIA DE LA NACIÓN**

editorial
fontamara

GÉNERO Y BIOÉTICA

María Casado, Florencia Luna y Rodolfo Vázquez
Coordinadores

Colec. "Género, Derecho y Justicia"

PRESENTACIÓN

En el año 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación emprendió un programa de actividades para introducir la perspectiva de género en sus ámbitos jurisdiccional y administrativo como una de las estrategias necesarias para cumplir con las obligaciones constitucionales derivadas del principio de igualdad y del derecho a la no discriminación.

Entre los objetivos de dicho programa, se encuentra la reducción de los obstáculos para acceder a la justicia por parte de las mujeres y los grupos menos aventajados, el cuestionamiento de la supuesta neutralidad de las normas, y la visibilización de los impactos diferenciados que la interpretación de las leyes tiene en los hombres y en las mujeres.

En este marco, el Máximo Tribunal del país, a través del Programa de Igualdad de Género en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, estableció una alianza con la editorial Fontamara para la realización de la serie “Género, Derecho y Justicia”.

Esta serie y los propósitos que la animan son ahora posibles gracias al decidido apoyo de la Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en donde está adscrito el Programa de Igualdad de Género.

Esta serie, que hoy se pone a disposición del público, pretende sistematizar algunos de los abordajes teóricos más relevantes sobre la construcción social y cultural del género y su estrecha relación con el acceso y la impartición de justicia. Asimismo, desea articular las diversas críticas que los estudios de género han puesto sobre la mesa de la disciplina jurídica.

Partiendo del reconocimiento del pluralismo y la diversidad social en el marco de la igualdad democrática, y tomando seriamente en consideración los cambios sociales y culturales ocurridos en las últimas décadas en México, resulta imprescindible abordar, desde el punto de vista teórico y práctico, los desafíos que la perspectiva de género y la no discriminación presentan a los órganos de impartición de justicia y a la labor jurisdiccional.

Con el lanzamiento de la serie “Género, Derecho y Justicia”, la Suprema Corte de Justicia de la Nación toma parte activa en los debates académicos en la materia, contribuye al intercambio constructivo de saberes y experiencias, y propicia, en última instancia, una mejoría en el acceso a la justicia.

La esperanza es que las discusiones plasmadas en esta serie abonen a la construcción de una sociedad más incluyente y diversa, y a la transformación del quehacer jurisdiccional en el sentido de adoptar la defensa efectiva de los derechos y libertades fundamentales sin discriminación.

MÓNICA MACCISE DUAYHE
RODOLFO VÁZQUEZ

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 daba inicio en México el llamado “sexenio del cambio democrático”. Ello representaba la derrota del partido hegemónico en el poder durante setenta años y el estreno de un gobierno de derecha. Quizá alertando lo que podría significar este tipo de gobierno y anticipando las posibles consecuencias en materia civil y educativa, se comenzó a enfatizar a través de los medios y de la comunidad intelectual la importancia de la laicidad y de algunos valores y principios afines: la tolerancia, la pluralidad, la separación entre lo público y lo privado, la libertad religiosa y el proceso de secularización.

Tal énfasis resultaba especialmente importante en un fin de siglo y el inicio del siguiente, en lo que se advertía sobre el hecho de un cuestionamiento creciente de la laicidad. Desde hace algunas décadas, decía el sociólogo Roberto Blancarte:

Es notorio el proceso de recuperación de espacios públicos por parte de las religiones y no sólo en las áreas de mayor presencia católica; lo vemos en el islam, en el hinduismo y en los diversos cristianismos. La crisis de la utopía de la modernidad, la incapacidad de ésta para dar respuesta a todos los problemas sociales y de sentido de los individuos, la ausencia de una legitimidad de muchas instituciones políticas, ha conducido a un nuevo planteamiento del papel de las religiones y de las instituciones eclesiales en la actualidad.¹

¹ Roberto Blancarte (comp.), *Laicidad y valores en un Estado democrático*, México, El Colegio de México y Secretaría de Gobernación, 2000, p. 9.

La apreciación de Blancarte era correcta para el caso de México. Los seis años del gobierno foxista y los propios de Felipe Calderón han sido una confirmación de lo que podríamos llamar un reposicionamiento de la religión y un debilitamiento de la laicidad.² Menciono algunos ejemplos.

Hace algunos años, se abrió el debate en México en torno al tema de la laicidad educativa en las escuelas públicas. Se argumentó, entonces, nada menos que por el ombudsman nacional, que la prohibición de la enseñanza religiosa en las escuelas era una forma de discriminación negativa hacia aquellos padres de familia que sin tener recursos suficientes para enviar a sus hijos a escuelas privadas confesionales, debían enviarlos, contra sus convicciones, a escuelas públicas laicas. En el mismo sentido, para el presidente del Episcopado mexicano y actual presidente del Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM), Carlos Aguiar Retes, las leyes mexicanas deben garantizar la libertad religiosa, que es mucho más amplia en su contenido que la libertad de creencia y culto. Hacer valer la libertad religiosa es hacer valer el derecho de los padres de familia a que sus hijos sean educados conforme a su fe y el Estado debe implementar las condiciones y los recursos para que tal libertad religiosa no se vea limitada.³

Por supuesto, no es objeto de debate el hecho de que en materias como Historia y Educación Cívica se explique el fenómeno religioso y se enseñe una historia comparada de las religiones. Pero la pretensión del prelado va más lejos en el sentido de incluir la enseñanza de una religión como parte del currículo escolar y financiarla por el Estado. A esta pretensión se añaden otras demandas: el voto pasivo de los ministros de culto; el derecho a expresar sus opiniones en materia política y a asociarse con fines políticos; que las asociaciones religiosas posean medios de comunicación masivos, y que las iglesias reciban subsidios públicos mediante la recaudación de un impuesto especial que recogería y distribuiría el Estado.⁴

² El carácter laico del Estado mexicano se reconoce en una ley secundaria, la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de julio de 1992. El 30 de noviembre de 2012 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que se reforma el artículo 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se agrega el término “laico” para quedar como sigue: “Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, laica, federal compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental”. Esta reforma al texto constitucional, que toca directamente a las propiedades definitorias de la República, abre un amplio campo interpretativo y aplicativo de la normatividad en áreas tan sensibles como la salud, la seguridad social, las relaciones civiles, entre otras (además de la materia educativa ya contemplada en el artículo 3o. constitucional) y establece límites muy precisos para el uso de la fuerza coactiva del Estado.

³ Véase la entrevista de Rodrigo Vera a Aguiar Retes en *Proceso*, núm. 1574, 31 de diciembre de 2006, pp. 13 y ss.

⁴ Estas demandas se orientan a la eliminación del inciso e) del art. 130 constitucional: “Los ministros no podrán asociarse con fines políticos ni realizar proselitismo a favor o en contra de candidato, partido

En el debate sobre el tema de la clonación terapéutica y la posibilidad de investigación de embriones humanos, algunos dirigentes de la Conferencia del Episcopado Mexicano manifestaron su preocupación sobre el voto de México en las Naciones Unidas a través de un desplegado en los periódicos publicado en octubre de 2004. Lo que llama la atención de este pronunciamiento, en palabras de Roberto Blancarte, es que “No era usual que los obispos expresaran sus puntos de vista sobre temas controvertidos de políticas públicas de manera abierta”; y agrega: “Ellos, a partir de consideraciones de valor y de una cierta idea de la vida, pretendían ponerle un freno a cierto tipo de investigaciones. Poco importaba si con ello se coartaba la posible curación de muchos males que aquejan a la humanidad, como la diabetes, el cáncer o el Alzheimer”.⁵ Finalmente, pese a sendos comunicados enviados por asociaciones civiles, entre ellas por el Colegio de Bioética, a la Secretaría de Salud y de Relaciones Exteriores, México decide cambiar su intención de voto inicialmente permisiva, por una prohibitiva.

El 28 de agosto de 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió en sesión plenaria por 8 votos contra 3 validar constitucionalmente las reformas legales promovidas por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, mediante las cuales se despenaliza el aborto en las primeras 12 semanas de embarazo. Sin duda es una decisión de gran relevancia social y, por supuesto, progresista en el concierto de nuestros países latinoamericanos. Lo que me interesa destacar para los propósitos de este ensayo es que los órganos que interpusieron las acciones de inconstitucionalidad en contra de tales reformas fueron la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a través de su ombudsman con alegatos claramente metafísicos y religiosos, y la Procuraduría General de la República, órgano del Poder Ejecutivo Federal.

En junio de 2009, el presidente de la República, Felipe Calderón, afirmó categóricamente –con ocasión de la muerte de un cantante pop, que el mismo presidente atribuyó precipitadamente al consumo de fármacos– que la raíz de nuestros males se debe a que nuestra juventud padece de un desconocimiento de Dios: “Una juventud que por sus condiciones sociales, familiares, educativas, por falta de opor-

o asociación política alguna. Tampoco podrán en reunión pública, en acto de culto o de propaganda religiosa, ni en publicaciones de carácter religioso, oponerse a las leyes del país o a sus instituciones, ni agraviar, de cualquier forma, los símbolos patrios”. Éste es el sentido que orientó la iniciativa de reforma al artículo 24 constitucional, aprobada el 15 de diciembre de 2011 por la Cámara de Diputados, en cuyo propósito se señalaba que a la luz de la revisión del artículo 24 “se requerirá tanto la revisión de los artículos 3o., 5o., 27 y 130 como de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público [...] Sin embargo, por el momento, sólo existen condiciones para concretar la reforma al artículo 24 de la Constitución”. Finalmente, el contenido del artículo, modificado por ambas Cámaras, fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 19 de julio de 2013.

⁵ R. Blancarte, “Iglesia, clonación y democracia”, en *id.* (comp.), *Laicidad y valores en un...*, pp. 135 y ss.

tunidades, tienen pocos asideros trascendentes, tienen poco que creer, no creen en la familia, que tuvieron; no creen en la economía o en la escuela, no creen en Dios porque no lo conocen”.⁶

Y podríamos continuar con los ejemplos señalando la complicidad del gobierno con la jerarquía eclesiástica en los casos de sacerdotes pederastas; o las “macrolimosnas” otorgadas a la Iglesia católica por un gobernador estatal en franca violación a la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; o la más reciente y férrea oposición del gobierno federal y las iglesias para legalizar la unión de dos personas del mismo sexo, alegando acciones *contra natura*.

Por desgracia, las acciones y actitudes dogmáticas han mostrado la peor cara de las religiones y de las instituciones. No es extraño que esta situación haya provocado una polarización de las críticas y éstas se hayan deslizado hacia formas de “laicismo”, que no de laicidad. Norberto Bobbio caracteriza al “laicismo” por su tono beligerante, por un “lenguaje insolente, de rancio anticlericalismo, irreverente y, para decirlo en una palabra, nada laico, emotivo y visceral, que no se expresa con argumentos y, por lo tanto, parece querer rechazar cualquier forma de diálogo...”, es decir, aquel laicismo que necesita “armarse y organizarse” degenerando, también, en integrista, fundamentalismo y radicalismo.⁷ Digamos que ésta sería la otra cara de la moneda, que también ha encontrado en México manifestaciones claras de rechazo, impugnación y en ocasiones de violento repudio a cualquier manifestación pública de religiosidad.

¿Qué es la laicidad?

Entiendo por laicidad la doctrina que sostiene la imparcialidad del Estado ante las diversas creencias de los ciudadanos en materia de religión o de convicciones metafísicas. Esto quiere decir que: 1) las creencias religiosas o metafísicas, su transmisión y enseñanza se localizan en el ámbito privado; 2) en tanto expresión de un derecho individual, el Estado debe proteger la libertad ideológica, que se manifiesta también en la no profesión de creencia religiosa alguna, así como las ideas antirreligiosas o antimetafísicas; 3) las faltas a la moral de inspiración religiosa no tienen trascendencia política y más bien el Estado debe definir los delitos mediante criterios universalizables; 4) se debe privilegiar el criterio de argumentación y con-

⁶ Véase la crítica de Jesús Silva-Herzog Márquez, “Calderón contra el abismo ateo”, en *Reforma*, México, 29 de junio de 2009.

⁷ Norberto Bobbio, “Cultura laica y laicismo”, texto en respuesta a los intelectuales italianos que firmaron un “Manifiesto laico” contra el integrista religioso (17 de noviembre de 1999), publicado en *El Mundo* de España.

sentimiento de los individuos, a través del voto y del principio de mayoría, frente a la pretensión de la custodia de verdades reveladas por la divinidad a través de sacerdotes y jerarquías eclesíásticas o comunidades fundamentalistas.⁸

Respecto a lo público y lo privado, debe aclararse que si bien el ámbito primordial de las creencias religiosas es el privado, la libertad religiosa comprende también el derecho a expresar e intentar expandir las propias creencias en el ámbito público: “Desde la construcción de lugares de culto y de enseñanza religiosa hasta las procesiones y el proselitismo casa por casa”.⁹ Lo que importa entender es que el perímetro correcto del ejercicio de esos derechos debe situarse estrictamente dentro de la sociedad civil y no traspasar a la utilización del Estado. Éste debe mantener una posición de imparcialidad frente a todos los cultos, sin privilegiar alguna confesión religiosa por encima de las demás.

También conviene aclarar que imparcialidad no es sinónimo de neutralidad entendida como inacción. Esta distinción aparece clara en un voto concurrente del ministro José Ramón Cossío respecto a un amparo directo en revisión:

El quejoso alegaba que la Sala Familiar no había atendido su solicitud de ampliación del régimen de convivencia con su hija menor con el fin de, entre otras razones, asistir y celebrar con ella las festividades y tradiciones propias de la religión judía. Esta situación contravenía disposiciones establecidas en la Convención sobre los Derechos de los Niños porque no se garantizaban los términos y condiciones idóneas para que la menor pudiera formarse un juicio propio acerca de la identidad y la práctica religiosa judías. El Tribunal Colegiado negó el amparo con una interpretación muy particular del artículo 24 de la Constitución Federal. El Tribunal consideró que la autoridad jurisdiccional no puede determinar lo pertinente respecto a la libertad religiosa por impedirlo el principio de laicidad del Estado y que, en esa medida, no puede fijar un régimen de convivencia con el fin de que la menor asista a las celebraciones y festividades judías.

El ministro Cossío, en su voto concurrente, argumentaba lo siguiente:

Mantener que la neutralidad estatal frente a las variadas creencias de los ciudadanos exige al Estado no actuar o no pronunciarse es olvidar que, en una gran cantidad de ocasiones, esa abstención no hace sino convalidar un estado de cosas pro-

⁸ Véase Alfonso Ruiz Miguel, “Laicidad, laicismo, relativismo y democracia”, en Rodolfo Vázquez (coord.), *Laicidad. Una asignatura pendiente*, México, Coyoacán, 2007, pp. 159-160. Véase también R. Blancarte, “Laicidad: la construcción de un concepto universal”, en R. Vázquez (coord.), *Laicidad. Una asignatura pendiente*, p. 35.

⁹ *Idem*.

fundamente asimétrico desde el punto de vista de los derechos y libertades de las partes. [...] lo que la Constitución exige fundamentalmente es imparcialidad, no inacción, y que el principio de separación entre las Iglesias y el Estado consagrado en el artículo 130 de la Constitución Federal no exime en muchos casos a los órganos estatales del deber de regular en distintos niveles (legislación, reglamentación, aplicación judicial) cuestiones que se relacionan con la vida religiosa de las personas.¹⁰

Esta laicidad “activa”, en términos de imparcialidad y no de neutralidad, debe distinguirse de la idea popularizada por Nicolás Sarkozy, en la visita de Benedicto XVI a Francia en septiembre de 2008 sobre la laicidad “positiva”. Esta última, en términos de uno de sus críticos, es “aquella fórmula institucional que respeta la libertad de creer o no creer (en dogmas religiosos, claro) porque ya no hay más remedio, pero considera que las creencias religiosas no sólo no son dañinas sino beneficiosas social y sobre todo moralmente”.¹¹ Apoyándose en Jean Baubérot, Fernando Savater critica con razón tal tipo de laicidad porque significa:

Una forma de neoclericalismo, confesional, pero no confeso. Y eso porque un Estado realmente laico no sólo no puede dejarse contaminar por ninguna religión, ni privilegiar ninguna de las existentes sobre las demás, sino que tampoco puede declarar preferible tener una religión o no tenerla.¹²

Dicho lo anterior, quisiera detenerme en la cuarta característica señalada por Ruiz Miguel, la de privilegiar la argumentación y el consentimiento de los individuos en una sociedad democrática representativa, por encima de la custodia y eventual imposición de verdades reveladas o convicciones metafísicas por parte del Estado, en colusión abierta o solapada con las autoridades eclesiásticas. Es claro que el pluralismo de creencias últimas en materia religiosa es seguramente inevitable, pero, como afirma el autor: “Los intentos de imponer una u otra posición en esta materia por otras vías que no sean la argumentación racional y razonable o el ejemplo de la coherencia y la probidad de las conductas, son una clara negación de la libertad religiosa a la que todos los seres humanos tienen derecho”.¹³

¹⁰ José Ramón Cossío, “Laicidad del Estado y libertad religiosa: cómo armonizarlas”, en *Letras Libres*, núm. 112, abril de 2008, pp. 64-65. Amparo directo en revisión 502/2007.

¹¹ Fernando Savater, “Siempre negativa, nunca positiva”, en *El País*, España, 16 de octubre de 2008, pp. 31-32.

¹² *Idem*.

¹³ A. Ruiz Miguel, “Laicidad, laicismo, relativismo y democracia”, en *op. cit.*, p. 192.

Creencias religiosas y deliberación pública

En términos de Cristina Lafont, la cuestión a debatir sería la siguiente: “¿Es posible realmente articular una noción de lo ‘racionalmente aceptable’ que todos los ciudadanos puedan compartir a pesar de no coincidir en una visión del mundo o en una concepción del bien homogénea?”¹⁴

En *Liberalismo político* John Rawls propone su conocido “consenso sobrepuerto”.¹⁵ Esta noción se apoya en el supuesto de que la razón común a todos los seres humanos es suficiente para descubrir y justificar nuestras obligaciones morales y políticas. El consenso obtenido respecto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU sería un claro ejemplo de consenso sobrepuerto.

A partir de tal consenso, Rawls distingue entre razón pública y razón privada, distinción necesaria para responder la cuestión de qué tipo de argumentos son aceptables e inaceptables en la deliberación pública. Para Rawls, nada impide que los ciudadanos que participan en la deliberación pública política ofrezcan razones procedentes de las doctrinas comprensivas, metafísicas o religiosas, en las que creen, pero siempre y cuando ofrezcan además razones generalmente accesibles a todos los ciudadanos que justifiquen dichas doctrinas. Si estas doctrinas comprensivas no pueden apoyarse en razones públicas paralelas deben excluirse de la deliberación. El problema de esta concepción salta a la vista: ¿se puede pedir a un ciudadano que sacrifique sus aspiraciones de corrección sustantiva para satisfacer las aspiraciones de legitimidad democrática? Quien no estuviera dispuesto a hacerlo mantiene su sinceridad a costa de ser excluido o autoexcluirse de la deliberación pública; quien estuviera dispuesto a hacerlo apelaría a razones prudenciales para incluirse en el debate democrático, pero a costa de una buena dosis de sinceridad.

En los últimos años, Jürgen Habermas ha dedicado algunos trabajos a esta temática retomando y criticando la propuesta de Rawls¹⁶ y debatiendo, entre otros, con Joseph Ratzinger.¹⁷ Habermas coincide con Rawls en el sentido de que al determinar las medidas políticas coercitivas que vayan a adoptarse, sólo cuentan las razones generalmente accesibles, las “razones seculares”. Pero a diferencia de Rawls, Habermas distingue entre una esfera pública informal y una esfera pública formal o institucional, propia de los funcionarios administrativos, legisladores y jue-

¹⁴ Cristina Lafont, “Democracia y deliberación pública”, en Rodolfo Arango (ed.), *Filosofía de la democracia. Fundamentos conceptuales*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, 2007, p. 130.

¹⁵ John Rawls, *Liberalismo político*, México, FCE, 1995.

¹⁶ Jürgen Habermas, *Entre naturalismo y religión*, Paidós, Barcelona, 2006, especialmente cap. 5, “La religión en la esfera pública”.

¹⁷ Jürgen Habermas y Joseph Ratzinger, *Entre razón y religión. Dialéctica de la secularización*, México, Cenzontle/FCE, 2008.

ces. En la primera los ciudadanos pueden apelar a razones exclusivamente religiosas en la deliberación siempre y cuando reconozcan la obligación de traducción institucional. Sólo las razones religiosas que puedan traducirse con éxito en razones seculares podrán pasar el filtro institucional y aspirar a ser coercitivas. Con esta distinción, la propuesta de Habermas permite a los ciudadanos en la esfera pública informal expresar y justificar sus convicciones en un lenguaje religioso si no pueden encontrar traducciones seculares para ellas. De esta manera, Habermas solventa el problema de la deshonestidad y permite a los ciudadanos religiosos entender la deliberación pública como un proceso cognoscitivo genuino. ¿Pero hacer esta distinción tan radical entre ciudadanos religiosos y ciudadanos seculares no pondría en peligro los prerequisites de la deliberación pública en términos de simetría de los participantes?

Habermas responde, de acuerdo con las condiciones formales de todo discurso racional, que no tiene ningún sentido permitir la inclusión de razones religiosas en las contribuciones a la deliberación pública sin el requisito correlativo de exigir que los demás participantes tomen en serio tales contribuciones. Esto es posible si se puede esperar de todos los ciudadanos que no nieguen, en principio, todo posible contenido cognitivo a esas contribuciones. De aquí que, sorpresivamente, los ciudadanos seculares tienen que cumplir con dos condiciones: 1) abrirse cognitivamente a la posible verdad de las creencias religiosas y 2) ayudar a traducir el contenido de las mismas que pueda ser expresado en un lenguaje secular y justificado con argumentos seculares. Habermas es explícito en este punto en su conversación con Ratzinger:

Los ciudadanos secularizados, en tanto que actúan en su papel de ciudadanos del Estado, no pueden negar por principio a los conceptos religiosos su potencial de verdad, ni pueden negar a los conciudadanos creyentes su derecho a realizar aportaciones en lenguaje religioso a las discusiones públicas. Es más, una cultura política liberal puede incluso esperar de los ciudadanos secularizados que participen en los esfuerzos para traducir aportaciones importantes del lenguaje religioso a un lenguaje más asequible para el público en general.¹⁸

Sin embargo, como señala lúcidamente Lafont, resulta que ahora, a diferencia de los ciudadanos religiosos, los ciudadanos seculares son los que no pueden adoptar públicamente la perspectiva cognitiva que se corresponde con sus verdaderas creencias si éstas resultan ser de tipo secular. Estaríamos tratando a los ciudadanos seculares no bajo un criterio normativo sino instrumental y, por supuesto, caeríamos en el mismo dilema de la sinceridad que ya hemos visto en Rawls, nada

¹⁸ *Ibid.*, p. 33.

más que ahora aplicado a los ciudadanos seculares. Más aún, si después de todo este esfuerzo no se encuentran traducciones seculares para las convicciones religiosas, pues éstas quedan excluidas para adoptar las políticas coercitivas correspondientes.

Todo lo anterior sin profundizar en la idea de “potencial de verdad” de los conceptos religiosos. Pensemos un instante cuál sería el potencial de verdad de conceptos religiosos como la encarnación de Cristo, el pecado original, la transustanciación, la virginidad de María, la resurrección, el juicio final, y así por el estilo, al menos en la confesión cristiana. ¿De qué recursos epistemológicos podría echar mano el ciudadano secular para traducir este lenguaje religioso al público en general? Si Habermas no tiene en mente este tipo de verdades de fe en los cristianos al momento de ingresar a la deliberación pública y las descarta como no traducibles a un lenguaje secular, y por lo tanto imposible de ser institucionalizadas, entonces el remanente susceptible de traducción es irrelevante. Así, por ejemplo, si un cristiano afirma que “todos somos hijos de Dios” y con ello se interpreta que “todos somos iguales en dignidad”, o bien se trivializa lo que en la fe cristiana significa ser “hijo de Dios”, o bien se abusa de la analogía entre “hijos de Dios” y “dignidad humana”. No encuentro ninguna relación posible entre el concepto de “dignidad humana” y la idea de ser “hijo” de un ser divino trascendente y espiritual, con todos los atributos infinitos. Mucho menos, que por ser todos hijos de un padre con tales cualidades, seamos humanamente iguales.

Pero entendámonos bien, no se niega el derecho de todo creyente a creer lo que les parezca más adecuado para organizar su plan de vida personal. Lo que se argumenta es que si son ciudadanos y, por tanto, partícipes en la deliberación pública, y tienen la pretensión de que sus convicciones sean coercitivas, entonces deben someter los contenidos de las creencias a un escrutinio racional y razonable. La premisa que subyace en el debate es la que prescribe que es moralmente correcto ejercitar la coerción sólo con base en consideraciones públicamente aceptables, sin violar el principio de simetría entre los participantes. Esta prescripción supone, en términos de Rawls, un “deber de civilidad”, es decir, la exigencia de no ofrecer ciertas verdades –consideraciones metafísicas o religiosas– como justificación del ejercicio del poder político.

En esa misma dirección se encamina la propuesta de Dworkin. El problema hoy día, piensa este autor, no se ciñe tanto a si el Estado debe ser tolerante o neutral respecto a todos los credos religiosos pacíficos y también hacia las personas que no profesan ninguna fe, distinguiendo claramente entre el ámbito público y el privado. Estados Unidos es un buen ejemplo en donde casi 70% de los estadounidenses cree que su presidente debe ser una persona religiosa y cuyo sistema ha sido calificado por la encuestadora Celinda Lake como “la democracia industrializada

más religiosa del mundo”.¹⁹ Más bien, el problema es saber sobre qué base debe asentarse el cultivo de nuestra tolerancia. ¿Una nación religiosa que tolera la falta de fe? ¿O una nación laica que tolera la religión? Dworkin argumenta, correctamente, a favor de esta segunda opción.²⁰ Veamos.

El modelo religioso tolerante parte de una concepción de la libertad religiosa que no incluye, por ejemplo, el derecho a abortar, el matrimonio homosexual o la eutanasia activa; por el contrario, el modelo laico tolerante sí incluye tales derechos. Lo que no parece congruente en el primer modelo es defender la libertad religiosa extendiéndola a los ateos y agnósticos, y al mismo tiempo, estrechar tal libertad limitando los derechos que pueden hacer valer estos últimos. Su concepción amplia de la tolerancia exige una teoría más general de las libertades. ¿Cuál sería la estructura de estas libertades?

Dworkin propone una formulación inicial: las libertades son el derecho a hacer lo que usted quiera con los recursos que son legítimamente suyos. El alcance de estas libertades no es ilimitado, depende de otros ideales, incluido el ideal de justicia distributiva. Así, las libertades no resultan dañadas cuando el gobierno decide limitar la libertad si tiene alguna razón distributiva convincente para hacerlo. Existen dos tipos de justificaciones distributivas limitativas de la libertad: las justificaciones personalmente estimativas o las justificaciones impersonalmente estimativas. Las primeras apelan a juicios de valor sobre el tipo de vida que es bueno o malo para las personas de cuya vida se trata; mientras que las segundas apelan a algún objeto o hecho que es intrínsecamente valioso, independientemente del valor que posea para las personas. Las primeras no pueden servir de justificación para la coerción estatal, a través de la regulación jurídica, porque invocan fundamentos personalmente estimativos, aun cuando éstos pudieran ser mayoritarios. Sólo el modelo laico tolerante estaría en condiciones de apelar a justificaciones impersonalmente estimativas, como podrían ser los mismos derechos humanos, y en último término el principio de responsabilidad personal, que no es sino otra forma de enunciar el principio de dignidad de la persona. Así, por ejemplo, los jueces que emitieron votos particulares en el Tribunal Supremo de Massachussets expresando su disconformidad con la sentencia que reconocía el matrimonio homosexual sugerían que la prohibición estaría justificada porque un matrimonio heterosexual proporciona un mejor entorno para la educación de los hijos. No hay evidencia significativa, y menos aún, convincente, piensa Dworkin, a favor de esta opinión. Tal

¹⁹ Véase Celinda Lake, *El Universal*, sección El Mundo, 20 de julio de 2007. Es interesante hacer notar, “que si bien hay un alto número de creyentes (92% cree en la existencia de un dios o algún espíritu universal), no hay dogmatismo entre la mayoría de ellos y sí, en cambio, diversidad en las creencias y prácticas religiosas”, Arturo Balderas, “Breviario religioso”, en *Nexos*, núm. 369, septiembre de 2008, p. 15.

²⁰ Ronald Dworkin, *La democracia posible. Principios para un nuevo debate político*, Barcelona, Paidós, 2008, pp. 90 ss.

punto de vista refleja un juicio basado en valores de tipo religioso, que si bien tienen un fuerte arraigo cultural, no constituyen una razón impersonalmente estimativa para justificar su prohibición.

Derechos de las mujeres

La argumentación de Dworkin, en línea con la de Rawls, es aplicable a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El hecho de que el aborto, por ejemplo, pudiera ser un asesinato no depende de si un feto es un ser humano en algún momento poco después de la concepción; más bien depende de si, en esa etapa temprana, el feto tiene intereses y por consiguiente el derecho a la protección de los mismos. Para Dworkin, el feto no tiene intereses propios porque ninguna criatura los tiene a no ser que haya tenido una vida psíquica capaz de generarlos. Por lo tanto, los fetos inmaduros no tienen derechos, ni el aborto es un asesinato. El hecho de no tener una vida psíquica que posibilite la protección de la misma es una razón impersonalmente estimativa que excluye la prohibición del aborto y permite, a su vez, la protección y expansión de la dignidad de la mujer, que sí tiene una vida psíquica madura. La mujer es sujeto de derechos, y esto implica la exigencia de protección coercitiva a través de la normatividad jurídica. Detengámonos un poco más en estos derechos de las mujeres, y tomemos el problema del aborto, sólo a manera de ejemplo. ¿De qué derechos estamos hablando? Sin entrar a especificidades jurídicas, pienso que podríamos hablar de cuatro tipos genéricos de derechos: derecho a la privacidad, a la autonomía personal, a la dignidad y a la igualdad.

El derecho a la privacidad se expresa en la libre decisión de la mujer sobre su propio cuerpo, permítanme citar el conocido ejemplo de Judith Thomson:

Imagine lo siguiente: usted se despierta una mañana y se encuentra en la cama espalda contra espalda con un violinista inconsciente. Un famoso violinista inconsciente. Se descubrió que tiene una enfermedad renal mortal, y la Sociedad de Amantes de la Música ha consultado todos los registros médicos disponibles y ha descubierto que sólo usted tiene el grupo sanguíneo adecuado para ayudarlo. Por consiguiente usted ha sido secuestrado, y la noche anterior han conectado el sistema circulatorio del violinista al suyo, de modo que los riñones de usted puedan ser usados para purificar la sangre del violinista además de la suya propia. Y el director del hospital le dice ahora a usted: "Mire, sentimos mucho que la Sociedad de Amantes de la Música le haya hecho esto, nosotros nunca lo habiéramos permitido de haberlo sabido. Pero, en fin, lo han hecho, y el violinista está ahora conectado a usted. Desconectarlo a usted sería matarlo a él. Pero no se preocupe, sólo es por

nueve meses. Para entonces se habrá recuperado de su enfermedad, y podrá ser desconectado de usted sin ningún peligro”. ¿Está usted moralmente obligado a acceder a esta situación? No hay duda de que sería muy amable de su parte si lo hiciera, demostraría una gran generosidad. Pero ¿tiene usted que acceder? [...] ¿Qué sucedería si el director del hospital dijera: “Mala suerte, de acuerdo, pero ahora tiene usted que quedarse en cama, conectado al violinista, por el resto de su vida. Porque recuerde esto: toda persona tiene derecho a la vida; y los violinistas son personas. Por supuesto, usted tiene derecho a decidir lo que suceda a su cuerpo y en su cuerpo, pero el derecho de una persona a la vida prevalece sobre el derecho de usted a decidir sobre su cuerpo. Así que nunca podrá ser desconectado de él”? Creo que usted consideraría que eso es monstruoso, lo cual es indicio de que hay algo realmente equivocado en el argumento que acabo de mencionar y que suena tan verosímil.²¹

¿Quién con un mínimo de sensatez no aceptaría que existe una asimetría entre el feto y la mujer? El paradigmático *Caso Roe vs. Wade* se construyó a partir del reconocimiento del derecho a la privacidad. La restricción legal del aborto representa una intromisión del poder del Estado en la vida privada de las mujeres y siendo, a mi juicio, el argumento más poderoso para limitar su intervención a través de la penalización. Es este mismo derecho a la privacidad el que se alega, con razón, por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, consagrado en el artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José), en el reciente *Caso Murillo*:

En marzo de 2000, la Corte Constitucional de Costa Rica se pronunció sobre la fertilización *in vitro* y determinó que los embriones son personas legales desde el momento de la concepción y tienen derecho a la vida. La Corte argumentó que el Estado debe proteger el derecho a la vida de los embriones bajo el artículo 4 de la Convención Americana: la destrucción de cualquier embrión, accidental o intencional, violaba el derecho a la vida y, por lo tanto, se estableció una prohibición a la fertilización *in vitro*. Poco tiempo después el caso de *Gretel Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica* fue llevado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para cuestionar la prohibición a la fertilización *in vitro*. En julio de 2011, la CIDH presentó su opinión sobre el caso. Al referirlo a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Comisión encontró que la prohibición violaba el artículo 11 de la misma Convención (ya mencionado), entre otros.

²¹ Judith J. Thomson, “Una defensa del aborto”, en Margarita M. Valdés (comp.), *Controversias sobre el aborto*, México, UNAM/FCE, 2001, pp. 188-190.

Finalmente, el 28 de noviembre de 2012, la Corte Interamericana pronunció su sentencia sobre el caso, reconociendo los derechos a la integridad personal, libertad personal, vida privada, intimidad, autonomía reproductiva, acceso a servicios de salud reproductiva y a fundar una familia de las personas que decidieran el empleo de técnicas de fertilización *in vitro*.

Concluyó que la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica partió de una protección absoluta del embrión que, al no ponderar ni tener en cuenta los otros derechos en conflicto, implicó una intervención arbitraria y excesiva en la vida privada y familiar que hizo desproporcionada la interferencia en la vida de las víctimas.

Mediante el uso de diversos métodos de interpretación, la Corte determinó que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana, además, concluyó que la “concepción” en el sentido estricto de dicho artículo tiene lugar desde el momento en que el embrión es implantado en el útero, por lo que antes de ese evento no procede la aplicación del artículo 4 de la Convención.²²

El derecho a la autonomía personal se concreta fundamentalmente en el derecho a la libertad sexual y reproductiva, y de manera muy general, en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, o bien, en el derecho a planear y decidir su propio plan de vida y realizarlo. Se trata de entender la autonomía personal en términos de autorrealización, de capacidad, en el sentido de Amartya Sen, o si se prefiere, de libertad positiva. Y aquí la diferencia con el feto es insuperable. No hay ninguna evidencia científica que permita concluir que el feto posee alguna capacidad autónoma, o intereses propios, en los términos de Dworkin; por lo mismo, no es titular de derechos fundamentales. ¿Significa esto que quedan desprotegidos de la tutela constitucional? No. El embrión y el feto son bienes tutelados jurídicamente, pero no son titulares de derechos fundamentales. De muchos recursos naturales o del mismo patrimonio cultural de la nación decimos que son bienes tutelados por la Constitución, pero de ninguno de estos bienes decimos que son titulares de derechos fundamentales. Lo mismo sucede con el embrión y el feto. Así lo entendió, por ejemplo, la Corte Constitucional colombiana en un fallo del 10 de mayo de 2006. En este fallo se destacó la no equivalencia entre el *nasciturus* y la vida humana de la mujer con todos los derechos de esta última: a su cuerpo, a su sexualidad y reproducción, a su intimidad, etcétera.

²² Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Artavia Murillo y otros* (“fecundación *in vitro*”) vs. *Costa Rica*. Sentencia del 28 de noviembre de 2013. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Serie C. Número 258. Disponible en <<http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/casos-contenciosos>>.

Pero quiero dar un paso más en el reconocimiento de la autonomía de la mujer. No se trata de una autonomía condicionada, es decir, respetar la autonomía de la mujer porque si no fuera así se daría lugar a los abortos clandestinos en condiciones de insalubridad, lo cual provocaría las muertes inevitables que todos conocemos. Por supuesto que ya se gana mucho argumentando en este sentido utilitario. Pero la defensa de la autonomía de la mujer deber ser incondicional, simple y sencillamente, porque de acuerdo con su plan de vida y a la presunción de una decisión racional y deliberada, abortar es lo que mejor le conviene. Éste es el argumento de fondo para defender el aborto voluntario, sin restricciones, sin necesidad de probar absolutamente nada. ¿O es que piensan los legisladores antiabortistas que la decisión de abortar para una mujer es una decisión sencilla, sin consecuencias?

Por supuesto, atrás de esta oleada de reformas existen grupos y sociedades cristianas, comenzando por la misma Iglesia católica, que han participado y participan activamente en su implementación. Esto, en sí mismo, no es censurable. Lo que sí lo es, es que pese a vivir y compartir en muchos asuntos de orden político, social y económico, los valores de una sociedad democrática y liberal, muchos cristianos parecen creer estar en posesión del derecho de utilizar la ley para aplicar la moral cristiana al aborto, al divorcio, al suicidio, a la procreación asistida, a la unión de parejas del mismo sexo, etcétera.

Es necesario insistir en la estricta separación entre la esfera de la moralidad personal y la intervención del Estado. Esta disyunción es lo que permitiría, precisamente, evitar los excesos de autoridad y los paternalismos jurídicos injustificados. En términos de Luis Villoro:

Ante un asunto controvertido, objeto de juicios morales divergentes, ¿tiene el Estado derecho, obligación, incluso, de imponer leyes y sanciones que correspondan a una concepción determinada? [...] Lo que está en litigio no es si el aborto es bueno o malo moralmente, sino si debe o no ser penalizado por el poder estatal.²³

Tal distinción, creo, es la única que puede asegurar una convivencia plural en el seno de una sociedad que se precie de democrática. Y en concreto, a la pregunta formulada por Villoro, la respuesta no puede ser otra más que la de un rotundo no. El Estado no debe, ante asuntos controvertidos, imponer alguna concepción determinada, por la vía de la penalización.

¿Qué decir sobre el derecho a la dignidad de la mujer vs. el derecho a la dignidad del embrión o del feto? Siguiendo a un filósofo inglés, Peter Strawson, propongo una definición de persona bastante general y convencional. Persona es un ser

²³ Luis Villoro, “¿Debe penalizarse el aborto?”, en M. M. Valdés (comp.), *Controversias sobre el aborto*, p. 243.

“al que podemos atribuir tanto propiedades corpóreas como estados de conciencia”. A partir de esta definición y de acuerdo con el “estado del arte” de la ciencia, no tiene ningún sentido penalizar el aborto en las primeras semanas de embarazo. En palabras de los científicos Ricardo Tapia, Rubén Lisker y Ruy Pérez Tamayo:

El embrión de 12 semanas no es un individuo biológico ni mucho menos una persona, porque: a) carece de vida independiente, ya que es totalmente inviable fuera del útero, al estar privado del aporte nutricional y hormonal de la mujer; b) aunque posee el genoma humano completo, considerar que por esto el embrión de 12 semanas es persona obligaría a aceptar también como persona a cualquier célula u órgano del organismo adulto, que también tienen el genoma completo, incluyendo a los tumores cancerosos. La extirpación de un órgano equivaldría entonces a matar miles de millones de personas; c) a las 12 semanas el desarrollo del cerebro está apenas en sus etapas iniciales, ya que sólo se han formado los primordios de los grupos neuronales que constituirán el diencefalo (una parte más primitiva del interior del cerebro) y no se ha desarrollado la corteza cerebral ni se han establecido las conexiones hacia esta región, que constituye el área más evolucionada en los primates humanos. Estas conexiones, indispensables para que pueda existir la sensación de dolor, se establecen hasta las semanas 22-24 después de la fertilización; d) por lo anterior, el embrión de 12 semanas no es capaz de tener sensaciones cutáneas ni de experimentar dolor, y mucho menos de sufrir o de gozar.²⁴

Se ha argumentado, desde el punto de vista metafísico, que el cigoto es potencialmente una persona y dado este carácter potencial debe ser protegido como cualquier otra persona. Vale la pena recordar lo que entiende el padre de la noción de “potencia”, Aristóteles, cuando define la potencia en los siguientes términos:

Toda potencia es a la vez una potencia para lo opuesto; pues todo lo que tiene la potencia de ser puede no ser actualizado. Aquello, entonces, que es capaz de ser puede ser o no ser. [...] Y aquello que es capaz de no ser es posible que no sea.²⁵

Un óvulo fecundado puede tanto convertirse en una persona real como no convertirse en nada ulterior, como es claro en la cantidad de óvulos fecundados que no terminan en el proceso de anidación o son desechados en abortos naturales.

Por otra parte, si se pensara que en la fase preimplantatoria el embrión es una persona humana, esto implicaría, entre otras cosas: 1) que, no obstante la elevada

²⁴ Recojo estas razones de Ricardo Tapia, Rubén Lisker y Ruy Pérez Tamayo, entre otros científicos, miembros del Colegio de Bioética A. C. Véase *Nexos*, núm. 343, julio de 2006.

²⁵ Aristóteles, *Metafísica*, 9.8. 1050b

frecuencia de pérdida natural de óvulos fertilizados que nunca llegan a implantarse, se considere a éstos como personas y por lo tanto como personas sujetos de derechos, con lo cual esta acción podría calificar jurídicamente como delito; 2) que se conviertan en ilegales aquellos métodos anticonceptivos que actúan modificando el ambiente del endometrio para impedir o interferir con la implantación, como es el caso de los hormonales orales de progestina sola, los dispositivos intrauterinos medicados y los anticonceptivos modernos de bajas dosis que bloquean la ovulación o que podrían actuar sobre el proceso de la implantación (la llamada píldora del día siguiente); 3) que se limite el ejercicio de la libertad reproductiva y sus correspondientes derechos, por la razón inmediata anterior y porque se pondría en riesgo la viabilidad de la fertilización *in vitro*, técnica que en muchos casos constituye el único recurso de las parejas imposibilitadas para tener hijos.

En los primeros meses de gestación no hay nada que indique que estamos en presencia de un ser con capacidad autonómica, por tanto, no es digno, por tanto, no es persona. La asimetría es radical. No se puede establecer siquiera la posibilidad de un conflicto de derechos, porque no estamos hablando de dos personas. Por tanto, no veo ninguna necesidad de recurrir a la ponderación como recurso para dirimir un conflicto inexistente. Sólo una de ellas es titular de los derechos fundamentales y toda la normatividad jurídica debería estar encaminada a la protección de sus derechos. Si entendemos así el valor de la autonomía personal, como un fin en sí mismo y no como un medio para, entonces, por ningún motivo, la mujer puede ser instrumentalizada y obligada contra su conciencia a mantener un embarazo.

Una última consideración respecto al derecho a la igualdad de la mujer. En un sentido negativo tal derecho debe entenderse como un derecho a la no discriminación; en un sentido positivo, debe entenderse como un derecho a la diferencia. Respecto al primero, una ley que penaliza a las mujeres pobres es discriminatoria:

Es una ley que acentúa las desigualdades existentes en la ya de por sí muy desigual sociedad mexicana. Se podría decir que incluso ayuda a perpetuar las condiciones de pobreza en las que estas mujeres viven imponiéndoles la carga extra de mantener a un hijo no deseado en circunstancias precarias. Además, es una ley que no se aplica a mujeres con recursos, que también abortan, pero en óptimas condiciones sanitarias y sin ningún riesgo ni para su salud ni de ser denunciadas.²⁶

En cuanto al segundo, en un sentido positivo, si bien es cierto que se debe predicar la universalidad de los derechos bajo el principio de igualdad, tal universalismo, contra lo que piensan algunas voces masculinas y patriarcales, no debe hacer

²⁶ Gustavo Ortiz Millán, *La moralidad del aborto*, México, Siglo XXI, 2009, p. 76.

abstracción de la diferencia sexual. Como sostiene Luigi Ferrajoli, debe intentarse una “refundación” y una “redefinición” del principio de igualdad, en el sentido de una igual valoración jurídica de las diferencias:

Es el punto de vista de las mujeres, continúa Ferrajoli, el que se ha impuesto en el plano cultural, aun antes que en el plano jurídico, y el que ha producido, poniendo en duda y cuestionando el valor y el significado de la igualdad, la que quizá ha sido la más relevante revolución social de los últimos decenios. Obviamente, aun repensado y reformado en función de la valorización de la diferencia de género, ningún mecanismo jurídico logrará, solamente él, garantizar la igualdad de hecho entre los dos sexos. [...] El verdadero problema, el que requiere intervenciones precisas e imaginación jurídica, es la elaboración de un garantismo de las diferencias de género que sirva de hecho para la realización de la igualdad en su sentido más amplio posible.

Con tal fin, Ferrajoli analiza cuatro modelos de configuración posible de las diferencias: 1) indiferencia jurídica de las diferencias; 2) diferencia jurídica de las diferencias; 3) homologación jurídica de las diferencias, e 4) igual valoración jurídica de las diferencias.²⁷ Este último modelo, que defiende Ferrajoli, se basa en el principio normativo de igualdad en los derechos fundamentales y al mismo tiempo “en un sistema de garantías capaces de asegurar su efectividad”. A diferencia del primero, este cuarto modelo garantiza a todas su libre afirmación y desarrollo, no abandonándolas al libre juego de la ley del más fuerte, sino haciéndolas objeto de esas leyes de los más débiles que son los derechos fundamentales. Del segundo se distingue porque no privilegia ni discrimina ninguna diferencia, sino que las asume a todas como dotadas de igual valor. Del tercero lo separa el dato de que no desconoce las diferencias, sino que, por el contrario, reconoce todas y las valoriza como otros tantos rasgos de la identidad de las personas, sobre cuya concreción y especificidad cada una funda su amor propio y el sentido de autonomía en las relaciones con los demás.

Si algún derecho a la diferencia debe traducirse en un derecho desigual es el derecho a la maternidad voluntaria como autodeterminación de la mujer. Este derecho, concluye Ferrajoli con razón:

Le pertenece de manera exclusiva porque en materia de gestación los varones no son iguales a las mujeres, y es sólo desvalorizando a éstas como personas y redu-

²⁷ Luigi Ferrajoli, “El principio de igualdad y la diferencia de género”, en Juan Antonio Cruz Parcero y Rodolfo Vázquez (coords.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*, México, Fontamara/SCJN, 2010.

ciéndolas a instrumentos de procreación como los varones han podido expropiarlas de esa su personal potencia, sometiéndolas al control penal.²⁸

Sobre género y bioética

El libro que el lector tiene en sus manos defiende y hace explícita una línea de argumentación que justifica la existencia de un Estado laico tolerante y la necesidad de la deliberación pública en un régimen democrático. Ello con el fin de ofrecer una respuesta positiva a la pregunta de si es posible articular una noción de lo “racionalmente aceptable” que todos los ciudadanos puedan compartir. Sin duda, esta línea de argumentación reivindica la confianza en la razón y su capacidad argumentativa, y se compromete con la defensa coercitiva de los derechos humanos y el reconocimiento de la evidencia empírica proporcionada por la ciencia.

Con tal base epistémica, se aborda en este volumen una variedad de temas y problemas de género –en un sentido amplio, no limitado exclusivamente al colectivo de mujeres– agrupados en el cada vez más amplio y fecundo campo de la bioética. Asimismo, se ha intentado, en cada uno de los ensayos, transgredir cierto convencionalismo temático, muy común en los manuales de bioética, y presentar un enfoque analítico con problemas de frontera, que inviten a reflexionar con propuestas creativas.

Los textos se han reunido bajo tres temáticas generales: 1. “Género, vulnerabilidad y acto médico”, con los ensayos de Ruth Macklin, María Jesús Buxó/María Casado y Carme Valls-Llobet; 2. “Género, derechos y reproducción asistida”, con los trabajos de Florencia Luna, Gustavo Ortiz y Adrián Rentería; 3. “Migraciones de género, neuroética y laicidad”, con las aportaciones de Patricia Soley-Beltrán, Arleen Salles y Marcia Mocellin.

²⁸ L. Ferrajoli, “Igualdad y diferencia”, en *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 1999.

GÉNERO, VULNERABILIDAD Y ACTO MÉDICO

UN ACERCAMIENTO A LA VULNERABILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ÉTICA GLOBAL

Ruth Macklin

Cuando exploramos el concepto de vulnerabilidad no partimos de una hoja en blanco. En el campo de la investigación en seres humanos, las pautas de la ética suelen ofrecer una definición aproximada del concepto. Por ejemplo, el comentario sobre la pauta 13 de las *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*, emitido por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en inglés) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que “Son personas vulnerables las absolutas o relativamente incapaces de proteger sus propios intereses. Específicamente, pueden tener insuficiente poder, inteligencia, educación, recursos, fuerza u otros atributos necesarios para proteger sus intereses”.¹ Debido a que las pautas establecidas por el CIOMS se ocupan de la ética de la investigación en seres humanos, la idea central en el acercamiento de la CIOMS a la vulnerabilidad reside en la voluntariedad con que las personas pueden decidir participar en la investigación, retirarse de la investigación y, en términos más generales, determinar si el ser o no ser sujeto de una investigación es algo que está en beneficio de sus propios intereses.

En el contexto de cuidados clínicos, algunas de las mismas consideraciones que vulneran a los sujetos de investigación también atañen a los pacientes. Los autores de un artículo sobre cuidados paliativos describen lo que hace que un paciente terminal sea especialmente vulnerable:

¹ CIOMS, *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Ginebra, CIOMS, 2002.

Es una población vulnerable que está en una situación complicada por el deterioro físico y los frecuentemente debilitantes síntomas de incomodidad y agonía. La situación se complica aún más por la intensidad emocional inherente a la conciencia de la muerte inminente y la realidad del tiempo que se acaba.²

Los autores también hacen referencia a la “vulnerabilidad relacional”, que se deriva de las interacciones entre el cuidador y el paciente que pueden llegar a causar aflicción u otros problemas.

Es una obviedad decir que los individuos y grupos vulnerables necesitan ser protegidos. La mejor manera de proteger a los pacientes que no tienen la capacidad necesaria para proteger sus propios intereses es a través de la participación de sus familiares o amigos en las decisiones de tratamiento y cuidados. Dentro del contexto de la investigación en seres humanos, existen varios mecanismos que protegen los derechos y el bienestar de las personas vulnerables: las pautas éticas internacionales se dirigen a las personas vulnerables;³ los comités de la ética de la investigación son los encargados de realizar una revisión prospectiva de la investigación y pueden proponer medidas de seguridad adicionales para los individuos o grupos vulnerables, y al igual que en los cuidados clínicos, los familiares más cercanos pueden y deben estar involucrados en el proceso de obtención del consentimiento informado cuando los sujetos prospectivos tengan capacidad disminuida.

Salud pública, igualdad de géneros y determinantes sociales

Debido a que en años recientes la bioética está dando un giro hacia la ética de la salud pública, necesitamos darle un enfoque diferente a los individuos y grupos vulnerables. A diferencia de la configuración de la investigación y los cuidados clínicos que se enfocan en individuos vulnerables, el contexto de la salud pública requiere de un acercamiento a los grupos vulnerables, y de confeccionar remedios aplicables a las poblaciones más que a los individuos. Un artículo escrito por académicas feministas sostiene:

La salud pública, a diferencia de la medicina clínica, debe interesarse por el bienestar del público —es decir, su interés debe extenderse más allá de los individuos a

² Ruth A. Dean y Susan E. McClement, “Palliative Care Research: Methodological and Ethical Challenges”, *International Journal of Palliative Nursing*, 8:8 (2002), p. 376.

³ Véase CIOMS, *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*; UNAIDS/WHO, *Ethical Considerations in Biomedical HIV Prevention Trials*, Ginebra, Suiza, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007.

las comunidades y poblaciones. Adicionalmente, la ética de la salud pública, al igual que la ética clínica y la ética de la investigación, debe volverse más relacional y menos individualista.⁴

El acercamiento a la vulnerabilidad planteado en el presente artículo se deriva de este acercamiento feminista a la ética de la salud pública. Es posible que un segmento que comprende cerca del cincuenta por ciento del público –las mujeres– necesite ser protegido dentro de ciertos contextos. Si bien una mujer puede enfermarse o lesionarse, las protecciones que se necesitan son para grandes grupos de mujeres que se encuentran dentro de varios contextos sociales y culturales.

Otras dos tendencias recientes, en este caso en el campo de la epidemiología (el estudio de las enfermedades en las poblaciones), documentan el acercamiento a la vulnerabilidad propuesto en este artículo. Una tendencia es el enfoque en las disparidades de salud presentes entre grupos poblacionales, tanto en el ámbito nacional como en el global; la segunda es una exploración de los determinantes sociales de la salud. La mayoría de los estudios sobre las disparidades de salud proporcionan evidencia clara del mejor estado de salud y mayor resolución de enfermedades en poblaciones más ricas que en aquellas que se encuentran entre las clases socioeconómicas más bajas. Sin embargo, los epidemiólogos han prestado mucho menos atención a las disparidades de salud entre hombres y mujeres. Los autores de un estudio sobre la inequidad de género en temas de salud confirman lo anterior:

Para muchos que trabajan en o abogan por la equidad en salud, las fuentes de inequidad son principalmente vistas como vinculadas con los conceptos de ceguera de género de las diferentes clases económicas. Las discusiones de gradientes, lagunas y trampas de pobreza médica generalmente se enfocan en las diferencias entre países ricos y pobres, hogares y personas. Nuestra búsqueda por la literatura encontró que la mayor parte del trabajo sobre la equidad de la salud tanto en países de alto y bajo ingreso tiene este sesgo [...] Se ha producido una literatura pequeña y consistente que observa las intersecciones entre clases y razas y sus implicaciones para la salud en Estados Unidos. Un subconjunto mucho más pequeño de lo anterior observa las intersecciones de ambas con género.⁵

⁴ Francoise Baylis, Nuala P. Kenny y Susan Sherwin, "A Relational Account of Public Health Ethics", *Public Health Ethics*, 1:3 (2008), p. 198.

⁵ Gita Sen y Pirooska Östlin, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it Exists and How we can Change it*, 2007, p. 8. Disponible en <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf> (consulta: 24 de septiembre de 2011).

En contraste con la mayoría de la literatura sobre las disparidades de la salud y los determinantes sociales de la salud, la OMS ha prestado atención especial a este tema:

La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Así, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables al VIH/sida.

Algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y las niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel de salud son:

- las desigualdades en las relaciones de poder entre las hombres y mujeres;
- las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo;
- la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y
- el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.⁶

Los factores citados por la OMS que contribuyen a la disparidad entre el estatus de la salud de las mujeres y los hombres son sólo unos ejemplos, entre muchos otros, que conforman los determinantes sociales de la salud. En 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), y dentro de ella, la Red de Conocimiento sobre la Equidad de la Mujer y de Género. El reporte final de un estudio preparado por los participantes de esta red se titula “La inequidad de género en la salud es desigual, injusta, ineficaz e ineficiente: por qué existe y cómo podemos cambiarla”.⁷ La permanencia de la Comisión terminó en 2008, pero la OMS continúa con la exploración y promoción de la igualdad de género en la salud como uno de sus “temas” socialmente determinantes.⁸

La Organización Mundial de la Salud promueve campañas activas en contra de la violencia de género, considerada por la comisión como un problema importante de la salud pública global. Bajo el titular, “Prevención de la Violencia y los Traumatismos” la página Web de la OMS dice:

⁶ World Health Organization, *Women's Health*, 2011. Disponible en <http://www.who.int/topics/womens_health/en/index.html> (consulta: 17 de marzo de 2012).

⁷ S. Gita y P. Östlin, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it Exists and How we Can Change it*, 2007. Disponible en <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf> (consulta: 24 de septiembre de 2011).

⁸ World Health Organization, *Social Determinants of Health*, 2011. Disponible en <http://www.who.int/social_determinants/themes/en/> (consulta: 17 de marzo de 2012).

El 25 de noviembre es el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer y el punto de partida de los 16 Días de Activismo contra la Violencia de Género, que se prolongan hasta el 10 de diciembre (Día Internacional de los Derechos Humanos), y durante este tiempo vamos a destacar los 16 aspectos claves de parejas íntimas y violencia sexual en contra de las mujeres.⁹

La OMS también menciona las “prácticas tradicionales nocivas” como uno de los problemas de la salud pública. Más adelante discutiremos en torno a tres de estas prácticas que involucran daños a mujeres.

Basándonos en los conceptos de equidad en la salud y los determinantes sociales de la salud, junto con los relatos de vulnerabilidad que encontramos en la literatura de la bioética, yo propongo una teoría de la vulnerabilidad que va más allá del mero hecho de continuar agregando etiquetas como aquellas que aparecen en una variedad de listas de poblaciones vulnerables en la investigación y el cuidado de la salud.¹⁰ El análisis se basa en las estadísticas y los factores socioculturales presentes en varios países en vías de desarrollo, pero no incluye una discusión en torno a la inequidad de género en el área de la salud en los países industrializados. La razón de esta limitación es que las circunstancias en las que la salud de la mujer es inferior a la de los hombres en los países ricos que tienen un gobierno democrático, están íntimamente ligadas a su bajo nivel económico.

No es sólo que los números y tipos de determinantes sociales de la salud de la mujer son más frecuentes en los países en vías de desarrollo que en las democracias industrializadas, sino que muchas de las mujeres en esos contextos tampoco tienen acceso a la protección y a las soluciones jurídicas y sociales que les son otorgadas a las mujeres en países más ricos. Por ejemplo, mujeres de todo el mundo son víctimas de violencia infligida por la pareja. Pero no sólo es más frecuente la violencia doméstica en muchos de los países en vías de desarrollo, sino que también hay mucho menos oportunidades de conseguir órdenes de protección, ejercer acción judicial en contra de los perpetradores o de recurrir a un refugio seguro. A las habituales listas de determinantes sociales de la salud, yo agrego costumbres y tradiciones culturalmente específicas que resultan en daños a mujeres y que rara vez ocurren, si acaso, en la mayor parte del mundo.

⁹ World Health Organization, *Violence and Injury Prevention and Disability*, 2011. Disponible en <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/16_days/en/index.html> (consulta: 17 de marzo de 2012).

¹⁰ Véase CIOMS, *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*; y Samia A. Hurst, “Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room?”, *Bioethics*, 22:4 (2008).

La vulnerabilidad en la literatura bioética

Un artículo que trata de la vulnerabilidad dentro del contexto de los cuidados paliativos distingue entre la vulnerabilidad “intrínseca” y “extrínseca”. “La vulnerabilidad intrínseca está asociada con factores tales como el aumento de edad, ser muy joven, capacidad cognitiva reducida o psicosis. La vulnerabilidad extrínseca tiene que ver con circunstancias tales como hospitalización, encarcelamiento o capacidad económica”.¹¹ Incluso en situaciones donde hay una presunción de vulnerabilidad intrínseca, el contexto puede hacer que esas personas sean más o menos vulnerables. Por ejemplo, una persona de edad avanzada o menor capacidad cognitiva que cuenta con un robusto sistema de apoyo conformado por familiares u otros cuidadores y medios económicos sustanciales es claramente menos vulnerable que una persona de la misma edad o capacidades que es pobre y no puede pagar servicios, y carece de un sistema de apoyo familiar. No obstante, mujeres que no presentan ninguno de los atributos de vulnerabilidad intrínseca pueden seguir estando expuestas a factores extrínsecos que amenazan su salud e incluso sus vidas. Estos factores prevalecen en algunos (pero no en todos) países en vías de desarrollo.

Muchas, si no es que casi todas, de las discusiones de vulnerabilidad que encontramos en la literatura de bioética están enfocadas en el contexto de la investigación con seres humanos.¹² Las pautas internacionales para la ética de la investigación caracterizan aquello que hace que los sujetos de investigación sean vulnerables,¹³ o proveen una lista de los grupos vulnerables,¹⁴ o ambos.¹⁵ Samia Hurst habla de la vulnerabilidad en el cuidado de la salud además de en el campo de la investigación, y refiere un sinnúmero de ejemplos de grupos vulnerables conforme son identificados en varias directrices y por diferentes autores. Levine y sus colegas adoptan una postura crítica, afirmando que “son tantas las categorías de

¹¹ Ruth A. Dean y Susan E. McClement, “Palliative Care Research: Methodological and Ethical Challenges”, *International Journal of Palliative Nursing*, 8:8 (2002), p. 376.

¹² Véase Carol Levine, Ruth R. Faden, Christine Grady, Dale Hammerschmidt, Lisa Eckenwiler y Jeremy Sugarman, “The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants”, *The American Journal of Bioethics*, 4:3 (2004), pp. 44-49, y Kenneth Kipnis, “Seven Vulnerabilities in The Pediatric Research Subject”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24:2 (2003), pp. 107-120.

¹³ Véase WMA, *Declaration of Helsinki*, 2008. Disponible en <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>> (consulta: 17 de marzo de 2012).

¹⁴ Véase UNAIDS/WHO, *Ethical Considerations in Biomedical HIV Prevention Trials*, Ginebra, Suiza, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007.

¹⁵ Véase CIOMS, *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*.

personas que hoy en día son consideradas como vulnerables, que virtualmente todos los seres humanos potenciales están incluidos”.¹⁶

En respuesta a esta crítica, Hurst busca resucitar un concepto significativo de la vulnerabilidad, y caracteriza las definiciones existentes de “vulnerabilidad” dentro del campo de la investigación y los cuidados de la salud “como basadas en el consentimiento, basadas en el daño o integrales”.¹⁷ Dado que le parece que estos tres acercamientos son inadecuados, mantiene que “la vulnerabilidad como petición de una protección especial debe ser entendida como el identificable aumento de la probabilidad de incurrir en un mal adicional o mayor”.¹⁸ Ella tiene la intención de incluir daños, al igual que males: “Esta definición se limita a los males, incluyendo daños por negligencia y los errores en los que incurrimos cuando se nos es negado algo a lo que tenemos un derecho válido”.¹⁹ Un problema potencial es que puede ser difícil determinar cuándo o en qué circunstancias es válido ese derecho. Esto puede ser relativamente fácil de determinar dentro del contexto de cuidados clínicos o investigación médica. Las obligaciones principales de un proveedor de cuidados de la salud, investigador o un comité de ética de la investigación son claras, aunque puede haber incertidumbre en los márgenes. Sin embargo, dentro del contexto más amplio de la salud pública, en donde el daño o la mala salud es consecuencia de los determinantes sociales o culturales, es probable que un alto grado de incertidumbre o controversia rodee la noción de un “derecho válido”.

El recuento de Hurst se mantiene limitado en tanto que se enfoca en sujetos de investigación y pacientes, dejando a un lado un sinnúmero de situaciones que vuelven a las personas vulnerables aun cuando no son ni sujetos de investigación ni pacientes. En particular, la noción de Hurst de un “derecho de protección especial” es demasiado angosto en situaciones en las que mujeres carecen de protecciones básicas en contra de enfermedades o daños probables. Un acercamiento feminista a la vulnerabilidad debe tomar en cuenta la vida de las mujeres más allá de los confines de la investigación y de los cuidados de la salud para explorar las circunstancias en las que la cultura, las costumbres, tradiciones y leyes hacen que las mujeres sean incapaces de protegerse a sí mismas en contra de enfermedades (VIH u otras infecciones de transmisión sexual) o sean incapaces de dejar de ser víctimas de violencia de género.

Como dicen Baylis, Kenny y Sherwin:

¹⁶ C. Levine *et al.*, “The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants”, en *op. cit.*, p. 46.

¹⁷ S. A. Hurst, “Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room?”, en *op. cit.*, p. 192.

¹⁸ *Ibid.*, p. 195.

¹⁹ *Ibid.*, p. 196.

En sociedades que consideran género, raza, clase, edad, discapacidad y origen étnico como características socialmente relevantes, las personas van a encontrarse en cualquiera de las divisiones generadas por estos descriptores ya sea del lado de los privilegiados o de los desfavorecidos. Si pertenecen a uno o más de los grupos que se encuentran sistemáticamente en desventaja por virtud de este tipo de características, van a descubrir que muchas estructuras sociales sistemáticamente refuerzan su desventaja.²⁰

Las mujeres que viven en lugares donde las creencias y prácticas culturales condonan el daño deliberado se encuentran del lado de la desventaja.

Un concepto potencialmente útil para referirnos a factores causales específicos y a la severidad de la vulnerabilidad son las “capas de la vulnerabilidad” de Florencia Luna, quien acertadamente rechaza un acercamiento a la vulnerabilidad que etiquete a los grupos o subgrupos y en su lugar argumenta que su concepto de vulnerabilidad es “relacional”: “Esto es, que se ocupa de la relación entre la persona o grupos de personas y las circunstancias o el contexto. Está estrechamente relacionado con la situación bajo análisis”.²¹ Para ilustrar, Luna da un ejemplo en el cual compara a dos mujeres que son sujetos de investigación en países diferentes:

Una mujer francesa en edad reproductiva con un ingreso de medio a bajo puede no ser vulnerable durante un protocolo de investigación si ella llegara a quedar embarazada sin querer (porque en su país ella puede obtener anticoncepción de emergencia o un aborto en el hospital público, si así lo desea), mientras que si estuviera en Chile (donde el aborto legal no está permitido bajo ningún motivo), esa misma mujer francesa, en ese mismo protocolo, puede adquirir una capa de vulnerabilidad.²²

Ambos relatos de vulnerabilidad, tanto el de Hurst como el de Luna, se prestan a contextos que están más allá de la conducta de la investigación biomédica y la prestación de cuidados de salud, aunque ninguna de las autoras aplica su respectivo análisis a situaciones más amplias en las que se encuentran las mujeres. Al esbozar esta teoría de la vulnerabilidad, me baso en los puntos de vista de Hurst y Luna, pero con aplicación a los contextos sociales más amplios dentro de los cuales las mujeres de los países en vías de desarrollo viven sus vidas.

²⁰ F. Baylis, N. P. Kenny y S. Sherwin, “A Relational Account of Public Health Ethics”, en *op. cit.*, p. 201.

²¹ Florencia Luna, “Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels”, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2:1 (2009), p. 129.

²² *Idem.*

Una teoría de la vulnerabilidad

¿Por qué necesitamos una teoría de la vulnerabilidad? Ya tenemos un entendimiento básico de lo que significa ser vulnerable. La definición de la CIOMS citada al principio de este artículo nos da el significado central: “Son personas vulnerables las absolutas o relativamente incapaces de proteger sus propios intereses”. Lo que una teoría puede agregar es un recuento de las razones por las que algunas personas no tienen la capacidad de proteger sus propios intereses. El propósito de cualquier teoría es facilitar el acercamiento sistemático a un tema. Una teoría debe tener poder explicativo, si no es que también la habilidad de realizar predicciones, al menos probabilísticas. Proponer una teoría de la vulnerabilidad obviamente requiere de algo más que una recitación de las listas de personas que presumimos son vulnerables, aunque una teoría debería ser capaz de identificar a aquellos individuos dentro del contexto o situación en el cual son vulnerables. Una teoría de la vulnerabilidad relacionada a la bioética debería poder recurrir a los datos empíricos y circunstancias para explicar por qué algunos individuos o grupos son más propensos a enfermedades, males, lesiones, daño psicológico o muerte, que otros individuos o grupos. Entonces, la teoría debería determinar si tener una mayor probabilidad de estar en una peor situación constituye una injusticia o es simple y sencillamente el resultado inevitable de lo que nos tocó al nacer (nuestra herencia genética, haber nacido en la sequía de Somalia, ser víctima de un inevitable accidente en la sala de parto). Finalmente, una teoría de la vulnerabilidad debería decir algo acerca de la prevención de los daños y proveer soluciones.

La teoría de la vulnerabilidad aquí propuesta tiene los siguientes elementos.

- Parte de la noción básica de la vulnerabilidad, como la inhabilidad relativa de proteger nuestros propios intereses (relativa, esto es, a la habilidad de otros de proteger sus intereses). El aspecto explicativo de la teoría recurre a datos empíricos y circunstancias para explicar por qué algunos individuos o grupos (en este caso, mujeres) son más propensos a enfermedades, males, lesiones, daño psicológico o muerte que otros individuos o grupos. Este primer paso justifica la afirmación que establece que las mujeres que viven en ciertas culturas o circunstancias son más vulnerables que los hombres que viven en el mismo contexto desde donde se está haciendo la afirmación.
- El siguiente paso es identificar las características o circunstancias específicas que vulneran a los individuos o grupos y evaluar la severidad de su vulnerabilidad. Dado que el presente análisis aplica a las mujeres que viven en países en vías de desarrollo, la aplicación de la teoría está limitada por género y ubicación.

- A continuación, la teoría postula lo que podría hacerse para mitigar o prevenir los daños o males sufridos por quienes son vulnerables en estas circunstancias, seguido por:
- Una propuesta para determinar quién tiene la responsabilidad de mitigar o prevenir los daños o males sufridos por los individuos o grupos vulnerables.

Los ejemplos van a ilustrar cómo se aplica la teoría a los determinantes sociales y culturales que amenazan la salud, integridad física y vida de la mujer.

El aspecto normativo del presente relato está basado en la idea de igualdad de géneros. Como Daniels lo ha argumentado: “las desigualdades de salud son injustas si surgen de una distribución injusta [...] de los factores socialmente controlables que afectan la salud de la población”.²³ Si bien los determinantes sociales de la salud son factores típicamente difíciles de controlar, no son imposibles, en principio. A diferencia de los determinantes genéticos de la salud que, en ausencia de grandes avances científicos y técnicos en el campo de la medicina, permanecen como amenazas a la salud y a la vida sin importar cuánta justicia social se haya logrado en otros aspectos. Una mujer que tiene la mutación BRCA-1 o BRCA-2²⁴ se puede extirpar los ovarios. Puede hacerse pruebas de forma regular para detectar las primeras etapas de cáncer de mama. Puede hacerse una mastectomía bilateral. Pero incluso, aunque la mujer lleve a cabo todas estas acciones preventivas, puede estar en riesgo de tener una recurrencia.²⁵ Las intervenciones médicas pueden reducir, mas no eliminar sus probabilidades de tener cáncer de mama.

Tal como generalmente es cierto en el campo de la salud pública, también lo es en el caso de los determinantes sociales de la salud, ya que es poco lo que los individuos pueden hacer por su cuenta para mejorar sus probabilidades de mantener una buena salud o de prevenir enfermedades o lesiones. Las mujeres que viven en culturas donde sus vidas están tan devaluadas que tienen mucho mayores probabilidades de ser lesionadas o asesinadas a causa de sus costumbres o tradiciones, sufren de un tipo de vulnerabilidad especial. No es sólo la pobreza o falta de edu-

²³ Norman Daniels, “La equidad y la salud de la población: hacia una agenda más amplia de la biótica”, en *Hasting Cent Rep.*, 36:4 (2006), p. 29.

²⁴ En 1990, estudios de vínculos de ADN identificaron el primer gen asociado con el cáncer del seno. Los científicos denominaron a este gen “cáncer del seno 1” (del inglés *breast cancer 1*) o BRCA-1. En 1994 se descubrió otro gen similar al BRCA-1, al que denominaron BRCA-2.

²⁵ Véase Hanne Meijers-Heijboer, Bert van Geel, Wim L. J. van Putten, Sonja C. Henzen-Logmans, Caroline Seynaeve, Marian B. E. Menke-Pluymers, Carina C. M. Bartels, Leon C. Verhoog, Ans M. W. van den Ouweland, Martinus F. Niermeijer, Cecile T. M. Brekelmans y Jan G. M. Klijn, “Breast Cancer After Prophylactic Bilateral Mastectomy in Women with BRCA1 or BRCA2 Mutation”, *New England Journal of Medicine*, 345 (2001), pp. 159-164.

cación lo que hace que su estatus de salud sea mucho peor que la de los hombres, aunque esos factores pueden contribuir al mal estado de salud.

La difícil situación de las mujeres en los países en vías de desarrollo

Sería una generalización demasiado avasalladora afirmar que las mujeres en los países en vías de desarrollo son oprimidas sistemáticamente y que, por ende, son vulnerables en virtud de dicha opresión. El error radica en atribuir la afirmación de opresión a todos los países en vía de desarrollo o a todas las mujeres en algunos países en vías de desarrollo. Al fin y al cabo, podemos señalar a mujeres que han logrado obtener posiciones de poder y autoridad en países donde la mayoría de las mujeres vive en circunstancias de opresión, pobreza, privación o negación de sus derechos. Uno de los puntos de referencia del estatus y empoderamiento de las mujeres en la mayoría de los países es el índice de alfabetización, ya sea en términos absolutos o en comparación con los hombres de ese mismo país. El índice de alfabetización de las mujeres en Pakistán es de sólo 36% (definido como mayores de 15 años que pueden leer y escribir), comparado con el índice del 63% en el caso de los hombres de Pakistán.²⁶ Sin embargo, Benazir Bhutto fue reelecta primera ministra de Pakistán, la primera mujer en dirigir un país musulmán. En contraste con la mayoría de las mujeres pakistaníes, que incluso carecen de una educación elemental y secundaria, Bhutto se graduó de Radcliffe College de la Universidad de Harvard. El índice de alfabetización para las mujeres de Bangladesh es de 41.4% comparado con el 54% de los hombres.²⁷ No obstante, Bangladesh ha tenido dos mujeres que han servido como primeras ministras, al igual que mujeres en el Parlamento que han sido líderes de oposición. Ejemplos de algunos de los horrores perpetrados en contra de las mujeres en Pakistán y Bangladesh son descritos más adelante.

Incluso en países de ingreso medio en los que las mujeres tienen un alto índice de alfabetización, tal como Chile (95.6% –sólo .2% menos que los hombres), tienen severas limitaciones en cuanto a derechos reproductivos, lo cual hace que cada mujer con un embarazo no deseado se vuelva vulnerable. Chile es uno de los cinco países en el mundo (todos están en América Latina) que prohíben el aborto en cualquier circunstancia, incluso para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, Chile acaba de tener una mujer presidente, Michelle Bachelet, quien luchó por lograr ma-

²⁶ Véase CIA, *Literacy*. U.S. Central Intelligence Agency 2011. Disponible en <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2103.html?countryName=&count>> (consulta: 24 de septiembre de 2011).

²⁷ *Idem*.

yores derechos reproductivos para las mujeres en su país y después de su presidencia fue nombrada la primera directora ejecutiva de la recién creada agencia de las Naciones Unidas, ONU Mujeres.

Las circunstancias que hacen que las mujeres sean más vulnerables que los hombres a sufrir daños y lesiones incluyen prácticas arraigadas en la cultura y las tradiciones, creencias religiosas atrincheradas, restricciones gubernamentales y desigualdades estructurales. La siguiente sección describe brevemente algunos de los casos más extremos, pero no son de ninguna manera los únicos ejemplos de represión sistemática de las mujeres que siguen sin tener poder alguno en sus hogares, comunidades y países. Las Naciones Unidas ha compilado un catálogo de “prácticas nocivas contra la mujer”, cuyo objetivo es utilizar los marcos normativos y jurídicos internacionales y regionales para confeccionar soluciones:

En todo el mundo las mujeres pueden verse expuestas a lo largo de su vida a diversas “prácticas perjudiciales”, como la selección prenatal del sexo y el infanticidio femenino, el matrimonio infantil, la violencia relacionada con la dote, la mutilación genital femenina, los denominados “crímenes de honor”, el maltrato de las viudas, la incitación al suicidio, la consagración de niñas a templos, las restricciones del derecho de la segunda hija a contraer matrimonio, las restricciones dietéticas para las mujeres y embarazadas, la alimentación forzada y los tabúes nutricionales, el matrimonio con el hermano del marido fallecido, y la caza de brujas.²⁸

Tres ejemplos de prácticas perjudiciales tradicionales que amenazan a las mujeres ilustran cómo una teoría de la vulnerabilidad puede proveer un acercamiento sistemático al análisis del problema y la búsqueda de posibles soluciones. El análisis de la costumbre de matrimonio infantil, culturas de honor y muertes por dote hace referencia a los puntos de vista planteados en los recuentos de Luna y Hurst. El punto principal que debemos recordar es que la teoría de la vulnerabilidad relacionada con la bioética se basa en datos empíricos y circunstancias para explicar por qué algunos grupos o individuos (en este caso, mujeres) son más propensos a sufrir enfermedades, males, lesiones, daño psicológico o muerte, que otros grupos o individuos (hombres, en estos ejemplos). Entonces, la teoría debería determinar si el tener una mayor probabilidad de estar en una peor situación constituye una injusticia o es simple y sencillamente el resultado inevitable de lo que nos tocó al nacer.

²⁸ *Supplement to the Handbook for Legislation on Violence Against Women: “Harmful Practices Against Women”*, Organización de las Naciones Unidas, 2010. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-handbook.htm#handbook_supp> (consulta: 24 de septiembre de 2011).

Matrimonio infantil

En las sociedades tradicionales donde los matrimonios son arreglados por las familias, la edad a la que casan a las niñas puede ser tan baja como de trece o incluso más jóvenes. Ser un niño, o incluso un joven adolescente, es una condición de “vulnerabilidad intrínseca” por la inmadurez física y emocional y la limitada experiencia mundana. Las circunstancias sociales agregan una capa de vulnerabilidad extrínseca, ya que en la mayoría de las sociedades, especialmente en las culturas más tradicionales, los niños y adolescentes no tienen la suficiente autonomía para tomar decisiones. En casi todos esos casos, no pueden negarse a contraer matrimonio. En la mayoría de las situaciones, el matrimonio infantil anula la posibilidad de que la niña continúe con su educación. Como adultos sin educación, esas mujeres tienen una menor independencia y son menos capaces, que las mujeres mejor educadas, de obtener una medida de libertad, ya sea dentro o fuera de su matrimonio –otra capa de vulnerabilidad. Es común ver en los matrimonios arreglados por la familia, que la niña joven es casada con un hombre mayor, quien va a ejercer poder y autoridad sobre sus decisiones y acciones. Estos múltiples determinantes sociales la convierten en una mujer incapaz de proteger sus intereses.

Ser arrojadas al matrimonio a una corta edad pone a las adolescentes en una situación de riesgo. El embarazo y parto pueden ser peligrosos cuando las niñas han llegado a la pubertad pero sus cuerpos no han madurado completamente. Esto añade una capa más de vulnerabilidad, en este caso, el potencial daño físico. Una consecuencia frecuente del embarazo en mujeres muy jóvenes es un trabajo de parto obstruido, un daño físico real. En lugares de escasos recursos y en la mayoría de las áreas rurales donde hacer una cesárea no es posible, hay ocasiones en las que el resultado es la muerte de la mujer; aunque más a menudo, la mujer sobrevive pero con una fístula obstétrica –una apertura entre la vagina y la vejiga, lo cual significa una pérdida de orina constante. La incidencia de una fístula obstétrica añade una capa más a las ya existentes capas de vulnerabilidad. La mujer tiene un olor fétido, es expulsada de su matrimonio por su marido e, incluso, su familia se niega a recibirla de vuelta. A menos de que la fístula pueda ser médicamente reparada, su condición la va a mantener en un estado de marginación por el resto de su vida.

Los anteriores datos empíricos sobre el matrimonio infantil nos facilitan la justificación de la afirmación que establece que las niñas o adolescentes que son forzadas a contraer matrimonio están siendo vulneradas. Podemos señalar las circunstancias específicas que las vulneran (negación de la educación, falta de independencia, disminución de oportunidades, riesgo de embarazo y parto obstruido, posibilidad de fístula obstétrica, el potencial de ser desechada por su marido y por su familia de origen). Utilizando el concepto de Luna, identificamos varias “ca-

pas” de vulnerabilidad, y conforme se van apilando las capas, nos es posible determinar el incremento de severidad de la vulnerabilidad.

Si aplicamos la explicación de Hurst, ¿podríamos decir que las mujeres jóvenes que están en esta situación tienen un “derecho válido” a algo que les está siendo negado? En países cuyas leyes estipulan la edad mínima para contraer matrimonio, forzar a una niña adolescente a casarse es negarle un derecho jurídico. Pero cuando las leyes fallan, ¿tienen un “derecho válido”? E incluso si no tienen un derecho legalmente válido, sin duda tienen un derecho moral. ¿En qué podría estar basado ese derecho moral? Una respuesta nos la dan los proponentes del enfoque de las capacidades planteado por Amartya Sen y otros. La idea básica de este enfoque es que la libertad es necesaria para que los individuos puedan desarrollar e expandir sus “capacidades [...] para llevar el tipo de vida que valoran –y que tienen razón para valorar”.²⁹ No hay circunstancias comparables al matrimonio infantil de niñas para los varones adolescentes; por ende, la injusticia de género de esta tradición.

La teoría de la vulnerabilidad requiere de la identificación de posibles soluciones. ¿A qué “protecciones especiales”, utilizando el término de Hurst, tienen derecho las mujeres y niñas de estas sociedades? De nuevo, lo que se necesita no son “protecciones especiales”, sino protecciones básicas: apelar a la legislación existente. Pero si esas leyes no existen en algunos países o bien son violadas sistemáticamente, y la práctica cultural del matrimonio infantil persiste, las adolescentes siguen siendo vulnerables. Hacer valer o cambiar la legislación existente y sancionar su violación es responsabilidad de los gobiernos, así que está claro (de acuerdo con el aspecto de la teoría que hace un llamado a determinar la responsabilidad) quién tiene la obligación de mitigar o prevenir los daños sufridos por niñas y adolescentes vulnerables que están siendo obligadas a casarse a una edad temprana. Podría decirse que los padres que casan a sus hijas también son responsables, pero la fuerza de una costumbre cultural dificulta mucho que los individuos que actúan por su cuenta sean capaces de desafiar un sistema.

Sin embargo, hay un criterio adicional para determinar lo que constituye un “derecho válido” en este contexto: una apelación a los derechos reproductivos. Estos derechos incluyen “el derecho a decidir el número, el momento y el espaciamiento de los hijos; el derecho a contraer matrimonio voluntariamente y establecer una familia, y el derecho al más alto nivel posible de salud, entre otros”.³⁰ Todos los países que han firmado y ratificado el documento de derechos humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer,

²⁹ Amartya Sen, *Development as Freedom*, Nueva York, Random House, 1999.

³⁰ UNFPA, *Human Rights: Supporting the Constellation of Reproductive Rights*, 2011. Disponible en <<http://www.unfpa.org/rights/rights.htm>> (consulta: 17 de marzo de 2012).

están obligados a acatar sus preceptos. Esos países incluyen a muchos en donde el matrimonio infantil forzado continúa poniendo a las niñas adolescentes en riesgo de parto obstruido, fístula obstétrica e, incluso, la muerte. En este contexto, los organismos que sostienen los tratados de derechos humanos tienen una responsabilidad. Éstos son comités de expertos independientes que monitorean la implementación de varios tratados de derechos humanos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) monitorea la implementación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer y su protocolo facultativo.³¹ El Comité emite reportes y conclusiones, hace recomendaciones e identifica prácticas que violan las disposiciones establecidas por la Convención, pero ahí termina su autoridad. No existe ningún mecanismo internacional que sancione a los gobiernos que violan las disposiciones de esta y otras convenciones de derechos humanos.

Culturas de “honor”

En las culturas de “honor” las mujeres pueden ser asesinadas por un miembro de la familia; en países donde lanzar ácido es un acto de venganza, pueden ser desfiguradas por el marido que abandonaron o un pretendiente que rechazaron. En un caso de asesinato por honor, la víctima era una educada mujer pakistaní de 28 años de edad que había estado casada durante diez años con un hombre que la golpeaba, motivo por el cual estaba solicitando el divorcio. Cuando fue a la cita con el abogado para arreglar los trámites del divorcio, su madre (médica) se presentó a la oficina del abogado con un hombre que le disparó y asesinó a su hija. Nunca se arrestó a nadie por la muerte de esta joven mujer, a pesar de que el abogado fue testigo del asesinato.³² Lo sorprendente en este caso es que la víctima no tenía los típicos atributos de vulnerabilidad. Ella tenía 28 años y era hija de padres educados. Su edad la hacía menos vulnerable que muchas otras niñas y mujeres jóvenes en matrimonios abusivos. Tenía los medios y la independencia para solicitar la ayuda de un abogado que arreglara su divorcio. Sin embargo, lo que la hacía ser vulnerable, pues encontró su muerte al tratar de dejar a un marido abusivo, era una cultura que condona este tipo de crímenes de honor. Ser parte de una cultura de honor pone a las mujeres en una desventaja mucho mayor que a los hombres, ya

³¹ Véase OHCHR-Office of the High Commissioner for Human Rights, 2011. Disponible en <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/index.htm>> (consulta: 17 marzo de 2012).

³² Véase Hillary Mayell, “Thousands of Women Killed for Family Honor”, *National Geographic News*, 12 (2002).

que estas culturas tradicionales mantienen roles de género muy estrictos y estipulan los comportamientos aceptables.

El concepto de “vulnerabilidad relacional” que ya mencionamos, aplica, especialmente, a los casos de crímenes de honor. Casi siempre es un miembro masculino de la familia –el padre o hermano– quien asesina a la mujer transgresora de las normas tradicionales. Esas normas no sólo incluyen las situaciones obvias tales como el adulterio, o como en el caso aquí descrito, la solicitud de divorcio. También incluyen negarse a ser parte de un matrimonio arreglado, pasar tiempo con un acompañante masculino (aunque no estén teniendo relaciones sexuales) sin chaperón y, más recientemente en la India, salir con un miembro de una casta hindú diferente.

El simple hecho de vivir en una cultura de honor hace que las mujeres sean vulnerables. Si una mujer es violada, puede ser acusada de adulterio. Puede ser forzada a casarse con el hombre que la violó, ya que el haber tenido sexo forzado es una deshonra para ella y para su familia y, por lo tanto, la convierte en una mujer que jamás podrá casarse con ningún otro hombre.³³ Una revisión de la literatura y de numerosos sitios de internet nos revela que el número de mujeres asesinadas en las culturas de honor excede, por mucho, el número de hombres asesinados después de haber sido acusados de adulterio. Lo que hace que las mujeres sean tan vulnerables en estos casos es su propio comportamiento, a la luz de las normas culturales prevalecientes. Ya que si las mujeres no quisieran dejar a sus maridos abusivos, o no se rehusaran a contraer matrimonios arreglados, o no salieran con un joven sin chaperón, o no rechazaran a ningún pretendiente, ellas no estarían en riesgo de ser asesinadas por un hermano o padre (o incluso madre), o de ser desfiguradas con ácido lanzado a sus rostros. De acuerdo con los valores de una cultura de honor, la mujer se merece lo que recibe cuando transgrede una norma cultural. Claro está, mujeres que han sido violadas no transgredieron deliberadamente una norma cultural, por ende, no es su propio comportamiento lo que las vuelve vulnerables. Es tan fuerte la prohibición en contra de las mujeres que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio, que tienen que rendir cuentas, incluso cuando han sido forzadas físicamente.

La teoría de la vulnerabilidad señala los determinantes sociales que hacen a las mujeres de culturas de honor tan vulnerables y, fácilmente, justifica la afirmación que establece que las mujeres son, de hecho, más vulnerables que los hombres al apelar a la evidencia estadística. La teoría puede hacer referencia a los tratados y convenciones de derechos humanos al declarar que se les está negando un “derecho válido” a las mujeres (el derecho a la vida y a la seguridad personal). Pero

³³ Véase Alissa J. Rubin, “For Afghan Woman, Justice Runs into Unforgiving Wall of Custom”, *New York Times*, 2 de diciembre de 2011, A1.

cuando se trata de proponer soluciones y asignar responsabilidades para prevenir o mitigar los daños a mujeres, la teoría se queda corta. Pues cuando no hay leyes o no son ejecutadas, donde no existe la voluntad política para cambiar las prácticas tradicionales dañinas y donde el honor familiar es un valor mayor que el amor y la protección de hijas y hermanas, no hay soluciones en el horizonte.

Aunque las señales de cambios positivos siguen siendo escasas y lejanas, varios acontecimientos nos muestran la posibilidad de un cambio cultural, y las reformas legislativas prometen dar protecciones para las mujeres. Una resolución aprobada de forma unánime por la legislatura de la provincia de Sindh en Pakistán condena los crímenes de honor. Una legisladora presentó la resolución, que colocó la responsabilidad sobre el gobierno de la provincia para dar pasos para prevenir los asesinatos de honor y para considerar tales muertes como actos criminales bajo la sección 302 del Código Penal pakistaní. Otra asambleísta dijo que el número de asesinatos podría reducirse si la ley fuera implementada de manera apropiada, y culpó a la policía por el incremento de los crímenes de honor; también recomendó establecer “escritorios de mujeres policías” en áreas donde los asesinatos de honor ocurren con mayor frecuencia.³⁴

Muertes por dote

El sistema de dote en la India es un fenómeno notable que puede conducir a las mujeres recién casadas a la muerte o a la discapacidad severa. Estos daños típicamente incluyen calcinamiento, aunque a veces también ahorcan a las mujeres cuyas familias han fallado en aportar el dinero suficiente a la familia del marido como parte del acuerdo matrimonial. Cuando ha habido investigaciones, los perpetradores dicen “la estufa explotó” y cuando las mujeres mueren ahorcadas, la familia atribuye el acto al suicidio. ¿Cómo puede ser que un acto tan atroz, como calcinar a una mujer bañándola de queroseno y prendiendo un cerillo, algo que sigue ocurriendo, a menudo con impunidad para los perpetradores? ¿Cómo es que, a pesar de la ley llamada “prohibición de la dote”, promulgada en 1961 y en la cual se establece que es ilegal exigir una dote, la práctica no sólo continúa, sino que de acuerdo con una versión “se ha transformado en una demanda de extorsión por parte de la familia del novio”?³⁵ Las novias de familias pobres (e incluso las de familias más prósperas) son vulnerables a causa de una costumbre social que condona la extorsión y el asesinato.

³⁴ Véase *Pakistan-Sindh Province Resolution Condemns Honour Killings*, 2011. 2010. Disponible en <<http://www.violenceisnotourculture.org/index.php?q=node/1561>> (consulta: 24 de septiembre de 2011).

³⁵ Véase Narasimha Sakuntala, “A Married Woman’s Right to Live”, *Ms.*, oct./nov, 2000, pp.76-81.

Asesinar a mujeres con impunidad dentro del contexto de la costumbre de la dote es una manifestación de la gran desigualdad de género existente en una sociedad que devalúa a las mujeres. La preferencia por el hijo varón continúa siendo un valor cultural arraigado y la India encabeza al mundo en el número de “mujeres desaparecidas”.³⁶ Servidores públicos tales como la policía, fiscales y jueces que son responsables de perseguir y procesar los asesinatos en las muertes por dote son culpables de negligencia en el cumplimiento del deber. Y mientras los maridos y las familias políticas que queman y envenenan a las esposas sigan siendo impunes, las mujeres hindúes seguirán siendo vulnerables cuando sus circunstancias las obliguen a contraer matrimonio de acuerdo con las costumbres tradicionales.

El movimiento de las mujeres en la India ha sido una fuerza importante en la búsqueda y obtención de cambios en las leyes relacionadas con la dote. Mientras que algunos activistas se han afligido ante la débil perspectiva de efectuar cambios a través de reformas legales o de un mejor cumplimiento de las leyes, otros activistas han insistido en proseguir sobre las rutas legales y judiciales para efectuar cambios. Algunos defensores del movimiento de las mujeres han logrado tener éxito con la aprobación de leyes nuevas y la modificación de leyes existentes. Sin embargo, resultó que las leyes pertinentes a la violación y la dote, y que habían sido modificadas, tenían fisuras; por lo tanto, no fueron implementadas de forma efectiva.³⁷ La mayoría de los casos de muertes de mujeres por asesinatos de dote son tratados como accidentes o suicidios, eximiendo al marido, o a su familia, de cualquier presunción de culpabilidad.³⁸

De nuevo, es una simple cuestión de determinar las causas de la vulnerabilidad de las mujeres: el sistema de dote, la laxitud de los sistemas policíacos y judiciales, la pobreza de las familias de las novias ofreciendo dotes considerados como “insuficientes”, el incremento de la avaricia en las sociedades consumistas. No hay ejemplo más claro de un sistema jurídico disfuncional. El incumplimiento de una ley que ha estado en los libros por más de cincuenta años. Ahí está el remedio potencial. La injusticia es innegable. Los novios no son asesinados por la dote.

³⁶ Véase Gautam N. Allahbadia, “The 50 Million Missing Women”, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19:9 (2002), pp. 411-416.

³⁷ Véase U. Vindhya, “Dowry Deaths”, en Andhra Pradesh, *Violence Against Women*, 6:10, India (2000), p. 1085.

³⁸ *Idem*.

Conclusiones

Lo que las pocas historias de éxito ilustran es que se necesita más que la promulgación de leyes para cambiar las costumbres sociales y culturales profundamente arraigadas que hacen que las mujeres sean vulnerables a ataques que las mutilan o matan. La participación de las mujeres activistas, organizaciones no gubernamentales y otros actores de la sociedad civil trabajando en conjunto y en concierto con las acciones gubernamentales puede reducir la violencia de género que constituye un problema de salud pública. Cuando Baylis *et al.* hablan de “solidaridad relacional” en el contexto de salud pública, se refieren a estos esfuerzos coordinados. Ellos escriben:

La solidaridad relacional valora las interconexiones sin empaparse de suposiciones acerca de lo común o la identidad colectiva. Lo que importa es compartir un interés por la supervivencia, seguridad y protección —un interés que pueda ser efectivamente perseguido por medio de la búsqueda del bien común y a través de los esfuerzos por identificar y desentrañar las complejas redes del privilegio y la desventaja que sostienen y albergan la separación entre “nosotros” *versus* “ellos”.³⁹

“Ellos”, en estos contextos, son las mujeres con capas de vulnerabilidad derivadas de su pobreza, analfabetismo y residencia en países cuyos determinantes sociales y culturales contribuyen a la desigualdad de su estatus de salud en comparación con el de los hombres que viven en la misma cultura o país. Lo que se necesita son esfuerzos concertados por las agencias gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales que trabajan juntos, con el apoyo adicional de la sociedad civil. Los esfuerzos exitosos ilustran cómo una “solidaridad relacional” puede funcionar en la práctica.

No he articulado la teoría de la vulnerabilidad completa. He propuesto un esquema con elementos que facilitan el análisis sistemático de los factores que hacen que las mujeres sean vulnerables a daños físicos y psicológicos, como resultado de determinantes sociales y culturales, principalmente. He dado un par de ejemplos de cómo puede ser aplicada la teoría, incluyendo conceptos que tomé prestados de los recuentos de las capas de la vulnerabilidad de Luna y de la justificación de la necesidad de protecciones especiales dentro del contexto de salud pública en lugar de cuidados o investigación clínica, propuesta por Hurst. Identificar las causas es un primer paso en la búsqueda de medidas correctivas. Un acercamiento que especifica la severidad de la vulnerabilidad de las mujeres nos puede ayudar a determinar

³⁹ F. Baylis, N. P. Kenny y S. Sherwin, “A Relational Account of Public Health Ethics”, en *op. cit.*, p. 205.

la urgencia moral de la respuesta de la salud pública al identificar aquellos que se encuentran en una desventaja tal que sus decisiones de vida no son ni remotamente parecidas a las de los demás.⁴⁰ Porque los actos de violencia cultural en contra de las mujeres constituyen una violación de los derechos humanos, la situación exige una respuesta conjunta por parte de las comunidades activas de salud pública global y de derechos humanos para trabajar juntas.

⁴⁰ Véase Madison Powers y Ruth Faden, *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Nueva York, Oxford University Press, 2006.

ASEDIO COMPASIVO: EL DOBLE FILO DEL CUIDAR

*María Jesús Buxó
María Casado*

Antecedentes

Son muchas las consideraciones que, en el marco de la bioética, se presentan y debaten desde hace años a propósito del Alzheimer. Algunas de ellas resultan ser problemas propios de la geriatría en general; otras se constituyen como cuestiones específicas que atañen a la autonomía, la intimidad y dignidad de las personas que reciben un diagnóstico precoz, y que conlleva la puesta en marcha de la atención sanitaria y familiar. Hace más de diez años, desarrollamos un proyecto de investigación sobre las implicaciones bioéticas de la detección de genes asociados a la enfermedad de Alzheimer, financiado por el Plan Nacional de I+D del Estado español,¹ cuyo resultado nos permitió establecer pautas para enfocar los problemas aparejados al diagnóstico de esta enfermedad que, aún hoy, pueden ser valiosas como antecedentes; en especial para todo aquello que se refiera a la detección y prevención de abusos a quienes se hubiere detectado la enfermedad.

Nuestro proyecto de investigación recomendaba establecer medidas encaminadas a la garantía de una atención digna y no discriminatoria por razones de edad y pronóstico. Entre ellas, la implementación de los comités de ética en las institucio-

¹ Proyecto de Investigación PB-0987 "Derecho y Alzheimer: implicaciones jurídico políticas, éticas y sociales de la detección de genes asociados a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles", concedido por el Ministerio de Educación y Cultura y desarrollado por los miembros del Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de la Universitat de Barcelona, investigadora principal del proyecto: María Casado.

nes geriátricas y en la asistencia primaria, ya que la supuesta incompetencia del anciano facilitaba que en estos ámbitos se perpetuasen modelos paternalistas, sin tener suficientemente en cuenta los valores e intereses de cada persona y su dignidad específica.² Se recomendaba, asimismo, que se estableciesen protocolos de actuación y que se acordara un pacto terapéutico que distribuyese las responsabilidades en función de la capacidad, predisposición, voluntad y perfil de los miembros del núcleo cuidador. En el entorno asistencial, dentro del ámbito de la planificación terapéutica, ya se hablaba del médico como un doble agente asistencial y consultor para la prevención del deterioro cognitivo y el tratamiento farmacológico de los problemas de conducta. Se evidenció, también, la necesidad de reconocer la tarea de las personas cuidadoras, de especializarlas, tanto en el sector sanitario y sociosanitario como en el ámbito doméstico, y de atender el hecho de que estos cuidadores eran, en su mayoría, “cuidadoras”; realidad que tiene un gran significado e impacto en las vidas intelectuales y profesionales de las mujeres, que no sólo asumen la crianza de los hijos sino el cuidado de los ancianos y enfermos.

Es un hecho que en el entorno asistencial y en el domicilio se pueden producir diversos tipos de conductas lesivas para aquellos a los que se cuida; de ahí que, efectivamente, en los hospitales ya existan “protocolos de abusos” y desde los comités de ética asistencial se propicie que el personal sanitario sea especialmente diligente en su detección y erradicación. En estos protocolos se analiza quiénes son susceptibles de sufrir abusos, se establecen planes de actuación y se define qué se considera una persona vulnerable. La dificultad para detectarlos está condicionada por el propio anciano que no se atreve a manifestarlos si se producen en el entorno familiar –o tiene dificultades para expresarse– y también porque el personal sanitario suele estar poco entrenado para ello.³ Los abusos pueden perpe-

² Pueden verse los comentarios al artículo 8 de la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco* –Vulnerabilidad humana e integridad personal–: “Bioética, dignidade humana e vulnerabilidade: a Declaração universal de bioética e direitos humanos da Unesco desde una perspectiva Latinoamericana”, Jussara de Azambuja Loch, Gabriel Chito Gauer y Joaquim Clotet, PUCRS, así como Florencia Luna, “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas”, FLACSO; ambos en M. Casado, *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco*, Navarra, Civitas, 2009.

³ En estrecha relación con este tema se encuentran las llamadas “restricciones”, físicas o químicas, que se producen en centros sanitarios o geriátricos para evitar que el paciente se lastime o caiga, entre otros incidentes, pero que en ocasiones pueden evidenciar simplemente la falta del suficiente personal para atenderlos. Se consideran como “restricción” los métodos que impiden la libertad de movimiento de una persona, la actividad física y el acceso normal al cuerpo, el aislamiento o la utilización de medicamentos. Cabe señalar que para prevenir el uso de la restricción debe aumentarse la observación y supervisión, lo que en la práctica significa un incremento del personal de los centros y que se requiere una orden médica para ello, revisable por periodos suficientemente cortos. Además, siendo una decisión de carácter sanitario, hay que explicar al paciente y a los familiares las razones que aconsejan esta decisión, que debe siempre constar en la historia clínica de forma suficientemente motivada

trarse en el domicilio familiar, en las residencias de ancianos y en el medio hospitalario, pero las formas en que se llevan a cabo en uno u otro lugar son distintos. Pueden ser de tipo físico, verbal, emocional, abandono, infantilización, económico, entre otros. Para disminuirlos, deben abordarse medidas de tratamiento para los casos en que ya se hayan producido (rompiendo el silencio, escuchando a las víctimas para ayudarles a recuperar la confianza y autoestima, determinando si existe responsabilidad jurídica) y medidas sociales encaminadas a su prevención. En una sociedad centrada en la autonomía de las personas, estas circunstancias pueden parecer extremas, pero la realidad es que resultan frecuentes en ciertas situaciones y muestran la vulnerabilidad de los ancianos dependientes y con trastornos cognitivos, que constituyen un grupo de ciudadanos necesitados de apoyo y vigilancia para que no se lesionen sus derechos.⁴

Nuestro proyecto de investigación recomendaba también, por otra parte, incentivar la adopción de medidas individuales, pues ocuparse de decidir por uno mismo en lo que concierne a la salud es un ejemplo de asunción de la propia autonomía. Una de las posibilidades de mayor interés consiste en establecer previsiones sobre las actuaciones terapéuticas que se desee recibir, o no, en el futuro; esta posibilidad se abre a los ciudadanos como consecuencia de las decisiones normativas habidas en el contexto internacional y en legislaciones estatales.⁵

La posibilidad de decidir mediante un documento de voluntades anticipadas o “testamento vital” –cuando se posee capacidad– y establecer disposiciones de forma anticipada para cuando ya uno no pueda hacerlo –si llegare desafortunadamente el caso–, es una de las conquistas sociojurídicas de mayor relevancia de los últimos tiempos. El “testamento vital” es un documento en el cual una persona manifiesta de manera fehaciente sus deseos sobre los tratamientos y actuaciones a que no desea verse sometido, previniendo así el caso de que una enfermedad pudiese incapacitarle para expresarse por sí misma. Puede incluir, o no, la designación de una persona de la confianza del otorgante para que se encargue de interpretar el documento llegado el caso y para vigilar el cumplimiento de las

⁴ M. C. S. Minayo, “Violência contra idosos: relevância para um velho problema”, *Cad. Saúde Pública*, 19:3 (2003), pp. 783-791. Así como “Sobre l’atenció a la gent gran dependent a Catalunya”, *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, núm. 17, 12 de febrero de 2004, <www.sindicgreugescat.org>.

⁵ La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica regula las voluntades anticipadas siguiendo lo establecido en el *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* del Consejo de Europa –en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2000–, en cuyo art. 9o. se instituye que “Se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad”. *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)*, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

instrucciones e, incluso, para que tome las decisiones pertinentes en el lugar de la persona que lo designó. Los testamentos vitales y las disposiciones anticipadas pueden contener previsiones concretas sobre el rechazo a determinadas medidas, ser genéricos, o bien describir situaciones que la persona considera indignas y ante las cuales pide que no se haga nada o que se le acelere la muerte –aunque en este sentido suelen hacer una mención de acatamiento a la legislación vigente al respecto. En el momento de otorgar el testamento vital se requiere plena capacidad y lucidez y, aunque puede firmarse ante testigos, se aconseja hacerlo ante notario, para así darle mayor fuerza vinculante.

El periodo ventana

Establecido el estado de la cuestión con este marco –que aun ahora los expertos en Alzheimer siguen considerando válido–, actualmente los intereses de la investigación orientan los avances y sus aplicaciones en la dirección de conseguir diagnósticos precoces. Quizá por tres razones, la más dura es relativa a que de momento es lo único o lo mejor que la investigación es capaz de conseguir; otra es que esto se ajusta con una lógica de la anticipación inescapable propia del pensamiento hipotético deductivo y, por último, que en la ideología cultural occidental tiene correlatos en la sabiduría popular del “vale más prevenir que curar”, y que hoy entra de pleno en la cultura de la juventud dominante. Nada nuevo como ideal si miramos la historia de la humanidad, que siempre ha buscado fórmulas para conseguir la eterna juventud, aunque actualmente la idea de parecer o mantenerse joven invade todos los estilos de vida, lo cual hace que la longevidad de la población preocupe y oriente investigaciones y tratamientos terapéuticos y regenerativos con el fin de mantener y perfeccionar el potencial corporal y, si es posible, demorar el envejecimiento.

En este escenario, el gran motor ideológico y económico que impulsa el sistema de salud y la definición de bienestar –sin dejar de lado los réditos que la cronicidad del reumatismo, el colesterol y las disfunciones vasculares aportan–, enfoca ahora una demencia degenerativa primaria, el Alzheimer. Tanto se ha popularizado en los medios de comunicación de toda índole, que ha impactado en la opinión pública para exhibir casos ejemplarizantes y ha entrado de pleno en el acervo popular aludiéndose al mismo para disculpar un olvido o cualquier otra carencia asociada a la edad y la memoria.

La investigación del Alzheimer permite saber cada vez más sobre esta enfermedad y las disfunciones que se generan por la pérdida estructural de tejido cerebral

y el deterioro cognitivo.⁶ Se trata de lo que se denomina una entidad clinicopatológica constituida por un fenotipo clínico, fundamentalmente caracterizada por un deterioro cognitivo progresivo que afecta, de inicio, a la memoria y después a otros dominios cognitivos, generando una alteración funcional a la que subyace un patrón neuropatológico con acúmulo extracelular de la proteína β amiloide ($A\beta$ placas seniles), depósitos intracelulares de proteína tau (ovillos neurofibrilares), pérdida neuronal y sináptica y proliferación glial.⁷

El incremento en número de personas diagnosticadas es notable: unos 500 000 en España, según la Confederación Española de Familias de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias, y la estimación de 1 200 000 para el 2025,⁸ cuya prospectiva mundial para el 2050 es de unos cien millones de personas.⁹ Son así ingentes las investigaciones para conseguir tratamientos y, aunque en menor escala, también los estudios sobre la atención de este nuevo protagonista del envejecer.

Sin embargo, el resultado que más rinde no son las terapias para curar o mejorar las condiciones de esta enfermedad, sino los progresos en el diagnóstico y la detección precoz. El diagnóstico puede ser genético, con todas las implicaciones que esto conlleva; pero además, puede llevarse a cabo mediante pruebas clínicas diversas –tales como TAC, PET y otras pruebas– que se acompañan de test psicológicos complejos que someten a la persona en trance de ser diagnosticada a un elevado estrés y a inconvenientes sobre los que no suele ponerse atención inmersos en el proceso creciente de medicalización que todo diagnóstico conlleva, pero que consideramos deberían ser cuidadosamente valorados antes de acometer su inicio; en especial teniendo en cuenta que la enfermedad no tiene tratamiento curativo en la actualidad. Es interesante tener en cuenta que es posible detectar cambios significativos de la función cognitiva incluso doce años antes del diagnóstico clínico –sintomático– de la enfermedad. El empeoramiento de la fluidez verbal semántica constituye un signo de declive cognitivo detectable entre los primeros síntomas no específicos de una enfermedad –EA prodrómica–, y precede a alteraciones que se pueden detectar diversos test que ponen de manifiesto las fases ya

⁶ El final del desarrollo de la enfermedad es de tal alcance que se la incluye entre las demencias, pero existe una larga fase previa de la enfermedad durante la cual se producen cambios en el cerebro –atribuibles a la enfermedad– sin que el sujeto que la padece presente síntomas o signos clínicos evidentes.

⁷ Cfr. G. McKhann, D. Drachman, M. Folstein, R. Katzman, D. Price y E. M. Stadlan, “Clinical Diagnosis of Alzheimer’s Disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the Auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s Disease”, *Neurology*, 34:7 (1984), pp. 939-944.

⁸ Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y Otras Demencias [ref. de 10 de abril de 2012] página web: <<http://www.ceafa.es/>>.

⁹ Z. S. Khachaturian *et al.*, “Creating a Transatlantic Research Enterprise for Preventing Alzheimer’s Disease”, *Alzheimers Dement*, 5:4 (2009), pp. 361-366.

clínicas, pero aun precoces de la enfermedad. Más adelante, entre 8 y 10 años antes de que se instauren definitivamente los síntomas claros de la enfermedad, se van produciendo cambios relevantes en el pensamiento abstracto verbal y en la memoria visual inmediata. Los estudios señalan que

...las quejas subjetivas de empeoramiento cognitivo y los primeros síntomas en el estado de ánimo aparecen 7-8 años antes del diagnóstico clínico. Por último, 5 años antes del diagnóstico parecen existir cambios significativos en la capacidad de realización de algunas actividades funcionales complejas como el uso del teléfono, del transporte público o de las finanzas. El indicativo del deterioro clínico de la función cognitiva, emocional y funcional se produce unos 3 años antes del diagnóstico de la demencia.¹⁰

También existen evidencias de la disminución en el rendimiento de la memoria episódica, la cual hace su aparición entre 6 y 8 años antes del diagnóstico, y se puede constatar que el empeoramiento en el recuerdo diferido es el primer síntoma de declive cognitivo.¹¹ Así, para la detección precoz de los problemas de memoria asociados a la EA, es importante la utilización de diversos test de cognición y variables asociadas,¹² así como pruebas, que permitan la evaluación de los distintos tipos de memoria.¹³

¹⁰ Véase los trabajos de H. Amieva, M. Le Goff, X. Millet, J. M. Orgogozo, K. Perés, P. Barberger-Gateau, H. Jacqmin-Gadda y J. F. Dartigues, "Prodromal Alzheimer's Disease: Successive Emergence of the Clinical Symptoms", *Ann Neurol*, 64:5 (2008), pp. 492-498. Véase también R. Blesa, M. Pujol, M. Aguilar, P. Santacruz, I. Bertran-Serra, G. Hernandez, J. M. Sol y J. Pena-Casanova, "Clinical Validity of the 'Mini-mental State' for Spanish Speaking Communities", *Neuropsychologia*, 39:11 (2001), pp. 1150-1157.

¹¹ L. Backman, S. Jones, A. K. Berger, E. J. Laukka y B. J. Small, "Cognitive Impairment in Preclinical Alzheimer's Disease: A Meta-analysis", *Neuropsychology*, 19:4 (2005), pp. 520-531, un metaanálisis sobre las alteraciones cognitivas en la etapa prodrómica de la enfermedad.

¹² Ejemplo de los test a que nos referimos son: *Clinical Dementia Rating*, que permite evaluar clínicamente memoria, orientación, razonamiento, solución de problemas, actividades de la vida diaria, aficiones y cuidado personal. El *Mini-Mental State Examination*, que consiste en una evaluación breve de las capacidades cognitivas mediante preguntas sobre orientación temporal y espacial, registro amnésico, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje y praxis. El *Free and Cued Selective Reminding*, que permite valorar la capacidad de la memoria verbal tras un procedimiento de aprendizaje controlado. Y el *Trail Making Test*, que evalúa procesos ejecutivos simples, como la atención selectiva y la secuenciación visomotora, así como procesos complejos, como la flexibilidad cognitiva.

¹³ La memoria semántica se refiere al archivo general de conocimiento conceptual y fáctico, no relacionado con ninguna memoria en particular, que una persona posee; muestra el conocimiento del mundo, de las personas y de las cosas y su significado. Es un sistema distinto del de la memoria episódica; de hecho, se puede perder memoria de acontecimientos y mantener la memoria de conceptos. La memoria episódica es el sistema de memoria que se utiliza para recordar experiencias personales enmarcadas en el propio contexto, como lo que se hizo el día anterior.

En este contexto, el Alzheimer nos coloca ante la evidencia de que la medicina curativa tiene límites y de que hay procesos patológicos que, aunque no puedan ser curados, sí deben tenerse en cuenta para que se pueda ofrecer al enfermo atención integral y la mayor calidad de vida posible. A nuestro entender, el diagnóstico precoz hace avanzar el proceso de medicalización y adelantar el paso de convertir al ciudadano en paciente, sujeto de cuidados. Acto que debe estar precedido por un proceso de información, consentimiento y consejo, previo y especialmente cuidadoso para que garantice a quienes se someten a estos diagnósticos precoces¹⁴ puedan aún decidir por sí, mientras no resulten ya disminuidos por la enfermedad –que indudablemente aparecerá cuando corresponda–, sino por el propio procedimiento emprendido que en el devenir habitual y “natural” conlleva medicalización y claudicaciones.

En pro del diagnóstico precoz, algunos estudios afirman que los fármacos no curan, pero la intervención farmacológica en las fases iniciales puede modificar el curso o la “historia natural de la enfermedad”; en concreto, con la entrada de fármacos específicos se obtienen beneficios sintomáticos y paliativos sobre la cognición y la actividad funcional, lo cual permite retrasar síntomas y conseguir un deterioro cognitivo menor que los no tratados.¹⁵ En el ámbito de la estimulación cognitiva y la asociación con actividades de ocio –como leer, escribir, participar en grupos, jugar, tocar instrumentos, crucigramas, etc.–, se afirma conseguir una mejoría en la capacidad intelectual, autonomía y bienestar siempre y cuando sean aplicados desde el inicio de la enfermedad; en particular por la dificultad de integrar estas terapias con posterioridad. Extensivamente, estas ventajas y beneficios en mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible y mitigar la dependencia redundan en beneficio del núcleo cuidador que hace que la carga del cuidar sea más llevadera.¹⁶

Estos mismos informes, no obstante, advierten que faltan más estudios y datos comparativos para discutir el beneficio del tratamiento farmacológico en la activación de las neuronas, así como en las terapias de aprendizaje de habilidades y la estimulación cognitiva, y así conseguir una mayor o menor mejoría transitoria. Señalan, asimismo, la conveniencia de refinar las metodologías de medición de los datos, especialmente en la evaluación de la implementación de las técnicas y ac-

¹⁴ Nótese que tales diagnósticos precoces a veces pretenden encontrar meramente factores de riesgo, lo que, en enfermedades de etiología tan compleja, equivale a “buscar una aguja en un pajar”, pero conllevan necesariamente que el diagnosticado entre en la cadena del sistema médico.

¹⁵ Los IACE son fármacos específicos, considerados sintomáticos y paliativos, no curan pero algunos autores indican que pueden modificar el curso natural de la enfermedad. M. Boada y LI. Tárraga (eds.), *Cuadernos de repaso*, Barcelona, Fundación ACE/Editorial Glosas, 2004; M. Boada y LI. Tárraga, *Alzheimer: la memoria está en los besos*, Barcelona, Ediciones Mayo, 2004.

¹⁶ M. Boada y LI. Tárraga, *Alzheimer: la memoria está en los besos*.

tuaciones para demostrar el valor potencial de la rehabilitación cognitiva –y otros métodos psicosociales– como coadyuvante del tratamiento farmacológico. Y en esta dificultad contribuye el hecho que no hay dos enfermos de Alzheimer idénticos, lo cual obliga a tener en cuenta las variaciones individuales de la persona; sus genes y su educación, su carácter y personalidad, sus traumas y frustraciones, sus logros y vivencias, sus amores y desamores, su entorno familiar, laboral y social. De no tener en cuenta todo esto, y si las tareas de estimulación son inadecuadas, se pueden producir crisis de “desconfianza y reacciones de rechazo y frustración”.¹⁷

Sin duda, en este ámbito de la atención se reconoce que hay que elaborar nuevos modelos de actuación, de ahí que se desarrollen nuevas especialidades en salud pública, así como impulsar fundaciones y asociaciones que realizan grandes esfuerzos por clarificar las bases biomédicas y culturales de la enfermedad para identificar sus necesidades y problemas. La atención y el cuidado constituyen bondades cuyo correlato bioético en términos de beneficencia se sustentan en una ética de la justicia, en la imparcialidad en la atención del sistema sanitario y en una ética del cuidar.

Y es precisamente en alusión a dicha ética que consideramos que el diagnóstico precoz entra en una zona de grises y de límites imprecisos que requieren una reflexión añadida por la aparición de fenómenos de carácter negativo relativos a un doble filo del cuidar que puede conducir a la vulneración de derechos.

En el intervalo entre la detección de la enfermedad –aun prácticamente asintomática– y su manifestación definitiva, el diagnóstico infausto promueve la aplicación de protocolos de actuación que –aunque entendidos como mecanismos de prevención tan pronto se reconocen los primeros síntomas– pueden tener efectos perjudiciales en el bienestar del afectado. Entrar en la atención protocolizada del sistema sanitario implica seguir unos parámetros cuya estandarización no tiene en cuenta la complejidad que se genera en las actividades, además, de los conflictos en el sistema familiar,¹⁸ ni tampoco los vericuetos en la reelaboración de la identidad de las personas diagnosticadas entre recursos propios e imposiciones ajenas. Poco se sabe sobre la actividad de las neuronas y los sentimientos sometidos al estrés de la información del diagnóstico precoz y que pueden ser los que inducen a las reacciones de frustración, apatía, aislamiento, irritabilidad, ansiedad y depresión. Y todavía menos de la etnografía cotidiana de las personas diagnosticadas que pasan a ser pacientes de un sistema de restricciones sanitarias y familiares.

Paradójicamente, esa anticipación del diagnóstico que parece aportar ventajas al tratamiento de esta enfermedad progresiva, también produce desventajas, pues una vez advertida e informada, la persona y su espacio vital quedan reclasificados

¹⁷ *Ibid.*, p. 39.

¹⁸ M. J. Buxó Rey, “La familia, objeto de salud mental”, *Quaderns de Salut Mental*, 1, 2002, pp. 46-50.

en el sentido foucaultiano de biopolitizar su cuerpo y su mente. A modo de inciso, quedaría en el aire la pertinencia de este diagnóstico precoz, qué calidad de vida tendría la persona que no supiera de su estado, y cuán distinto sería su bienestar en otras condiciones de vida. Podría pensarse en la ruralidad de un pueblo donde la percepción de la disminución se nota menos debido a la combinatoria familia-vecinos, formas laborales y sistema de valores en que prima el respeto a la ancianidad sin importar los olvidos, la lentitud y otras incapacidades propias de la edad.

No es de extrañar, pues, que la anticipación agudice el sufrimiento de la persona diagnosticada al quedar sometida su conciencia a la irreversibilidad del proceso, la imprecisión de la temporalidad y a los vericuetos de una identidad que cada vez más está referenciada en los demás. Y en ese intervalo es donde se amplifica la vulnerabilidad que damos en denominar asedio compasivo.

Cuidar *versus* asediar

En pro de una sociedad que busca asegurar el confort del individuo, de su salud como un signo de logro, bienestar y perfección, el diagnóstico precoz se entiende que contribuye a garantizar ese ideal. No sólo se inicia el tratamiento terapéutico, sino que se aporta una información de la cual se adueña quien se diagnostica y que –como se ha dicho– le permite ejercer su autonomía antes de la pérdida de la capacidad para arreglar sus papeles y expresar sus voluntades respecto a como quiere que sea su tratamiento. Sin embargo, no parece tenerse en cuenta que, una vez que se diagnostica la enfermedad de Alzheimer y se informa al enfermo y a la familia, empieza un periodo anómalo que afecta la identidad de la persona diagnosticada, doblemente presionado porque se instaura un proceso irreversible y entra en una categoría que, por incipiente que sea su condición, se enmarca en el sistema clasificatorio de las demencias neurodegenerativas. Así, pasa a ser una entidad marcada por una redefinición medicalizada de su cuerpo y mente, que no sólo conmueve o perturba las conductas de su entorno familiar, sino que, socialmente, inicia el trayecto de las personas discapacitadas.

Es, pues, de interés bioético atender esta fase de anticipación donde la vulnerabilidad potencial de quien se diagnostica es incremental por dos razones: primera, el peso de la movilización de todos los agentes de la atención y el cuidado que disponen de tratamientos, protocolos, consejos, recomendaciones sobre cómo actuar con el ya paciente, quien ve transformados sus estilos de vida por la organización de los cuidados insertos en los quehaceres cotidianos. Y segunda, la presión a dar un salto cualitativo en la dirección de elaborar una nueva realidad desde el

individuo –que es aún– hacia una conciencia distinta de sí mismo, cuya identidad social está pasando a ser una entidad a ser tratada y cuidada.¹⁹

Desde siempre se ha reconocido que la atención sanitaria tenía que complementarse con el cuidado en el ámbito familiar en todas las enfermedades, con mayor acento si cabe en las discapacidades de larga duración y en el caso que nos preocupa aquellas de carácter neurodegenerativo. En el ámbito sanitario, el concepto de atención sirve para poner matices al cuidar en el sentido de objetivar lo que se siente, lo que la otra persona espera y las exigencias del guión terapéutico en cuanto a obligaciones y prioridades. Se entiende que los centros hospitalarios tienen que “atender”, es la atención lo que se requiere y no la implicación afectiva del cuidador, sea hombre o mujer. Esto contrasta con el cuidado familiar en el que las mujeres de la familia, sea la esposa, la hija, la hermana o los parientes femeninos más próximos, o el servicio doméstico, son los que han de responsabilizarse del enfermo. De esa implicación familiar se reconocen dificultades y problemas que han servido para analizar la crisis familiar o incluso definir al cuidador o cuidadora como víctima–; de ahí derivan recomendaciones y aprendizajes para beneficiar el entorno cuidador, animarle en el proceso e incluso prepararlo para ser “maestro del reposo”.²⁰ En definitiva, antes y ahora se han elaborado fórmulas para que la enfermedad se viva como algo aceptable y manejable, en lugar de ser una losa para la familia.²¹ Las asociaciones de pacientes, CEAFA, FEP,²² elaboran guías para orientar a los medios de comunicación sobre cómo divulgar la enfermedad y los avances curativos, evitando las falsas expectativas; asimismo, consideran que estas noticias dedican poco espacio al entorno familiar en tanto que personas afectadas que necesitan respuestas y soluciones.

Si las personas cuidadoras tienen, pues, el beneficio de este reconocimiento y apoyo, no parece que estas fórmulas contribuyan de igual modo al bienestar de quien se diagnostica. En los trabajos sobre Alzheimer se dice que la persona diagnosticada cierra un periodo y se recomienda transformar su proyecto vital en tiempo de ocio y tranquilidad, siendo derivado hacia una suerte de prejubilación en la que va notando –o se le hace notar– la pérdida de sus habilidades, la memoria y la autoejecución. En las pruebas que acompañan el diagnóstico inicial –que se realizan para evaluar los trastornos cognitivos y psicoafectivos–, el paciente potencial se ve

¹⁹ L. Boff, *Saber cuidar: a ética do humano*, 2007, disponible en <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff_eticahumana.html>. Asimismo, C. H. A. Schwancke y I. B. M. Cruz, “Ética do cuidado na sociedade que envelhece: contribuição ao debate”, en J. Clotet, A. G. S. Feijó y M. G. Oliveira (eds.), *Bioética: uma visão panorâmica*, Porto Alegre, EDIPUCRS, 2005.

²⁰ M. Boadan y Ll. Tàrraga, *Cuadernos de repaso*.

²¹ “Enfermedad de Alzheimer, diagnóstico precoz”, en *Opinión Quiral*, núm. 321, 2011.

²² CEAFA, Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias. FEP, Federación Española de Parkinson.

sometido a tests de abstracción y ejecución con dibujos, cálculos y escritura, cuya inmediatez y expectativas de aprobación agudizan su sentido de merma de capacidades. Es cierto que se dan toda suerte de recomendaciones a los evaluadores con el fin de evitar la sensación de fracaso y la pérdida de autoestima, animar a esforzarse sin exigencia, y no interferir en aquellas tareas que las personas todavía son capaces de realizar por sí mismas.

La etnografía del entorno sanitario y familiar evidencia que las personas cuidadoras ante cualquier señal o detalle de limitación inician el proceso afectuoso de suplir y dependizar, lo que se convierte en una manera de hacerles notar lo que eran y lo que queda de ellos. Animarles a no lamentar lo perdido, como técnica de apoyo, es otra forma equívoca de hacerles olvidar lo que fueron, pues son justamente esos recuerdos los que les dan alegría, a la vez que son puntos de referencia en la reactivación de otras acciones. Así, ante cualquier olvido saltan las alarmas de su nueva condición y, sea por apoyo o impaciencia, se tiende a acabar sus frases, se formulan sus preguntas y se termina diciendo aquello que se supone iba a decir la persona. Ante cualquier vacilación, se insinúan u organizan nuevos órdenes en el espacio y en el aseo personal, se interviene amablemente en sus decisiones, por no mencionar aspectos más oscuros relativos a la economía familiar, la herencia y que entran de forma subrepticia en los detalles afectuosos, el tono de los comentarios y la frecuencia de las discusiones. En casa, el afectado queda pronto expuesto a la intromisión de las conductas familiares que, con toda la buena voluntad del mundo, anticipan síntomas y favorecen entornos donde reinan, en pro de la aceptabilidad y el manejo, los actos de dependencia y disminución. Es frecuente que la persona se vea obligada a elaborar su identidad con mecanismos defensivos de aislamiento y un cierto escapismo que se expresa también difiriendo decisiones y actividades, incluso con manifestaciones irregulares de agradecimiento compulsivo, irritabilidad y desapego. Y todo ello es interpretado por las personas cuidadoras como parte de la enfermedad, cuando en realidad son conductas que derivan en buena medida del acoso compasivo al que es sometido.

En definitiva, mientras por una parte se cumple institucionalmente con la prevención y los derechos en salud del individuo, por otra el diagnóstico precoz conmociona la vida del nuevo paciente al que se le inflige un “asedio compasivo” donde –en nombre del afecto y el servicio– se mezclan indignamente toda suerte de controles. Expresiones y prácticas que se entienden por parte del cuidador o cuidadora –dedicación que, en general, recae en las mujeres de la familia–, como desvelo, dedicación y mimos, y se reciben, ambiguamente, por parte de la persona cuidada como “afecto invasivo” que en ocasiones invalida el proceso de asumir la enfermedad, elaborar la identidad y reordenar el espacio vital.

Género paternal y maternal: la banalidad del mal

Desde la crítica a la distinción de Kohlberg, en sus ensayos sobre desarrollo moral, Gilligan afirma que las diferencias en la actitud moral de hombres –una moral de principios atenta a la imparcialidad de la justicia– y mujeres –una moral del cuidar que atiende a las necesidades de la persona en cada contexto y caso particular– constituyen voces diferentes que son igualmente válidas o complementarias.²³ A partir de aquí, pareciera como si la labor de cuidar del otro derivara en el caso de los hombres del momento ético primario del encuentro interpersonal,²⁴ mientras la sensibilidad moral del cuidar, empática y compasiva, fuera propia de las mujeres, atribuible a factores biológicos como la menstruación, el embarazo y la lactancia. De modo que, a este tenor, el cuidar ético de las mujeres se apoya en una supuesta actitud natural que surge espontáneamente del hecho maternal, así como de la socialización que, en sí misma y hacia los demás, se ha procesado en las experiencias de la esfera privada. Un entorno donde las relaciones de afecto y cuidado activan una moralidad más relacional y compasiva, a diferencia del énfasis protocolario y formal de la esfera pública.

Esto ha marcado una tradición en los estudios de género en la que se considera que la ética del cuidar es una característica de la identidad de las mujeres y que la vida moral no empieza resolviendo dilemas ni estableciendo prioridades entre principios generales, abstractos e imparciales de la moralidad, sino compartiendo un sentimiento como corresponde al cuidado natural.²⁵ Y este sentimiento moral, otras autoras lo envuelven en la ética de la virtud donde los conceptos de deber y obligación son sustituidos por las virtudes de la generosidad, la empatía, la consideración y la confiabilidad, entre otras.²⁶

En todas estas apreciaciones tan ricas y llenas de coraje quedan, sin embargo, pormenores opacos relativos a la modulación de estas virtudes cuya implicación personal no se deja ver. Al igual que en el enfoque feminista, a veces se olvida o elude el capítulo de la crítica autorreferencial en cuanto a los elementos de valoración del género mujer, la ternura, la devoción y el cariño no dejan de ser con frecuencia estereotipos de refuerzo de la femineidad del propio sistema patriarcal y funcionan como formas secundarias de alienación cultural. De modo que si la realización personal se

²³ C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

²⁴ E. Lévinas, *Entre nosotros: ensayos para pensar en otros*, Valencia, Pre-Textos, 1993.

²⁵ N. Noddings, *Caring, a Feminine Approach to Ethic and Moral Education*, Berkeley, University of California Press, 1984.

²⁶ G. E. M. Anscombe, "Modern Moral Philosophy", en *Philosophy*, 33:124 (1958), pp. 1-19. Disponible en <www.jstor.org>.

activa con sentimientos de afecto y protección, hay que cuidar la demasía, pues la compasión puede ser entonces tan cruel con cualquier otro tipo de imposición.

Es justamente en este periodo del diagnóstico precoz donde mayor relieve alcanza el asedio compasivo, pues se refuerzan todos los dispositivos emocionales del círculo íntimo que, no sintiendo el cuidar como una obligación, sino receptividad ante el destino cruel, desatan la empatía, y llevada al extremo la identificación, hacer todo y más por el otro.

En términos bioéticos, este trato de confianza y solidaridad quedaría clasificado como beneficencia ya que no hay maleficencia en el sentido de una desatención que produzca directa o indirectamente marginación, vulnerabilidad, malos tratos, abandonos, sea por escasez de recursos y servicios como por conflictos emocionales y desintegración sociofamiliar. Sin embargo, puede llegar a ser maleficencia y afectar derechos fundamentales en cuanto a la intimidad y la autonomía, pues se trata de un cuidado en exceso o invasivo que hace que los miembros de la familia suplanten y se apropien anticipada y progresivamente de la voluntad y la capacidad de decisión de la persona diagnosticada; especialmente cuando se notan vacilaciones asociables a la pérdida de memoria y la autoejecución.

En este punto entramos directamente en la vinculación género y bioética en relación con los mecanismos de protección paternalista que propician la atención en el sistema sanitario y las bases naturales del maternalismo que vehiculan el cuidar en el sistema familiar.

Sin negar que ambos marcos de acción tienen sentido organizativo, el paternalismo, al tomar la dirección del proceso, orienta y aporta seguridad para intervenir, protocolizar y reforzar técnica y psicológicamente a la familia amparando sus necesidades de soporte sea para descansar, sustituir, entre otras cosas. Si bien ese paternalismo, por benefactor, deriva en compromiso de protección, no obstante, sus recomendaciones y recetas pueden actuar en contra de la voluntad de alguien por su bien; así se le relega y resulta con un déficit de autonomía, en situación de vulnerabilidad manifiesta. De igual modo, el maternalismo usa las estrategias del afecto para dirigir y orientar, aunque basándose en una ética del cuidado que revela lo femenino por sustanciar los valores de una sociedad acogedora, cariñosa y pacífica en la relación madre-hijo. La autoridad maternal no se discute en la socialización infantil, pero ejercida sobre el adulto tiene que hacerse consciente de que engendra relaciones que fomentan la "autonomía negativa". Es decir, una autonomía reducida por las decisiones y finalidades de un orden externo al individuo. En este caso, las restricciones y las recomendaciones del sistema sanitario, que establece los criterios, y con el que la familia se identifica para pautar las necesidades a los que la persona tiene que adaptarse sea para recibir tratamiento, realizar actividades, jugar, asearse e incluso tener buen ánimo.

No es de extrañar, pues, que con estas actitudes paternalistas y maternalistas de la atención y el cuidado se induzca a ejercer, incluso a justificar, el acoso en nombre del bienestar. Complementariamente, tampoco es raro que, con toda esa buena voluntad, la persona tienda a hacerse el distraído o usar estrategias que le hagan inmune a la intromisión de estas presiones y fuerzas externas. Irritarse, hacerse el ausente y retirarse a su mundo interior son manifestaciones que a la vez perjudican su imagen retroalimentado el asedio compasivo.

De poco serviría concluir algo tan obvio como que el diagnosticado precoz de Alzheimer requiere un “apoyo inteligente” que facilite o contribuya a su bienestar. En esta fase o intervalo, sería conveniente hacer un seguimiento de las transacciones morales que se mueven detrás de la escenificación del cuidar. Así, el apoyo inteligente implica soslayar el principio del doble efecto y la banalidad del mal, dos problemas bioéticos de primer nivel.

Por una parte, es preciso darse cuenta que los agentes del sistema sanitario y familiar “bien intencionados” aplican el principio del doble efecto cuando se permiten en el curso de una acción causar un perjuicio para producir un buen fin que no es posible conseguir sin dañar y, además, considerar raramente la proporcionalidad. En el caso que nos ocupa, no hay que olvidar que se trata de un diagnóstico precoz y sin terapia aparejada; más aún, el diagnóstico de una enfermedad irreversible y que puede ser detectada cuando aún es totalmente asintomática. Este conjunto de graves circunstancias nos enfrenta a las cuestiones de si es o no procedente revelar el infausto diagnóstico a los hipotéticos afectados y cómo se ha de llevar a cabo la necesaria labor de consejo y orientación.²⁷

Por otra parte, habría que entender los aspectos contradictorios del “don” que subyacen al cuidar; sin lo cual es fácil caer en la “banalidad del mal”.

El don que subyace al cuidar supone una de las formas más arcaicas de intercambio interpersonal en las que la generosidad y la gratuidad son valores que se sustancian en el dar, recibir y devolver. Sin embargo, no existen comportamientos desinteresados ni actos gratuitos, más bien toda acción se plantea, de un modo u otro, para alcanzar algún tipo de beneficio, sea el cielo, el agradecimiento, la auto-satisfacción de estar actuando correctamente con uno mismo y con los demás, el

²⁷ En este sentido, las Recomendaciones del Consejo de Europa sobre cribados genéticos con fines sanitarios y sobre protección de datos médicos establecen que no debe ser lícito exigir pruebas genéticas para la realización de seguros ni para los contratos laborales y, en general, los países europeos sostienen esta opinión. En nuestro ordenamiento jurídico, el marco general establece lo dispuesto por el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, cuyo artículo 12 sólo permite el uso de la información genética con fines médicos o de investigación médica, la *Ley Orgánica 15/1999*, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que se encamina a proteger la intimidad y consagra la llamada autodeterminación informática, así como la *Ley 14/2007*, de 3 de julio, de investigación biomédica cuyo título V regula los análisis genéticos.

reconocimiento público o, también, el sentido de pertenencia a una organización y sus poderes, sea el sistema biomédico o la sagrada familia. Implica, además, una relación ambigua o confusa entre el dar y el devolver, que no es de reciprocidad sino de obligación. Madrid²⁸ advierte sobre las obligaciones que genera el don –obligaciones de devolución–, derivando en un mecanismo de distribución de poder social puesto que entre más se da, más poder se tiene, así “la diferencia de poder entre los individuos es proporcional a los desequilibrios de la reciprocidad entre éstos”. Aunque lo más preocupante es que casi nunca se pone en evidencia la labor negativa que se ejerce sobre el receptor, pues, según Todorov, el individuo caritativo obtiene el reconocimiento de realizar un acto considerado moral, pero al mismo tiempo hace como si el otro sólo tuviera necesidad de recibir pero no de dar, una actitud de sentido único que promueve la desproporción o el “dar sin medida” lo cual coloca a los beneficiarios en desventaja y sumisión.²⁹

Y ahí está el núcleo del asedio compasivo, más se da y más desproporcionado es el cuidado, mayor es el poder de decisión que menoscaba la del receptor sumido en la obligación y el agradecimiento. Es importante reconocer que en el dar y en el cuidar, aunque se piense en el bien del otro, resulta un bien para uno mismo que generalmente pasa desapercibido para quien cuida y para el medio, pero que no por eso es menos real ni menos invasivo. Y no sólo eso, sino que se establecen relaciones de dependencia que tienden a generar en el receptor sentimientos de deuda, aunque sean automatismos convencionales, pero que sin duda retroalimentan la continuidad y la profusión del cuidar. Ciertamente, nada nuevo bajo el sol, pues parece que hayamos olvidado las palabras de Aristóteles:

El resultado de la acción es hermoso para el bienhechor de modo que complace a la persona que da, mientras que el servicio del bienhechor no es hermoso para la persona que lo recibe, sino, en todo caso, útil, y esto es menos que grato y amable.³⁰

Y también Nietzsche nos advierte en la consideración de la voluntad de poder del ser humano que ésta convertía los actos más bellos y hermosos en actos intencionales:

Torpe ardid consistente en formarse una idea corregida de la persona a la que se trata de ayudar; pensando que esta merece ayuda, que anhela precisamente su ayuda y que se mostrará profundamente agradecida, adicta y sumisa a ellos por

²⁸ A. Madrid, *La institución del voluntariado*, Madrid, Trotta, 2001, p. 173.

²⁹ T. Todorov, *La vida en común*, Madrid, Taurus, 1995, p. 152.

³⁰ Véase Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Madrid, Gredos, 1995, L. IX, cap. VII.

toda su ayuda [...] con esta fantasía disponen de los necesitados como propiedad suya [...] los encontramos celosos cuando nos cruzamos con ellos o nos adelantamos a ellos...³¹

Olvidar estas lecciones básicas en la consideración de una ética del cuidar sólo nos lleva a pensar en la banalidad del mal entendido como provocar el mal sin que haya voluntad de hacerlo. En la descripción de este concepto, Arendt señala que puede dar lugar a una auténtica controversia, ya que cuando habla de la banalidad del mal se limita a señalar un fenómeno caracterizado por la irreflexión y la normalidad.³² Un mal que no busca hacerse y que es resultado de la inadvertencia, que no estupidez. Y por ello de una predisposición a actuar con un esmero exagerado en un marco de instituciones jurídicas y morales cuyo acatamiento casi impide saber que se realizan actos de maldad.

No es una comparación sino una reflexión, simplemente incomoda, sobre los valores intrínsecos de dos sistemas de poder y autoridad, el sanitario y el familiar, que proceden de tradiciones no cuestionadas, basadas en los avances tecnocientíficos y la veneración sagrada a los vínculos familiares. Ambos y en conjunción operan como rigurosas sucursales del orden y la felicidad entrometiéndose en la intimidad de la persona diagnosticada, actuando ajenos a su voluntad personal y reduciendo las oportunidades para que use sus propios recursos. Sin duda, es una aplicación conceptual poco grata asociar la banalidad del mal con conductas regladas y basadas en la afectividad, pero, aun reconociendo la exageración, hay un doble filo en el cuidar que, si no se revisa, puede conducir al asedio compasivo. No porque haya mala intención ni sadismo, sino por pura y simple normalidad e irreflexión.

Inquietudes finales

Si no fuera por el diagnóstico precoz, seguramente no habríamos cuestionado el cuidar con la misma intensidad crítica, de ahí que las consideraciones finales se dirigen al origen del problema. El reparo de fondo se asienta en la realización de cierto tipo de amplios estudios preclínicos –presintomáticos– que se encaminan a conseguir un diagnóstico cada vez más precoz de enfermedades sin cura y de etiología compleja.³³ Consideramos que los recursos y esfuerzos de la investigación

³¹ Véase F. Nietzsche, *Más allá del bien y del mal*, Madrid, Alianza, 1990, p. 76.

³² Véase H. Arendt, *Eichman en Jerusalén*, Barcelona, De Bolsillo, 2011.

³³ Este reparo ya ha sido también puesto de manifiesto por diversas personas e incluso comisiones de ética; por ejemplo, en el Comité de Bioética de Cataluña, en su sesión de junio de 2012, se elaboró un informe que cuenta con un voto particular en este sentido, encabezado por una de las coautoras de este trabajo, cuyos lineamientos se recogen en los siguientes párrafos. Véase el informe de “Comité de

deberían dirigirse prioritariamente a la terapia de la enfermedad, no a detectar –masivamente y cuanto antes– factores de riesgo multifactoriales y posibles futuros enfermos de Alzheimer, ya que se trata de una cuestión muy sensible por sus profundas implicaciones éticas, el número de afectados –actual y futuro– y la enorme carga simbólica de esta enfermedad, que hace que su diagnóstico lleve aparejada una condena sin remedio y que las personas diagnosticadas pasen a ser pacientes de hecho. Esto acorta su autonomía, los somete a un asedio compasivo por parte de la sociedad y –en el mejor de los casos– a un afecto invasivo de la familia que, también, es objeto de toda clase de conmisericordias y cuidados y, así, se erige en un colectivo más para medicalizar y en una nueva fuente de intereses y de trasiego económico.

Nuestra inquietud bioética es, pues, profunda y previa: ¿se debe aceptar que se dediquen tales esfuerzos a este tipo de estudios presintomáticos y sin terapia disponible? Ciertamente es bien sabida la capacidad de presión que tienen ciertas entidades –las fundaciones dedicadas a llevar a cabo “obras sociales”, por ejemplo– sobre la opinión pública. El apoyo de los promotores y el renombre de algunos de los investigadores que participan e impulsan estos proyectos a menudo salva carencias, e incluso predispone a la sociedad a favor –o, al menos, a no cuestionar algo que se hace a “fin de bien”–, cuando en realidad ese apoyo tal vez sería más necesario para otras cosas que no generasen falsas expectativas en pacientes, familiares y ciudadanos en general. Este tipo de iniciativas y el apoyo mediático que las acompaña –la mera publicidad de ciertos estudios prospectivos que se llevan a cabo– condicionan a los ciudadanos a medicalizar su vida “por si acaso”, a someterse a diagnósticos precoces y test imposibles de responder por ningún ser humano normal sometido a tal presión... y luego se extrapolan resultados de forma que se ve obligado a tomar medidas y remedios proporcionados, obviamente, por la industria.

El Alzheimer nos coloca ante la evidencia de que hay enfermedades que no pueden ser curadas y que nuestra primera obligación es la de señalar límites y caminos para el cuidado, pero también el respeto hacia la autonomía de quienes pueden ejercerla, aún. La patente situación actual de crisis y la liquidación del Estado de bienestar obliga a replantear un pacto social sobre el cuidado, que determine quien asume qué y de qué forma se hace lo que ahora, de hecho, recae sobre las familias; lo que en la inmensa mayoría de los casos es lo mismo que decir: sobre las mujeres.

Bioética de Catalunya” de la reunión plenaria del 13 de junio de 2012, a propósito del protocolo del proyecto de investigación “Estudio cohorte para la identificación precoz de marcadores en familiares cognitivamente sanos de pacientes con enfermedad de Alzheimer”, que impulsa la Fundació Pasqual Maragall y el voto particular firmado por María Casado, Jose María Mena, Montserrat Busquets, Lluís Cabre y Francesc José María, con la adhesión de Virtudes Pacheco <<http://comitebioetica.cat/>>.

ÉTICA, SALUD Y ACTO MÉDICO. UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Carme Valls-Llobet

Introducción

Existen diferencias en la forma de obtener vidas más saludables y en la forma de enfermar entre mujeres y hombres, por lo que al incorporar una perspectiva de género en el análisis de la asistencia sanitaria, no se puede obviar estas diferencias, sino que se ha de concretar la ética de los procesos que, al estilo de Badiou, nos acercan a los posibles factores que van a interferir en el proceso de la sanación. La ética de la salud con perspectiva de género hace necesario seguir los procesos de visibilizar las diferencias y corregir la ausencia de las mujeres en los estudios de investigación, elaborando una *Ciencia de las diferencias* entre mujeres y hombres en las ciencias de la salud.

Pero la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino, en especial, calidad de vida, por lo que una reflexión ética sobre la salud debe profundizar en qué entendemos por vida, y en que la salud no es sólo un proceso de ausencia de enfermedad sino un proceso para conseguir energía y vitalidad, proceso que todavía no está en el centro de la atención sanitaria y que las nuevas aportaciones de la biotecnología no siempre pueden preservarla. La concreción del proceso de sanación se realiza, en parte, en el acto médico, que en el caso de la atención a las mujeres debe enfrentarse al creciente desarrollo de la victimización, que las convierte de la situación de estar enfermas al de ser enfermas. La utilización de sutiles microviolencias dentro del sistema sanitario o la violación de los principios éticos interfiere con la escucha de los síntomas base del nacimiento de la clínica, y con el desarrollo de un acto médico basado en la ética y en el que se suavicen o eliminen las relaciones del biopoder.

Ética de los procesos

Es necesario rechazar el dispositivo ideológico de la “ética”, no conceder nada a la definición negativa y victimaria del hombre. Este dispositivo identifica al hombre con un simple animal mortal, es el síntoma de un inquietante conservadurismo y, por su generalidad abstracta y estadística impide pensar la singularidad de las situaciones [...] Toda humanidad cobra raíces en la identificación por el pensamiento de situaciones singulares. No hay ética en general. Hay sólo eventualmente –ética de los procesos en los que se tratan los posibles de la situación.¹

La ética se ha definido como la búsqueda de una “buena manera de ser”, como la manera de escoger caminos más sabios para la acción, y aunque es una rama de la filosofía con carácter propio porque quiere analizar cómo tendrían que ser las conductas humanas, lo hace con reflexiones intensamente unidas a otras ciencias como la antropología, la economía, la política, la sociología y las ciencias de la salud. La ética se ha dividido en varias subdisciplinas: la metaética, que reflexiona sobre la naturaleza de los juicios y conceptos morales; la ética normativa, que analiza las conductas en función de unas normas deontológicas (Kant) o por las consecuencias de los actos, y la ética aplicada, que se ha desarrollado en la segunda mitad del siglo XX en relación con la aplicación de teorías normativas a problemas de moral práctica.

Hasta ahora, los problemas morales analizados han estado en relación con la equidad sexual o racial, los derechos humanos y la justicia. Asimismo, se ha planteado el valor de la vida humana con las controversias sobre el aborto o la eutanasia, y se ha reflexionado desde la bioética en temas como la fertilización *in vitro*, los bancos de espermatozoides y la manipulación genética, lo que ha obligado al trabajo conjunto de especialistas en filosofía, derecho, medicina, investigación, justicia y teología.

Es difícil, sin embargo, que la ética aplicada pueda hacer sustracción de las valoraciones morales para pasar al análisis de los problemas éticos de alguna situación concreta, y si observamos el caso concreto de la salud de las mujeres, no podemos hacer abstracción de que hasta la actualidad, el estudio de la bioética en relación con las mujeres se ha centrado en especial en el terreno de la sexualidad o de la reproducción, haciendo abstracción de las implicaciones y condicionantes de la salud en la vida de las mujeres, como si en este campo no existieran diferencias en la salud entre mujeres y hombres, o como si la salud y la calidad de vida del ser humano que ha de tomar decisiones sobre dar la vida o no darla no tuviera nin-

¹ Alain Badiou, *Ética. Ensayo sobre la conciencia del mal*, París, Les Editions Hatier (Colección *Optiques philosophiques*), 1993..

guna importancia, como si el ser humano que decide, en este caso mujer, no tuviera ninguna singularidad particular.

Si entendemos que un proceso o un procedimiento será ético en función de si aumenta la autonomía y capacidad de decisión de sus componentes, y si conseguimos hacer una ética de la singularidad, el análisis de la relación de las ciencias de la salud con las mujeres se deberá realizar en relación con el mismo contenido de la ciencia médica, y si en este campo se tienen en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres; en segundo lugar, en relación con el sentido de vida y de calidad de vida, y en tercer lugar, en relación con la calidad del contacto que se establece entre la medicina y las personas, es decir, el acto médico por excelencia: el acto clínico.

Aunque las nuevas tecnologías tiendan a empequeñecerlo, como si el diagnóstico llegara por medios mágicos o técnicos, es en el acto médico donde puede empezar un proceso de sanación en un camino de mayor libertad, o al revés, producir una caída profunda en el ser como enfermedad, en el ser victimizado. Para poder analizar las desviaciones éticas en el aspecto asistencial, hemos de profundizar en el concepto de la salud, de la ciencia de las diferencias, de la calidad de vida y de los sesgos actuales de la provisión de atención sanitaria en relación con las mujeres.

¿Existen diferencias en la salud y enfermedad de mujeres y hombres?

La salud se consideró como ausencia de enfermedad en las primeras definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la enfermedad se definió como una desviación de la norma biológica,² con una etiología específica, cuyo paradigma más claro fueron las enfermedades infecciosas, cada una causada por una bacteria, hongo o virus. Enfermedades en abstracto, sin relación con las condiciones de vida y trabajo, la cultura, etnia, clase social o medio ambiente. Pero esta definición de enfermedad causada por una etiología única se contradice con la realidad, ya que la salud de los seres humanos, de los *organismos humanos*, está sometida a numerosos condicionantes que actúan al mismo tiempo con diversos grados de intensidad, que se potencian o neutralizan mutuamente, y cuyas consecuencias son las alteraciones de la salud física o mental.

Además, estos condicionantes actúan de forma diferente en el cuerpo de hombres y mujeres, con consecuencias distintas según la edad, la nutrición, la clase

² Angel Martínez Hernández, "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica", en J. Prat, A. Martínez Hernández (eds.), *Ensayos de antropología cultural*, Barcelona, Ariel Antropología, 1996, pp. 369-381.

social, el trabajo que realicen y las relaciones sociales que establezcan.³ Sin embargo, la mayoría de las investigaciones en ciencias de la salud no incluían estos matices diferenciales, por lo que la pauta de estudio aparentemente “neutra” se basaba en estudios con cohortes constituidas tan sólo de varones. Los primeros que estudiaron diferencias sutiles del efecto del estrés en hombres y mujeres fueron el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la doctora Marianne Frankenhauser.⁴ Ella y su equipo demostraron que los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres, en relación con las condiciones de vida y trabajo, dependían de las diferencias biológicas y psicológicas, y del soporte social para desarrollar sus vidas.

No podemos olvidar que a partir del siglo XX y de la introducción de muchos productos químicos en la vida cotidiana de la población, el medio ambiente se ha convertido en un condicionante global de salud, tanto por la interferencia en el desarrollo sexual de los animales en los ríos y lagos, como por el incremento de cáncer en la población humana, y en especial el cáncer de mama, entre mujeres y hombres.

Los condicionantes de la salud afectan a seres humanos que tienen una genética, biología, fisiología, endocrinología y una psicología diferentes, no sólo entre mujeres y hombres, sino también entre los dos grupos genéricos dentro de sí, por los condicionantes que suponen la clase social, la etnia y es posible que la opción sexual en las manifestaciones biológicas. Lo anterior se traduce en la afectación a *organismos* que tienen una historia personal y una biografía que ha condicionado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percepción, dependiendo de la familia en que ha vivido, y de la escuela y la sociedad en que han desarrollado su aprendizaje.

La percepción de una baja valoración por parte de las mujeres en la cultura patriarcal es realidad desde el momento del nacimiento y puede influir también durante el desarrollo fetal. En todo caso, la autoestima baja ha sido una constante entre las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales y de todas las culturas, con mayor o menor intensidad, porque la ideología dominante nunca las ha valorado. Nunca podrán ser hombres, su falta de pene es su imperfección. Además de no ser valiosas ni valoradas, en muy diversas religiones y culturas existen mitos que las hacen sentir culpables de cualquier desgracia que ocurra en una sociedad.

Partiendo de muy abajo, han de tender a ser perfectas, a cumplir con el deseo del “otro” para poder ser aceptadas, ya que por sí mismas no creen que sea posible, porque no tienen valor. Se sienten obligadas a seguir un modelo, un modelo de perfección, sea moral –como en la infancia de muchas fue el conseguir una pureza virginal–, o el modelo impuesto socialmente, y al final, el autoimpuesto de unas for-

³ Carme Valls-Llobert, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona, Folio, 1994.

⁴ Marianne Frankenhauser y Ulf Lunberg, *Women, Work and Health*, Springer, 1996.

mas corporales determinadas, un modelo que obedece a los mandatos de ideal materno y del ideal social de lo que ha de ser la feminidad. Perseguir siempre modelos de perfección las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas, y deben soportar una baja valoración social y familiar en todas las tareas que realizan.

En las demandas de trabajo también existen diferencias entre mujeres y hombres. Las demandas de trabajo que reciben las mujeres son más estresantes que las de los hombres; con largas jornadas de trabajo sin fin, si sólo trabajan en casa, o con doble jornada laboral, si tienen un trabajo remunerado. Los factores estresantes de las demandas laborales se deben, además de las dificultades laborales intrínsecas, a otros factores acompañantes, debidos a la discriminación laboral con salarios más bajos por el mismo trabajo, a los trabajos *a precario* que deben aceptar para no quedarse sin nada, o a tener que aceptar trabajos más estresantes porque tienen poca autonomía y posibilidades de control, por lo que su horario y capacidad de decisión queda totalmente absorbido por las necesidades laborales. Además, su rol de cuidadoras las somete durante toda su vida al cuidado de otros (hijos, hijas, enfermos, ancianos), lo que les impide tomar decisiones sobre su futuro y gozar de tiempo propio. El acoso sexual y el acoso laboral (*mobbing*) son también más frecuentes entre las mujeres, en todas las profesiones y ámbitos laborales, y son una de las causas invisibles de estrés mental que acaba en repercusiones físicas de salud.

La necesidad de visibilizar las diferencias

La salud percibida es un concepto utilizado en las encuestas acerca de la salud de población, que valora, a través de una sencilla pregunta, en qué estado de salud se siente una determinada persona. Si preguntamos a un grupo de población de mujeres y hombres, “¿usted cómo se encuentra, bien, mal o regular?”, el resultado será que muchas más mujeres que hombres dirán que se encuentran mal y regular. Ello no significa que las mujeres presenten un peor estado de salud, sino que sienten que su salud no es buena, es decir, la percibe como mala. Pero esta percepción no se debe sólo a la existencia de una enfermedad, sino a muchas otras circunstancias vitales. La salud percibida es un vector de los condicionantes biopsicosociales, culturales y medioambientales de los que hablábamos al principio, los cuales afectan de forma diferente a las mujeres.

Igualmente, la asistencia sanitaria también presenta diferencias. Los servicios hospitalarios son más utilizados por parte de los hombres⁵ y los servicios asistenciales ambulatorios son más utilizados por parte de las mujeres. Los hombres presentan predominantemente patologías agudas que han de ser atendidas en los hospitales, y las mujeres presentan predominantemente patologías crónicas y sus demandas principales al sistema asistencial están relacionadas con el dolor en alguna parte del cuerpo y con el cansancio.

En el terreno de la investigación de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombre, fue Lois Verbrugge⁶ la pionera en analizar y demostrar que existían diferencias en las enfermedades que con más frecuencia afectaban a hombres y mujeres. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre del estado percibido de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el desempleo y el estrés físico y mental, más que a diferencias biológicas innatas.

La ciencia que había postulado que estudiar al “varón” era estudiar al ser humano ha tenido que cambiar sus paradigmas y empezar a reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, de manifestar los síntomas, en las causas del dolor, en la prevalencia de determinados diagnósticos y en la metabolización de fármacos, los cuales tienen formas diferentes de actuar según el sexo biológico o según interaccionan con la fase del ciclo menstrual. En la década de 1990, las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de como seres reproductores, y se hacen “visibles” para la medicina en todas sus especialidades.⁷ Sin embargo, la inexistencia de la ciencia de las diferencias hace que todavía no se apliquen los nuevos conocimientos en la asistencia sanitaria.

¿Es un problema ético que las mujeres hayan estado ausentes de los estudios de investigación en la medicina? ¿Una nueva forma de discriminación?

Atendiendo a la definición de la palabra discriminación, ésta puede entenderse como la acción o el efecto de establecer diferencias sociales, raciales, sexuales, segregando y dando trato de inferioridad por dichas diferencias.⁸ En la investigación médica, los primeros sesgos de género han sido la exclusión de las mujeres

⁵ CAPS, *Mujer y calidad de vida*, Congreso Mujer Salud y Calidad de Vida, 1991.

⁶ Lois M. Verbrugge, “Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence”, *Journal of Health and Social Behavior*, 26:3 (1985), pp. 156-182.

⁷ C. Valls-Llobet, *Mujeres invisibles*, Barcelona, De bolsillo, 2006.

⁸ C. Valls-Llobet, “Discriminación de las mujeres en Atención Primaria”, *Formación Médica Continua*, 14:7 (2007), pp. 365-368.

de los trabajos de investigación en los que se basa la asistencia y la docencia actual, y la falta de estudio diferencial de los resultados según el sexo, incluyendo en los análisis la perspectiva de género. Dado que la asistencia sanitaria, y en concreto la atención primaria, basa su ciencia y actuación en la evidencia científica, la falta de investigación sobre la morbilidad diferencial y la visión androcéntrica que tiene al varón como norma, ha sesgado la atención cotidiana de las mujeres, a las que se atendía a veces en unidades especializadas en salud reproductiva, como si esto significara atención integral a las mujeres. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres (cuando hay diferencias) como por considerar inversamente que, como son diferentes, no pueden tener problemas similares,⁹ o bien, por no tener en cuenta los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades.¹⁰ Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos, y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada.

Diferenciar las estadísticas por sexos ya ha sido una forma de saber qué es lo que ocurre a mujeres y hombres en determinadas enfermedades, o con relación a condiciones de vida o trabajo concretas. Ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias. Pero el análisis de los resultados no siempre se ha hecho teniendo en cuenta la perspectiva de género. Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona puede sustituir una palabra por otra. La perspectiva de género y la palabra género han nacido de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas, y también de las ciencias psicológicas, que han comprendido cómo se han sesgado las construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por los estereotipos en que han vivido, sumergidos en el seno de las familias, de las escuelas y de la sociedad. Marcela Lagarde¹¹ nos aclara la reflexión cuando cree que la perspectiva de género va a contribuir a hacer más visibles a las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad: "A pesar de no existir en el mundo patriarcal, las mujeres han sido realmente existentes. Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una

⁹ María Teresa Ruiz y Lois M. Verbrugge, "A two way view of gender bias in medicine", *J Epidemiology Community Health*, 51, 1997, pp. 106-109.

¹⁰ C. Valls-Llobet, "El estado de la investigación en salud y género", en *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza/Minerva Ediciones, 2001.

¹¹ Marcela Lagarde, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid, Horas y Horas, 1996.

nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres”. Por la misma razón, faltaría una nueva configuración de la ciencia médica para permitir visualizar las diferencias.

A veces la palabra género puede encubrir las diferencias, como la violencia doméstica o de género encubre la violencia contra las mujeres. Género no es igual a mujer, y a veces el concepto de género se convierte en una nueva forma de reclusión de las diferencias en los discursos de algunas personas, y específicamente de algunos políticos y políticas que, sin haberse analizado, creen poder entender de lo que hablan, y sustituyen simplemente la palabra sexo por género, como si del género gramatical masculino y femenino se tratara. Una vez más, la clarividencia de Marcela Lagarde nos ilumina:

Se cree que con decir género se adquiere por arte de magia una visión particular. Incluso está en boga aplicar recetas de género a políticas institucionales, tras haberlo aprendido en cursos de cuatro horas [...] El trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como una concesión a las mujeres: tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas ya que no son significativas ni realmente importantes. Lo que está claro en el fondo es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia son asuntos masculinos. Aunque se logre visibilizar a las mujeres descorriendo un pequeño velo de su opresión y exclusión, casi nunca se profundiza en las causas que las han originado. Se intenta pasar de puntillas sobre el origen para no tocar nada de las fuentes de dominio que han originado la opresión, para no plantear ni promover cambios genéricos en los hombres, ni en las instituciones que éstos han creado.

El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Todo depende del sentido y de la acción de las investigadoras para utilizarlo y para que no esconda las diferencias. Las ciencias de la salud no deberían abandonar la investigación de las diferencias entre mujeres y hombres en la salud y en la enfermedad si desean aplicar una ética que se acerque a la verdad del conocimiento, reinventando los objetivos y la metodología de la investigación, evitando los sesgos de género en los resultados.

Desde mi primer libro *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*¹² he comprobado que tan importante como las diferencias entre sexos, para atender los problemas de salud, son las diferencias en los mismos sexos, entre las mismas mujeres, sea por edad, por clase social, por territorios, por culturas, por educación recibida y por

¹²C. Valls-Llobet, *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*.

opciones de vida, o condiciones de emigración o de refugiadas, aunque existan estereotipos de género que las puedan afectar a casi todas por igual. Pero estas diferencias intrasexos y entre sexos no han sido habitualmente incluidas como motivo de estudio en las ciencias de la salud, por lo que los estados de salud y enfermedad no se consideran relacionados con determinadas culturas, con la emigración, o con la diversidad no comprendida o no evaluada. Necesitamos muchas miradas diferentes para entender la ciencia de otras formas, y entender que el rigor científico no es el *rigor mortis*—el rigor que estudia lo alejado de la vida, el rigor pretendidamente objetivo, pero en el que subyacen mecanismos de poder y violencias ocultas—, sino el rigor que estudia la vida, la vida de organismos humanos, con mente y cuerpo unidos, con su consciente e inconsciente, y con sus deseos de recuperar el deseo, el sujeto, la voluntad y la libertad.

¿Qué entendemos por vida?¹³

Las ciencias de la salud se han dedicado a retardar la muerte y no siempre han reflexionado en qué entendemos por una vida de calidad y qué significa tener salud, pero un concepto previo que está altamente relacionado con las relaciones de poder hacia la salud de las mujeres, es la reflexión de lo que entendemos por vida. En términos biológicos, se considera vida al estado intermedio entre el nacimiento y la muerte, y desde el punto de vista bioquímico podríamos definir la vida como un estado de la materia, con estructuras moleculares específicas que son capaces de mantenerse en un ambiente, de reconocer estímulos y responder a ellos, y reproducirse. En el sentido de vida humana, hemos de reflexionar sobre la frase de Judith Butler:

Diría que la cuestión de la vida se halla en diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres?... ¿la vida de quién se considera como vida? ¿Qué amenaza de muerte se lanza sobre aquellos que no viven el género de acuerdo con las normas aceptadas?¹⁴

¹³ C. Valls-Llobet, *Mujeres, salud y poder*, Madrid, Cátedra (Colección Feminismos), 2009.

¹⁴ Judith Butler, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, p. 290.

La vida es el único bien que nos pertenece desde que nacemos como seres humanos, pero es un bien limitado en el tiempo, aunque muchas personas la vivan como si fuera eterna. Definiendo lo que es vida por medio de las relaciones de clase o de poder, para muchos humanos, desde la prehistoria, la vida sólo fue una lucha por la supervivencia inmediata o, para los esclavos, los vasallos y las mujeres, un continuo de trabajo, servidumbre y espacios de supervivencia sin libertad. Sí, la vida de las mujeres no tenía valor, eran invisibles y no eran importantes para nadie. Si el pensamiento de las mujeres fue excluido de la filosofía “oficial”, no puede sorprendernos que “las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización”, y que las mujeres que dan la vida, que han sido responsables del trabajo reproductivo de toda la familia, sean las invisibles, las no consultadas y las que no pueden decir su opinión sobre lo que es vida y lo que debería ser si pudiéramos influir en sus condiciones.

Pero, dado que las decisiones sobre la vida, durante siglos, las han impuesto los hombres a las mujeres, los pequeños espacios de libertad se centraban en la acción de la reproducción como una forma de estar en el mundo. Las mujeres encerradas en el espacio ovular¹⁵ desarrollaron unas habilidades propias y amaron la vida “en relación” con la capacidad de amar la vida y la reproducción, pero también con la posibilidad de desarrollar unas sensaciones y sentimientos que la sociedad patriarcal negaba a los hombres. Hombres que se relacionaban con la vida como forma de competir, de luchar, de tener gloria y poder. Una relación más cerca del matar que del dar, más cerca del poseer que del amar.

Para los griegos, *zoé* expresaba el simple hecho de vivir de todos los seres vivos, animales, hombres y dioses, y *bios* significaba la forma o manera de vivir propia de un individuo o de un grupo. La vida humana se definiría, para Giorgio Agamben, en que “los modos, actos y procesos singulares de vivir no son nunca simplemente *hechos*, sino siempre y sobre todo posibilidad de vivir, siempre y sobre todo potencia. El hombre es el único ser en cuya vida siempre está en juego la felicidad, cuya vida está irremediable y dolorosamente asignada a la felicidad. Y esto constituye inmediatamente a la forma-de-vida como vida política”.¹⁶

Por lo tanto, la vida constituiría un tiempo lleno de pequeños espacios de libertad, con grandes diferencias en la cantidad y calidad de estos espacios para los hombres y mujeres del Norte y del Sur, de diferentes clases sociales y niveles de educación y cultura, pero pequeños espacios en los que se ejerce la voluntad de vida y la libertad de decisión. Una vida sin libertad y sin autonomía de decisión no es vida. “La apuesta ahora es muy otra [...] porque se trata de asumir como tarea la propia existencia artificial de los pueblos, es decir, en última instancia su nuda vida

¹⁵ Mino Vianello y Elena Caramazza, *Género, espacio y poder*, Madrid, Cátedra, 2002.

¹⁶ Giorgio Agamben, *Medios sin fin. Notas sobre la política*, Valencia, Pre-Textos, 2001, p. 14.

[...] la asunción de la propia vida biológica como tarea política (o más bien impolítica) suprema".¹⁷

Superar las normas y las valoraciones puede separar a las mujeres y algunos hombres del "campo de concentración" en que estaban excluidos como el *homo sacer*¹⁸ al que se le dejaba en suspenso su ciudadanía porque de todas formas había de morir. Los derechos de ciudadanía de las mujeres se han reconocido muy tarde, por lo que su palabra, su mirada y sus propuestas han sido excluidas de "la conceptualización" de las políticas públicas y de la POLÍTICA en mayúsculas. Por ello, creo que no podemos entender la vida separada de la posibilidad de actuar con los máximos espacios de libertad que sea posible, y que toda norma, ley o proceso constituyente que defina los derechos de ciudadanía y, en especial, los derechos de las ciudadanas, tradicionalmente excluidas y actualmente toleradas, debería ser construido con la participación de las mismas mujeres representadas de formas diversas. Pero su palabra, su posición, su opinión y su voz deben ser oídas en los foros de la decisión, en los niveles de la biopolítica, en los niveles de ejercicio del poder. Toda decisión sobre sus vidas que las excluya, y toda decisión sobre lo que es dar vida que no tenga en cuenta su derecho a decidir, es perpetuar la forma de violencia más dura ejercida por los que no dando la vida creen que pueden decidir cuándo y cómo "las otras" han de darla, y ejerciendo esta forma de poder mediático, religioso, o académico, matan la posibilidad de vida de las mujeres y calumnian como asesinas a las que saben que la vida y la salud, sólo puede crecer en libertad.

El deseo de energía y vitalidad aún no está en el centro de la atención sanitaria

Para muchas mujeres, sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas, es decir, la sensación de tener fuerzas para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres vivan en plenitud o enfermedad [...] pues bien en el campo de la salud las mujeres expresan y simbolizan mediante los conceptos de fuerza, vitalidad, resistencia y energía, su bienestar o su malestar.¹⁹

¹⁷ G. Agamben, *Lo abierto. El hombre y el animal*, Valencia, Pre-Textos, 2005.

¹⁸ G. Agamben, *Homo sacer*, Valencia, Pre-Textos, 1999.

¹⁹ Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Gakoa, 2001.

En medicina, a veces utilizamos instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud para evaluar si algunas terapias o fármacos actúan mejorando aspectos vitales de los seres humanos. Se pregunta sobre conceptos relacionados con la energía, explorando si después del trabajo remunerado todavía existen fuerzas para acabar el trabajo doméstico, o para tener un ocio activo, o si la dimensión de la propia sexualidad y sensualidad queda afectada o mejorada por determinadas intervenciones. Pero el concepto que trabaja Mari Luz Esteban es muy interesante si queremos entender en profundidad el malestar o el bienestar de las mujeres, porque hay profundas implicaciones biológicas, como la crónica pérdida de hierro en toda la vida de las mujeres desde pequeñas hasta los 50 años, que no se trata en la mayoría de casos, así como profundas implicaciones sociales que las dejan exhaustas en muchos momentos de su vida.

Las crisis vitales en la vida de las mujeres (pubertad/adolescencia; embarazo, parto y puerperio, crianza de hijos, edad media de la vida, nido vacío, y crisis accidentales, divorcio, aborto, muerte de personas próximas, viudez, enfermedad crónica, emigración, malos tratos) pueden afectar la vitalidad. Muchas veces son situaciones de duelo que pueden suponer crecimiento personal o sensación de pérdida o soledad. Las condiciones de trabajo en casa o fuera de ésta incrementan o disminuyen la morbilidad física y psíquica, y el cansancio, por el hecho de estar ejerciendo constantemente la doble presencia (pensar en las necesidades del espacio doméstico cuando se está en el espacio de trabajo remunerado, o pensar en las tareas pendientes en el trabajo, cuando se está en casa). Pero el trabajo remunerado constituye muchas veces un efecto modulador en positivo, ya que existen mayores niveles de depresión entre las mujeres amas de casa, que entre las que trabajan fuera del hogar, y mayores niveles de ansiedad entre las que realizan la doble jornada.

En casa, los hijos e hijas pequeños predisponen el malestar relacional, pero pueden ser también factores de protección cuando la maternidad está valorada en el entorno personal y en la propia subjetividad (por ejemplo, en un estudio de médicas y médicos de Cataluña, con más hijos/as de media que el resto de la población, las médicas se sienten altamente satisfechas con su trabajo reproductivo y compensan su estrés laboral basado en condiciones de trabajo negativo con el cuidado activo de sus hijos e hijas).²⁰

La salud mental está constantemente en la encrucijada del malestar y el bienestar de la salud de las mujeres, y está influida por las crisis vitales, pero también en sentido positivo por los éxitos con los que se superan. Las situaciones de crisis pueden ser momentos para la transformación, y para poder hacer prevención he-

²⁰ *Estudio de Salud y hábitos de vida de médicos y médicas de Catalunya*, Fundación Galatea/CAPS, 2007. Disponible en <www.comb.es>.

mos de identificar de forma clara estas situaciones que se manifiestan en descompensaciones como insomnio, inapetencia, inhibición, fobias, disminución de autoestima, para que no se confundan con permanentes estados de ansiedad y depresión, con los que fácilmente etiquetamos el malestar de las mujeres, y por los que aplicamos la masiva administración de psicofármacos. El 85% de los psicofármacos recetados en la medicina de los países que se dicen “desarrollados” está destinado a mujeres, y esta cifra no se puede basar en ninguna evidencia científica, por lo que tenemos que pensar en el ejercicio de una biopolítica, destinada especialmente a las mujeres, que transgrede todo abordaje ético de atención sanitaria.

Una crisis vital no se podrá nunca resolver con la administración de sedantes y antidepresivos, sino en el encuentro con nuevos objetivos y nuevos deseos que no se habían identificado o que se habían reprimido durante años. Estoy de acuerdo con María Jesús Izquierdo cuando analiza la liberación de energías propias que supone acabar con todas las formas de represión:

Quando la realización de los deseos no se puede conciliar con otros principios o aspiraciones y el yo, mediante procesos inconscientes, estima que el placer de realizar los deseos es inferior al displacer que genera haber transgredido esos principios en conflicto, se produce la represión. Ésta supone un gasto de energía, en cambio, el levantamiento de la represión ahorra consumo de energía. Una persona que entra en contacto con sus deseos tiene más energía que aquella que no lo hace. No entrar en contacto con los deseos, no desear conscientemente, supone un gasto energético.²¹

La biotecnología y la calidad de vida

El colectivo humano [...] está hambriento de otros relatos sobre lo que significa ser miembro de una especie y de una comunidad. Lo que no está recogido en un relato sobre la familia reproductiva no es considerado como humano [...]. Si la síntesis moderna, ideológicamente hablando, tendía a que cada persona fuera más foucaultiano vigilante de su hermano, la síntesis biológica, en sus versiones de la selección de la especie y las estrategias inclusivas de la maximización de las capacidades, avanza rápidamente para hacer de cada persona un banquero de su hermano.²²

²¹ María Jesús Izquierdo, *El malestar en la desigualdad. FEMINISMOS*, Barcelona, Cátedra, 1998, p. 135.

²² Cfr. Donna Haraway, “Manifiesto para ciborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo xx”, en *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra, 1985, p. 277.

La biología y la genética molecular se han transformado en potentes ayudas para la ingeniería de diseño. La posibilidad de seleccionar embriones que permitan la curación de enfermedades de los hermanos o hermanas ha sido una revolución reciente de la ciencia médica, que ha dado esperanzas de vida a muchas familias que viven angustiadas por las enfermedades crónicas e incurables de sus hijos e hijas. Cada ser humano puede convertirse en estos momentos en banquero genético de sus hermanos y hermanas, y cada persona es dadora universal de células a través de la sangre de su cordón umbilical. Creo que ni Foucault podía pensar en la cantidad de posibilidades terapéuticas que se abren con la posibilidad de convertir las células madre en células especializadas de diversos tejidos que luego se pueden reimplantar. Los avances actuales con la posibilidad de convertir las propias células de la piel en células madre superan el debate ético de la utilización de embriones humanos. Sin embargo, la biogenética va necesitar de la bioética si queremos continuar participando en la decisión de nuestro futuro.

Para Giorgio Agamben:

La tesis de Foucault, según la cual “lo que hoy está en juego es la vida” –y la política se ha convertido, por eso mismo, en biopolítica–, es, en este sentido, sustancialmente exacta. Pero es decisivo el modo en que se entiende esta transformación. En efecto, lo que queda fuera de interrogación en los actuales debates sobre la bioética y la biopolítica es precisamente aquello que merecería ser interrogado por encima de cualquier otra cosa: es decir, el propio concepto biológico de vida. Porque los actuales conceptos de vida están mediatizados por la misma introducción de la ideología y de la política en las mismas entrañas de la definición de la ciencia y en los conceptos científicos de la investigación. De ahí la función decisiva, aunque con frecuencia inadvertida, de la ideología médico-científica en el sistema de poder y el uso creciente de seudoconceptos científicos con finalidades de control político: la propia separación de la nuda vida que el soberano podía llevar a efecto en ciertas circunstancias a partir de las formas de vida, se realiza ahora de forma cotidiana y masiva por medio de las representaciones seudocientíficas del cuerpo, de la enfermedad, de la salud y de la “medicalización” de esferas cada vez más amplias de la vida y de la imaginación individual. La vida biológica, forma secularizada de la nuda vida, que tiene en común con ésta la indecibilidad y la impenetrabilidad, constituye así, literalmente, las formas de vida reales en forma de *supervivencia* en cuyo seno se aloja inadvertidamente como oscura amenaza que puede actualizarse repentinamente en la violencia, el extrañamiento, la enfermedad o el accidente. Es el soberano invisible que nos contempla tras las estúpidas máscaras de los poderosos que, consciente o inconscientemente, nos gobiernan en su nombre.²³

²³ G. Agamben, *Medios sin fin. Notas sobre la política*, p. 17.

La continua medicalización de la vida de las mujeres desde que son niñas constituye ejemplos prácticos de estos soberanos invisibles en que se han constituido las industrias farmacéuticas o cosméticas, inventando enfermedades o falsas soluciones y entorpeciendo las posibilidades de reflexión de las mismas mujeres y de los profesionales que las atienden. Continúa pendiente el interrogarnos, qué entendemos por vida para poder impedir que cualquier forma de poder, venga de donde venga, interfiera en las decisiones que coarten la libertad de las mujeres.

Ética y acto médico

Solamente hay una situación médica: la situación clínica, y que no hay necesidad de ninguna “ética” (sino una visión clara de esta situación) para saber que en estas circunstancias el médico es médico únicamente si él trata la situación bajo la regla de lo posible máxima: tratar a esta persona que se lo demanda hasta el fin, con todo lo que él sabe, con todos los medios que él sabe que existen y sin considerar ninguna otra cosa. Y si se le quiere impedir curarlo por causa del presupuesto del Estado, de la estadística de morbilidad o por las leyes de los flujos migratorios, ¡que le manden la gendarmería! Aunque su estricto deber hipocrático sería dispararles. Las “comisiones de ética” y otras divagaciones sin fin sobre los “gastos de salud” y la “responsabilidad gestonaria”, siendo radicalmente exteriores a la única situación propiamente médica, en realidad no pueden sino impedir que se le sea fiel. Ya que serle fiel querría decir: tratar el posible de esta situación hasta el fin. O si se quiere, hacer advenir, en la medida de lo posible, lo que esta situación contiene de humanidad afirmativa, o sea, intenta ser el inmortal de esta situación.

En realidad, la medicina burocrática concebida por la ideología ética tiene necesidad de “los enfermos” como víctimas indistintas o estadísticas, pero es rápidamente desbordada por toda situación efectiva y singular de demanda. De ahí que la medicina “gestonaria”, “responsable” y “ética” se reduzca a la abyección de decidir qué enfermos el “sistema de salud francés” puede “curar”, y cuáles deben ser reenviados, ya que el presupuesto y la opinión lo exigen, a morir en suburbios de Kinshasa.²⁴

El cuerpo de las mujeres intenta hablar a través de sus síntomas que a veces ni ellas mismas entienden ni pueden relatar con coherencia. Cuando acuden al sistema sanitario, no siempre el o la profesional que la atiende puede escuchar o la escucha con atención. Con apariencia de cara amable, pero mirando al ordenador, se empiezan a producir pequeñas intervenciones que a veces son vividas como agre-

²⁴ A. Badiou, *Ética. Ensayo sobre la conciencia del Mal*.

siones por las personas que las reciben. La relación que se va a establecer en el acto médico es desigual por el mismo contenido de la demanda de ayuda y del profesional que, en principio, está en disposición de darla. Pero la ciencia está en manos del profesional y, por lo tanto, éste está en situación de poder. No sabe delante de qué persona está, en qué momento de su vida se encuentra, y cómo ha llegado hasta allí. Se trata de una persona que busca recursos para mejorar su autonomía y su libertad, o está delante de una persona cuyo proceso de victimización se ha iniciado hace muchos años, y llega al acto médico como último recurso. Al no haber estudiado las diferencias en el enfermar de mujeres y hombres, es posible que el profesional carezca de ciencia de la diferencia y tampoco conozca nada del proceso de victimización que puede haber sufrido la mujer que demanda o que expresa un síntoma. También desconoce si la persona que tiene delante padece una enfermedad que con el mejor de su arte diagnóstico podrá reconocer y encauzar o ya se ha convertido en un ser que no “está” enfermo sino que “es” enfermo.

El proceso de victimización

Cuando las mujeres “se creen” inferiores, cuando la inferioridad se introduce en la subjetividad y los mandatos de género sobre ser madres, ser perfectas, seguir el modelo de las mejores son la guía de sus conductas, se inicia la angustia y la sensación de culpa.²⁵ El proceso de victimización empieza, a mi entender, cuando se ha creído el proceso de culpabilización, el proceso de hacerla sentir culpable de cualquiera de los males que puedan ocurrir a la humanidad, y subjetivamente para algunos hombres, de los males que les ocurren a ellos. Esta culpabilización que está totalmente provocada por estereotipos culturales de género termina introduciéndose en su interior y acaba sintiendo la culpa que otros le han dicho que tiene, como si realmente fuera suya.

Si en casi todas las religiones y desde casi todas las filosofías se ha considerado a la mujer como lo inferior frente a lo superior que es el hombre, el cuerpo frente a la mente, lo natural pero ausente de cultura, durante más de 4000 años, no es de extrañar que esta ideología dominante las haga sentir tan poco valiosas que lleguen a considerar que es “natural” que las traten mal, como inferiores, y que nunca se acaben considerando sus ideas y proyectos como de igual valor a los de los hombres.

La culpabilización se introduce desde la infancia, y la victimización también, tanto por el lenguaje con el que son tratadas las mujeres, las palabras explícitas que las hacen callar o les hacen daño directamente cuando se les compara con los

²⁵ María Asunción González de Chávez, *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI, 1999.

varones, siempre como inferiores, o con otro tipo de lenguaje no verbal que se refleja en las actitudes de las madres o de las mujeres de referencia con las que conviven. Sus actitudes de resignación o de silencio frente a los insultos más o menos explícitos que les dirigen, hacen que desde muy niñas muchas mujeres aprendan a no defenderse. Y si no te defiendes cuando te atacan, seguro que acabas siendo víctima del ataque. Dice Judith Butler que “Si el lenguaje puede preservar el cuerpo, puede también amenazar su existencia”.²⁶ El proceso de victimización es complejo porque intenta reducir a la otra persona a la nada, a que sienta profundamente que no vale nada por ella misma. Para ello, se producen diversas estrategias: desde hacer que las mujeres dependan de la mirada del otro, hasta convertir su cuerpo en un campo de batalla en el que se sienta fragmentada y dividida. Después, los procesos sociales y la biopolítica acabarán introduciéndose en su subjetividad, por lo que puede pasar de estar enferma a convertirse en enferma, víctima de algo real o del imaginario que en su interior se convierte en real.

Los conceptos de biopolítica y de biopoder fueron acuñados por Michel Foucault, y significan las diversas formas en que los Estados modernos, y yo añado los supuestos descubrimientos científicos y las formas de actuar sobre el cuerpo a partir de la ingeniería genética y de los fármacos que inciden en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales, acaban sometiendo a los individuos y los convierten en “cuerpos dóciles”, controlando a la población mediante la regulación corporal y otras disciplinas científicas. Las mismas especialidades como la biogenética, la biotecnología y la biología molecular, que constituyen las denominadas ciencias de la vida y que se han desarrollado enormemente en los últimos veinte años, pueden ser usadas a favor de la vida y de la calidad o como forma de control de la población, si no se utilizan con el auxilio de la bioética. Muchas veces, los gobiernos toman decisiones en políticas públicas que acaban por poner a las mujeres bajo mayor control y a victimizarlas, ignorando los procesos mentales que conducen a las decisiones más libres. “Los gobiernos pueden equivocarse. Y el mayor mal de un gobierno, lo que hace que sea malo, no reside en la maldad del príncipe, sino en su ignorancia”.²⁷ Y en la actual biopolítica médica, el mayor enemigo es ignorar la experiencia de los que trabajan en la clínica diaria y la de los expertos que investigan en cualquier campo, en el momento de tomar decisiones políticas e ignorar la voz y las opiniones de las mujeres y de sus asociaciones en el momento de decidir leyes o políticas públicas en salud. Éste va a ser el mayor mal de futuro y el que va a producir más víctimas; el de la ignorancia de los procesos conscientes e inconscientes que están en juego en las decisiones sobre salud.

²⁶ J. Butler, *Lenguaje, poder e identidad*, Madrid, Síntesis, 1997, p. 22.

²⁷ Michel Foucault, *Nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-9)*, Madrid, Akal, 2009, p. 30.

Del estar enfermas al ser enfermas

A veces tengo la sensación de que los enfermos somos sólo encarnaciones de las enfermedades y ésa es una sensación muy angustiada. Servimos de incubadoras, de portadores para que la enfermedad se desarrolle en nosotros, y lo único que nos diferencia de otros enfermos es la rutina sanitaria en el momento del proceso en que cada uno de nosotros nos encontramos. *Yo soy/estoy* muy parecida a Clara, mi vecina de cama, Clara es parecida a Juan, Juan es parecido a Francisco; Francisco es parecido a Susana.²⁸

Estar enfermas podría casi decirse que es un estado “natural”, es raro el ser humano que no ha estado nunca enfermo, que no se ha encontrado mal en algún momento de su vida. Existen muchos tipos de enfermedades y unas más que otras imprimen carácter, golpean más íntimamente. El cáncer o las enfermedades crónicas con dolor o con parálisis en las que no se ve una esperanza de alivio al final del túnel, son algunas de ellas. La esperanza de pequeños o grande alivios o la esperanza de curación hace que frente a la enfermedad se desarrollen diversas estrategias. Estrategias en positivo, como ha sido la de María Ángeles Durán, quien en su *Diario de batalla* decidió contarnos día a día sus experiencias, sensaciones y sentimientos. Convirtió su angustia en palabra y nos ha dado testimonio con lucidez y valentía de un episodio de su vida que podía haber permanecido oculto como el de miles de mujeres que lo han padecido. O como el testimonio de Susan Sontag frente a la misma enfermedad, que hasta el último minuto de su vida y aún a costa de la paz y armonía en sus relaciones, luchó por un minuto más de existencia; lucha no siempre placentera para las personas que rodean a las luchadoras, como relata su hijo.

Otras desarrollan estrategias en negativo, y su posición es introducir la enfermedad hasta sus entrañas, convertir su ser en la vida en ser-enfermas, en definirse a sí mismas como una enfermedad. No tener una enfermedad, sino ser una enfermedad. Se definen a sí mismas como enfermas, y no por su nombre y su trabajo o su esperanza. Ocurre más en las enfermedades crónicas que en las agudas. Se dice: tengo un cáncer de mama o de colon, y estoy haciendo un tratamiento determinado, cuando es una situación aguda que se precipita y obliga a un encadenamiento de quimioterapia y radioterapia. En cambio, es frecuente oír en intervenciones públicas en las conferencias o en los medios de comunicación radiofónicos o televisados, definirse a sí mismas como “enfermas”: “soy una fibromiálgica”, “soy un artrítica”, y aún peor “soy una histérica” o “soy menopáusica”, cuando se trata de enfermedades crónicas que conllevan dolor o gran angustia.

²⁸ María Ángeles Durán, *Diario de batalla*, Madrid, Aguilar, 2003, p. 224.

Porque el dolor y la angustia invaden este cuerpo-mente, anulan la capacidad de decisión y se introducen en todas las fibras sensitivas del cuerpo. Sin esperanza de cambio, las pacientes pierden su nombre, se impacientan y se convierten en víctimas de una supuesta injusticia que se ha hecho con ellas. A veces injusticia real, como sucede con la falta de diagnóstico de lo que les ocurre, o a veces injusticia imaginaria, ya que han culpado a las mujeres de todo lo dañino que esté pasando, que algunas buscan una razón externa que les alivie la sensación de culpa, de que ya no podrán trabajar ni cuidar como antes.

Una víctima se lamenta de su estado, pero ha perdido la esperanza de cambiarlo; por lo tanto, minimiza su estrategia de lucha y aunque le propongan nuevas alternativas no las quiere poner en práctica. Pero toda situación de enfermedad, aunque no llegue a convertir en víctimas a las pacientes, precisa una dosis de voluntad para conllevarla.

Por desgracia, hay procesos de victimización que son provocados por el mismo hacer del sistema sanitario y de los y las profesionales, por microviolencias que se ejercen dentro del mismo sistema, por lo que es un elemento más en contra de mantenerse sólo en el estar-enfermas y promueve el estímulo de convertirse en ser-enfermas. Pero, como en todos los procesos ocultos, es cuestión de deshojar las capas que ocultan la verdad de lo que hace sentir inferiores, humilladas y anuladas a las mujeres cuando intentan relatar su verdad y sienten sólo el rechazo de lo que les ocurre.

Microviolencias del sistema sanitario o la violación de los principios éticos

Tomó prestada, del psicólogo Luis Bonino, la palabra microviolencias, misma que utiliza para describir diversas modalidades por las que los micromachismos ejercen sus relaciones de poder en las relaciones de pareja. Él propone que “un gran paso necesario para romper la imperceptibilidad de las microviolencias es nombrarlas y especificar sus diferentes variedades. Nombrar es hacer visible lo invisible y poder operar sobre ello”.²⁹ Creo que es necesario nombrar estas microviolencias en el acto médico para pensar cómo podremos evitarlas en el futuro.

En la asistencia sanitaria se puede manifestar la violencia, tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), como en el momento de la realización del acto médico o sanitario, ya que se pueden expresar es-

²⁹ Luis Bonino, “Las microviolencias y sus efectos, claves para su detección”, *Revista Argentina de Psicología Clínica*, núm. 8, 1999.

tereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean los pacientes en el momento del acto médico o colaboren en su victimización.

Se puede sesgar la investigación sanitaria y el diagnóstico si no se atiende la morbilidad diferencial o los factores de riesgo diferenciales (como ocurre con el cáncer de mama o los problemas cardiovasculares). Pero también se pueden realizar sesgos en el momento de hacer las exploraciones o diagnósticos o en la forma en que se realizan los tratamientos, sea porque se medicaliza lo que no existe (medicalizando, por ejemplo, procesos fisiológicos que podrían ser abordados con cambios en los hábitos de conducta o los hábitos de vida) o porque a veces no se trata de forma correcta lo que sí existe en la patología.

Hemos podido analizar cuatro tipos de violencia que implican la violación de los principios éticos y que favorecen los estereotipos de género antes citados. En primer lugar, la limitación de la comunicación que hace más invisibles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo favorece la inferioridad); el aislamiento del exterior por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas y por lo tanto se la puede poseer y controlar de forma más directa, y por último, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo, en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma. Estas cuatro violencias se pueden comparar con las que se establecen en la violencia de género en las relaciones de pareja, en la que también existe un proceso de limitación de la comunicación, una relación de superioridad, el aislamiento del exterior y la destrucción de la persona, que se convierte de ser humano a víctima que no puede tomar decisiones.³⁰

Limitación de la comunicación

La doctora Pilar Babi, médica de atención primaria con larga experiencia profesional, reflexiona sobre la relación terapéutica:

La verdad de los y las pacientes se pone en entredicho, a mi modo de ver, de varias formas: dudando de su capacidad de percibir e interpretar su cuerpo, trasladando de inmediato la expresión subjetiva en expresión supuestamente objetiva, traduciendo muy a la ligera el lenguaje en jerga técnica, los síntomas en signos. Esto, por supuesto, no se recomienda en ningún manual. El desdén se aprende por contagio, por lo implícito y a través de las ausencias. Claro está que el enfermo o

³⁰C. Valls-Llobet, *Mujeres invisibles*, capítulo "Violencia de género".

la enferma a menudo se equivocan en la interpretación de sí, a veces desconocen aspectos importantes de su enfermedad y en ocasiones –pocas– simplemente mienten. No se trata de hacer una oda romántica de los y las pacientes, sino de quitarse de la cabeza que de un lado está el conocimiento veraz –jde nuestro lado!– y de otro el conocimiento tosco y hasta pusilánime –jdel suyo!³¹

Las formas de expresar el desdén y las ausencias se pueden manifestar de forma diversa. Por ejemplo, no levantarse de la silla o no estrechar la mano del paciente o la paciente cuando entra a la consulta, de forma que ya de entrada la paciente se siente rechazada o al menos no acogida en la relación que ha de establecer en aquel momento; no mirar a los ojos de la persona con la que se habla, y este proceso ha empeorado cuando se ha obligado a los médicos y médicas de atención primaria a utilizar la pantalla del ordenador constantemente en lugar de atender y mirar a la paciente que tiene delante y escuchar lo que le ha de plantear, o al menos dirigirle la mirada. Otro aspecto de la limitación de la comunicación es precisamente no atender de forma clara las palabras que dirige la paciente, por lo que no se la escucha correctamente y tampoco se responde a sus preguntas. Además, se utiliza el lenguaje como un método de separación y control si se utiliza un lenguaje absolutamente técnico con lo cual la o el paciente no entiende nada de lo que le están explicando.

¿Cómo se manifiestan las relaciones de superioridad e inferioridad?

En principio, se manifiestan evitando escuchar la experiencia o la narración de los síntomas que presenta la paciente, además, se desoyen los síntomas de las pacientes, comparándolos con un supuesto diagnóstico ya establecido. Asimismo, se agrava la separación o la distancia cuando el profesional no se levanta para poder realizar la exploración física. Hemos constatado en muchos actos médicos, que se diagnostica sin haber realizado ningún tipo de exploración a las pacientes, las rápidas culpabilizaciones hacia la paciente, haciéndole ver que es culpable de sus síntomas, atribuyéndolos rápidamente a situaciones emocionales previas (sin haber sido explorada), con lo cual se deja a la paciente sin recursos, y el mismo profesional se cierra las puertas a continuar investigando qué es lo que está pasando en aquel ser humano.

Otro aspecto de aislamiento sería la descalificación hacia otros profesionales en los que la persona confía, discutiendo su pericia a través de los mismos pacientes. Si una persona ha puesto su confianza en algún profesional que en cierta ma-

³¹ Pilar Babi, “Primerísima atención”, en *MYS*, núm. 16, Barcelona.

nera le ha aliviado alguno de los síntomas pero necesita la ayuda de otro profesional, sea para pasarle análisis o para realizarle alguna exploración, es frecuente que se sientan atacados o violentados y cambien esta violencia por otra violencia, que es descalificar o romper la relación de confianza que ha establecido la paciente con el primer profesional que ha ordenado algún tipo de exploración. En el aislamiento del exterior, a veces no se permiten opiniones de las pacientes sobre su estado ni preguntas sobre los efectos secundarios cuando se ordena el tratamiento, y en cambio, éste debería ser una sugerencia o una negociación, ya que al final es la o el paciente quien tendrá que tomar lo que se le ha prescrito.

Las relaciones de superioridad impiden que en la relación se pueda compartir las decisiones, situación que ha sido ampliamente debatida y en la que no creen muchos profesionales, pero que está en el corazón de la ética del acto médico. Leemos en el libro *Bioética: La toma de decisiones*:

Es posible responder a la pregunta inicialmente formulada sobre la implicación de los pacientes en las decisiones clínicas, desde diferentes consideraciones:

- Desde una perspectiva principialista, es evidente que el respeto a la autonomía del paciente implica tenerlo en cuenta a la hora de tomar decisiones relativas a su salud.
- Desde un punto de vista humanista, es indigno tratar a una persona como si fuese un objeto, o que ella se sienta así tratada. Por su inteligencia, el ser humano es capaz de objetivar el mundo y de observarse a sí mismo. Por su voluntad, es capaz de trascender el mundo y trascenderse. Su identidad es dinámica, y se construye a lo largo de la vida a partir del encuentro con otros seres humanos, de los cuales espera respeto y reconocimiento.
- Desde el punto de vista clínico, la relación médico-paciente es imposible de establecer si no está basada en la confianza. Una relación clínica bien llevada permite reducir el margen de incertidumbre diagnóstica y es por sí misma terapéutica por ambas partes.³²

Una posible fórmula para compartir decisiones en el momento del tratamiento es la utilización del *consentimiento informado*. En la atención primaria no se acostumbra a utilizar habitualmente el consentimiento informado, por lo tanto, en algunos tratamientos médicos que pueden ser perjudiciales, como por ejemplo, la administración de anticonceptivos o la administración de terapia hormonal sustitutiva, no se advierte a la paciente de los riesgos en los que puede incurrir si toma este

³² Ana María Costa Alcaraz, Carlos Almendro Padilla y Sergio García Vicente, “Toma de decisiones en la clínica, Una reflexión ética desde la práctica en la consulta”, en Margarita Boladeras, *Bioética: la toma de decisiones*, España, Proteus, 2011, pp. 399-410.

tratamiento. Creo que se debería utilizar el consentimiento informado en todos los casos en que el tratamiento puede tener efectos secundarios, porque se da más información a la paciente para que pueda decidir qué es lo que tiene que hacer y para que pueda conocer los efectos secundarios de lo que le han prescrito. Pero incluso, el consentimiento informado plantea dudas en cuanto a si significa compartir la decisión:

La institución del consentimiento informado ha sido suscitada por el desequilibrio de poder existente en medicina entre médico y paciente, y ha asumido el valor no sólo deontológico jurídico, sino también simbólico, de instrumento apto para hacer más proporcional esta relación: auténtica participación y autonomía por parte del “sujeto más débil”. Pero desgraciadamente, el principio del respeto a la autonomía del paciente, en el que se basa el consentimiento informado, no ha sido asumido completamente en el contexto de la medicina. ¿Estamos seguros de que el *consentimiento* significa (y comporta) la *decisión*? El término *consentimiento* remite a una dimensión poco activa, ante todo porque se da el consentimiento a opciones que otros establecen y que, posiblemente, no incluyen la *decisión* acorde con los valores de referencia y con la vivencia de la persona implicada. Algunas feministas diferencian el término “acción racional” del de autonomía, precisamente porque no expresa la amplia idea de libertad de todo tipo de opresión que se trata de obtener. Por esto sería más útil hablar de decisión informada.³³

De acuerdo con Gaia Marsico, es más útil llamarle decisión informada porque debería ser un elemento de información para que las personas pudieran tomar las decisiones más adecuadas, dado que hay intervenciones que tienen riesgos, para que las pueda valorar con el máximo de libertad, y tomar la opción que a la persona le parezca más adecuada, y no para justificar a los profesionales. Sin información veraz y con toda la carga encima de dolor de exploraciones repetidas que no conducen a un diagnóstico y llenas de opiniones sanitarias diversas, no es extraño que las pacientes relaten que se sienten “anuladas”.

El abuso en la asistencia sanitaria y la violación de los principios éticos

La investigación sobre el abuso en la asistencia sanitaria (del inglés *abuse in health care*, AHC) es un área bastante nueva y compleja. Han sido una vez más los países nórdicos, y en concreto Suecia, quienes han emprendido el estudio de las relaciones en el acto médico desde hace unos cuatro años, el análisis de si la vio-

³³ Gaia Marsico, *Bioética: voces de mujeres*, Madrid, Narcea, 2003, p. 108.

lación de los principios éticos modifican de alguna forma los derechos a la autonomía personal, a la no perversión, a la justicia y a la integridad. La principal investigadora es Katarina Swahnberg, quien ha trabajado en diversos cuestionarios para poder analizar cómo se ejercen las microviolencias en el acto médico y la percepción de las sensaciones de abuso en el mismo. En un primer estudio se apreció que un tercio de las pacientes que habían sido atendidas en clínicas de ginecología, habían declarado haber sentido abusos en la asistencia sanitaria de un 13 al 28%. Sin embargo, su equipo opinó que las preguntas todavía eran demasiado generales y desarrollaron un cuestionario sobre la violación de los principios éticos en la práctica de los profesionales sanitarios (Viol EP) (“Violation of Ethical Principles Study”),³⁴ que he traducido en mi último libro *Mujeres. Salud y poder*. Al analizar los resultados se objetivó que más del 40% de las mujeres atendidas había experimentado que los profesionales sanitarios habían desobedecido algunos de los principios éticos como la autonomía, la justicia, la integridad, y el respeto, que deben presidir siempre las relaciones sanitarias. La existencia de antecedentes personales con abusos sexuales, físicos o emocionales en la infancia se valoró como un factor de riesgo para ser victimizado en la asistencia sanitaria. Pero mujeres que no habían puntuado en el cuestionario de abusos general, dieron respuestas afirmativas cuando vieron que se trataba en concreto de la violación de principios éticos. Las pacientes no perciben como una violación de principios éticos, conductas que por frecuentes ya consideran “normales”, como que no se las escuche en el acto médico, o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias. Sin embargo, las pacientes sí detectan como violación una exploración con connotaciones sexuales, o la violación del secreto profesional por parte de los profesionales. Todas las pacientes que informaron de estas experiencias las habían percibido como violaciones.

La existencia de una violencia cultural da soporte y legitima la violencia directa y la estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Por ejemplo, los profesionales sanitarios desobedecen muchas veces los principios éticos, pero no se dan cuenta de ello y no siempre son percibidos como violaciones hacia las/los pacientes. Katrina Swahnberg argumenta que ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas en los ejemplos del cuestionario porque los dos grupos están sometidos a la misma violencia estructural que hace parecer como “natural” aspectos de la relación que no lo son.

³⁴ Katarina Swahnberg, Wijma Barbro y Liss Per-Erik, “Female Patients Report on Health Care Staff’s Disobedience of Ethical Principles”, *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85 (2006), pp. 830-836.

Después de los estudios anteriores, la profesora Swahnberg decidió realizar un estudio cualitativo³⁵ entre las mujeres suecas que habían manifestado estos abusos en la asistencia sanitaria. Como resultado de su estudio ha obtenido cuatro categorías de sensaciones que se repiten en todas las entrevistas efectuadas: la sensación de pérdida de poder, la sensación de ser ignorada, la sensación de haber experimentado falta de atención o cuidado y la falta de empatía; la sensación percibida en el acto médico que resume con la frase de “Sentirse anuladas”.

Por tanto..., ¿qué es un abuso en la asistencia sanitaria? En las entrevistas parece obvio que ser anulada es un estado de pérdida de dignidad, de frustración y ansiedad que crea sufrimiento personal. Las mujeres informan de un padecimiento intenso y habitual en las entrevistas, aunque el acontecimiento hubiera pasado muchos años antes. Es una sensación que queda en sus mentes y que pueden repetir con todo lujo de detalles. En este estudio de la profesora Swahnberg y colaboradores se ha utilizado la *Grounded Theory*, un método cualitativo de recoger y analizar datos con el objetivo de desarrollar observaciones empíricas o marcos teóricos que sean transferibles de un grupo de personas a otro. Esta teoría es utilizada para explorar las interacciones sociales entre humanos, su punto de partida es que hay semejanzas entre las experiencias vitales de muchas personas. En su estudio, las coincidencias en los primeros momentos de las entrevistas en todas las mujeres indican que hay muchas similitudes entre sus experiencias en relación con los abusos de la asistencia sanitaria, a pesar de su diferente procedencia y formación. La interpretación de la autora ha sido que las mujeres que han participado en el estudio cualitativo han accedido a sus recuerdos de abuso en la asistencia sanitaria, y que los detalles de sus historias estuvieron en concordancia en todas las partes con su respuesta emocional en el momento en que se realizó el abuso, así como en la situación que se desarrolló en el momento de la entrevista.

Ser anulado o anulada implica una pérdida de autonomía y de dignidad humana y crea un sufrimiento personal. Por tanto, la asistencia sanitaria es un lugar donde el cuidado y la falta de cuidado coexisten, y donde los pacientes pueden ser ayudados o anulados. Esto es una paradoja: las interacciones médicas, que son esenciales para la salud de las pacientes, a veces pueden producir una destrucción de la salud y del bienestar. Para comprender cómo es posible esta paradoja, tenemos que examinar las estructuras de la asistencia sanitaria y las relaciones de poder que se establecen entre los profesionales, y la pérdida de éste por parte de los pacientes. Anular a los y las pacientes es una forma extrema de violencia estructural, pero muchos profesionales son cada día más conscientes de lo que supone atender el organismo de otros seres humanos como una unidad cuerpo y mente, y

³⁵ Katarina Swahnberg, S. Thapar-Björkert y C. Bertero, “Nullified: Women’s Perceptions of Being Abused in Health Care”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28:3 (2007), pp. 161-167.

también han internalizado que nadie es omnipotente, por lo que en lugar de imponer tratamientos y diagnosticar con prejuicios, han aprendido a respetar y a reconocer el desconocimiento o la ignorancia propia.

La ausencia de la voz y de la experiencia de las mujeres en la construcción de la clínica y en la definición de salud sólo se podrá superar con la incorporación de las palabras de las mujeres al lenguaje de la medicina. La paciente existe, pero quizá la sujeta paciente no, como nos lo define las palabras de María Milagros Rivera.

La sujeta paciente no existe en la gramática. Porque a ella, a ese sexo que no es ni uno ni dos, no le gusta la fragmentación prevista por los nexos gramaticales. Le gusta, en cambio, juntarlo todo, concordar contrarios, dar y recibir, llevar y traer, actuar y padecer, trabajar y descansar, simultáneamente si es posible. Por eso ella, cuando escribe, no es para distinguir si es ella la que trabaja con las palabras o si son las palabras las que trabajan en ella, dejándola descansada.³⁶

El nacimiento de la clínica

Para seguir la arqueología de la mirada médica, nadie mejor que Michel Foucault cuando en su libro *El nacimiento de la clínica*, editado por primera vez en 1963, analiza de forma pormenorizada, y con la clarividencia que le caracterizaba, el nacimiento de la medicina moderna:

Hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido. De hecho, este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni en el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio mani-fiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres. El rejuvenecimiento de la percepción médica, la viva iluminación de los colores y de las cosas bajo la mirada de los primeros clínicos no es, sin embargo, un mito; a principios del siglo XIX, los médicos describieron lo que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable; pero no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que es-

³⁶ Lia Cigarini, Luisa Muraro y María Milagros Rivera Garretas, "El trabajo de las palabras. Una creación inacabada nacida de la relación entre mujeres", *Cuadernos Inacabados*, núm. 51, 2008.

taba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza que hace *ver* y *decir*, y a veces en un discurso tan realmente “ingenuo” que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal.³⁷

Pero el descubrimiento de la clínica, la escucha de los síntomas, la construcción de la “historia clínica”, en la que los síntomas se relacionaban cronológicamente por el momento de aparición y dentro del contexto de condiciones de vida y trabajo en el que se producían, que inició el nacimiento de la clínica y la relación con la sistematización de categorías, de síndromes y de enfermedades; aunque impulsó el nacimiento de la medicina clínica y de la medicina interna, no ha continuado su trabajo en la escucha actual con unas visitas médicas de cinco minutos, y con una medicina altamente tecnificada, con exploraciones sofisticadas pero con grandes dificultades para que alguien haga una síntesis de los resultados. Además, se ha introducido el muro de la incomunicación entre el ver y el decir, con claros sesgos de género, ya que en primera atención, en veinticinco por cada cien casos, es mucho más probable que los síntomas de las mujeres se atribuyan a síntomas psicossomáticos o a problemas menos serios que los de los hombres.

Los ejemplos que nos muestra Foucault ya señalan los cambios que se produjeron en el ejercicio de la medicina, cuán fácil era la relación entre la ideología dominantes y la organización sanitaria, y la forma en que se ejercía la medicina:

La incorporación de médicos que impide la formación de una conciencia médica centralizada y el libre juego de una experiencia sin limitación, que accede por sí misma a lo universal; las Facultades, por último, que no reconocen lo verdadero sino en las estructuras teóricas, y hacen del saber un privilegio social. La libertad es la fuerza viva y jamás entorpecida de la verdad. Debe, pues, haber un mundo en el cual la mirada libre de todo obstáculo no esté sometida más que a la ley inmediata de lo verdadero: la mirada no es fiel a lo verdadero, y no se sujeta a la verdad, sin ser al mismo tiempo sujeto de esta verdad; pero por ello, soberana: la mirada que ve es una mirada que domina; y si sabe también someterse, domina a sus amos.³⁸

Como siempre, un Foucault voluntarista nos dice lo que debería ser, cómo la libertad ejercida como el acto médico ejercido libremente puede ser una fuerza creativa para conseguir recoger una información científica veraz y no sesgada. Pero no pudo continuar analizando cómo la actual organización sanitaria, sea la pagada con dinero público o la de mutuas o centros concertados, ha limitado la capacidad

³⁷ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo XXI, 1999, p. 5.

³⁸ *Ibid.*, p. 64.

de decisión de los profesionales y ha encorsetado la exploración de las personas, de los individuos, colocando cada toma de decisión en determinados protocolos que rompen la posibilidad de ejercer la individualización de los procesos y que impiden, a veces, el acceso a la “verdad” de lo que acontece en el ser humano que pide ayuda.

Por un efecto vinculado a la suerte de la medicina moderna, la clínica permanecerá, para la mayoría de los espíritus, más emparentada con estos temas de la luz y de la libertad, que en definitiva la han esquivado, que con la estructura discursiva en la cual ha nacido en efecto. Se pensará de buena gana que la clínica ha nacido en este libre jardín donde, por un consentimiento común, el médico y el enfermo vienen a encontrarse, donde la observación se hace, en el mutismo de las teorías, a la claridad única de la mirada, donde, de maestro a discípulo, se transmite la experiencia por debajo, incluso, de las palabras. Y en provecho de esta historia que vincula la fecundidad de la clínica a un liberalismo científico, político y económico, se olvida que fue, durante años, el tema ideológico que supuso el obstáculo para la organización de la medicina clínica.³⁹

La apariencia de libertad en el ejercicio de la medicina y en la organización de la investigación ha hecho organizar de diversas formas la asistencia sanitaria y la acumulación de conocimientos médicos. La salud de las mujeres se ha estudiado mayoritariamente en su aspecto reproductivo, la bioética también en la mayoría de casos, con la presunción de que todo lo demás estaba ya estudiado, habiendo estudiado a los hombres como objeto de la ciencia médica.

El biopoder

¿Quién decide lo que se investiga? ¿Quién paga? ¿Quién prioriza? ¿Cómo organizaremos el trabajo asistencial? ¿Es ético continuar atendiendo a los pacientes durante tres minutos en la consulta y considerar que este tiempo es suficiente para una relación profesional respetuosa para ambas partes?

La ética no es normativa, no censura, no dicta normas [...] piensa. Y con frecuencia, para olvidar la dimensión política de los problemas, la institución intenta transformarlos en éticos con la secreta esperanza de poder responsabilizar al profesional. Conviene, pues, no confundir ni el derecho ni la política con la ética. Muchas decisiones políticas tienen repercusiones éticas, pero la ética no puede sustituir a

³⁹ *Ibid.*, pp. 82-83.

la política. Y la responsabilidad, en estos casos, no corresponde a la ética del profesional sino a las decisiones políticas de los gestores de lo público.⁴⁰

No creo que sea posible analizar los problemas éticos de la relación de la medicina con la salud de las mujeres haciendo abstracción de las interferencias del poder político. El poder de los Estados modernos se convierte en un biopoder, es el poder de hacer vivir y dejar morir, y se ejerce como una capacidad de administrar y gestionar no ya los individuos ni el Estado en sí, sino este nuevo “objeto” de la política que es la población. Para el biopoder, se tratará de gestionar los recursos para que la población viva, para que aumenten el número de habitantes en Occidente y para que disminuyan en los países en desarrollo.

También permite decidir quién puede vivir, y quién puede trabajar y, en formas más sutiles, quién debe vivir y a quién no se le deben dar condiciones para vivir, lo que es lo mismo que dejarlo morir. El racismo que se presenta como el instrumento teórico que permite a un Estado o a una nación reproducirse ejercita como instrumento de presión: la exclusión, la segregación, el levantamiento de muros y, en los últimos años, la constante presión sobre los hijos de inmigrantes para que se sientan constantemente como extraños a pesar de haber ya nacido en Occidente. Esta permanente opresión sobre quienes son ciudadanos de primera clase o de segunda, se ejerce también sobre las mujeres que, según las necesidades del mercado, se ven impulsadas a ser madres, o no serlo, a escoger trabajos *a precario* o a media jornada, para “conciliar” el cuidado de la familia y un sueldo remunerado. Las dejan vivir *a precario* y esto tendrá consecuencias a largo plazo sobre su salud, aunque en los trabajos clínicos sobre el dolor y el cansancio no se tengan en cuenta las condiciones de vida y trabajo, y en los estudios de salud laboral no se tengan en cuenta las condiciones de trabajo doméstico que arrastra cada mujer trabajadora cuando acude cada mañana o tarde a su lugar de trabajo.

Para poder saber quién sigue un método científico en medicina, no es suficiente saber que las investigaciones han de tener un objetivo claro y una metodología muy bien explicada, sino que en muchas ocasiones los trabajos que relacionan síntomas o terapias con enfermedades, no tienen en cuenta ni las condiciones de vida ni las condiciones de trabajo de las personas, por lo que la investigación biológica clínica se sesga inmediatamente si al mismo tiempo de evaluar el dolor no se tiene en cuenta si la persona que lo padece ha trabajado más de ocho horas, está muy estresada, o ha de cuidar a personas enfermas, o tiene niños y niñas a su cuidado. El rigor científico en medicina no puede abstraer los condicionantes culturales y laborales sobre el organismo. Según Anne Fausto-Sterling:

⁴⁰ Jordi Xandri Casals, “La ética en la primaria: la habitación de invitados”, en Margarita Boladeras (ed.), *Bioética: la toma de decisiones*, España, Proteus, 2011, pp. 585-599.

La pensadora feminista Donna Haraway ha escrito que la biología es política por otros medios. Estoy segura de que continuaremos defendiendo nuestras políticas con argumentos biológicos. Quisiera que, en el proceso, nunca perdiéramos de vista el hecho de que nuestros debates sobre la biología del cuerpo siempre son debates simultáneamente morales, éticos y políticos sobre la igualdad política y social y las posibilidades de cambio. Nada menos es lo que está en juego.⁴¹

La ciencia médica y los profesionales de salud no desean en general acercarse a la no verdad de cada sujeto, a sus aspectos más inconscientes pero que están en la base de su malestar. No es suficiente la escucha, sino la aproximación al sujeto diferente lo que está en juego. Pero para ello, ha de cambiar su paradigma científico, porque acercarse a la ciencia de la diferencia, pone en crisis su mirada universal sobre una situación particular. De esta forma, sesga su posibilidad de una nueva ética de la salud con perspectiva de género.

⁴¹ Anne Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, Barcelona, Melusina, 2006.

GÉNERO, DERECHOS Y REPRODUCCIÓN
ASISTIDA

LAS PARADOJAS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y EL GÉNERO. DEJANDO DE LADO FOTOGRAFÍAS ANACRÓNICAS

Florencia Luna

La infertilidad es un problema muy serio en todo el mundo, genera gran sufrimiento en aquellos que la padecen y, pese a lo que a primera vista parece, es especialmente relevante en el caso de los países en vías de desarrollo. Allí, su manifestación no sólo es aún mayor que en países industrializados, sino que además, en muchas ocasiones, puede prevenirse. En Latinoamérica, como en otras regiones en desarrollo, se dan niveles muy altos de infertilidad causada por enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales. Este tipo de infertilidad se denomina infertilidad secundaria.

Hay dos modos de entender el término “infertilidad secundaria”. El primero se refiere a mujeres que se embarazaron pero tuvieron abortos espontáneos o fallas para concebir después de un primer embarazo inicial. El segundo modo alude a la *infertilidad secundaria debido a secuelas por infecciones o abortos inseguros*.¹ En este trabajo me dedico a este segundo tipo de infertilidad. Pese a la prevalencia y a las características especiales en Latinoamérica, esta infertilidad no se toma en cuenta ni en las políticas públicas ni en el discurso médico, ¿por qué sucede esto?, ¿cuál debería ser la respuesta adecuada?

En este artículo deseo analizar el problema de la infertilidad desde dos ángulos que se complementan. En primer lugar, formulo un planteamiento puramente ético. Este ángulo considera la forma de comprender e intentar solucionar el problema de la infertilidad y analiza sus implicancias éticas. Señalo una suerte de dicotomía que

¹ Véase Florencia Luna, *Reproducción asistida, género y derechos humanos en Latinoamérica*, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), 2008, p. 5.

compartimenta la salud de la mujer. Si bien reconozco que puede resultar un tanto arbitrario hacer una distinción entre salud sexual y salud reproductiva (ya que esta última abarca a la anterior), existe una tendencia a separarlas (sobre todo en la práctica). Así, se entiende por salud sexual aquella vinculada a la sexualidad (por ejemplo, la anticoncepción, el aborto y las ETS) y por salud reproductiva, aquella que está relacionada con la reproducción y la procreación (embarazo, parto, etc.). En este trabajo sólo las tomo como diferentes a los efectos de señalar su disociación inadecuada para, justamente, resaltar la necesidad de considerarlas como parte de un mismo continuo. También argumento que debería tomarse la infertilidad como un problema de salud pública. Ahora bien, esta propuesta no se reduce a la mera provisión gratuita, por parte del Estado, de sofisticadas tecnologías. No apoyo una extensión y copia del modelo privado de tratamiento al ámbito público. Argumento, en cambio, a favor de la necesidad de repensar el modelo de implementación de las técnicas de asistencia en la reproducción con una mirada diferente, que debería ser amplia e inclusiva. La infertilidad—sobre todo en este tipo de situaciones— está directamente ligada a la salud de la mujer,² por tanto, un enfoque legítimo desde la salud pública debiera formar parte de una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las personas. Uno de mis objetivos es tener particularmente en cuenta el flagelo de la infertilidad secundaria. Así, la nueva mirada desde la salud pública que defendiendo implica hacerse cargo de la salud sexual y reproductiva de la mujer desde sus inicios, abarcando las diferentes etapas y problemas que ésta involucra, ya sea para evitar un embarazo no deseado como para lograr la maternidad y el hijo ansiado.

En segundo término, abordaré el problema de la infertilidad desde una mirada ético-política. Ésta se pregunta por la falta de un planteamiento coherente y estratégico. Esta mirada nos permite notar que todas estas cuestiones involucran problemas que conciernen principalmente a las mujeres. Por ello, una visión de género y feminista debiera redirigir, al menos, parte de su militancia hacia la infertilidad y las posibles soluciones a estos problemas; sin embargo, esto está lejos de suceder. En este trabajo exploraré cuáles pueden ser las razones para tal rechazo por parte de algunas posiciones feministas y de aquellas personas que defienden los derechos de las mujeres. También indagaré por qué se continúa manteniendo una visión sesgada de la infertilidad y un abordaje compartimentado de la salud de la

² La infertilidad secundaria también alcanza al varón. Por ejemplo, las ETS también impactan en la fertilidad masculina (la clamidia puede afectar los testículos). Si bien la salud sexual y reproductiva del varón también es relevante, en este artículo me centraré en la mujer debido al peso que la infertilidad tiene en el cuerpo de la mujer (aun si la infertilidad es de origen masculino [salvo algunas excepciones como en caso de agenesia de vasa deferente o azoospermia obstructiva] se debe intervenir quirúrgicamente al varón para obtener espermatozoides para un ICSI [inyección intracitoplasmática de espermatozoides], pero en general es la mujer quien, en definitiva, tiene que someterse a estos tratamientos).

mujer. Finalmente, sugeriré cuál debería ser, en cambio, una visión más comprensiva y estratégica del problema.

Datos a tener en cuenta

La infertilidad afecta hasta 15% de las parejas en edad reproductiva en el mundo. Aun si se tiende a pensar que éste es un problema de los países industrializados, el porcentaje más alto de este padecimiento puede encontrarse en países de ingresos bajos y medios.³ Estudios demográficos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que más del 30% de las mujeres entre 25 y 49 años en el África subsahariana sufre de infertilidad secundaria.⁴ Como señalé, esta forma de infertilidad tiene diferentes causas, algunas están relacionadas con abortos inseguros, falta de un buen tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del VIH y sepsis materna. Ilustraré este punto con algunos datos.

A nivel mundial se puede atribuir 38% de la infertilidad a ETS anteriores (cuando no son curadas adecuadamente); por ejemplo, la gonorrea o la clamidia sin tratamiento pueden invadir el área pélvica, infectando el útero, las trompas de Falopio y los ovarios, produciendo la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Ésta forma un tejido cicatrizal alrededor de los órganos pélvicos generando obstrucciones, distorsiones en las trompas de Falopio y, por tanto, el óvulo no puede entrar naturalmente al útero. Después de un episodio de EPI, hay una probabilidad de 15% de infertilidad; luego de un segundo episodio de EPI, ésta asciende a 38%, y después de un tercer episodio, llega casi a 75%.

Respecto del aborto inseguro, la OMS señala que causa hasta cinco millones de hospitalizaciones anuales en todo el mundo, es responsable aproximadamente de 13% de las muertes maternas y causa infertilidad secundaria en cerca de 24 millones de mujeres. Un informe recientemente publicado en el *Lancet*⁵ señala que siguen aumentando los abortos inseguros en el mundo. Según este informe, en los países con las leyes más restrictivas sobre aborto, la mayoría de esos procedimientos son inseguros: 97% de los abortos en África y 95% en América Latina son

³ Existe la fantasía de que en los países en desarrollo no hay mayores problemas de fertilidad. Las mujeres tienen muchos niños desde jóvenes, hay cuestionamientos respecto de su superpoblación, se asocia con una población joven y la infertilidad no parece ser un padecimiento habitual.

⁴ Weiyuan Cui, "Mother or Nothing: The Agony of Infertility", *Bull World Health Organization* 2010, 88, pp. 881–882.

⁵ Este artículo fue publicado en febrero del 2012 y se trata de una de las revistas médicas de mayor prestigio.

considerados inseguros.⁶ En contraposición a esto, en regiones en donde el aborto se permite con amplia tolerancia, casi todos los procedimientos (99%) fueron considerados seguros. Más aún, en el mundo desarrollado la cantidad de abortos se redujo de 36% en 1995 a 26% en 2008. Respecto del problema de fertilidad, el aborto inseguro provoca entre otras consecuencias: laceraciones del cuello uterino por el uso de dilatadores, lo cual genera una predisposición a abortos a repetición, perforación del útero, infecciones y obstrucciones de las trompas, endometriosis *post abortem*, etc. Como se puede observar, el peso de las ETS mal curadas y las consecuencias de los abortos inseguros en la ocurrencia de la infertilidad es alarmante.

Otro dato que refuerza lo anterior es el que surge respecto de los reportes de discapacidad global. La OMS identifica pautas de discapacidad diferentes, según se trate de países de altos ingresos o de países de ingresos bajos o medios. En este último grupo, muchas más personas experimentan discapacidades asociadas con causas prevenibles. La OMS menciona dos: los accidentes o lesiones prevenibles y la infertilidad como discapacidad evitable. Aún más, el informe explicita que las causas de infertilidad por abortos inseguros y por sepsis materna es de 0.8% en el grupo de los países industrializados *versus* 32.5% en los otros países.⁷

Estas cifras muestran realidades completamente diferentes entre el denominado “Norte” y el “Sur”. Téngase en cuenta que la infertilidad es la quinta discapacidad más común en el mundo. Sin embargo, pese a lo contundente de estos datos, todavía no se reconoce que la infertilidad esté tan profundamente ligada a una baja calidad en el cuidado de la salud sexual y que tenga orígenes disímiles en diferentes tipos de países. Esto lleva a pensar en la necesidad de adoptar distintas estrategias adaptadas a las necesidades regionales que tengan en cuenta la causa del problema. Un nuevo análisis desde la salud pública es particularmente relevante sobre todo cuando su ausencia puede generar situaciones inequitativas y evitables como las señaladas.

¿Por qué, entonces, se sigue sin encontrar una salida? ¿Qué hace que tantas feministas y defensores de los derechos de las mujeres se opongan a estas técnicas? ¿Por qué muchos especialistas en reproducción asistida no apoyan a las mujeres que defienden una vida sexual plena y abogan por una visión menos dogmática respecto del aborto?

⁶ En Latinoamérica las cifras varían enormemente. En el Caribe, en 2008, hubo 38 procedimientos por cada 1000 mujeres, de los cuales 46% fueron considerados inseguros. Sin embargo, en Centro y Sudamérica hubo 29 y 32 por cada 1000 mujeres, pero 100% de ellos fueron considerados inseguros. G. Sedgh *et al.*, *Lancet*, 2012. Probablemente la explicación de la diferencia se deba a la política respecto del aborto de Cuba.

⁷ WHO, *World Report on Disability*, Ginebra, 2011, p. 320.

Una anacrónica fotografía histórica

Antes de evaluar o considerar diferentes razones y argumentos que promueven cierta resistencia a estas tecnologías, es necesario tomar en cuenta una imagen que, a mi criterio, genera una especial forma de pensar la infertilidad, sus usuarias y sus posibles soluciones.

Se trata de la lógica de la “fotografía histórica”, una suerte de visión que parece prevalecer en los tomadores de decisiones y en el público en general a la hora de reflexionar sobre esta cuestión. El diseño de las soluciones al problema de la infertilidad, así como la forma de implementación de estas nuevas tecnologías, parece basarse en una fotografía que se tomó al inicio de este tipo de tratamientos. Esto es, se toma como modelo a los países y a las circunstancias en los que se comenzó a utilizar tal asistencia en la reproducción y este modelo inicial se mantiene en el tiempo.

Esta metáfora revela cómo en el imaginario popular se mantiene esta imagen que abarca no sólo al tipo de respuesta a brindar, sino también al perfil de las usuarias de estos procedimientos. En efecto, originalmente estas técnicas fueron concebidas en los países industrializados para mujeres de clase media o alta. Esto explica por qué casi siempre se toma como referente a la mujer de clase media, educada y profesional que busca un embarazo a una edad tardía. Así, la asistencia en la reproducción constituye sólo un lujo para algunas mujeres, una opción para “egoístas” o autointeresadas que postergaron la maternidad en pos de logros académicos o laborales, y ahora —ya muy tarde— necesitan de costosas prácticas. También es cierto que gran parte de los tratamientos iniciales de estas técnicas se realizaron en clínicas privadas con muy altos costos, para aquellas mujeres y parejas que pudieran afrontarlos. Éste es el modelo que se adopta al comienzo, que se exporta y permanece como central al pensar el problema de la infertilidad actual. Al hacer alusión a una fotografía histórica que se toma en un determinado momento y que se mantiene sin cambios, deseo subrayar la naturaleza rígida de su adopción⁸ y la distorsión que la misma implica.

Esta imagen o lógica resulta anacrónica en nuestros días. Hace ya varios años que tenemos datos respecto de la infertilidad secundaria, la situación de los países en desarrollo y del padecimiento que esto implica en culturas para las cuales la maternidad tiene un peso aún mayor que en países industrializados (téngase en cuenta que si bien puede resultar muy doloroso la imposibilidad de un embarazo a una mujer profesional con logros económicos y educativos, es todavía peor en los casos en los cuales las mujeres son únicamente valoradas por su fertilidad. Esto,

⁸ Esto no significa que los centros operen sin adoptar nuevas técnicas o avances científicos, esto es, que no estén *aggiornados* científicamente, sino que mantienen la estructura de servicio original.

lamentablemente, es muy habitual en muchos de estos países, puede implicar discriminación social, etcétera).⁹

Cuando se comienzan a realizar y publicitar estas prácticas todavía no se conocen las cifras de la infertilidad secundaria en los países en desarrollo. Sin embargo, los datos que provee la OMS revelan que quienes padecen infertilidad son mujeres que ancestralmente han sido postergadas, cuya infertilidad podría haber sido evitada. Claramente, la lógica de la fotografía histórica no abarca la amplitud ni el perfil epidemiológico actual, así como tampoco considera la inequidad que genera ni la prevalencia de este problema en los países en desarrollo.

No obstante, la imagen de la fotografía tomada en Europa en la década de 1970 pareciera seguir siendo la lógica prevalente, no sólo por parte del público en general, sino también por parte de funcionarios y sanitaristas a la hora de pensar políticas públicas.

Esas prácticas no deseadas... Argumentos conservadores en contra

El área de la reproducción asistida resulta sumamente problemática. No sólo es fuertemente criticada por las visiones conservadoras, sino que también lo es por visiones progresistas.

Las posiciones conservadoras, sobre todo desde visiones religiosas, rechazan estas nuevas tecnologías. En Latinoamérica, es el caso de la Iglesia católica. Los argumentos son sumamente amplios, van desde la falta de "naturalidad", ya que estos tratamientos introducen un elemento artificial en un proceso natural que los lleva a condenar desde los métodos más simples, hasta la manipulación y descarte de embriones que algunas de estas técnicas utilizan.¹⁰ Para estas concepciones, los embriones son personas; por tanto, su destrucción o manipulación es totalmente cuestionable. Mantienen una visión relativamente coherente ya que rechazan los métodos anticonceptivos (salvo algunos métodos que consideran naturales). Un punto fuertemente cuestionable es que, en un mundo asolado por el sida, también critican el uso del preservativo.¹¹ Y por supuesto, están totalmente en contra del aborto. Si bien esta posición puede ser criticable, es comprensible dentro del dog-

⁹ Por supuesto que sería deseable educarlas, brindarles otras posibilidades sociales, pero en tanto esto no se logre, no podemos ignorar los padecimientos de estas mujeres.

¹⁰ Florencia Luna, "Problemas en torno a nuevas formas de procrear", en F. Luna y A. L. F. Salles, *Decisiones de vida y muerte*, Buenos Aires, Sudamericana, 1995, p. 230.

¹¹ En el 2011, el papa Ratzinger hizo alusión a algunas excepciones cuando tuvo que viajar al África, continente que como se sabe está diezmado por el sida y el preservativo es uno de los medios más eficaces para evitar el contagio de esta enfermedad. Pero no hay una política clara a favor del uso del preservativo por parte de la Iglesia católica.

ma religioso, y es aceptable que ésta se pregone para que sus fieles sigan las recomendaciones de su fe. Lamentablemente en Latinoamérica estas posiciones tienen una presencia política muy fuerte y pretenden regir la vida no sólo de sus fieles, sino también de toda la población.

La posición conservadora critica estas tecnologías, así como la regulación de la maternidad en general. En este sentido, propone un esquema conceptual que exhibe cierta coherencia y, paradójicamente, una visión integral pero muy particular de la salud sexual y reproductiva ya que éstas se reivindican, pero sólo en tanto se busque la reproducción. La salud y la vida sexual se postergan ya que se aboga por el celibato o por la búsqueda de un hijo (en lo posible en el marco del matrimonio). Es obvio que esta visión se funda en una base dogmática-religiosa. Lo sorprendente es que desde visiones supuestamente progresistas¹² y de defensa de los derechos de las mujeres también exista un gran rechazo a técnicas que permiten resolver el problema de la fertilidad a través de una visión compartimentada de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Esas prácticas no deseadas... Miradas críticas desde el género

Un primer argumento brindado por algunas feministas y pensadores que defienden los derechos de las mujeres,¹³ también es su crítica a estas técnicas por su falta de naturalidad. Sin embargo, en estos casos, el planteamiento apunta a la medicalización del cuerpo de la mujer que estos procesos implican, sobre todo porque la que siempre debe “poner el cuerpo” es ella, y algunos de estos tratamientos resultan bastante invasivos (aun cuando el problema de fertilidad sea masculino).¹⁴

Un segundo tipo de argumento, desde algunas de estas visiones,¹⁵ apunta a la continuidad del papel reproductor de la mujer; en definitiva, la búsqueda de un hijo puede leerse como la antítesis del logro de la liberación femenina. Una versión del mismo es la llamada opresión de las mujeres. Es así que se considera a las técni-

¹² Como definir el progresismo es bastante complicado, sobre todo el progresismo tal como se manifiesta en Latinoamérica, no quiero entrar en esta interesante discusión, pero se trata de visiones que defienden los derechos de las mujeres y abogan por la posibilidad del aborto legal, estándares que, dado el *statu quo* restrictivo de la región, resultan de avanzada.

¹³ Existe un gran número de corrientes dentro del feminismo y no entraré en el detalle de cada una de ellas. Hablaré, de manera genérica, de visiones feministas y pensadores que defienden los derechos de las mujeres, haciendo alguna especificación sólo cuando sea sumamente relevante.

¹⁴ Susana Sommer, *De la cigüeña a la probeta*, Buenos Aires, Planeta, 1994, pp. 45-50.

¹⁵ Desde el feminismo internacional es frecuente encontrar visiones críticas. Véase Susan Sherwin, “Ética feminista y fertilización *in vitro*”, en F. Luna y A. L. F. Salles, *Decisiones de vida y muerte*; Joan Callahan, “Feminism and Reproductive Technologies”, *The Journal of Clinical Ethics*, 5(1), 1994; Laura M. Purdy, *Reproducing Persons*, Ithaca, Cornell University Press, 1996.

cas reproductivas como una medicina dominada por hombres, alertando posibles abusos,¹⁶ y una sociedad que incentiva la maternidad de manera artificial y casi sin límites¹⁷ (no sólo por la posibilidad de congelar los propios óvulos –una técnica que está perfeccionándose cada vez más y se ofrece a las mujeres relativamente jóvenes sin pareja para ser utilizadas en una edad avanzada–,¹⁸ sino por la posibilidad de lograr el embarazo más allá de la menopausia –hay casos de mujeres de más de 60 años). Por ejemplo, algunas pensadoras feministas locales retoman algunas de las críticas de la denominada segunda ola del feminismo norteamericano y entienden que “el deseo de acceder a la reproducción asistida es producto de una nueva forma de manipulación ideológica de las mujeres”.¹⁹

Aún sin llegar a este punto, lo que efectivamente se percibe es que frente a la infertilidad o la dificultad de lograr un embarazo, un paso ineludible es intentar alguna de estas técnicas. Esto somete a la mujer a procedimientos invasivos y costosos (no sólo económicamente sino también psicológica y físicamente). Esta sutil presión es innegable, al menos en las grandes ciudades del planeta, en donde existe una fuerte promoción y publicidad de las técnicas reproductivas (por ejemplo, a través de las revistas femeninas, así como en los medios masivos de comunicación con telenovelas cuyos personajes buscan estos tratamientos, o con la discusión de casos resonantes con un grado altísimo de controversia). Los casos que abarcan madres de edad avanzada y posmenopáusicas, parejas homosexuales o viudas que se inseminan con semen de sus maridos muertos no pasan inadvertidos y reciben ríos de tinta. A esta altura ya no se trata de una oscura o desconocida tecnología, a más de treinta años de sus primeros éxitos,²⁰ sino una terapia relativamente conocida en el imaginario popular y por lo tanto, una opción a la que toda mujer que desee ser madre debe acudir, si las vías naturales se presentan como elusivas.

Una tercera línea argumental crítica plantea, con aires kantianos, una comodificación de la mujer. Sobre todo ante la posibilidad de la venta de óvulos por parte de mujeres jóvenes de menores recursos económicos para mujeres mayores (ovodonación). Esto supone someterse a estimulaciones ováricas y procesos de

¹⁶ F. Luna y A. L. F. Salles, *Decisiones de vida y muerte*, p. 231.

¹⁷ Fátima Oliveira, “As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a service da materializacao de desejos sexistas, racistas o eugenicicos?”, *Bioética*, vol. 9, núm. 2 (2001), pp. 99-112. Marilena Correa, “Ética y reproducao asistida: a medicalicao du desejo de filhos”, *Bioética*, vol 9, núm. 2 (2001), pp. 71-82.

¹⁸ Hay que señalar que esta técnica también se utiliza en casos de enfermedades inmunológicas o de cáncer, previo a la quimioterapia o a la radioterapia.

¹⁹ Susana Sommer, “Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías”, *Debate Feminista*, 4:8 (1993), pp. 76-85, citado en Cardaci y Sánchez Bringas, “Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas”, *Alteridades*, 19:38 (2001), p. 28.

²⁰ El primer bebé nacido con una técnica *in vitro*, denominado bebé de probeta, Louise Brown, nació en 1978.

extracción de óvulos. En algunos casos, justamente, como medio para obtener ellas mismas el deseado y costoso tratamiento de fertilidad, en otros meramente como una venta del servicio. También en estas situaciones se aplica un argumento semejante al caso de la maternidad subrogada.²¹ Por ejemplo, se señala que no puede admitirse la existencia de un contrato que imponga a la gestante la obligación de ceder a su hijo. Y se argumenta que jurídicamente se ha establecido que ninguna persona puede ser usada como instrumento para fines ajenos y que diversas legislaciones impiden disponer del propio cuerpo y de sus partes con fines de lucro.²²

Un cuarto argumento analiza el lugar que ocupan la procreación, el desarrollo científico y el proceso de especialización en la división del trabajo existente en las sociedades de tipo capitalista, se trata de visiones con un compromiso con el socialismo y el feminismo que examinan estas técnicas a la luz de esta cosmovisión de la sociedad. De acuerdo con este tipo de feminismo, la práctica médica-sanitaria estaría ponderando excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad. Y en una sociedad en donde las mujeres se ven impelidas a tener descendencia, las técnicas reproductivas se vuelven contra ellas, al extremo de estar obligadas a procrear y con tal de que se cumpla con ese mandato, se hace uso de la técnica.²³

Un quinto argumento crítico que hace al núcleo de este artículo es el que formulan pensadoras, como Susana Sommer, cuando plantean que el uso de las nuevas tecnologías reproductivas genera un problema de justicia social, pues se trata de procedimientos de alto costo y baja efectividad. Esta autora argumenta que esta situación se agudiza cuando al financiamiento de los mismos se destinan recursos estatales, ya que la atención de la infertilidad disminuiría el presupuesto dirigido a otras áreas sanitarias que tendrían prioridad para la población.²⁴

Un artículo interesante sobre estos temas es el de Cardaci y Sánchez Bringas,²⁵ quienes revelan y analizan la producción académica feminista sobre la reproducción asistida en México. Estas autoras exhiben la diversidad de posiciones que sostiene el feminismo y señalan una pluralidad de argumentos y tesis en las cuales

²¹ Se trata de un servicio que se combina con una técnica, por ejemplo el ICSI, o la fertilización *in vitro* (con óvulo propio o donado y con semen de la pareja o de un banco) que se transfiere a otra mujer que es quien lleva a término el embarazo. Se conoce también como alquiler de vientre.

²² Luigi Ferrajoli, "La cuestión del embrión: entre el derecho y la moral", *Debate Feminista*, 17:34, México, 2006, pp. 33-53.

²³ María Jesús Izquierdo, "Ideología individualista y técnicas procreativas", *Debate Feminista*, 4:8 (1993), pp. 67-75.

²⁴ Susana Sommer, "Mujeres y reproducción: las...", en *op.cit.*

²⁵ Dora Cardaci y Ángeles Sánchez Bringas, "Hasta que lo alcancemos...", en *op. cit.*, pp. 21-40.

tienen fuerte prevalencia los argumentos críticos hacia la asistencia en la reproducción. En este sentido, brindan una exposición que apoya mi tesis.²⁶

Por supuesto que no todas las feministas y las defensoras de los derechos de las mujeres sostienen estos argumentos generales en contra de estas prácticas,²⁷ hay quienes por el contrario, miran estas técnicas desde una perspectiva más positiva: consideran que estas tecnologías permiten “liberar” a la mujer de una maternidad temprana y les brindan la opción de formarse, desarrollarse intelectual y laboralmente y ejercer su autonomía y libre elección de tener un hijo dentro de un rango de mayor tiempo y de mayor semejanza a la posibilidad reproductiva del varón.²⁸ Por ejemplo, para Francesca Gargallo representan una posibilidad más de satisfacer el deseo de maternidad.²⁹ Finalmente, encontramos visiones intermedias que combinan algunos de los argumentos antes ofrecidos. Lo que deseo destacar es que no toda visión de defensa de los derechos de las mujeres coincide en su apoyo a estas técnicas. Existen visiones críticas bastante suspicaces frente a estos tratamientos.

A diferencia de esta multiplicidad de posiciones sobre las técnicas de reproducción asistida, la mayoría de las posturas feministas y de defensa de los derechos de las mujeres abogan por la posibilidad de una vida sexual plena, por una buena educación sexual, por una anticoncepción adecuada, así como por la posibilidad de abortos seguros y legales, presentando frente a estas cuestiones una posición coherente compartida con un fuerte compromiso social. Sin embargo, existe una suerte de inconsistencia cuando proponen un corte respecto de la salud reproductiva y el uso o los beneficios que pueden brindar estas nuevas tecnologías. En definitiva, estas posiciones parecen rechazar el hecho de que la vida reproductiva

²⁶ Por ejemplo, una de estas propuestas retoma la situación de Alemania de 1993, cuando la ley convierte al embrión en un bien jurídico independiente protegido por la Constitución, estableciendo que la mujer no dispondrá de lo que genere en su cuerpo. Explican que tradicionalmente esta clase de resoluciones las sustentan las posiciones antiaborto, sin embargo, algunas autoras feministas como Huffschmidt consideran que en el presente “tal separación jurídica es absolutamente funcional a los intereses de quienes están involucrados con el avance de los procesos científico-técnicos de la fertilización *in vitro*”. Esto es, en lugar de criticar la situación alemana que puede volverse en contra del aborto, el foco de la crítica es su funcionalidad a las técnicas reproductivas. D. Cardaci y Á. Sánchez Bringas, “Hasta que lo alcancemos...”, en *op.cit.*, p. 26.

²⁷ Vale la pena aclarar que éstos son justamente argumentos generales, pero que además a cada una de las tecnologías (la inseminación, el *in vitro*, el ICSI, el alquiler de vientre, etc.) puede formularse los cuestionamientos específicos. Véase F. Luna y A. L. F. Salles, *Decisiones de vida y muerte*.

²⁸ Esta vertiente del feminismo también se conoce como feminismo liberal (en contraposición al socialista mencionado anteriormente).

²⁹ Francesca Gargallo, “Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas”, *Debate Feminista*, 4:8 (1993), pp. 86-100.

abarque desde las etapas en las que se evita un embarazo hasta aquellas en las que se desea tener un hijo.

El individualismo médico frente al *statu quo*

Ahora bien, no se debe entender como caprichosa la reacción de algunas posiciones de las feministas progresistas cuando se resisten a la defensa de estas técnicas; también es cierto que ellas son abandonadas a su suerte cuando defienden los derechos de las mujeres y la importancia de legalizar ciertas prácticas. Notablemente, son pocos los médicos o especialistas en fertilidad latinoamericanos que practican estas tecnologías que están dispuestos a ser identificados con posiciones supuestamente progresistas o de defensa de las mujeres.³⁰ Numerosos médicos se esconden tras las fotos de bebés rozagantes de salud, tratan de ser identificados con el logro del ansiado embarazo y la maternidad. No están dispuestos a reconocer el aspecto más problemático de sus actividades, por ejemplo, el descarte de embriones,³¹ los abortos selectivos (selección embrionaria)³² y, mucho menos, el de abogar por la despenalización del aborto o por una salud sexual y reproductiva plena. Estas prácticas, comúnmente asociadas a algunas de las tecnologías de reproducción asistida, con frecuencia son escondidas y minimizadas. Por ejemplo, se utilizan denominaciones *ad hoc* que evitan llamar a las cosas por su nombre (esto es, que se debe realizar un aborto selectivo) intentando cubrir estas actividades con un manto de ambigüedad.³³

Esto es especialmente cierto en Latinoamérica, donde la presencia de la Iglesia católica es muy fuerte y existe una alta valoración de los embriones.³⁴ Por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires se creó la figura del “tutor de los embriones” en 2004. Este oficial de justicia debe velar por ellos y controlar que las clínicas de fer-

³⁰ Por supuesto que hay también notables excepciones. Aquí hago referencia a la posición más habitual y prevalente en la región.

³¹ Esto se practica cuando sobran embriones y la pareja no los quiere donar, no desea tener más hijos o no quiere continuar con estas tecnologías, o por ejemplo, cuando son embriones que pueden tener problemas genéticos.

³² Con la superovulación provocada por la hiperestimulación hormonal y una inseminación artificial o cuando se transfieren varios embriones, la mujer puede quedar embarazada con múltiples embriones y para evitar complicaciones en el embarazo se abortan algunos de ellos para dejar uno o dos embriones como máximo.

³³ Véase Florencia Luna, “Reproducción asistida y ‘sabor local’: contexto y mujer en Latinoamérica”, *Bioética (Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina - Brasil)*, vol. 9, núm. 2 (2001), pp. 83-98.

³⁴ Florencia Luna y Arleen Salles, “On Moral Incoherence and Hidden Battles: Stem Cell Research in Argentina”, *Developing World Bioethics*, 10:3, Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2010, pp. 120-129.

tilidad no los descarten.³⁵ En este contexto, hay que ubicar la inestabilidad que genera este tipo de personaje para las clínicas y sus pacientes.³⁶ En una corriente semejante, en Costa Rica, mediante una sentencia judicial, se prohibió prácticamente toda la reproducción asistida en el país.³⁷ El escándalo fue tal que el caso fue llevado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el 2001, emitiéndose en 2010 el Informe 85/10. Como no se cumplió lo recomendado por la Comisión, el caso volvió a la Corte Interamericana para que dicte sentencia, y todavía hoy se continúa discutiendo.³⁸ Este tipo de “reacciones legales” no pasan inadvertidas, ni resultan inocuas. Exhiben la resistencia, la fuerza y la presión que algunos están dispuestos a realizar respecto de estas técnicas. De alguna manera, sutilmente pone en evidencia cómo estas prácticas no son completamente aceptadas por algunos poderosos núcleos de la sociedad y “penden de un hilo”. Un decreto, un juicio o hasta una ley puede revertir, arbitraria e inesperadamente, años de implementación de estas nuevas tecnologías. Indudablemente esta inestabilidad forma parte del contexto social de Latinoamérica. No sucede lo mismo en países industrializados que aceptan el aborto y donde, por ejemplo, el descarte de embriones puede no resultar tan problemático.³⁹

Los ejemplos anteriores explican por qué una respuesta desde el ámbito médico ha sido implementar estas técnicas de manera privada y discreta. En la mayoría de los países de Latinoamérica (salvo Costa Rica) no hay una prohibición específica. Se ha tratado de eludir cuestionamientos o suspicacias porque así no se altera el *statu quo*: se esconde o minimiza la manipulación de embriones que estas prácticas involucran y se publicita lo positivo y lo bueno de traer niños muy deseados al mundo. Esto no sólo promueve una visión artificial y compartimentada de la salud sexual y reproductiva de la mujer, sino que también implica un fuerte grado de hi-

³⁵ Esto surgió a raíz de un juicio en 1993 contra los centros de fertilidad de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el que un abogado cuestionaba el congelamiento de personas por nacer. María Elena Cano, “Tutor de los embriones congelados”, *Aequitas Virtual* (Universidad del Salvador). Disponible en <www.salvador.edu.ar/juri/aequitasNE/nrouno> (consulta: 27 de febrero de 2012).

³⁶ Por ejemplo, en Argentina fue imposible lograr pasar una ley que las reglamentara dados los pruritos que generaba el tema de la manipulación de embriones. La mayoría de los proyectos o eran muy restrictivos e interferían en la decisión médica o carecían de apoyo y no lograban un consenso mínimo.

³⁷ Véase F. Luna, *Reproducción asistida, género y derechos humanos en Latinoamérica*, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), 2008. “Reproducción asistida y ‘sabor local’: contexto y mujer en Latinoamérica”, *Bioética (Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina-Brasil)*, vol. 9, núm. 2 (2001), pp. 83-98.

³⁸ Ingrid Brena, “La fecundación asistida. ¿Historia de un debate interminable? El informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, vol. XII, 2012, pp. 25-45.

³⁹ Soy consciente de que en la mayoría de los países industrializados este tipo de prácticas, aunque más aceptadas, continúan generando resistencias y debates.

pocresía y grandes contradicciones por parte de los involucrados. En lugar de transparentar y luchar por una aceptación de todo lo que estas técnicas implican, esto se evita fomentando la doble moral que prevalece en Latinoamérica (una cosa es lo que se dice y otra muy diferente lo que se hace) y una falta de compromiso con algunos temas y derechos particularmente sensitivos para las mujeres.

Debemos, entonces, reconocer que feministas y defensores de los derechos de las mujeres tampoco encuentran eco en muchos de estos especialistas que hacen grandes negocios con los cuerpos de las mujeres, no aceptan sus propios compromisos y paradojas y no están dispuestos ni siquiera a apoyar sus luchas.

Privatización y sobreprestación

Quizá también parte del rechazo a estas tecnologías esté directamente relacionado con la forma en la que estas prácticas se han llevado a cabo. Por una parte, la mayoría de las clínicas o centros que practican estas tecnologías lo hacen de manera privada; esto es particularmente cierto en Latinoamérica, aunque hay algunas excepciones.

La práctica privada implica costos económicos altísimos y porcentajes de éxito cuestionables relacionados también con los bajos grados de fertilidad característicos de los seres humanos. Típicamente se deben realizar varios ciclos antes de lograr el embarazo, además de que resulta bastante difícil retener el embarazo y lograr el parto de un solo bebé. En general, los interesados comienzan con las técnicas más simples (estimulación ovárica e inseminación artificial) y luego avanzan hacia procedimientos más complejos, invasivos y costosos (*in vitro*, ICSI). Por ello, existe la percepción de que estos centros de reproducción asistida obtienen jugosos dividendos por prácticas que no necesariamente garantizan el ansiado éxito. Y se evita, en este sentido, las críticas de índole económica y de distribución de recursos equitativos que formularan pensadoras como Sommer parecen atinentes.

Además, cuando la práctica es privada resulta más difícil poner límites al deseo de la mujer o la pareja. En muchas ocasiones, sólo el agotamiento y la desilusión de la pareja o la imposibilidad económica parecen poner un punto final. El “deseo” del cliente parece imponerse, pues a diferencia del ámbito público, no sólo no hay regulación y pautas estrictas estipulando límites (cantidad de ciclos, etc.), sino que también las parejas pueden cambiar de proveedor fácilmente, lo cual lleva a un grado de exposición muy arbitraria y a un gasto excesivo.⁴⁰

⁴⁰ Esto se vincula con un debate conceptual acerca de estas técnicas: ¿responden a una enfermedad y por ende se atiende a pacientes o se trata de servicios a clientes? En el primer caso, la visión es más restrictiva, pues abarca básicamente a parejas heterosexuales y puede tener límites médicos más

Los excesos sobre prestación tienen relación con una falta de regulación apropiada de estas técnicas. Sin embargo, también es verdad que existe una falta de regulación porque no se ha tomado el tema de la infertilidad como un problema serio de salud pública, así como por el espinoso estatus de los embriones en la región.⁴¹

Es cierto que existen algunos países en los cuales la infertilidad se trató desde la salud pública;⁴² por ejemplo, en algunos países europeos existe la posibilidad de acceder a través de los servicios públicos que plantean límites y condicionamientos (cantidad de ciclos, edad de la mujer, entre otros).⁴³ Si bien ésta es una respuesta posible, no es la adecuada para nuestra región. Mi propuesta aboga por evitar la copia del modelo europeo de salud pública. Justamente porque el tipo de problema que padecemos y sus causas son muy diferentes, es necesario repensar el enfoque de la salud pública sobre todo teniendo en cuenta el flagelo de la infertilidad secundaria. Algo que, según mi conocimiento, no se ha realizado aún.⁴⁴

La lógica del “copio, después pienso”...

Además de las razones para oponerse que esgrimen algunos conservadores y algunas feministas y defensoras de los derechos de las mujeres, así como el hecho de que quizá exista una sobreprestación y una comercialización exacerbadas, parecen haber otras razones que exceden las ideologías particulares y que forman parte de cierta cultura que permea la relación de inserción de las nuevas tecnolo-

claros. Si es lo segundo, quizá puedan demandar este servicio desde personas solas, parejas homo-sexuales y el límite depende del deseo del cliente. No ahondaré aquí en este debate, pero obviamente tiene implicaciones en el diseño de políticas públicas.

⁴¹ F. Luna y L. F. A. Salles, “On Moral Incoherence and Hidden...”, en *op.cit.*

⁴² Por ejemplo, en México en 1990 se creó en el Instituto Nacional de Perinatología (Inper) la Clínica de Esterilidad; en 1996 se inició el Servicio de Reproducción Asistida y Fecundación *In Vitro* en el Hospital General 20 de Noviembre del ISSSTE (el primer nacimiento por esta técnica en 2003 –a 25 años de la primera niña de probeta). Véase D. Cardaci y A. Sánchez Bringas, “Hasta que lo alcancemos...”, en *op. cit.*, 2008, p. 24. En Argentina, la provincia de Buenos Aires reglamentó la Ley 14.208 en diciembre del 2011, obligando a las obras sociales y a algunos hospitales a brindarlas. Este tipo de política hará visibles a muchas mujeres que, hasta hace muy poco, quedaban excluidas debido a los costos económicos implicados.

⁴³ Algunos de ellos muy cuestionados por las largas listas de espera o los criterios para poder acceder.

⁴⁴ Por ejemplo, el trabajo de Cardaci y Sánchez Bringas, que también relevan las publicaciones desde la salud pública en México, apunta a la escasez de desarrollos y la falta de interés de esta área. Señala la carencia de relevancia para las investigaciones en salud pública, sociomedicina o sociología de la salud. Las autoras explicitan que no se encontraron tesis de posgrados de salud pública, medicina social y salud colectiva, y que tampoco se encontró material en las principales revistas en estos campos. Véase D. Cardaci y A. Sánchez Bringas, “Hasta que lo alcancemos...”, en *op. cit.*, 2008, p. 30.

gías en general. No lo denominaré argumento porque no resiste el análisis crítico ni reviste una estructura argumental; sin embargo, parece funcionar como una lógica escondida y creo que permite entender por qué para responder a la infertilidad, el sistema actual funciona como lo hace.

Si volvemos a la metáfora inicial de la fotografía histórica, nos encontramos con una imagen detenida en el tiempo: tratamientos pensados para mujeres profesionales o educadas, de clase media o alta que, a sus tardíos cuarenta años, quieren tener un hijo. Tal asistencia se realiza en clínicas privadas, de manera particular y con grandes costos. Esta imagen se puede complementar con un “argumento” que podríamos denominar “copio, después pienso”.

El mecanismo “copio, después pienso” consiste en lo siguiente: en muchos países periféricos existe la tendencia de “importar las soluciones” del norte. Dado que tradicionalmente las tecnologías se desarrollan en países industrializados, muchas tecnologías tienden a ser “copiadas” de manera automatizada. Adaptarse a los tiempos actuales, ser “modernos y sofisticados”, muchas veces se identifica con exportar la tecnología tal como fue implementada en sus países de origen (traer los últimos tratamientos desarrollados). El problema es la falta de reflexión acerca de cómo debe hacerse este traslado a nuestros países.

Esto es aún más grave cuando las condiciones sociales, culturales y económicas son muy diferentes y se necesitaría hacer cambios para poder adaptar tales tecnologías a la nueva realidad social en la que se implementan. De hecho, la realidad social de fines de los años setenta era muy diferente en Europa o en Estados Unidos de lo que lo es actualmente en Latinoamérica –y no sólo lo era sino que lo continúa siendo en la actualidad. Las mujeres ya tenían acceso a la anticoncepción y en muchos casos al aborto. Recuérdese que uno de los hitos, el bebé de probeta, nace en 1978, y ya desde los años sesenta eran habituales las píldoras anticonceptivas, así como en muchos países ya habían aprobado ciertos tipos de abortos.⁴⁵ Si bien hasta el día de hoy continúan habiendo fuertes debates y controversias respecto del aborto, éste está legalizado en prácticamente todos los países industrializados, mientras que en Latinoamérica continúa su prohibición y generalmente se aceptan sólo unas pocas excepciones interpretadas muy conservadoramente. Esto promueve abortos inseguros que no sólo incapacitan y dejan infértiles a las mujeres, sino que con frecuencia las lleva a la muerte. Por ello se puede decir que el contexto social en el que se insertan estas tecnologías es muy diferente.

El mecanismo “copio, después pienso” prevalece en la región. Un caso afín se da en la implementación de la genética. Por ejemplo, en Argentina se adoptan sofisticadas técnicas diagnósticas prenatales, pero no se acepta el aborto por razo-

⁴⁵ En 1973 se da el *Caso Roe vs. Wade* en Estados Unidos que permite la realización de abortos por plazos.

nes genéticas (serias malformaciones en el feto). Se deja a la pareja que obtiene tal información en una situación de desamparo y angustia, sin brindar las soluciones o respuestas que los países que desarrollaron esta tecnología ofrecen (la posibilidad de un aborto seguro, legal o la alternativa de continuar con tal embarazo pese a los graves problemas de salud).⁴⁶ De hecho, algo análogo sucedió cuando en el 2010 la Provincia de Buenos Aires “copia” el sistema público europeo de provisión de estos tratamientos, un modelo basado en la fotografía europea y adaptado a su propia realidad social actual. ¡Se copia y no se piensa! Se repite un modelo costoso e ineficiente para los problemas de fertilidad que presenta la región.⁴⁷ Quienes pagan el costo de esta imagen histórica y de este mecanismo “copio, después pienso” son las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad y no las mujeres de clase media o alta como sigue evocando el imaginario popular.

En suma, en Latinoamérica estas cuestiones adquieren características diferentes. Sustancialmente: 1) el perfil epidemiológico de las mujeres en países en desarrollo que sufren de infertilidad cambió; 2) la situación y respeto a los derechos sexuales y reproductivos está lejos de lo que sucedía a fines de los años setenta o sucede actualmente en Europa o Estados Unidos, y 3) la forma de provisión y tratamiento de estas técnicas debe modificarse: no necesariamente debe continuar en manos privadas, con grandes costos basados en fotografías anacrónicas o en modelos copiados sin reflexión.

Hacia nuevas prácticas

Antes de proponer una respuesta tentativa, hay un último elemento que deseo destacar: un factor que se debe tener en cuenta de la infertilidad secundaria es que su origen está disociado de su manifestación posterior, esto favorece la visión compartimentada que critico. Al especialista en fertilidad le llega el *fait accompli*, el caso de infertilidad ya dado, establecido. Revertir esta situación implica costosos e invasivos tratamientos, sin embargo, esto no necesariamente debería ser así. Justamente estas situaciones podrían prevenirse de una forma mucho más simple, ética y económica, pero si la infertilidad no se considera un problema de salud pública, esto difícilmente se puede lograr. Si se continúa tomando el tema como una cuestión privada, se conspira contra una mirada integral y preventiva. A la mayoría de las clínicas privadas les resulta más fácil trabajar el caso de infertilidad ya dado, pues están estructuradas de tal modo que sólo pueden comenzar a trabajar cuan-

⁴⁶ Véase Ángela Ballantyne *et al.*, “Prenatal Diagnosis and Abortion for Congenital Abnormalities: Is it Ethical to Provide One without the Other?”, *American Journal of Bioethics*, 9:8 (agosto 2009).

⁴⁷ Véase nota 40 referida la Ley provincial 14.208.

do el “daño” ya está hecho, cuando la mujer o la pareja tienen problemas de fertilidad. Indudablemente es económicamente interesante, aun si muchas de las mujeres que padecen infertilidad secundaria no tienen recursos económicos, algunas de ellas están dispuestas a grandes sacrificios económicos para lograr el ansiado hijo. Y dado el panorama clínico actual, ésta, además, parece su única opción.

En función de lo anterior, se debería pensar en una forma diferente de concebir e implementar la reproducción asistida, tomando en cuenta la infertilidad secundaria. Para esto se requiere un enfoque integral y equitativo que evite que muchas mujeres queden infértiles por razones que se pueden evitar y prevenir. Esto, obviamente, será más relevante en los casos de aquellas sin recursos, que son quienes padecen una mala salud reproductiva con todas sus consecuencias. Se debería comenzar, entonces, con la salud sexual de las mujeres. Por ejemplo, reforzar los sistemas de atención primaria o crear nuevas clínicas con una mirada de género, brindar un buen asesoramiento respecto de la anticoncepción desde la adolescencia para evitar embarazos no deseados, tratar adecuadamente las ETS y abogar por la legalización del aborto para acceder a ellos de una forma segura evitando lesiones a las mujeres. También debería haber, en ese momento, una buena educación respecto de los cuidados necesarios para poder lograr un embarazo posterior (desde la nutrición adecuada, suplementos de ácido fólico, hasta el momento en que existan las condiciones para lograr un embarazo). Toda esta visión y propuesta implica una perspectiva de salud pública que permita cuidar y organizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y que tome, como último recurso, las técnicas de reproducción asistida más complejas e invasivas. Para ello, también es necesario brindar una mirada racional respecto de los alcances y límites de las técnicas de reproducción asistida: se debe especificar la cantidad de ciclos y embriones a transferir, discriminar qué técnicas se pueden realizar según edades y situaciones, los costos adecuados, entre otros.

Hacia nuevas estrategias

Ahora bien, para poder adoptar esta perspectiva dejando de lado la actual mirada que compartimenta la salud sexual y reproductiva y que evita brindar una educación y salud sexual adecuada a las mujeres –sobre todo a aquellas con menos recursos–, es necesario modificar muchas prácticas establecidas. Para ello se necesita un enfoque diferente sobre la salud sexual y los tratamientos de asistencia en la reproducción y se deben buscar convergencias entre las diferentes visiones y perspectivas; es decir, entre especialistas en reproducción y feministas.

La estrategia política y la militancia deben modificarse. Así, los médicos o médicas que hacen reproducción asistida no sólo deben señalar la prevalencia de la

infertilidad secundaria y la relevancia de que las mujeres tengan acceso a una buena salud sexual, sino que también deben plantear la seriedad del problema, los costos de todo tipo que esto implica y especificar que existe una gran cantidad de infertilidad que podría evitarse. Esto significaría una manera bastante más lógica, ética y equitativa de plantear el problema. Estas personas especialistas también deberían abandonar la doble moral y tener una posición más clara y transparente respecto de sus propias prácticas y reconocer que ellas y ellos mismos, en ocasiones, deben realizar procedimientos que implican abortos. Junto con genetistas, deben hablar abiertamente respecto de la importancia de los diagnósticos preimplantatorios y la posibilidad de descartar embriones con serios problemas genéticos.

Por otro lado, las perspectivas feministas también pueden encontrar en las personas que ejercen la medicina, y en la correcta implementación de estas prácticas, aliados naturales a la hora de abogar por una salud sexual y reproductiva plena. Deben salir de la “fotografía histórica” a la que hacía referencia y mirar el panorama general actual, buscando los puntos coincidentes. Contar con el apoyo y respaldo de las y los médicos y las y los especialistas en salud no es algo para despreciar, ya que son quienes pueden explicitar los daños y lesiones que implican ciertas prácticas y pueden brindar información objetiva.

Así, quienes toman decisiones, los sanitaristas y el público en general de Latinoamérica, deben guardar en el recuerdo la fotografía histórica tomada en los años setenta y comenzar a pensar de manera inclusiva y equitativa el problema que enfrentamos. También deben abandonar la comodidad del “copio, después pienso”, este tipo de visión de la salud pública implica un planteamiento totalmente diferente al europeo actual si, efectivamente, buscamos que responda a las necesidades de la región.

Conclusiones

Con una visión estratégica de este tipo, todos pueden ganar: las mujeres, en general, al lograr una visión y una respuesta más real e integral de los problemas que padecen (evitándoles costosos e invasivos tratamientos al prevenir la ocurrencia de la infertilidad); el sistema de salud, que evitaría el drenaje de costosos tratamientos y brindaría una solución más equitativa y lógica a las mujeres y sus parejas; las y los defensores de los derechos de las mujeres al contar con más aliados en sus luchas para lograr una buena atención de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, al poder demostrar la importancia de legalizar ciertos tipos de abortos), y los o las especialistas en fertilidad al poder tener una visión más coherente que no limite algunas de sus prácticas. Debo reconocer que en mi propuesta estos últimos pueden llegar a perder a algunos posibles clientes, propongo una visión de

salud pública que, si bien puede complementar la práctica privada, también puede quitarle algunos pacientes. Sin embargo, si los planteamientos de estos especialistas son más claros y transparentes y cuentan con una sólida base de aceptación social –como de hecho parecen tenerla–,⁴⁸ también podrán practicar privadamente de manera más tranquila, sin temer a posibles “tutores de embriones” o a cierres de sus centros por cuestiones seudocientíficas. Por tanto, ellos también pueden ganar con esta estrategia.

Esta propuesta no responde a las visiones habituales de la salud pública en reproducción asistida, considera que es necesario trabajar hacia un modelo diferente que tenga en cuenta la infertilidad secundaria y formule un planteamiento mucho más amplio que el tradicional que no funciona. Que esto se realice a través de la atención primaria, mediante “clínicas de la mujer” u otro nuevo mecanismo, el cual será tarea de los especialistas en salud pública. Queda planteado, pues, un nuevo desafío para todos aquellos a los que les interese seriamente la salud sexual y reproductiva de nuestras mujeres. Ya es hora de abandonar anacrónicas fotos históricas y de pensar con inteligencia un presente complejo.

⁴⁸ Dejando de lado algunos núcleos de poder.

ÉTICA FEMINISTA, ÉTICA FEMENINA Y ABORTO

Gustavo Ortiz Millán¹

Ética con perspectiva de género

A lo largo de su historia, la ética ha estado dominada por los hombres. Las teorías de los grandes filósofos del pasado que estudiamos hoy en día son teorías hechas por hombres, no por mujeres. En muchas ocasiones estas teorías reflejan explícita y únicamente el punto de vista y los valores masculinos; de hecho, los filósofos morales ocupan un lugar significativo dentro de la historia de la misoginia.² En otras ocasiones, la perspectiva masculina se encuentra implícita y se nos presenta como universal y neutra en términos de género. Lo que es cierto es que, a lo largo de su historia, la filosofía moral ha expresado muy poca preocupación por los intereses de las mujeres. La bioética no ha estado exenta del dominio masculino y, aunque tal vez en menor medida, ha expresado poco interés por la perspectiva y los intereses de las mujeres. A partir de las teorías éticas de los filósofos morales del pasado, ha adoptado buena parte del enfoque masculino de estas teorías. Este enfoque no ha sido exclusivo de la filosofía moral, sino también de muchas de las otras disciplinas de las que ha surgido la bioética: la medicina, el derecho, la teología, la psicología, entre otras.³ Este sesgo sólo ha sido claro a partir del avan-

¹ Agradezco los comentarios de Margarita Valdés y de Rodolfo Vázquez a una versión previa de este ensayo.

² Véase, por ejemplo, Jack Holland, *Una breve historia de la misoginia. El prejuicio más antiguo del mundo*, trad. V. Schussheim, México, Océano, 2010.

³ Cfr. Jan Crosthwaite, "Gender and Bioethics", en Peter Singer y Helga Kuhse (comps.), *A Companion to Bioethics*, 2a. ed., Oxford, Wiley-Blackwell, 2009.

ce de teorías desarrolladas por mujeres que han enfatizado la perspectiva de género. Ellas sostienen que las teorías desarrolladas por hombres suelen con frecuencia reflejar puntos de vista típicamente masculinos, mientras que las teorías éticas desarrolladas por mujeres –sobre todo a partir del siglo XX– han enfatizado otro tipo de valores, propiamente femeninos. Esto ha dado lugar a algo que algunas pensadoras han llamado “ética del cuidado” o “ética femenina”,⁴ es decir, teorías morales que se han desarrollado a partir de lo que se toma como valores propios de la perspectiva femenina. De hecho, algunas partidarias de este enfoque lo han propuesto como una teoría ética autónoma y completa que puede utilizarse para responder todas nuestras inquietudes morales. Si esto es así, esta perspectiva se puede aplicar no sólo a los problemas éticos tradicionales, sino también a los problemas específicos de la bioética. De este modo, se ha tratado de aplicar la ética femenina a problemas morales que surgen, por ejemplo, en el ámbito de la salud, como la enfermería, la reproducción asistida, la ética de la genética y el aborto, entre muchos otros temas.

Sin embargo, la *ética femenina* debe distinguirse de la *ética feminista*. Aunque comparten una preocupación básica por los intereses y los puntos de vista de las mujeres, estas dos teorías morales no son equivalentes, porque argumentar a partir de una perspectiva femenina no equivale necesariamente a feminismo. En términos generales, y a reserva de que analice con cuidado estas teorías más adelante, mientras que la *ética femenina* intenta desarrollar una filosofía moral a partir de lo que considera una perspectiva y valores propiamente femeninos, la *ética feminista* se propone analizar y criticar cualquier forma de injusticia de género y poner fin a la discriminación, desigualdad, exclusión y opresión de las mujeres. En este ensayo quiero analizar estas dos perspectivas, y quiero hacerlo a partir del distinto enfoque que proponen para el tema del aborto. Las diferencias entre estas dos teorías éticas serán más claras en sus análisis de este caso particular. Si bien las dos teorías pueden, en principio, llegar a conclusiones similares en cuanto a la consideración moral del aborto, tienen diferencias significativas y, en muchas ocasiones, pueden entrar en conflicto.

En la siguiente sección analizaré la ética del cuidado, tal como ha sido desarrollada por Carol Gilligan y Nel Noddings, así como su enfoque sobre el aborto; argumentaré que éste es básicamente un enfoque particularista, en el que la evaluación moral del aborto dependerá de las circunstancias particulares en que el mismo se dé. Después, en la sección 3, explicaré las características generales de lo que podemos llamar una ética feminista y algunas de sus diferencias con la ética del cui-

⁴ Cfr. Rosemarie Tong, *Feminine and Feminist Ethics*, Belmont, Calif., Wadsworth, 1993; véase también Rosemarie Tong y Nancy Williams, “Feminist Ethics”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. invierno 2003), Edward Zalta (ed.). Disponible en <<http://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/>>.

dado. Dada la variedad de teorías feministas, me centraré en una ética feminista liberal, que argumenta básicamente a partir de los derechos de las mujeres, es decir, un enfoque universalista que la hace chocar con el particularismo de la ética del cuidado. Para el feminismo liberal, una de las funciones principales de la ética en lo que respecta al tema del aborto consiste en la justificación moral de los derechos reproductivos. En la última sección expongo algunos de los modos en que estas dos teorías chocan, a partir de algunas de las críticas que ya se han planteado de una hacia la otra. Finalmente, presento una crítica a la ética del cuidado a partir del feminismo liberal basada en la idea de que apelar a relaciones interpersonales, afectos y cuidado, como lo hace la ética del cuidado, no es suficiente para proteger el espacio de decisión y de libertad individual de una mujer que quiere practicarse un aborto: en un mundo ideal donde esas relaciones funcionaran bien tal vez sí lo sería, pero en el mundo real, donde es tan fácil que las cosas salgan mal, es necesario proteger ese espacio de decisión y libertad a través de los derechos, como lo hace el feminismo liberal. Así pues, propongo que optemos por un enfoque feminista liberal acerca del tema del aborto (y de otros temas), y que lo complementemos con el enfoque de la ética del cuidado. Si sostengo que el primero necesita complementarse con el segundo es porque si bien una evaluación comprehensiva de la moralidad del aborto requiere un enfoque basado en los derechos reproductivos, también requiere de la evaluación de las circunstancias particulares en las que una mujer decide practicarse un aborto.

Ética del cuidado, ética femenina

En 1982, la psicóloga del desarrollo Carol Gilligan publicó el libro *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*.⁵ Este libro rompió los esquemas hasta entonces dominantes acerca del desarrollo moral de hombres y mujeres. Hasta ese momento, las teorías que abordaban el asunto no tenían ningún interés en mostrar las diferencias en el desarrollo moral según el género; cuando llegaban a hacerlo, sugerían que las mujeres eran, en promedio, menos desarrolladas moralmente que los hombres. Gilligan se centró en la teoría más acabada sobre desarrollo moral, la teoría de Lawrence Kohlberg, quien había propuesto una

⁵ Carol Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1982. La traducción al castellano hizo desaparecer la intención y la riqueza del título original: *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, trad. J.J. Utrilla, México, FCE, 1985. De cualquier modo, citaré a partir de la traducción: los números de página referirán a ella y aparecerán al final de cada cita entre paréntesis.

escala de seis etapas por las que pasan los niños en su desarrollo moral.⁶ Según Kohlberg, en las primeras dos etapas hay una orientación hacia evitar castigos y recibir premios; en las etapas intermedias hay una conformación hacia la moral convencional, y finalmente, en las dos etapas superiores hay una orientación hacia una moral de tipo contractualista y de obediencia a reglas éticas universales. Sin embargo, en las entrevistas que Kohlberg realizaba para probar su teoría, le presentaba dilemas morales a niños y niñas, y mientras los niños llegaban a las etapas más altas, las niñas permanecían en etapas menos desarrolladas. De aquí se podían sacar dos conclusiones diferentes: o bien el razonamiento moral de las niñas era menos desarrollado que el de los niños; o bien algo estaba mal con el esquema conceptual de Kohlberg. Así, mientras él parecía apoyar la primera conclusión, Gilligan apoyaba la segunda criticándolo. Ella empezó a prestar más atención a las respuestas que Kohlberg había recibido de las niñas que había entrevistado. Una de sus conclusiones principales fue que había que reemplazar el concepto de “orientación” de Kohlberg por el de “voz”: no era que las mujeres fueran moralmente menos desarrolladas que los hombres, o tuvieran una orientación hacia etapas inferiores de desarrollo moral, sino que tenían una voz moral diferente. Sin embargo, esta voz había sido tradicionalmente acallada por los estudios morales hechos por los hombres:

Los juicios morales de las mujeres difieren de los de los hombres en la mayor medida en que los juicios de las mujeres van unidos a sentimientos de empatía y compasión [...] Sin embargo, mientras las categorías por las cuales se evalúa el desarrollo se derivan de investigaciones efectuadas con hombres, esta divergencia de las normas masculinas podrá verse tan sólo como una falla de desarrollo. Como resultado, el pensamiento de las mujeres es clasificado, frecuentemente, junto con el de los niños. Sin embargo, la ausencia de otras normas que pudiesen abarcar mejor el desarrollo de las mujeres no sólo señala las limitaciones de las teorías forjadas por hombres y validadas por muestras de investigación desproporcionadamente masculinas y adolescentes, sino también la timidez prevaeciente entre las mujeres, su renuencia a hablar públicamente con su propia voz, dados los frenos impuestos a ellas por su carencia de poder y la política de las relaciones entre los sexos (p. 120).

Según Gilligan, la voz moral de las mujeres se caracteriza por sentimientos de empatía y compasión en mucho mayor medida que la voz masculina. Pero también describe esa voz a partir de otros elementos: es una voz concreta y específica, una

⁶ Cfr. Lawrence Kohlberg, *De lo que es a lo que debe ser*, trad. M. R. Michel, Buenos Aires, Prometeo, 2010, pp. 92 y ss.

voz que no es competitiva o combativa, sino colaborativa, dado que pone más énfasis en las relaciones interpersonales que en la individualidad. De este modo, mientras que las voces morales de los hombres tienden a resaltar la imparcialidad, la justicia, los derechos, la aplicación de reglas universales y la responsabilidad hacia códigos abstractos de conducta, las voces morales de las mujeres se enfocan más en el cuidado, en la responsabilidad hacia los otros, hacia individuos reales, en la preocupación por el sufrimiento de los otros. Del mismo modo, añade Gilligan, la identidad de las mujeres se construye a partir de valores diferentes a los de los hombres: mientras que la identidad de los hombres se basa en valores como la autonomía, la separación, la independencia, entre otros, la de las mujeres se basa en el apego, la interdependencia y la relación con los otros. En realidad, hombres y mujeres no tenemos la misma concepción del dominio de la moral.

La definición femenina del dominio moral diverge de la que se derivó de los estudios de hombres. La interpretación que la mujer da al problema moral como problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones, y no de derechos y reglas, vincula el desarrollo de su pensamiento moral con cambios en su entendimiento de la responsabilidad y las relaciones, así como el concepto moral como justicia vincula el desarrollo con la lógica de la igualdad y la reciprocidad. De este modo, subyacente en una ética de cuidados y atención hay una lógica psicológica de relaciones, que contrasta con la lógica formal de imparcialidad que imbuje el enfoque de la justicia (p. 126).

A esta perspectiva moral propiamente femenina Gilligan la llamó “ética del cuidado”:⁷ una ética que enfatiza valores como cuidado mutuo, responsabilidad en las relaciones, etc., por sobre valores típicamente masculinos, como la imparcialidad, la autonomía, los derechos, la aplicación de reglas abstractas, etc. Sin embargo, al hablar de una ética del cuidado, Gilligan estaba básicamente describiendo un tipo de actitud moral distintivamente femenino, y no proponiendo una teoría normativa completa que nos diera lineamientos o prescripciones para la acción moral; es decir, no estaba proponiendo una teoría ética que compitiera o reemplazara a las teorías normativas tradicionales basadas en principios, como el deontologismo o el consecuencialismo, sino que les sirviera de complemento.

Después de la publicación del libro de Gilligan, en cambio, otras partidarias de la ética del cuidado sí sugirieron convertirla en una teoría normativa completa y au-

⁷ El verbo inglés *to care* puede significar cuidar, preocuparse, importar o sentir afecto. *Ethics of care* se traduce habitualmente como “ética del cuidado”, entendiendo por “cuidado” la acción de estar atento a los intereses de otras personas, preocupándose por ellas y asistiéndolas, pero también sintiendo afecto por ellas, es decir, involucra un aspecto emocional.

tónoma. La filósofa Virginia Held, por ejemplo, ha afirmado: “La preocupación, la empatía, sentir con otros, ser sensible a los sentimientos de otros pueden ser mejores guías a lo que la moralidad demanda en contextos reales de lo que pueden ser las reglas abstractas de la razón o el cálculo racional, o por lo menos pueden ser componentes necesarios de una moralidad adecuada”.⁸ La primera perspectiva de la que habla Held ha sido defendida, entre otras, por ella misma y por Nel Noddings, quien sostiene que la ética del cuidado no necesita de reglas abstractas de la razón, como son principios morales absolutos e imparciales, sino de respuestas afectivas a la vulnerabilidad de otros seres que necesitan cuidado.⁹ La perspectiva que ve el cuidado como un componente complementario de las éticas principistas o “imparcialistas” ha sido defendida, entre otras, por Annette Baier, para quien las éticas basadas en “reglas abstractas de la razón” pueden enriquecerse con conceptos como amor, responsabilidad y, particularmente, confianza.¹⁰ Aquí quiero analizar básicamente la primera opción, la que ve la ética del cuidado como una teoría completa y autónoma, capaz de dar cuenta de la totalidad del mundo moral con los conceptos que propone, y sin necesidad de recurrir a conceptos propios de las éticas principistas, como obligación, ley moral o derechos morales.

La idea de que la ética del cuidado puede ser una perspectiva distintiva y autónoma acerca de la naturaleza de la ética cobró fuerza en el contexto del desarrollo de las llamadas éticas de la virtud. Ya en 1958, la filósofa británica Elizabeth Anscombe había sostenido que era necesario deshacerse de los conceptos de obligación y deber morales y de ley moral, tan centrales para las teorías éticas dominantes, y sustituirlos por conceptos de virtudes (como generosidad, decencia, consideración, autoestima, confiabilidad, etc.).¹¹ Con esto, Anscombe planteó un nuevo enfoque para la ética (aunque basado en las éticas antiguas, particularmente la aristotélica), aunque no adoptó un enfoque de género. Sin embargo, en ese contexto, la ética del cuidado adquirió un nuevo sentido al resaltar cierto tipo de virtudes —las propiamente femeninas, como la empatía, la preocupación por el otro, entre otras—, y proponerlas como la base para una nueva ética, que prescindiera de conceptos deónticos y de reglas abstractas, que son conceptos típicamente mascu-

⁸ Virginia Held, “Feminist Transformations of Moral Theory”, *Philosophy and Phenomenological Research*, 50 (1990), p. 344.

⁹ Nel Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1984.

¹⁰ Annette Baier, “What do Women Want in a Moral Theory?”, en *Moral Prejudices. Essays on Ethics*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1994.

¹¹ G. E. M. Anscombe, “Modern Moral Philosophy”, *Philosophy*, 33 (1958). Hay traducción: “La filosofía moral moderna”, trad. L. Manríquez, en Mark Platts (comp.), *Conceptos morales fundamentales*, México, UNAM, 2006. Un buen panorama del programa radical de la ética de la virtud, así como algunas críticas, se encuentra en James Rachels, *Introducción a la filosofía moral*, trad. G. Ortiz Millán, México, FCE, 2007, cap. 13.

linos. A este proyecto de prescindir completamente de conceptos deónticos y de las propuestas de las teorías tradicionales como el consecuencialismo y el deontologismo, y sustituirlos por conceptos centrados en las virtudes, se ha llamado “ética radical de la virtud”, o sea, la teoría de que la ética de la virtud puede ser una ética completa y autónoma. La ética de la virtud estaría al mismo nivel que el consecuencialismo o el deontologismo. Asimismo, podríamos hablar de una “ética radical del cuidado” como de aquella ética que sostiene que es posible dar cuenta de la naturaleza de la moralidad y formular una ética normativa (entendiendo el término “normativo” en un sentido no deóntico) sólo a partir de valores femeninos, dejando de lado aquellos que tienen que ver con obligaciones, deberes, reglas abstractas, que serían los que las éticas desarrolladas por hombres han promovido en sus teorías.

La ética del cuidado ha resaltado que las relaciones morales y de responsabilidad, las relaciones de cuidado y de preocupación por el otro, se dan básicamente en el contexto de las relaciones interpersonales, en las que es posible sentir empatía por el otro –aunque esto no excluye que pueda haber relaciones de cuidado que vayan más allá de las relaciones interpersonales. El consecuencialismo y el deontologismo, que hablan de reglas abstractas que se pueden aplicar imparcial y universalmente, sin importar la relación personal, han dejado de lado este aspecto de la moralidad. De hecho, en muchas ocasiones lo han negado: estas éticas se basan en un ideal de imparcialidad, en el que los intereses de todos y cada uno de los individuos deben contar por igual frente a la moralidad; sin embargo, las relaciones interpersonales son parciales por naturaleza (por ejemplo, las relaciones familiares o de amistad), y por ello chocan con la ética. Esto le ha presentado un problema a las teorías éticas principistas porque imparcialidad y relaciones personales tienden a chocar constantemente. La ética del cuidado se opone a este punto de vista imparcial y trata de rescatar para la ética no sólo las relaciones interpersonales –que es el ámbito por excelencia donde se dan las relaciones de cuidado–, sino, con ellas, un mayor énfasis en el contexto y en las circunstancias particulares.¹²

La ética del cuidado parte del supuesto de que todos los individuos son interdependientes para alcanzar sus intereses; aquellos que son particularmente vulnerables merecen mayor consideración, sobre todo en la medida en que son afectados por nuestras decisiones; también nos dice que es necesario atender los detalles contextuales de cada situación particular, si queremos promover y respetar los intereses específicos de quienes están involucrados en la situación en cuestión. Este último aspecto es especialmente relevante, porque hace que la ética del cuidado

¹² La relación entre los valores de cuidado e imparcialidad es compleja, ha sido analizada detenidamente por Lawrence Blum, “Gilligan and Kohlberg: Implications for Moral Theory”, en *Moral Perception and Particularity*, Nueva York, Cambridge University Press, 1994.

se oponga al universalismo y a la visión abstracta de las éticas imparcialistas hechas por hombres. Ya sea que la ética del cuidado se vea como autónoma o como complementaria a estas teorías, en ambos casos hay problemas: si las vemos como complementos, entonces tendríamos que saber cuándo darle más peso a las relaciones interpersonales que a la imparcialidad, sobre todo en aquellos casos en que hay conflicto entre estos dos valores; cómo elegir entre la imparcialidad de la ética tradicional y el cuidado por individuos en situaciones particulares de la ética femenina. ¿Cuál debe ser la relación entre estos dos valores? Si la vemos como autónoma, entonces parecería que tendríamos que desechar el supuesto carácter universal e imparcial de la ética, con el riesgo de caer en alguna forma de relativismo moral, por un lado, o de una especie de “moral de la parcialidad”, por el otro.¹³

Adicionalmente, tendríamos que ver qué tan completa es esta versión radical, es decir, qué tanto es posible dar cuenta de la naturaleza de la moralidad y de las relaciones que conceptos como deber, obligación, derechos, reglas universales abstractas e imparcialidad cubren sólo con los conceptos de virtudes y, particularmente, con el concepto de cuidado, y qué tan adecuada sería una teoría normativa de este tipo. Esto implica, me parece, reemplazar concepciones generalistas y universalistas de la ética, como son, por ejemplo, las teorías deontologista y consecuencialista, con concepciones particularistas. La ética del cuidado nos propone una ética basada en casos particulares, una ética en la que el análisis de casos y situaciones concretos puede tomar el lugar de la aplicación de reglas abstractas y generales. Pero tal vez lo que es más preocupante es que, *in extremis*, esto puede derivar en una forma de subjetivismo, en el cual son las actitudes y la apreciación subjetivas de un individuo las que determinen la corrección moral de una determinada acción –y no reglas universales, derechos o principios. En el caso que me interesa aquí, serían las actitudes y la apreciación moral de cada mujer las que a fin de cuentas determinarían la corrección o incorrección moral de un aborto.

En su libro, Gilligan analiza de manera central el problema moral del aborto y nos presenta el distinto lenguaje moral con el que las mujeres lo abordan. Examina las respuestas de distintas mujeres entrevistadas en torno al tema del aborto: en todos los casos las mujeres enfatizan aspectos morales particulares y subjetivos de situaciones concretas de aborto. Analiza las reacciones morales que esas mujeres tuvieron frente a sus propias interrupciones del embarazo e infiere, a partir de ahí, cómo el juicio moral de las mujeres se da en términos de responsabilidades

¹³ Sin embargo, desechar conceptos como imparcialidad e igualdad puede llevarnos a relaciones asimétricas entre quien da y quien recibe el cuidado, por ejemplo, puede conducir a relaciones de opresión o de utilización de uno sobre el otro. Para esta línea de crítica, véase Sandra Lee Bartky, *Femininity and Domination*, Nueva York, Routledge, 1990, pp. 105 y ss.

conflictivas, para después entender distintos aspectos particulares de su situación personal.

La secuencia del juicio moral de las mujeres procede de una preocupación inicial por la supervivencia y pasa a enfocar la verdad y, finalmente, un entendimiento reflexivo de la atención y el cuidado como guía más adecuada para la resolución de los conflictos en las relaciones humanas. El estudio sobre el aborto demuestra el papel central de los conceptos de responsabilidad y atención en las interpretaciones de las mujeres en cuestiones de dominio moral [...] la necesidad de una más extensa teoría del desarrollo que incluya, antes que reglas para su consideración, las diferencias en la voz femenina (pp. 174-175).

Esto contrastaría con el modo en que la voz masculina razona acerca de situaciones morales particulares, típicamente como instancias de aplicación de reglas generales. Si bien Gilligan se limita a señalar estas diferencias (sin explicar, por cierto, qué las origina), la ética del cuidado que se ha desarrollado a partir de su libro ha propuesto una teoría normativa basada justamente en estas diferencias, lo que implicaría no sólo que el análisis de problemas morales como el del aborto, desde la perspectiva femenina, debe hacerse en términos particularistas, sino que el método para la resolución de conflictos morales como el del aborto debe hacerse en los mismos términos: caso por caso.

Nel Noddings ha desarrollado más detenidamente el programa de una ética normativa del cuidado a partir de la teoría de Gilligan. Lo que le interesa, a diferencia de Gilligan, no es simplemente describir las diferentes voces morales, sino, a partir de ellas, prescribir y poder evaluar la corrección moral de determinadas acciones, como la de interrumpir un embarazo. Así, al abordar el tema del aborto, nos dice: "Operando bajo la guía de una ética del cuidado, no es probable que el aborto en general sea correcto o incorrecto. Tendremos que indagar en los casos individuales".¹⁴ No podemos hacer juicios generales acerca de la corrección o incorrección moral del aborto, sino que tenemos que ver caso por caso. Hay casos en los que hay una justificación moral para interrumpir un embarazo —pero no determinados por el estatus ontológico del embrión, es decir, no por el hecho de que sea o no una persona, ni por una reivindicación de los derechos de la mujer—, sino porque no se ha entablado una relación de cuidado entre la mujer y el embrión. La cuestión moralmente relevante no es si la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo, tampoco es cuándo comienza la vida, sino cuándo comienza la relación de cuidado. Esta relación puede empezar desde antes de la concepción, con un hijo ansiado al que se quiere desde antes de nacer, o se puede desarrollar con-

¹⁴ N. Noddings, *Caring: A Feminine Approach...*, p. 87.

forme va avanzando el embarazo, o bien si es el producto del amor entre el hombre por el que se preocupa y ella, sólo entonces hay una responsabilidad moral hacia el embrión y en ese caso es moralmente incorrecto el aborto. Pero esa actitud puede cambiar si las circunstancias cambian, si la relación con la pareja se rompe o si el futuro de la relación es incierto y la mujer ya no desea llevar a término su embarazo. Cual sea la circunstancia concreta en que la mujer decida tener o no un aborto va a determinar cuándo es moralmente correcta la interrupción de un embarazo. La ética del cuidado no nos da lineamientos generales para decidir, sino que examina cada caso particular de modo diferente. Según la ética del cuidado, los criterios abstractos y generales no nos ayudan a determinar la corrección moral del aborto.

Ahora bien, hay varios riesgos que corre una teoría que se plantea en los términos en que la ética del cuidado lo hace, por lo menos en la forma más radical que estoy discutiendo aquí.¹⁵ Quiero señalar aquí dos: en primer lugar, algunos críticos conservadores han argumentado que la posición de la ética del cuidado le presenta un problema a una teoría feminista que quiera defender el derecho y la práctica del aborto. Celia Wolf-Devine ha dicho que hay

...una inconsistencia *prima facie* entre una ética del cuidado y el aborto. Sencillamente, el aborto es una falla en el cuidado de un ser viviente que existe en una relación particularmente íntima con una misma. Si la empatía, la crianza y el tomar responsabilidad por el cuidado de otros son característicos de la voz femenina, entonces el aborto no parece ser una respuesta femenina a un embarazo no deseado. Si, como dice Gilligan, “una ética del cuidado descansa sobre la premisa de la no violencia, esto es, que nadie sea herido”, entonces ciertamente la respuesta femenina a un embarazo no deseado sería tratar de encontrar una solución que no involucre dañar a nadie, incluido el no nacido.¹⁶

Una mujer que tiene un aborto, concluye este argumento, es una mujer que no muestra la virtud del cuidado hacia un ser viviente con el que tiene la relación más íntima que puede haber, es decir, su propio hijo en gestación. No obstante, creo que la defensora de la ética del cuidado podría tener varias líneas de defensa: la

¹⁵ Una buena exposición de la ética del cuidado, de su enfoque acerca del aborto, así como de críticas generales a la teoría, se encuentra en Arleen Salles, “Aborto” y “Enfoques éticos alternativos”, en Florencia Luna y Arleen Salles, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, FCE, 2007.

¹⁶ Celia Wolf-Devine, “Abortion and the ‘Feminine Voice’”, *Public Affairs Quarterly*, 3 (1989). Véase también Celia Wolf-Devine y Philip E. Devine, “Abortion: A Communitarian Pro-Life Perspective”, en Michael Tooley, Celia Wolf-Devine, Philip Devine y Alison Jaggar, *Abortion. Three Perspectives*, Nueva York, Oxford University Press, 2009.

primera sería que esta afirmación no es sino una generalización, que hay muchas razones por las que una mujer puede tener un aborto, por ejemplo, porque ya tiene hijos a los que cuidar y prefiere no echarse encima la responsabilidad de criar a uno más, y así perjudicar a los hijos que ya tiene. No se trata entonces de falta de cuidado hacia ese ser viviente, sino una mayor preocupación por otros seres vivientes con los que ya tiene relaciones de cuidado anteriormente establecidas. O tal vez nunca estableció una relación de cuidado con ese embrión, podría decir Noddings, sobre todo si no se le ha visto como una potencial persona amada.

En segundo lugar, habría que preguntarse si, desde la perspectiva de la ética del cuidado, una mujer está cometiendo un acto inmoral al tener un aborto. Uno podría pensar que hay muchos actos que revelan descuido o desconsideración hacia otros, pero que no son propiamente inmorales. Tal vez sería un exceso de la ética del cuidado afirmar que cualquier acción que revele falta de cuidado hacia otros es inmoral. Generalmente no pensamos qué cantidad de acciones desconsideradas sean inmorales. Esto nos muestra una de las limitaciones más serias de la ética del cuidado: es difícil, partiendo básicamente del concepto de cuidado, tener un criterio claro de corrección o incorrección moral, o más generalmente, del mismo ámbito de la moralidad.

La ética del cuidado aceptaría uno de los reclamos más fuertes del feminismo en tanto que es la mujer (no la sociedad, no el Estado, no la Iglesia) a quien corresponde, en última instancia, la decisión sobre si abortar o no. “La decisión a favor o en contra del aborto deben tomarla aquellas que están directamente involucradas en la situación concreta”, nos dice Noddings, refiriéndose particularmente a la mujer que considera la opción del aborto. Sin embargo, eso es diferente de lo que parece inferirse del particularismo de la ética del cuidado, a saber, que la corrección moral del aborto dependerá de la apreciación particular de las circunstancias específicas en que éste puede darse, sobre todo de la relación de cuidado que se ha establecido o no con el embrión. Es cierto que las circunstancias particulares tienen y deben tener un peso relevante como elementos en cualquier proceso de deliberación moral; no obstante, parece que la ética del cuidado no puede darnos lineamientos generales en el proceso de decisión moral. Ni siquiera el valor del cuidado puede tener esta función, porque la deliberación sobre si abortar o no puede incluir relaciones de cuidado de muy distintos tipos (hacia el embrión, hacia hijos previos, hacia la pareja, hacia la mujer misma, hacia la familia, etc.), y éstos tendrán distintos pesos en cada caso. Así, en algunos casos particulares, lo moralmente correcto será que la mujer decida interrumpir su embarazo, y en otros no.

Hasta aquí he tratado de dar una caracterización general de la ética femenina o del cuidado, así como de su enfoque sobre la moralidad del aborto. He señalado algunos problemas que presenta, sin embargo, me interesa el escepticismo acerca de los principios generales y su posición a favor de una postura particularista en

ética, razón por la cual no es capaz de darnos una respuesta general a la cuestión de la moralidad del aborto. Esto, entre otras cosas, la hace entrar en conflicto con ciertas versiones de la ética feminista, con las que tiene relaciones ambivalentes. En la siguiente sección presentaré una versión de la ética feminista, la liberal, con la que la ética del cuidado entra en conflicto. Analizaré el modo en que aborda la cuestión del aborto, para luego contrastarla con la de la ética del cuidado.

La ética feminista liberal y el aborto

El feminismo es, en última instancia y en cualquiera de sus versiones, una teoría ética. El feminismo analiza las categorías de género y sexo, y las toma como centrales para entender la distribución y el uso del poder que se dan en las relaciones entre hombres y mujeres, y para, en último término, acabar con el sexismo, la discriminación, la exclusión y la opresión de las mujeres. Si entendemos así el feminismo, como el análisis y la crítica a cualquier relación discriminatoria, injusta e inequitativa entre hombres y mujeres, y como la propuesta de valores o principios normativos basados en la idea de justicia de género, entonces no podemos dejar de ver el feminismo como una teoría ética. Si pensamos, además, que a partir de ese análisis y esa crítica morales, el feminismo trata de justificar políticas públicas y el diseño de instituciones y de leyes que promuevan valores de justicia de género, entonces el feminismo será también una filosofía política y del derecho. Pero su justificación primera es ética.

Es difícil hablar de feminismo en singular, dado que hay muchos feminismos, y aquí no pienso hacer una caracterización general del feminismo o usar el término como una etiqueta general aplicable a teorías muy diferentes.¹⁷ Más bien quiero contraponer un tipo de ética feminista liberal a la ética del cuidado. Si escojo el feminismo liberal entre otros tipos de feminismo es porque el feminismo, en general, nació y evolucionó históricamente en el mundo moderno a partir del liberalismo —por lo menos desde la *Vindicación de los derechos de la mujer* de Mary Wollstonecraft de 1792 y de *El sometimiento de las mujeres* de Mill de 1869, hasta los textos más recientes de Alison Jaggar en los que me basaré—,¹⁸ además, porque es la teoría que más comúnmente asociamos a algunos de los idearios generales del fe-

¹⁷ Para un panorama de las muy distintas corrientes del feminismo contemporáneo, así como para una caracterización más puntual del feminismo liberal, véase Rosemarie Tong, *Feminist Thought: a More Comprehensive Introduction*, 3a. ed., Boulder, Colorado, Westview Press, 2009, esp. cap. 1.

¹⁸ Usaré, específicamente, Alison Jaggar, "Abortion Rights and Gender Justice", en Michael Tooley *et al.*, *Abortion. Three Perspectives*. Vale la pena resaltar que Jaggar, una de las filósofas feministas más importantes de la actualidad, pasó de ser una crítica del feminismo liberal a adoptar una perspectiva a favor de un liberalismo amplio.

minismo, como la igualdad, la autonomía, la libertad individual y el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos. La ética feminista liberal es igualitaria, porque le confiere a hombres y mujeres el mismo estatus moral. Afirma la primacía moral del individuo (en este caso, de la mujer) frente a los reclamos de la sociedad o del Estado y porque da un peso significativo a la libertad y la autonomía individual como base para la atribución de derechos. También afirma la unidad moral de los seres humanos, sin importar su género y, en este sentido, es universalista. Así, el feminismo liberal tiende a ver a las mujeres como seres humanos autónomos, libres, capaces de autodeterminación y de decisión sobre sus propias vidas y eso, en un nivel general, las hace sujetos de derechos. También las ve como iguales en derechos a los hombres.¹⁹

Los derechos humanos son centrales en la argumentación de la ética feminista liberal. Lo son porque estos derechos protegen a todos los seres humanos, especialmente a las mujeres, de abusos graves; son universales porque los tiene toda la gente en virtud de su estatus moral como seres humanos. No importa si éstos no son reconocidos por el derecho *positivo* de algún país (aunque han sido reconocidos por numerosos tratados internacionales y declaraciones de derechos humanos), porque son entendidos como derechos *morales*, es decir, reclamos morales que tienen las personas en virtud, precisamente, de su estatus moral como seres humanos.²⁰ Mujeres y hombres somos iguales en derechos por esta razón. Las feministas han recalcado su adhesión al discurso de los derechos a través del eslogan “Los derechos de las mujeres son derechos humanos”. Este eslogan no sólo expresa la idea de que las mujeres tienen los mismos derechos que los hombres, sino también que aquellos aspectos que afectan la vida de las mujeres y que son especialmente vulnerables a abusos, también deben protegerse. Éste es el caso de los llamados derechos sexuales y reproductivos, que si bien son compartidos por hombres y mujeres, tienden a proteger un área de la vida de las mujeres en la que ellas son especialmente vulnerables, dada su biología: su sexualidad y su reproducción. A este grupo pertenece el derecho al aborto seguro.

El feminismo liberal usa el discurso de los derechos como un argumento moral para proteger a las mujeres que ponen en riesgo su salud y su vida al recurrir a abortos inseguros en condiciones de clandestinidad, pero también para proteger su libertad reproductiva y su autodeterminación para decidir cuándo y cuántos hijos tener o no tener. Los derechos reproductivos y el derecho al aborto seguro en particular, protegen los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona, que

¹⁹ En lo que sigue, usaré de modo intercambiable *feminismo* y *feminismo liberal*.

²⁰ Sobre el concepto de derechos morales, véase Carlos S. Nino, *Ética y derechos humanos*, 2ª ed., Buenos Aires, Astrea, 1989, cap. 1; y Juan Antonio Cruz Parceró, *El lenguaje de los derechos*, Madrid, Trotta, 2007, cap. 2.

están incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como en la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1967. Los derechos reproductivos quieren garantizar el derecho a la vida de las mujeres que ponen en riesgo su vida al practicarse un aborto inseguro en condiciones de penalización y, por lo tanto, de clandestinidad. En todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 20 millones de mujeres recurren a un aborto inseguro cada año, y unas 70 mil mueren por complicaciones con esos abortos.²¹ Penalizar el aborto también violenta el derecho de las mujeres a la libertad, no sólo la libertad de decidir sobre un embarazo no deseado, sino también sobre su vida futura en que tendrán que vivir con las consecuencias de ese embarazo. Las responsabilidades sobre un hijo no deseado limitan severamente las libertades de mujeres que, muchas veces, viven en condiciones económicamente precarias. En otras palabras, la penalización violenta el derecho de las mujeres a la autonomía. Asimismo, la penalización viola el derecho a la integridad corporal: forzar a una mujer a llevar a término un embarazo que no desea implica imponerle todos los malestares, síntomas y problemas de salud que un embarazo involucra. Con ello también se violenta el derecho de la mujer a la dignidad.

Adicionalmente, la penalización es un factor de discriminación y de injusticia de género y en ese sentido violenta el derecho de las mujeres a la igualdad. Prohibir el aborto niega a las mujeres servicios de salud que sólo ellas necesitan, por lo que es una forma de discriminación que, según el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), los gobiernos deberían remediar. Además, en la práctica, genera desigualdades entre las mujeres con recursos económicos que pueden tener un aborto seguro (aunque igualmente ilegal) en un servicio médico privado, y aquellas que, por su pobreza, tendrán un aborto en condiciones de inseguridad y de clandestinidad, y muy probablemente serán castigadas y encarceladas. Así, la penalización es discriminatoria y acentúa desigualdades sociales, con lo cual viola el derecho a la igualdad de las mujeres.

De este modo, la ética feminista liberal utiliza básicamente el discurso de los derechos humanos, que son derechos establecidos a partir de principios morales generales, como argumentos a favor de la despenalización del aborto. El único modo de garantizar el ejercicio del conjunto de derechos que están incluidos bajo la etiqueta de derechos sexuales y reproductivos es, antes que nada, a través de la despenalización del aborto. También garantizando el acceso de las mujeres a abortos seguros, mediante información y programas de orientación para mujeres que quieran abortar, servicios de salud capacitados y en buenas condiciones, etc. Al

²¹ World Health Organization, *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality*, 5a. ed., 2007. Disponible en <<http://www.who.int/reproductive-health>>.

penalizar el aborto no se puede garantizar todo esto y con ello, el Estado viola doblemente los derechos de las mujeres. Esto es incorrecto moralmente.

Para hacer una evaluación moral completa de la interrupción inducida de un embarazo, el feminismo liberal tendría también que responder a la cuestión del derecho a la vida del embrión. Según los conservadores, este último debe primar por sobre los derechos de la mujer, dado que el derecho a la vida es un derecho “más básico” o más fuerte que el de la mujer a decidir sobre su cuerpo, afirman. A esto, la feminista liberal tiene varias vías de argumentación: o bien puede sostener que un embrión no es una persona ni es sujeto de derechos sino hasta que nace y es reconocido por la ley, y por ende, la interrupción del embarazo no viola el derecho de nadie, o bien puede reconocer que el embrión tiene derechos, pero que éstos no obligan a la mujer a llevar a término el embarazo. Como ha afirmado Judith Jarvis Thomson, “tener derecho a la vida no garantiza que uno tenga derecho a usar el cuerpo de otra persona o a que se le permita continuar usándolo, aunque uno lo necesite para la vida misma. De modo que el derecho a la vida no sirve a los que se oponen al aborto tan sencilla y claramente como ellos han pensado que les sirve”.²² Finalmente, también puede argumentar que tanto la mujer como el embrión tienen derechos y que el conflicto entre éstos debe resolverse a través de un proceso de ponderación mediante el cual se pueden limitar parcialmente los derechos de cada una de las partes en distintos plazos del proceso de gestación.²³

En resumen, la ética feminista liberal centra su análisis de la moralidad del aborto en la noción de los derechos morales que tienen las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo y sobre su vida. Penalizar el aborto es incorrecto moralmente porque violenta derechos básicos de las mujeres. Su evaluación moral es general, no a través de casos particulares, como es la de la ética del cuidado. Lo que busca es proteger un conjunto de intereses (entre los cuales destaca el de la autonomía moral de las mujeres) de posibles intervenciones por parte del Estado o la sociedad.

Crítica a la ética del cuidado desde la ética feminista

Deben resultar ahora claros los modos tan diferentes que tienen la ética del cuidado y el feminismo liberal de evaluar la moralidad del aborto. La primera se centra

²² Judith Jarvis Thomson, “Una defensa del aborto”, en Margarita Valdés (comp.), *Controversias sobre el aborto*, México, FCE/UNAM, 2001, p. 197.

²³ Ésta, por ejemplo, es la vía que tomó la Suprema Corte de Justicia de México al decidir sobre la constitucionalidad de la reforma que permite el aborto en la Ciudad de México durante el primer trimestre de la gestación. Para una descripción de esta línea de argumentación, véase mi publicación *La moralidad del aborto*, México, Siglo XXI, 2009, cap. 1.

en el concepto de cuidado y en la relación afectiva que una mujer puede o no tener con el producto de su embarazo, al tiempo que enfatiza la importancia del contexto particular en que se da la decisión de abortar. La segunda, en cambio, se centra en el concepto de los derechos de las mujeres –derechos sexuales y reproductivos en particular–, que son demandas que tienen las mujeres en virtud de que son agentes morales autónomos y, por ello mismo, con dignidad. Mientras que el primer enfoque nos dice que hay que recurrir a criterios particulares en cada situación específica, el segundo afirma que hay criterios morales universales que se pueden aplicar a todas las mujeres en todos los casos simplemente por ser agentes autónomos con dignidad. La primera posición es particularista, en tanto que la segunda es universalista. La primera enfatiza relaciones interpersonales, la segunda pone el énfasis en el concepto de imparcialidad. Se trata de enfoques radicalmente diferentes en torno al aborto.

Argumentar a partir de una perspectiva femenina y de los intereses de las mujeres no garantiza, entonces, resultados similares. Es posible que haya una coincidencia en cuanto a la posición moral de estas dos teorías en lo que se refiere a la despenalización del aborto. Mientras que la ética feminista liberal tiene una posición clara a favor de los derechos de las mujeres y en contra de la penalización, la ética del cuidado puede ser ambigua, sobre todo por su carácter contextualista y particularista. A partir de ella se puede argumentar moralmente a favor de políticas públicas que protejan las condiciones que hagan posible que las relaciones de cuidado florezcan,²⁴ y la despenalización del aborto podría favorecer estas condiciones al permitir que no se destruyan relaciones de cuidado al evitar que las mujeres mueran o comprometan su salud en abortos clandestinos. También al favorecer que no haya embarazos ni hijos no deseados con los que no se desarrollan esas relaciones de cuidado. La despenalización no afectaría a mujeres embarazadas que sí han establecido ese vínculo afectivo con el embrión y que no desean abortar. Sin embargo, también sería posible pensar que la ética del cuidado podría favorecer la penalización bajo la idea de que el aborto no es compatible con las actitudes de cuidado, sino con una indiferencia hacia los embriones en gestación que ninguna política pública debe promover. Según Celia Wolf-Devine, la despenalización del aborto viola los valores culturalmente femeninos. El aborto es “insensible a las interconexiones con toda la vida; se esfuerza en discriminar, separar y controlar”. No es igualitario porque da prioridad a los intereses de la “madre” por sobre los del “niño” y desatiende el entramado de relaciones de otros miembros de la familia y de la sociedad hacia la criatura.²⁵

²⁴ Cfr. N. Noddings, “Preface to the second edition”, *Caring: A Feminine Approach...*, p. xiv.

²⁵ Wolf-Devine, “Abortion and the ‘Feminine Voice’”, en *op. cit.*, véase la crítica a esta posición en A. Jaggar, “Abortion rights and gender justice”, en *op. cit.*, pp. 168 y ss.

Ahora bien, las diferencias entre estas dos teorías han motivado diversas críticas. Las feministas liberales (y otras) han criticado la ética del cuidado sobre la base de que lo que llaman los valores fundamentales de las mujeres (maternal, emotiva, la proveedora del cuidado, etc.), sólo refuerzan los dañinos estereotipos tradicionales de lo que es una mujer, perpetuándolos.²⁶ Son precisamente estos estereotipos acerca de las mujeres los que el feminismo generalmente quiere erradicar y por eso critica la ética del cuidado. Además, esta última no parece dar ninguna explicación de estas diferencias; buena parte del feminismo se ha abocado históricamente –desde Wollstonecraft hasta por lo menos Simone de Beauvoir– a explicar estas diferencias como un tipo de construcción social, y no como algo dado por la naturaleza y, en ese sentido, inmutable. Esto es importante porque, de la explicación que se dé acerca del origen de estas diferencias, dependerá si se pueden modificar o no. Aunque no da cuenta explícitamente de estas diferencias, la ética del cuidado parece favorecer la idea de que estas diferencias son naturales, más que socialmente construidas.

Por otra parte, la ética del cuidado critica algunos de los valores que el feminismo liberal abandera: el feminismo liberal está moldeado a partir de valores propiamente masculinos, como la individualidad, la universalidad y la autonomía.²⁷ Como señalé antes, la ética del cuidado enfatiza una perspectiva interpersonal, contextual y de dependencia mutua, que son los valores morales centrales que una ética debe promover. Según esta teoría, el feminismo liberal ha sido demasiado entusiasta en abrazar algunos valores masculinos, pero particularmente su concepción del yo como el de un individuo autónomo y racional. En lugar de verlo de ese modo, la ética del cuidado propondría un concepto del yo basado en la afectividad, más que en la racionalidad. Asimismo, mientras que buena parte del feminismo enfatiza un ideal moral de igualdad entre hombres y mujeres, la ética del cuidado, en cambio, enfatiza las diferencias en nuestras perspectivas morales –y en este sentido, mientras el primero formaría parte del llamado feminismo de la igualdad, el segundo, del de la diferencia. Sin embargo, todos estos conceptos que la ética del cuidado critica al feminismo liberal –autonomía, individualidad, racionalidad, igualdad, etc.– son los conceptos que están a la base del concepto moderno de derechos humanos. Es aquí donde quiero centrarme para hacer el balance entre estas dos teorías éticas: en sus distintas posiciones frente al concepto de derechos y su utilidad para la ética.

²⁶ S. Lee Bartky, *Femininity and Domination*, pp. 104-105.

²⁷ El tema de la autonomía es ambiguo dentro del feminismo, mientras que algunas lo adoptan como un modo de combatir la subordinación y la opresión, otras lo critican como un ideal típicamente masculino. Para un análisis más amplio, véase Marilyn Friedman, “El feminismo en la ética: las concepciones de la autonomía”, en Miranda Fricker y Jennifer Hornsby (comps.), *Feminismo y filosofía*, Barcelona, Idea Books, 2001.

Parece inevitable que una teoría moral particularista, que rechaza el empleo de criterios generales y abstractos, entre en conflicto con una teoría universalista, que precisamente apela a ese tipo de criterios. El discurso de los derechos morales está basado en una pretensión de universalidad que, según el particularismo, no ayuda a entender la moralidad de situaciones concretas. Podemos decir que el discurso de los derechos morales (o de los derechos humanos universales como aspiraciones morales) no forma parte del vocabulario de la ética del cuidado. Antes mencioné la cercanía teórica de la ética del cuidado con la ética de las virtudes, y creo que el escepticismo de esta segunda teoría respecto a los derechos también es compartido por la ética del cuidado. Para ambas teorías, el discurso sobre virtud y cuidado pueden sustituir el discurso sobre derechos morales. Para las éticas radicales de la virtud y del cuidado, la ética puede, y debe, deshacerse de estos conceptos y de los principios generales que los justifican, que no son más que “ficciones generalizadas”, simulacros de universalidad y racionalidad que sólo encubren intereses particulares y arbitrarios.²⁸

Así, Rosalind Hursthouse, una teórica de la virtud, muestra este escepticismo sobre el discurso de los derechos en su análisis en torno a la moralidad del aborto. El ejercicio de los derechos no garantiza que esa acción sea moralmente buena. Los derechos no nos ayudan a determinar la corrección o incorrección moral de un aborto.

Consideremos en primer lugar los derechos de las mujeres [...] suponiendo que las mujeres tienen un derecho moral [de hacer lo que quieran con su propio cuerpo, o, más concretamente, de interrumpir su embarazo], nada se sigue de esta hipótesis sobre la moralidad del aborto, según la teoría de la virtud, una vez que se observa (en general, y no particularmente con el aborto) que al ejercer un derecho moral,

²⁸ Para uno de los grandes teóricos contemporáneos de la ética de la virtud, Alasdair MacIntyre, “los derechos humanos o naturales son ficciones, como lo es la utilidad [...] el concepto de derechos humanos es una ficción generada como sustitutivo de los conceptos de una moral más antigua y tradicional, de modo que cuando se enfrentan a las pretensiones que apelan a tales conceptos tradicionales no hay medio racional de decidir prioridades. La ficción de los derechos suministra un simulacro de racionalidad al proceso político moderno, pero en la realidad predomina la arbitrariedad de la voluntad y el poder. La incommensurabilidad moral asegura que quienes protestan nunca pueden vencer ni perder en una discusión; los contendientes en las causas morales modernas se dirigen a quienes comparten sus premisas y ocultan tras su retórica preferencias arbitrarias de su voluntad y deseos” (*Tras la virtud*, trad. A. Valcárcel, Barcelona, Crítica, 1987, pp. 96-98). Annette Baier le dio a MacIntyre el título de “mujer honoraria” a partir de este enfoque basado en las virtudes, y no en principios abstractos de la razón (como el de los derechos), que presenta en *Tras la virtud*—aunque se lo retiraría posteriormente por su defensa de la tradición patriarcal religiosa (cfr. A. Bair, “What do Women Want in Moral Theory?”, en *op. cit.*).

puedo estar haciendo algo cruel, insensible, egoísta, superficial, petulante, estúpido, desconsiderado, desleal o deshonesto, esto es, actuando viciosamente.²⁹

Apelar a derechos morales no nos dice nada sobre la moralidad del acto de interrumpir un embarazo. Lo realmente relevante para determinar la moralidad de un aborto son las actitudes, las respuestas emocionales y las virtudes, especialmente aquellas relacionadas con el cuidado, que una mujer manifieste en esa circunstancia. ¿Podríamos entonces tal vez, en la ética, prescindir del discurso de los derechos morales a favor de un discurso basado en las virtudes, y particularmente en los afectos, las relaciones interpersonales y el cuidado? ¿Podemos hacerlo, por ejemplo, para el caso del aborto? Mi respuesta es que no: la ética no debe prescindir del discurso de los derechos morales, sobre todo en lo que se refiere al tema del aborto. Pero esto hay que argumentarlo.

Sin duda, el discurso de los derechos no nos da respuesta a todas nuestras inquietudes morales. Tal vez incluso, como dicen algunos comunitaristas y teóricos que subrayan el aspecto comunitario y afectivo de las relaciones humanas, las relaciones morales no deben pensarse como constituidas básicamente por derechos y por relaciones basadas en derechos entre individuos atomistamente concebidos.³⁰ Eso parece ir en la dirección correcta: así como hay más, por ejemplo, en una relación matrimonial que una mera relación contractual de derechos y obligaciones, hay más en la evaluación moral del aborto que simplemente un asunto de derechos, como indica Hursthouse. El mero ejercicio de los derechos no garantiza la corrección moral de una acción –ni de un aborto en particular. La relación que una mujer tiene consigo misma, con el embrión en gestación y con la sociedad, así como los aspectos afectivos que subraya la ética del cuidado, también deben tomarse en cuenta para apreciar la complejidad moral de la interrupción de un embarazo en particular. Es cierto, como dice Jeremy Waldron, que “la estructura de los derechos no es constitutiva de la vida social, sino que debe entenderse como una posición de reserva y de seguridad en caso de que otros elementos constitutivos de la relación social se rompieran”.³¹ En otras palabras, los afectos y las relaciones interpersonales que constituyen la vida social y que son los elementos fundamentales de la vida moral, como vimos, no son solamente algo cambiante y relativo a

²⁹ Rosalind Hursthouse, “Virtue Theory and Abortion”, en Roger Crisp y Michael Slote (comps.), *Virtue Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1997, p. 227.

³⁰ Véase Alasdair MacIntyre, *Tras la virtud*, pero también Charles Taylor, “Atomism”, *Philosophy and the Human Sciences. Philosophical Papers*, vol. 2, Cambridge, Cambridge University Press, 1985. Este escepticismo acerca de los derechos también se infiere del particularismo de Jonathan Dancy en su *Ethics without Principles*, Oxford, Clarendon Press, 2004.

³¹ Jeremy Waldron, “When Justice replaces Affection: The Need for Rights”, en *Liberal Rights*, Nueva York, Cambridge University Press, 1993, p. 374.

contextos particulares, sino que son relaciones que fácilmente pueden fallar o en las que las cosas pueden salir mal. Para esos casos están los derechos. ¿A qué me refiero? Volvamos al asunto del aborto.

Es útil que en ética tengamos en cuenta el contexto social más amplio en el que se presentan las situaciones individuales. Si vemos las acciones individuales en el contexto de circunstancias colectivas y prácticas sociales más amplias, veremos que hay muchos factores que pueden, y suelen, intervenir para que no se respete la decisión de una mujer que quiere interrumpir su embarazo –aunque su decisión esté basada en que nunca estableció una relación con el embrión y, en ese sentido, para la ética del cuidado, no habría nada inmoral en el acto de abortar. Sin embargo, visto en un contexto más amplio, la posibilidad de que las cosas vayan mal en las relaciones interpersonales entre los seres humanos es muy grande: por ejemplo, existe una gran posibilidad de que distintas personas preocupadas por esa situación particular traten de intervenir para impedir lo que ellas ven como una falla en la actitud de cuidado de esa mujer hacia su hijo potencial. En una sociedad pluralista hay muchas oportunidades de que distintas concepciones del bien, la virtud y el cuidado choquen entre sí. No hay garantía, a partir sólo de una ética del cuidado, de que esto no suceda y de que unas personas traten de intervenir en los asuntos de otras –incluso por razones de preocupación y de cuidado. La ética del cuidado puede recomendar la tolerancia y el respeto, pero en el mundo real en donde la gente tiene distintas ideas de lo que es correcto o incorrecto moralmente, e incluso distintas concepciones acerca del cuidado, hay muchas formas de que las cosas vayan mal y que no se respete la decisión individual de una mujer de interrumpir su embarazo. Es aquí donde se ve la necesidad de algún tipo de garantía de fondo por si las cosas salen mal, constituida por los derechos –que funcionan como una suerte de reclamos universales de protección a ese espacio de decisión individual. Waldron resalta la importancia de los derechos en esos contextos:

Lo que esto indica es la importancia de una estructura de derechos con la que la gente puede contar para organizar sus vidas, una estructura que se encuentra algo separada de los lazos comunes o afectivos y en la que se puede confiar para sobrevivir como una base para la acción sin importar qué suceda con esos lazos [...] una base sobre la que los individuos o grupos pueden reconstituir sus relaciones para tomar nuevas iniciativas en la vida social sin tener que contar con el apoyo afectivo de las comunidades a las que hasta ese momento han pertenecido.³²

El lenguaje de los derechos al que recurre el feminismo liberal nos ofrece estas estructuras impersonales en las que se pueden basar las relaciones interpersona-

³² *Ibid.*, p. 379.

les de cuidado cuando éstas llegan a fallar o cuando el espacio de la decisión individual está en riesgo –cuando está, por ejemplo, a merced de los “buenos sentimientos e intenciones” de otros y de sus diferentes ideas de lo que es el cuidado. El lenguaje de los derechos sirve como una forma de reclamo moral universal para la protección no sólo de las relaciones de cuidado, sino también de garantía de fondo en aquellas situaciones en las que las relaciones de cuidado pueden ir mal o simplemente no bastan. Los derechos no reemplazan los lazos afectivos, sino que les pueden servir de precondition, como afirma Waldron, “por lo menos en un mundo imperfecto”. Así pues, tal vez el lenguaje de los derechos al que apela el feminismo liberal no dé cuenta de toda la complejidad moral y afectiva en torno a una situación de aborto, pero sí es una precondition para esos lazos morales y afectivos y, sobre todo, una garantía para cuando esos lazos no funcionan bien o distintas concepciones del bien y del cuidado llegan a chocar.

Al renunciar a la incorporación de los derechos como un elemento central de la moralidad, la ética del cuidado radical, por su mismo carácter particularista, no tiene modo de hacer un reclamo moral transparticularista en aquellos casos en que las cosas pueden salir mal y no se respeta el espacio de decisión individual de una mujer que decide realizarse un aborto, sobre todo en aquellos casos en que las distintas concepciones del cuidado colisionen. Por ello, me parece que, el feminismo en general (y no sólo el liberal), en su reclamo de respeto a la decisión de cada mujer, debe favorecer un enfoque basado en los derechos de las mujeres por sobre uno basado en afectos y relaciones interpersonales de cuidado. Este último no cuenta con el instrumental teórico para suplir los derechos morales y las funciones que cumplen. Por ello, una ética feminista liberal debe tener primacía sobre una ética del cuidado. Sin embargo, no debe desechar su perspectiva, sino que debe verla como complementaria a su labor, dado que es necesario, para hacer una evaluación moral comprensiva del aborto –o de lo que sea que estemos evaluando moralmente–, no perder de vista la riqueza y variedad del vocabulario de afectos, virtudes y cuidado, “componentes necesarios de una moralidad adecuada”, como afirma Virginia Held. Por eso, la ética del cuidado no se debe pasar por alto si lo que se quiere es una evaluación completa de la moralidad del aborto.

MUJERES. ¿UN DERECHO SIN DERECHOS?

Adrián Rentería Díaz

1. No hay muchos argumentos para objetar de manera plausible la afirmación de que vivimos en sociedades injustas, atribuyendo a la palabra “justicia” un sentido muy amplio –que no trataré de argumentar aquí– relativo a una situación en la que la vida de las personas, dentro de una sociedad organizada, se desarrolla en condiciones tales que no existen diferencias sustanciales entre ellas, en cuanto a las oportunidades de las que disponen para alcanzar los fines mínimos que, podemos suponer también sin argumentarlo, un individuo se fija durante su existencia: educación, salud, vivienda, trabajo, entre otros más. Nuestras sociedades, en términos generales, en función de los arreglos institucionales que las conforman –o aun contra ellos–, son sociedades profundamente desiguales en cuanto a las oportunidades de las que una persona es titular desde el momento de su nacimiento. Dónde se nace, de quiénes se nace, de qué sexo se nace, con cuál color de piel se nace, son circunstancias que determinan de manera significativa la vida de una persona, contribuyendo a crear o beneficios y mayores oportunidades de desarrollar sus propias capacidades o, por el contrario, a generar obstáculos para ello. Son circunstancias, todas éstas, del todo contingentes, de las que somos o no somos titulares sin ningún mérito o demérito: son sólo el resultado de una lotería de la vida. Lo cierto es que no sirve de ningún consuelo para quienes la (mala) suerte les ha atribuido un número “equivocado” y han nacido en circunstancias desfavorables; pero sí contribuye, por el contrario, a incrementar el sentimiento de injusticia en algunas personas, a quienes no les es posible levantar las espaldas con un gesto de indiferencia pensando que quien es sujeto de alguna injusticia es simplemente

te porque se lo merece o porque el destino le ha deparado una condición a la que no se puede sustraer.

Entre las tantas injusticias de las que nuestras sociedades están plagadas, y de las que en ocasiones se siguen condiciones de vida en general que ponen en jaque nuestras relaciones y nuestras instituciones públicas, una de las que cuantitativamente es más importante, sin duda alguna, es la que se refiere a las discriminaciones, represiones y violencia que se inscriben en lo que se ha dado en llamar “relaciones de género”, es decir en la relación hombre-mujer. De esta temática¹ me ocuparé en este trabajo, sin pretensión alguna de originalidad, tratando solamente de indagar en un ámbito específico de la condición de la mujer en la vida social, con el fin de señalar algunos espacios relacionados con el derecho y la cultura jurídica que valdría la pena, ésta es la tesis central, examinar desde perspectivas no limitadas a un discurso *latu sensu* feminista.

Las aplicaciones técnicas de los avances científicos en el campo de la medicina han transformado radicalmente la sociedad y la percepción de las personas en relación con su lugar en ella y a su propio cuerpo, por ser, éste, el terreno concreto en el cual tienen lugar tales transformaciones. Llamo bioética, precisamente, a aquella rama de la ética aplicada que tiene que ver con las opciones jurídicas y morales que una sociedad en general, y las personas en modo particular, ponen en juego cuando es necesario tomar decisiones en relación con las enfermedades, al nacimiento y a la muerte, por mencionar sólo algunos de los lugares donde la bioética entra en juego; bajo el presupuesto, es claro, que los avances científicos han transformado tales eventos, despojándolos casi del todo de sus características naturales y de un curso único, con la consecuencia inexorable que no estando ya determinados causalmente es necesario tomar decisiones acerca de ellas. Son bien conocidos los nudos temáticos de la bioética, desde el aborto a la procreación asistida, la eutanasia, la experimentación con embriones, sólo por citar algunos de ellos. Entre esta variada gama existen algunos que conciernen de manera casi exclusiva a la mujer, por ser ésta el sujeto cuyo cuerpo está en juego.

Focalizaré mi atención, luego, al examen de las complejas relaciones entre la mujer y la bioética, como resultado de lo que hasta aquí se ha venido desarrollando, y haciéndolo limitaré el ámbito de mis observaciones al contexto mexicano y en modo particular a algunas específicas circunstancias, de las cuales el inicio lo podemos fijar en el año 2007 con las reformas sobre el aborto aprobadas por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Además, estos límites metodológicos,

¹ Sin que esta opción teórica signifique negar la importancia de muchas otras injusticias. Para justificar la opción, sin embargo, hay que decir que dentro de casi todas las otras condiciones de injusticia, la pobreza por ejemplo, la mujer es uno de los sujetos más débiles dentro de un universo de sujetos débiles.

por otra parte, me consentirán no tener que adentrarme en los debates semánticos acerca de las problemáticas ligadas a la idea de género;² lo que, dicho sea por inciso, también me permitirá conservar una distancia teórica razonable, que espero no se interprete como ausencia de compromiso intelectual y práctico, en relación con la amplia gama de literatura que por comodidad podríamos llamar feminista o de género.

Asumiré, sin argumentarlo, que para los fines que persigo, la problemática de género coincide, sin más, con la problemática, teórica y práctica, relacionada con la mujer en un universo moral y jurídico caracterizado por el principio de igualdad y por el valor de la diferencia; principio y valor que, sin embargo, a pesar de su reconocimiento formal vienen a menos en la práctica concreta. Poco hay que decir en relación con el punto de vista desde el cual me coloco para examinar tales cuestiones; o sea, un punto de vista masculino doblemente “viciado” por dos factores: por el carácter necesariamente subjetivo de mis observaciones, que es el elemento menos grave por ser típico de cualquier reflexión teórica, pero también, y ello es más grave, porque tales observaciones, además de ser subjetivas, provienen de un ser humano de sexo masculino. A este respecto, asumo desde ahora, y lo argumentaré en la parte final del trabajo, que la problemática del papel de la mujer y de su reconocimiento como igual, pero diferente, y, por ello, de las garantías concretas de los derechos que tal problemática determina, en la medida en que permanece atrincherada dentro de los límites de un discurso exclusivamente de reivindicaciones femeniles, tiene menos posibilidades de convertirse en un motor concreto de cambios no sólo normativos sino también culturales, que se asume como un aspecto social por parte de interlocutores sí de sexo masculino pero interesados en la contribución que la mujer puede dar en la conformación de una sociedad más justa y más igualitaria.

2. En una reflexión general, a propósito de la democracia representativa, probablemente la única opción viable como arquitectura decisional en nuestras modernas y complejas organizaciones sociales, John Stuart Mill apunta dos riesgos que podrían, en algunas circunstancias, ser negativos en relación con las políticas públicas que tienen como destinatarios la colectividad social con fines normativos.³ El primero tiene su fuente en la mediocre inteligencia de los sujetos que forman el

² Sobre la que existe una enorme literatura, cuya reseña, aun la más sintética, no es posible ni siquiera intentar. Un buen panorama se puede ver en M. Lamas, *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo xx*, México, FCE, 2007, y en *id.*, *Feminismo: transmisiones y retransmisiones*, México, Taurus, 2006.

³ Los riesgos que Mill considera se deben a que él ve perfilarse en el horizonte la irrupción de las masas en la arena política, los trabajadores manuales como les llama, que inevitablemente se podrían constituir como mayoría en el caso de que accedieran a la titularidad de los derechos políticos, que hasta entonces se les negaban.

cuerpo representativo y la opinión pública que orienta y a veces los controla; el segundo, por otro lado, se origina en una legislación clasista cuando es impuesta por una mayoría numérica perteneciente a una sola clase social.⁴ En la opinión de Mill, expresada magistralmente en el capítulo VII (y argumentada en modo detallada en el capítulo VIII) *Considerations on Representative Government*, tratar de afrontar estos dos defectos, sin perjudicar las ventajas de un gobierno democrático, pasa por un examen del carácter representativo del sufragio. Contra la opinión común que identifica en una restricción del sufragio la respuesta a los dos grandes males evidenciados, Mill al contrario –como es sabido, y aun en medio de claras contradicciones– aboga a favor de una extensión del sufragio; y no sólo como respuesta a una posible dictadura de la mayoría, expresión del segundo riesgo, sino también como respuesta al primer riesgo, pues sostiene que una representación amplia del electorado tendría como resultado elevar su inteligencia y, en consecuencia, la posibilidad de elegir mejores representantes.

Si analizamos el pensamiento de Mill mediante una clave de lectura que evidencie las dinámicas que se entrecruzan entre los representantes y los representados, no es difícil observar que sus reflexiones tienen que ver de alguna manera con el proceso dialéctico relativo a la producción de normas jurídicas dirigidas a la colectividad. La sociedad –el Estado liberal decimonónico– que Mill tiene frente a sus ojos, en este sentido, y a la cual dirige sus críticas, se rige en virtud de un equilibrio, de hecho y de derecho, entre quienes deciden las políticas públicas, los representantes y los representados; es decir, aquellos que han decidido, con su voto, quienes habrán de decidir. Entre ambos factores, en efecto, existe una identificación profunda, ya que los representantes pertenecen a la misma extracción social de los representados (hombres, blancos, con un ingreso alto, entre otras características), lo que genera, por supuesto, la sensación plausible de que las normas emanadas por los primeros nunca podrán contrariar los intereses de los segundos, siendo ambos iguales. A este arreglo institucional, que verá su fin sólo después de la Segunda Guerra Mundial, se opone Mill en su lucha por la ampliación del sufragio, masculino pero también femenino, aduciendo sobre todo con relación a las condiciones de discriminación de la mujer, que poner fin a tal estado de cosas podría redundar en un beneficio general para la sociedad.

Llamar en causa a Mill en este trabajo tiene la finalidad, pertinente aún hoy, de subrayar el hecho de que la cuestión femenil, en su acepción más amplia, no forma parte en nuestro país, por lo general, de ninguna agenda política de los partidos que se contienden el poder. Y asimismo, sus reflexiones pueden ayudarnos a comprender la razón no sólo de este “olvido”, sino también de la escasa repercusión

⁴ J. S. Mill, *Considerations on Representative Government* (1861), en *id. On Liberty and Other Essays*, Oxford/Nueva York, Oxford University Press, 1991, pp. 203-467, p. 302.

que tiene en muchas esferas de la sociedad, en la opinión pública como se suele decir, la lucha permanente que conducen organizaciones ciudadanas por la reivindicación de los derechos de las mujeres. Una idea que se puede anticipar al respecto, me parece, es que si por un lado existe una opinión pública poco sensible a tal problemática, lo que es al mismo tiempo causa y origen de lo que se decía respecto a la agenda política, por el otro, a pesar del innegable impulso que a nivel institucional se le ha dado a las cuestiones de género, en realidad los resultados concretos aún dejan mucho que desear en el plano de las garantías concretas de los derechos de las mujeres. Detrás de esta impresión, quizá esté lo que Mill dice en relación con las condiciones sociales que pueden constituirse como un riesgo en la toma de decisiones públicas, o sea, en una percepción distorsionada, por parte de la clase política y de la sociedad, de temas que si fueran afrontados con la debida seriedad sin duda alguna se reflejarían en una mejor forma de organización y de participación de todos los ciudadanos y, por supuesto, ciudadanas, de un Estado democrático y laico.

Mill tiene en mente, principalmente, la extensión del sufragio masculino, aunque también, hay que evidenciarlo para hacerle justicia, su preocupación se extiende hacia un examen de la situación de las mujeres⁵ de su tiempo, sujetas a la autoridad del padre, primero, y del marido, después, y excluidas totalmente de la participación en la arena pública, así como de otros derechos de naturaleza no política. La particular atención que Mill dedica a la condición de las mujeres de su tiempo, se deba o no a la influencia de su esposa Harriet Taylor en sus ideas al respecto, constituye un importante antecedente en la historia de la filosofía occidental, nunca particularmente “tierna” en sus consideraciones acerca del universo femenino.⁶ La historia de la cultura occidental, y probablemente no sólo ésta, ha establecido, en términos generales, un fuerte dualismo entre hombre y mujer, en el cual a esta última se ha terminado por atribuirle características con valor negativo.⁷ Una relación no tanto de carácter complementario, sino, al contrario, de tensión, precisamente

⁵ En efecto, el famoso *The Subjection of Women* fue escrito en 1861, el mismo año en que se publicaba *Consideration of Representative Government*. Al respecto, cfr. J. Gray, “Introduction” a J. S. Mill, *On Liberty and Other Essays*, p. VIII.

⁶ Características, en este sentido, son las afirmaciones kantianas de que en el matrimonio el jefe indiscutible es el hombre y, lo que es quizá una señal de sus tiempos, que la mujer es más apta para el sentimiento que para el raciocinio y la crítica. “El contenido de la gran ciencia de la mujer es más bien lo humano, y entre lo humano, el hombre. Su filosofía [de la mujer] no consiste en razonamientos, sino en la sensibilidad”, I. Kant, *Observaciones acerca de lo bello y lo sublime*, México, FCE/UNAM/UAM, 2004 (orig. *Beobachtungen über das Gefühl des Schönen und Erhabenen*, 1764). G. Lloyd, *The Man of Reason. “Male” and “Female” in Western Philosophy*, Londres, Methuen & Co., 1984.

⁷ Paradigmática al respecto, desde una perspectiva no exclusivamente filosófica, es la reflexión de Luce Irigaray: *Speculum. De l'autre femme*, París, Les Editions de Minuit, 1974. Hay versión en español: *Especulum. Espéculo de la otra mujer*, Madrid, Saltés, 1978 (varias reimpressiones).

en razón del valor diferenciado, positivo al hombre y negativo a la mujer, que en ella se atribuye a los elementos que la conforman: hombre-mujer, fuerza-debilidad, actividad-pasividad, trabajo-familia (hogar), derecha-izquierda, razón-sentimiento, intelecto-sensibilidad. No es raro, en efecto, encontrar entre los más ilustres estudiosos, aun los más insospechables, afirmaciones que tienden a concebir a la mujer, por el sólo hecho de serlo, dentro de un papel de subordinación social en lo que respecta a su lugar en la familia, en el matrimonio, en el trabajo, en la sociedad en su conjunto; y no a través del estudio del desarrollo sociológico, histórico, cultural y político de las condiciones humanas en la vida asociada, sino simple y banalmente a partir de observaciones de carácter naturalista, es decir, consideraciones ligadas a una concepción mecanicista y determinista del mundo, en el cual las partes que la componen ocupan, por naturaleza, un puesto específico que les es propio, y que para asegurar el buen funcionamiento del universo deben continuar a mantener.

La atención de Mill a la condición de la mujer, de consecuencia, de alguna manera se configura, por su articulación en un discurso completo y organizado de carácter no exclusivamente circunstancial, como un análisis que rompe con una inercia cultural atrincherada en una visión patriarcal de la organización de la vida social entre hombres y mujeres. Y que, como visión teórica encontraba su confirmación, su soporte pragmático, en los instrumentos elaborados por la cultura jurídica, los cuales funcionaban como su “brazo armado” para certificar, mediante la ley y su aplicación coactiva cuando se hacía necesario, un estado de cosas que atribuía y garantizaba ventajas al hombre en cuanto tal.

3. Hoy en día las cosas, aun en nuestro país, no reflejan más las condiciones de vida en las que conducían sus existencias las mujeres alrededor de la mitad del siglo XIX en Inglaterra. Como se ha sostenido recientemente, y con acierto,

Qué duda cabe que la lucha por los derechos de las mujeres en nuestra región ha superado obstáculos impensables hace no más de treinta años, pero sería de una terrible ingenuidad e irresponsabilidad pensar que nos encaminamos hacia la construcción, o peor, que ya estamos instalados en el espacio de un Estado constitucional de derecho en el que las diferencias y las desigualdades estén en vías de superación.⁸

En el plano formal, normativo, es decir, en el nivel de arreglos institucionales acerca de la situación de la mujer en buena parte del mundo, si no es que en todo, están reconocidas las condiciones de igualdad de las mujeres en cuanto a los de-

⁸ J. A. Cruz Parceros y Rodolfo Vázquez, “Introducción” a *id.* (eds.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*, México, SCJN/Fontamara, 2010, pp. XI-XII.

rechos fundamentales en atención a su estatus como personas, en un plano paritario con el de los hombres. Si repasamos, en efecto, el panorama normativo al respecto, y lo ofreciéramos a la consideración de un observador o ingenuo o proveniente de otro planeta, sin duda tal horizonte sería extremadamente positivo, casi perfecto: ninguna discriminación, ninguna distinción por cuestiones de sexo, ningún maltrato a la mujer exclusivamente por el hecho de ser tal. Una situación paradisiaca la de la mujer, en un contexto donde instrumentos jurídicos (o casi jurídicos) le aseguran unas condiciones de existencia donde todos sus derechos, desde los más elementales hasta los derechos políticos y sociales, le son garantizados en medida igual a aquellos de los que disfrutaban las personas pertenecientes al sexo masculino.

Dejando de lado la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, en la que el sujeto de derechos es sustancialmente el individuo de sexo masculino, el panorama internacional más reciente está plagado de solemnes proclamaciones sobre la paridad entre hombre y mujer. Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, donde se establece la igualdad entre los seres humanos prescindiendo de consideraciones relativas a la raza, al sexo o cualquier otra condición, hasta la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) adoptada por la ONU en 1979, uno de los documentos más relevantes sobre los derechos de la mujer, donde, en el artículo 2 se establece que “los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer”, después de definir, en el artículo 1, la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.⁹ Súmese a esto, para acercarnos a nuestro contexto, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer adoptada en Belem do Pará (Brasil) en el cuadro de la Organización de Estados Americanos en 1994, donde en el capítulo II se reconoce (art. 3) que “toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como el privado” y enseguida (art. 4) se procede a enlistar una larga serie de derechos específicos que los Estados miembros tienen el deber de proteger y tutelar (según los artículos 7-12): a) el de-

⁹ Un amplio panorama de documentos y resoluciones internacionales acerca de (y como instrumento de lucha contra) la discriminación de la mujer, se puede ver en la página web del Instituto Nacional de las Mujeres (www.inmujeres.gob.mx).

recho a que se respete su vida (el derecho a la vida y a la integridad física, psíquica y moral), el derecho a la libertad y a la seguridad, a no ser torturada, a la dignidad y a la protección de su familia, a la igualdad frente a la ley, al acceso sencillo y expedito a la justicia, a la libertad de asociación, a profesar cualquier religión y creencia, al acceso a las funciones públicas y a la participación y toma de decisiones en los asuntos públicos.

Por lo que respecta, más específicamente, a México, no hay la menor duda de que el cuadro normativo también arroja resultados que se pueden definir satisfactorios. Desde lo que se establece en normas de rango constitucional¹⁰ hasta las formas de tutela de la mujer previstas en la ley ordinaria, el panorama es bastante halagador,¹¹ aun si tomamos en cuenta solamente la legislación federal.¹² Los gobiernos mexicanos, hay que reconocerlo, no han escatimado recursos materiales e imaginación jurídica en el terreno que estamos examinando. Del primer caso, la creación del Instituto Nacional de las Mujeres, con toda su estructura, es un ejemplo claro, sin olvidar, por supuesto, en un ámbito más general organismos como la CNDH y sus similares en las entidades federativas.¹³ En el segundo caso, la imaginación jurídica ha sido tal que hemos asistido a una veraz y propia hiperactividad legislativa, en sus varios niveles, de la cual es imposible dar cuenta ahora en modo detallado y analítico.

A nuestro hipotético observador, pues, no quedaría otra opción que pensar que las mujeres en el mundo, y la mujer mexicana en lo particular, viven en un mundo ideal, protegidas y tuteladas por el derecho, que conducen sus vidas en un franco

¹⁰“El varón y la mujer son iguales de ante la ley” (art. 4, párr. 1). “Queda prohibida toda discriminación [y entre ellas, por supuesto, la que se funda en el género] que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

¹¹Desde la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (2001) con el fin de promover y fomentar condiciones que prevengan la discriminación y favorezcan la igualdad entre los géneros, hasta la *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* de 2006 o la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* de 2007 y la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* de 2003 (reformada en 2007. Un análisis sobre esta ley puede verse en M. Carbonell, “La perspectiva de género en el análisis constitucional. Comentario a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”, en J. A. Cruz Parceros y R. Vázquez, “Introducción” a *id.* (eds.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*, pp. 27-44.

¹²Un cuadro comparativo de la situación en las entidades federativas se encuentra en la página web de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/igualdad/2_1_4.pdf>. Consulta: 11 de noviembre de 2011.

¹³En el tema de la igualdad de género hay que destacar, por su importancia institucional, la creación del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género de la Cámara de Diputados. Este interés se ha manifestado además en iniciativas de carácter académico que en muchas instituciones —universidades y otros centros de estudio— han nacido con el fin de estudiar y monitorear la condición de la mujer. Sólo como ejemplo: Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México.

contexto de igualdad en el acceso a oportunidades y libres de toda discriminación y abuso. Pero su opinión cambiaría, seguramente, si desde su punto de observación bajara al mundo concreto, a la cruda realidad, en la cual, por desgracia, somos testigos cotidianos de formas sistemáticas de discriminación y de violencia hacia las mujeres, a través de una constante demostración de la distancia incolmable, en algún sentido casi fisiológica, entre lo que el derecho y sus normas establecen y los comportamientos concretos de sus destinatarios.¹⁴ Ahora bien, es verdad que entre el deber ser del derecho, la normatividad presente en las normas jurídicas y su concreto ser, o sea, el modo efectivo en el que reaccionan sus destinatarios, bien los simples ciudadanos o bien el aparato estatal, hay siempre una brecha: no hay ningún orden jurídico en el que el deber ser encuentre exacta correspondencia en el concreto ser factual. Pero esto no significa, de la manera más absoluta, que en general, pero sobre todo en lo que respecta a los derechos de las personas, los observadores de la sociedad, desde cualquier disciplina, abdiquen del todo en la búsqueda de las causas de esa distancia y de las soluciones para colmarla lo más que sea posible. Tal distancia como es, en efecto, fisiológica e implícita en un fenómeno fundamentalmente normativo, como lo es el derecho, pero su amplitud no está determinada por leyes inexorables de la naturaleza sobre las que no se puede intervenir; al contrario, se le puede reducir y contener dentro de límites más o menos aceptables y razonables, de manera tal que la violación de un derecho fundamental constituya una excepción, y no la regla, en un tejido social más o menos estable para poder generar en las personas, de consecuencia, la convicción de que es mejor, cualquier cosa que esto quiera decir, una existencia dentro de los límites del derecho, aun con todos sus defectos, que fuera de él.

¹⁴ Por supuesto, la distancia entre el deber ser jurídico y su concreto ser es algo que atañe a todas las esferas del universo jurídico y entre ellas, por supuesto, la de los derechos fundamentales generales y sus garantías, casi siempre solemnemente proclamados en los textos normativos, pero en la práctica concreta con frecuencia violados. Luigi Ferrajoli ha insistido en muchos de sus últimos trabajos acerca de la necesidad no sólo de tomar como objeto de estudio tal distancia, sino también de distinguir entre la proclamación de los derechos y sus garantías, con el fin de impedir las propuestas teóricas que, confundiendo ambos aspectos, terminan por negar la existencia de los primeros cuando, principalmente por inercia o por incapacidad de los aparatos públicos, están ausentes las segundas. Véase, entre la amplia obra de Ferrajoli dedicada a este tema, al menos la compilación *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Trotta, Madrid, 1999 (varias reimpresiones), que contiene la traducción en castellano de algunos significativos ensayos producidos por Ferrajoli en la década de 1990. De estos trabajos, un antecedente importante es *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 1995 (varias reimpresiones). El original en italiano es *Diritto e ragione. Teoria del garantismo penale*, Roma-Bari, Laterza, 1989), mientras que un panorama más articulado y complejo se encuentra en *Principia iuris. Teoria del diritto e della democrazia. III vol.*, Roma-Bari, Laterza, 2007 (hay versión castellana *Principia iuris*, Madrid, Trotta, 2011).

4. La brecha entre el ser y el deber ser jurídicos, además de los problemas factuales que genera en la percepción general acerca de la efectividad del derecho (con los consiguientes riesgos para la convivencia más o menos pacífica en una sociedad organizada), también puede convertirse en un aspecto problemático de la teoría del derecho y de otras disciplinas sociales. Esa distancia, esa brecha, está presente, obviamente, en muchas ramas del derecho, mas no hay duda que sus nudos problemáticos son mayormente relevantes en algunos aspectos jurídicos respecto a otros: y entre los más relevantes, indudablemente, el tema de los derechos fundamentales ocupa un puesto central, principalmente porque tal tema toca muy de cerca a los individuos que conforman, y tienen en pie, una sociedad. La razón de ello, al menos la principal, es que la violación de ellos, lo que constituye el corolario de tal distancia, es una muestra inequívoca del venir a menos de la razón por la cual las personas están dispuestas a sacrificar sus egoísmos personales, propios de su naturaleza, para cederlos a una organización monopolista de la fuerza jurídica que les garantice aquella vida más o menos segura que, al contrario, la satisfacción del egoísmo personal inevitablemente pone en riesgo.

Habría mucho que decir, en términos generales, sobre la situación de los derechos fundamentales (a la vida, a la seguridad, a la integridad, de libertad, civiles, políticos y sobre todo sociales), en nuestro país y fuera de él. Quizá esa vía, más allá de otras consideraciones de carácter jurídico-institucional de alto vuelo, podría incluso darnos luz para iluminar un sendero hacia la salida del callejón de violencia y de inseguridad que aquejan al México actual; quizá, es una hipótesis sugestiva, si las personas tuvieran satisfechas sus necesidades mínimas, dentro de un panorama general caracterizado por la igualdad y por la ausencia de privilegios del todo inmerecidos, contingentes y hasta inútiles, sería más arduo para las fuerzas del crimen, organizado y no organizado, encontrar fuerzas nuevas para colmar sus filas. Pero un examen de este tipo requiere instrumentos, tiempos y espacios diferentes de los que aquí están en juego.

Para delimitar, con cierta clave de lectura subjetiva, el tema de los derechos fundamentales en su normatividad y en su concreta actuación, es suficiente retomar las observaciones iniciales, acerca de la situación de la mujer. Y, aún más, se puede hacer delimitando ulteriormente el campo, para referirnos exclusivamente a las condiciones de la mujer en lo que respecta al uso de las aplicaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina. Es en este particular aspecto, como ya se ha dicho, donde quizá con mayor frecuencia se verifican tanto hechos sociales como decisiones jurídicas que confirman con mucho que, a pesar de los indudables logros que las reivindicaciones de las mujeres han obtenido en el curso del tiempo,¹⁵

¹⁵ El sufragio femenino en el mundo occidental después de la Segunda Guerra Mundial, y después también de que en Suiza el derecho de voto se le reconoció a la mujer en 1971, es una buena muestra

sus condiciones de vida son tales que aun requieren ser objeto de una atenta reflexión por parte de toda la sociedad. La bioética, o sea, el estudio, bien metaético, bien normativo, de las relaciones entre los logros de ciencia médica, sus aplicaciones concretas y los sujetos de tales aplicaciones, constituye un banco de prueba útil para tratar de esclarecer cuáles son las condiciones efectivas de las mujeres. Y lo es precisamente porque en cuanto tal, la bioética, en algunas de sus temáticas, quizá entre las más relevantes, llama en causa la concepción que del cuerpo femenino se proyecta en una determinada sociedad, así como sus consecuencias en el plano de las políticas públicas que se asumen como instrumento de regulación.

México: la reforma (2007) del Código Penal y de la Ley de Salud del Distrito Federal

El aborto voluntario constituye, sin lugar a dudas, uno de los paradigmas de la bioética, en lo que respecta a la concepción de la mujer y su papel social en una determinada sociedad. El aborto, con la procreación asistida y la eutanasia, quizá constituye un conjunto de temas entre los más relevantes en la esfera de la bioética, por sus repercusiones en el plano de las decisiones relativas al cuerpo de las personas, en las que se ve con claridad una idea concreta acerca de la consideración que una sociedad expresa con relación a la capacidad de decidir de las mujeres acerca de su cuerpo. En otras palabras, el análisis de la manera en la que una sociedad construye un concreto cuadro jurídico-normativo alrededor de tales problemáticas, evidencia si una comunidad organizada se rige por reglas mediante las cuales la convivencia entre sus miembros está construida alrededor de concepciones éticas, políticas y filosóficas que tomen en seria consideración el valor no sólo del principio de igualdad, sino lo que en determinadas situaciones es mayormente importante, el principio de diferencia.¹⁶ Esta distinción, entre igualdad y diferencia, que permite construir principios orientativos para las políticas públicas, combinando los valores de justicia formal (la igualdad frente a la ley) y de justicia sustancial

de este adelanto. Tal adelanto, aunque por supuesto lejos de una completa paridad, se puede observar también en el acceso a la educación y al trabajo.

¹⁶ Como se sabe, la idea de la diferencia, o como se suele decir, el pensamiento de la diferencia, es una noción que se comienza a afirmar a finales de la década de 1960 a partir de las críticas de Luce Irigaray a los análisis de la sexualidad realizados en el psicoanálisis por Lacan y, sobre todo, por el mismo Freud. De Irigaray, véase el ya citado *Speculum. De l'autre femme*, pero también *Éthique de la différence sexuelle*, París, Édition de Minuit, 1984 (trad. esp. *Ética de la diferencia sexual*, Castellón, Ellago, 2010). Una reciente crítica a esta idea: L. Ferrajoli, "El principio de igualdad y la diferencia de género", en J. A. Cruz Parceroy y Rodolfo Vázquez, "Introducción" a *id.* (eds.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*, pp. 1-26.

(la especificidad de la situación concreta), es del todo pacífica, bien como noción teórica, bien como idea normativa, pues tratar a los iguales como tales, pero también considerar las diferencias, permite integrar en una perspectiva unitaria una visión universalista en su sentido más amplio.

En nuestro país, como es sabido, el 2007 fue un año particular, sin duda una especie de parteaguas en la consideración del papel de las mujeres alrededor de uno de los factores señalados poco antes: el aborto. Las reformas que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal introdujo al Código Penal y a la Ley de Salud constituyen, en efecto, no sólo una ruptura significativa en el plano jurídico con una normatividad fundamentalmente homogénea, en su sentido penalizante de la interrupción de la gravidez, sino que son además un hito fundamental en el plano político-cultural por el debate que las antecedió, y sobre todo por las repercusiones y las reacciones que produjeron.

Antes de las reformas, la regulación jurídica sobre el aborto en México reproducía en sustancia una visión conservadora, acorde con una perspectiva en la cual tal conducta se consideraba penalmente relevante, es decir, calificado como un acto ilícito —un delito en suma—, si bien tal calificación jurídica venía en parte atenuada, en el caso de que el aborto se realizara en particulares condiciones. Todo esto, sin embargo, exclusivamente desde el punto de vista formal, ya que desde la perspectiva material de las concretas conductas de la mujer y de las respuestas del aparato estatal, en realidad la situación era muy diferente. En efecto, en realidad el contexto era casi de absoluta esquizofrenia jurídica, pues la normatividad de carácter represivo no lograba, por un lado, impedir a las mujeres recurrir a la interrupción de gravidez y, por el otro, tampoco suscitaba la respuesta coactiva del aparato del Estado, poco importa si por incapacidad o por falta de voluntad. Esta esquizofrenia no era la única en realidad, pues la misma distancia entre derecho ideal y derecho concreto se realizaba también en relación con las circunstancias en las que el delito de aborto no se consideraba punible,¹⁷ ya que esta suerte de despenalización parcial, establecida formalmente, por lo general no daba lugar a medidas concretas —designación de una autoridad que permitiese el aborto en concreto y su realización en estructuras sanitarias destinadas a ello— para que la mujer que decidiera

¹⁷ Las circunstancias atenuantes de responsabilidad más difundidas contemplaban la violación, el riesgo para la vida de la mujer y el aborto imprudencial. Otras, en orden decreciente de importancia, eran las malformaciones genéticas o congénitas, el riesgo para la salud de la mujer, la inseminación artificial no consentida, y las razones socioeconómicas graves (en el caso de que la mujer ya fuera madre de 3 o más hijos). Al respecto D. González de León Aguirre y D. L. Billings, *El aborto en México*, México, IPAS, 2002, p. 4. Véase también mi contribución *El aborto. Entre la moral y el derecho*, Ciudad Juárez (Chih.), Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2001.

interrumpir su gravidez lo hiciera en condiciones seguras,¹⁸ bajo el amparo de la ley. Estando así las cosas, las mujeres que en el caso de una gravidez no deseada decidían abortar, se veían obligadas a hacerlo arriesgando su salud y hasta su vida, aun en aquellos casos que hubiesen podido ser reconducidos a las circunstancias atenuantes previstas por la ley.

En este panorama se insertan, con su decidido carácter innovador y con una enorme carga valorativa simbólica, las reformas realizadas en el Distrito Federal durante la primavera de 2007. Como se sabe, el debate que precedió la decisión de la Asamblea Legislativa de reformar el Código Penal y la Ley de Salud, se desarrolló en un clima fuertemente ideologizado, entre dos polos opuestos: para quienes el aborto es un homicidio por el hecho de ver en el feto –en cualquier fase de su crecimiento– una persona como todo ser vivo, y quienes aun sin negar expresamente tal tesis consideraban oportuno que la mujer, en el caso de una gravidez no deseada, tuviese en sus manos la decisión final de abortar o no, y en el caso de que optara por la primera opción, lo hiciera en condiciones seguras, sin temor de una pena jurídica y en estructuras sanitarias controladas, bajo determinadas condiciones.¹⁹ La mayoría de los representantes en la Asamblea se pronunció y las reformas tuvieron lugar. Con ellas, el legislador del Distrito Federal estableció que el aborto en las primeras doce semanas de gestación no constituye un delito a perseguir, y en consecuencia, la mujer puede decidir libremente si abortar o no; además, como corolario de tal permisión jurídica,²⁰ en la Ley de Salud se dispone “que los hospitales públicos del Gobierno del Distrito Federal tienen el deber de practicar los abortos que les soliciten, gratuitamente”.²¹

¹⁸ Paradigmático en este sentido es el “caso Paulina”, el caso de la menor bajacaliforniana que resultó embarazada como consecuencia de una violación. Como es sabido, la decisión de abortar, de ella y sus padres, fue obstaculizada a tal grado que a final de cuentas la menor condujo su embarazo a término. Al respecto, véase cuando menos el libro de Elena Poniatowska, *Las mil y una... La herida de Paulina*, México, Plaza y Janés, 2000.

¹⁹ La principal es que la interrupción de la gravidez se realice antes de las 12 semanas de gestación.

²⁰ Una permisión fuerte, a todas dudas. Jurídicamente se suele distinguir entre una permisión débil, cuando deriva sólo en modo implícito de la ausencia de una calificación expresa de la conducta, y una permisión fuerte, cuando la conducta es objeto de una expresa calificación jurídicas que la considera no prohibida y no obligatoria.

²¹ J. Adame, “La reforma del Código Penal del Distrito Federal que autoriza el aborto del menor de doce semanas”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 120, 2007, pp. 693-722, p. 696. Este trabajo contiene un análisis minucioso del contexto previo a las reformas del 2007, así como, naturalmente, del contexto que resulta a raíz de las mismas. El análisis, a mi parecer, es sustancialmente fiel y minucioso si no se consideran algunas observaciones que revelan la opinión del autor, contraria a las reformas.

Dados los fines de este trabajo, no interesa aquí examinar detalladamente las reformas²² ni tampoco evidenciar, a casi cinco años de distancia, sus efectos concretos. Más relevante, a mi juicio, es establecer, con Marta Lamas, que “más allá de los debates y las posturas, lo cierto es que la reforma ubicó a la Ciudad de México a la vanguardia de América Latina en el tratamiento penal del aborto, con argumentos que calan hondo en el imaginario colectivo”.²³ Las reformas, en efecto, se insertan en un panorama mundial en el que a la difusión de una ideología tendencialmente conservadora, cercana a las posiciones que asumen las jerarquías del Vaticano, han seguido presiones muy fuertes para que el derecho se convierta en el brazo armado de una moral particular, que en el caso del aborto ha llevado a un giro hacia su consideración como un delito a perseguir.²⁴ La contra-tendencia inaugurada con la decisión del legislador del Distrito Federal ha sido tan significativa, bien para nuestro país y para todo el contexto latinoamericano –en el cual existe en sustancia una legislación represiva–, que no podía no suscitar reacciones por parte de quienes no se reconocían en las ideas contenidas en las reformas. Reacciones que tuvieron su escenario no sólo, es obvio, en manifestaciones y declaraciones contra las reformas de muchos comentaristas en el foro de la opinión pública, así como también particulares “preocupados” por la vulneración del valor de la vida humana y, por supuesto, por parte de las jerarquías de la Iglesia católica, sino que también se reflejaron en iniciativas en el plano jurídico. En este último sentido, hay que recordar las acciones de inconstitucionalidad interpuestas (24 y 25 de mayo de 2007, respectivamente) por el presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y por el procurador general de la República, ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Examinar en todos sus detalles las razones aducidas por ambos proponentes sería excesivo en este trabajo, máxime que ellos coinciden en algunas de ellas. Sería largo y tedioso; además, dar cuenta del proyecto de resolución formulado por el ministro Aguirre Anguiano, en el que se exponen y discuten las razones de los recurrentes, así como las del presidente de la Comisión de Gobierno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y del jefe de Gobierno del Distrito Federal, para, finalmente, proponer un fallo que declare la inconstitucionalidad de las refor-

²² Un estudio acerca de esto, que contiene también un análisis del contexto anterior a 2007, se puede ver en M. Lamas, “La despenalización del aborto en México”, en *Nueva Sociedad*, núm. 220, 2009, pp. 154-172.

²³ “La despenalización del aborto en México”, en *op. cit.*, p. 170.

²⁴ Un ejemplo de esta tendencia general es la intención que Mariano Rajoy, líder del Partido Popular español, ha manifestado (*El País*, 24 de octubre de 2011) de reformar, en caso de triunfo en las elecciones, la ley que disciplina el aborto (en vigor desde julio de 2010) de manera bastante liberal. Ya en el pasado mes de abril de 2010 Rajoy se había comprometido no a reformar sino a derogar completamente tal ley (*El País*, 5 de abril de 2010).

mas. Más útil, en efecto, es exponer de la manera más breve posible, pero comprensible, el fallo mayoritario de la Corte, en oposición al proyecto, cuyo efecto fue conservar la validez de la parte sustancial de la reforma, o sea, la liberalización del aborto. El proyecto aprobado por la Corte, dada la amplitud de cuestiones llamadas en causa por los recurrentes y por la autoridad emisora de la reforma, cuestiones tanto de mera competencia legislativa como de fondo jurídico y científico, las aglomera, para examinarlas y fundar el fallo, en tres grandes apartados.²⁵ A saber: a) planteamientos sobre la incompetencia legislativa de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal; b) planteamientos de fondo en relación con la existencia y naturaleza del derecho a la vida en la Constitución mexicana, y c) planteamientos de fondo en relación con el principio de legalidad en la materia penal.

Sobre el primer apartado, el proyecto propone y la Corte determina que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal tiene libertad de configuración y calificación en materias de su competencia, como la materia penal, y que no existe invasión alguna de competencias por parte de la misma Asamblea cuando define el embarazo con la finalidad de tipificar el delito de aborto en el Distrito Federal. De consecuencia, concluye la Corte, “podemos concluir que los argumentos contenidos en los conceptos de invalidez identificados al comienzo de este apartado resultan infundados”.²⁶

La opinión de la Corte en relación con el segundo apartado es muy articulada. En primer lugar afirma que “hasta este momento [agosto 2008]... no se aprecia el establecimiento de un derecho a la vida a nivel constitucional” y, en segundo lugar, sostiene que “si el derecho a la vida se encontrara reconocido expresamente en la Constitución éste sería, de cualquier forma, un derecho relativo y, en consecuencia, tendría que ser un derecho armonizable con otro conjunto de derechos”.²⁷ Además, en tercer lugar, se reconoce que si es cierto que el derecho a la vida está reconocido en una gran cantidad de instrumentos internacionales relativos a derechos humanos, es también verdad que a tal derecho no se le reconoce un valor absoluto.²⁸ Por lo que respecta, finalmente, a la tesis de los recurrentes de que el

²⁵ En el proyecto aprobado a ello se llega después de fallar en relación con todas las cuestiones procesales involucradas, así como en relación con aspectos contenidos en la demanda del presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y también después de exponer cómo para llegar a una decisión se hizo necesario recurrir a informes en materia de salud (estadísticas sobre aborto, maternidad de la mujer desde 1992), en materia penal (procesos penales sobre el aborto de 1992, consignaciones, amparos concedidos y negados), así como a pruebas periciales sobre el inicio de la vida y a comparecencias de asociaciones y particulares en favor y en contra de las reformas.

²⁶ Cfr. 152 del proyecto Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007. Promovientes: Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Procuraduría General de la República, p. 152 <<http://www.informa.scjn.gob.mx/sentencia.html>>. Consulta: 12 de diciembre de 2011.

²⁷ *Ibid.*, p. 153.

²⁸ *Ibid.*, p. 158.

nascituro es una persona cuyo derecho a la vida debe colocarse en una esfera superior a los derechos de la mujer, la Corte recuerda que entre los instrumentos internacionales relativos al derecho a la vida, sólo la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que la protección del derecho a la vida debe ser protegido, en general, desde el momento de la concepción. Pero agrega, sin embargo, por un lado, “que la expresión ‘en general’ tenía como destino específico permitir que los Estados en los cuales se hubiere ya previsto la realización de abortos o en los Estados que posteriormente aceptaran esta legislación, no se diera una condición de violación a las obligaciones que iban a adquirir con la firma y ratificación de dicho tratado”;²⁹ y por el otro, que la ratificación de México se realiza bajo el supuesto, expresamente argumentado en reservas y declaraciones interpretativas, que de ese modo no se obliga a adoptar o a mantener legislaciones que tiendan a tutelar la vida desde el momento de la concepción.³⁰ Y se concluye afirmando:

Por todo lo anterior, si de lo argumentado resulta que la vida, como bien constitucional e internacionalmente protegido, no puede constituir un presupuesto de los demás derechos, además de que aún como derecho no podría en ningún momento ser considerado absoluto; que sus expresiones específicas a nivel nacional e internacional se refieren a la privación arbitraria de la vida y la prohibición del restablecimiento de la pena de muerte; que se trata de un problema de descriminalización de una conducta específica y que no existe mandato constitucional específico para su penalización; y finalmente, que la evaluación de las condiciones sociales y la ponderación realizada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal es constitucional y se encuentra dentro de sus facultades de acuerdo con principios democráticos, este Tribunal Pleno considera que los argumentos analizados en el presente apartado en relación con la naturaleza y existencia del derecho a la vida son infundados.³¹

La reforma tampoco viola el principio de igualdad ni, en consecuencia, el derecho del hombre para imponer su parecer en la decisión sobre abortar o no. Por un lado, porque dejando en manos de la mujer tal decisión, el legislador le reconoce una clara diferencia respecto a cualquier otro sujeto, ya que las consecuencias más radicales y permanentes de un embarazo indeseado recaen sólo sobre ella; por el otro, porque en efecto, este plano asimétrico de los efectos de un embarazo

²⁹ *Ibid.*, p. 171.

³⁰ *Ibid.*, p. 173.

³¹ *Cfr.* pp. 184-185 del proyecto.

justifica que el legislador haya contemplado a la mujer como único sujeto a decidir si abortar o no abortar.³²

En el tercer y último apartado se analizan los planteamientos de los proponentes, quienes aducen que las reformas suponen una violación del principio de legalidad, contraviniendo de ese modo el artículo 14 de la Constitución, ya que dan lugar a interpretaciones imprecisas y vagas, erróneas en suma; y además porque —en particular por parte del presidente de la CNDH— en la reforma no se imponen penas proporcionales en relación ni con el bien jurídico tutelado ni con el grado de participación de los actores: las penas previstas para la mujer que aborte después de 12 semanas de embarazo (o que consienta a que un tercero se lo practique).

Sobre el primer punto, la Corte sentencia que los proponentes no tienen razón, pues el legislador no ha vulnerado, en modo alguno, el principio de exacta aplicación de la ley penal, ya que “los artículos de referencia resultan acordes con el principio de legalidad en tanto no se trata de normas penales en blanco, sino que las disposiciones son claras y precisas”.³³ Sobre el segundo punto, la Corte distingue el principio de proporcionalidad en dos sentidos: uno abstracto, que corresponde a un análisis legislativo para verificar si la pena prevista en la norma es razonable en atención a la conducta sancionada y al bien tutelado; y uno concreto, dedicado al examen de la actividad jurisdiccional y del momento de determinación de la pena en el caso concreto, donde lo que cuenta es “el grado de culpabilidad atribuido al sentenciado y la necesidad de su total compurgación, respectivamente”.³⁴ Y concluye que en el caso de acciones de inconstitucionalidad, “en las que se impugna la validez de normas, la verificación del cumplimiento de proporcionalidad debe hacerse a partir de su vertiente abstracta” y que, en ese sentido, “las normas impugnadas resultan proporcionales en relación con la conducta prohibida y el bien jurídico tutelado”.³⁵

El fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación acerca del planteamiento de inconstitucionalidad de las reformas de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal concluye con una declaración de inconstitucionalidad sobre algunas partes de ellas, pero, y he aquí lo importante, afirmando la plena compatibilidad de otras, las más significativas para la despenalización del aborto.³⁶ No considera plausibles las tesis de los recurrentes construidas alrededor de la idea de que dejar la decisión de abortar en manos de la mujer, exclusivamente, supone una vulneración del princi-

³² Cfr. pp. 187-188.

³³ Cfr. p. 197.

³⁴ Cfr. p. 204.

³⁵ Cfr. p. 204.

³⁶ La reforma del Código Penal del Distrito Federal (artículos 144, 145, 146 y 147) fue considerada como no violatoria de la Constitución Federal por apenas la mayoría establecida por la Constitución, es decir, por ocho de los once ministros.

pio de igualdad (porque no se llama en causa la posición del hombre en la cuestión). Ni considera tampoco plausible la tesis de que las reformas constituyen una invasión por parte de la Asamblea del terreno legislativo reservado a la Federación. Rechaza, finalmente, la idea de que las reformas, no protegiendo la vida del nascituro, contrastan con la Constitución, así como la idea, conectada con ésta, de que en la ponderación entre las figuras (y los intereses) del nascituro y de la mujer que lo crece en su vientre, esta última deba ceder el paso. Se trata, luego, de una decisión sumamente importante, destinada sin lugar a dudas a constituirse como un parteaguas en el ámbito de las políticas públicas destinadas a influir en algunas, entre las más importantes, de las condiciones de vida de las mujeres en una sociedad que se declara democrática, laica y civil.

Lo que no ha impedido, sin embargo, que entre quienes, a pesar de todo, consideran el aborto como el homicidio se generaran otras iniciativas de orientación contraria a la reforma de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. En efecto, después de estos acontecimientos, entre 2008 y 2010, en 16 entidades federativas se modificaron las constituciones locales³⁷ para establecer, en términos generales, que la vida humana comienza desde el momento de la concepción, y que, en consecuencia, desde ese momento el óvulo fecundado merece la protección jurídica garantizada a toda persona humana. Es sintomático, parece del todo evidente, que estas reformas se inspiran, para contrastarlos, en los principios sobre los que fundó su reforma el legislador del Distrito Federal. Es plausible afirmar que probablemente temiendo una avanzada de dichos principios en todo el país, los legisladores de estos estados decidieron, de manera preventiva, “blindar”, impermeabilizar”, sus constituciones,³⁸ de tal forma, imponiendo su propia concepción a todos los ciudadanos destinatarios de las normas.

De entre tales iniciativas, es interesante examinar las reformas de las constituciones de Baja California y San Luis Potosí, por el simple hecho de que dieron lugar a sendas acciones de inconstitucionalidad³⁹ que la Suprema Corte de Justicia de la Nación recientemente ha examinado. Las reformas introducidas en el primer

³⁷ Fuente: Grupo de Información en Reproducción Elegida <www.gire.org.mx>. Información actualizada al 14 de septiembre de 2011. También en el estado de Chihuahua, aunque antes (octubre 1994) de las reformas del Distrito Federal, se introdujo una normatividad análoga a las de estas 16 entidades federativas.

³⁸ Esta observación, que se funda en las fechas de las reformas, iniciadas después de la del Distrito Federal, confirma de alguna manera la impresión de quienes las consideran “antiaborto”. En el proyecto de resolución relativa a la acción de inconstitucionalidad (véase *infra*, p. 15) el ministro Franco González Salas escribe en la página 30: “A partir de la lectura de la exposición de motivos, se advierte que la reforma combatida es una respuesta a la despenalización de la interrupción del embarazo durante el primer trimestre de gestación, que se aprobó en 2007 en el Distrito Federal”.

³⁹ Al respecto, están pendientes en la SCJN otros recursos de constitucionalidad interpuestas contra las reformas de las constituciones de los estados de Oaxaca, Querétaro y Guanajuato.

caso (23 de octubre de 2008) establecen, en el artículo 7o., que “esta norma fundamental [la Constitución de Baja California] tutela el derecho a la vida, al sustentar que desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural o no inducida”. Por lo que respecta al segundo caso, el legislador potosino afirma (21 de mayo de 2009) en el artículo 16 que

...el estado de San Luis Potosí reconoce la vida humana como fundamento de todos los derechos de los seres humanos, por lo que la respeta y protege desde el momento de su inicio en la concepción. Queda prohibida la pena de muerte, la cual no podrá aplicarse en ningún caso. No es punible la muerte dada al producto de la concepción cuando sea consecuencia de una acción culposa de la mujer, el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación indebida, o de no provocarse el aborto la mujer corra peligro de muerte.

Ambas reformas suscitaron a su vez, es bien sabido, que ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación fueran interpuestas sendas acciones de inconstitucionalidad. En enero de 2009, el procurador de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana de Baja California se dirige a la alta Corte sosteniendo que tales reformas se ponen en contraste con la Constitución Federal, en cuanto vulneran la dignidad de las mujeres, sus derechos fundamentales y, en modo particular, sus libertades reproductivas. Se contesta, en otras palabras, que la protección del concebido se pone por sobre la capacidad decisoria de la madre, y se afirma que de esa manera se atenta contra su dignidad al reforzar un estereotipo negativo de género, reduciéndola a un rol predeterminado e inexorable como instrumento reproductivo.⁴⁰ Y en octubre de 2009, doce integrantes de la Quincuagésima Novena Legislatura del Congreso del Estado de San Luis Potosí promovieron acción de inconstitucionalidad solicitando la declaración de invalidez del ya citado artículo 16. De ambas iniciativas, una vez constatados sus presupuestos, formales y sustantivos, la Corte le atribuyó, por razones del todo casuales –de turno como se suele decir–, al ministro José Fernando Franco González Salas la facultad de instruir el respectivo procedimiento. Éste, una vez que verifica los requisitos –formales y sustantivos– de la demanda de los promoventes, decide que la acción de inconstitucionalidad es procedente, de manera que convoca a las partes para que hagan valer sus puntos de vista, para declarar después cerrada la fase instructora (el 5 de noviembre de 2009

⁴⁰ La acción de inconstitucionalidad se fundaba además en vicios formales relativos a los procedimientos previstos para la reforma en la Constitución de Baja California. No es de ningún interés entrar aquí en estos detalles.

para el caso de Baja California y el 18 de agosto 2011, para el caso de San Luis Potosí y pasa a la fase resolutive).

El ministro Franco elabora los proyectos de resolución a presentar al pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y sustancialmente da razón a los proponentes. En el caso de la reformas bajacalifornianas se declara la invalidez de la porción normativa del artículo 7o., donde se dice que “desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural o no inducida”, ya que

...viola los derechos a la dignidad (artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), reproductivos (artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) y a la salud de las mujeres (artículos 4o. de la Constitución Federal y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Esto se debe a que en la reforma se considera al producto de la fecundación como un individuo al cual se le confiere el derecho a la vida mediante un carácter supremo e inderrotable, sin considerar que esa protección no puede ser absoluta, sino que puede graduarse en función de la protección y ejercicio de derechos fundamentales, como son, por ejemplo, el derecho a tener el número de hijos que se desee (y para ello, recurrir a métodos de reproducción asistida) o el derecho de no tenerlos (y para ello, emplear métodos anticonceptivos).⁴¹

En el proyecto para el caso de San Luis Potosí se establece que “procede declarar la invalidez del artículo 16, primer párrafo, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí en las porciones normativas que dicen: ‘como fundamento de todos los derechos de los seres humanos’; y: ‘desde el momento en su inicio en la concepción’”,⁴² considerándolas violatorias de “los derechos a la dignidad (artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), reproductivos (artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) y a la salud de las mujeres (artículos 4o. de la Constitución Federal y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”.⁴³

⁴¹ P. 129 del Proyecto sobre la Acción de Inconstitucionalidad 11/2009 promovente: Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California.

⁴² P. 82 del Proyecto de Resolución de la Acción de Inconstitucionalidad 62/2009. Promovente: diputados integrantes de la Quincuagésima Novena Legislatura del Congreso del Estado de San Luis Potosí. Ministro ponente: José Fernando Franco González Salas. Disponible en <www.scjn.gob.mx> consulta: 4 de enero de 2012.

⁴³ *Ibid.*, p. 81.

Apenas dados a conocer ambos proyectos de resolución, dieron lugar a un apasionado debate, en ocasiones demasiado apasionado, en el cual a veces no se tomaba en cuenta el amplio espectro de las detalladas argumentaciones que ahí se expresaban, lo que lamentablemente terminó por reducirlos ideológicamente a posiciones o favorables o contrarias al aborto, con reacciones virulentas sobre todo por parte de quienes veían en los proyectos una legalización del aborto y, por consiguiente, un “atentado” contra la vida humana. Una simplificación en la que no se consideraba de la manera más absoluta la complejidad de las reformas,⁴⁴ sobre todo en lo que respecta a las implicaciones que hubieran podido determinar en el plano de indicaciones dirigidas a condicionar las acciones futuras del legislador local. Y que, por otra parte, era del todo funcional a los objetivos de una parte de la opinión pública y comentaristas más o menos expertos, probablemente minoritaria pero sumamente potente en el acceso a los medios de difusión, orientada más hacia una simplificación (vida o muerte) que favorece la polarización y el enroque en posiciones conservadoras que hacía una información completa.

Los proyectos del ministro Franco, en efecto, eran muy complejos y articulados, muy lejanos de la simplificación y de la ideología en uno u otro sentido. Al contrario, una atenta lectura evidencia con toda claridad una argumentación que tiende, por un lado, a esclarecer los términos de los serios problemas, no solamente jurídicos, que se anidan en las reformas, examinando y evaluando en modo detallado las razones de las partes y, por el otro, tiende también a desenmascarar los aspectos ideológicos escondidos detrás de una (aparentemente) aséptica formulación normativa, que trata de poner en evidencia las posibles implicaciones que las reformas podrían tener en aspectos como el aborto, la procreación asistida, el uso de anticonceptivos, los derechos reproductivos, la dignidad de la mujer y la idea de salud en general. Los argumentos que el ministro Franco desarrolla meticulosamente se refieren al estado del arte de los aspectos científicos implicados en las reformas y en las acciones de inconstitucionalidad, y a la legislación nacional (la Constitución Federal y la jurisprudencia de carácter constitucional, incluida la resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la acción de inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007, acerca de las reformas en tema de aborto del Distrito Federal), así como también al derecho internacional en los aspectos llamados en causa por las reformas, haciendo un llamado a tendencias y principios, teóricos y jurisprudenciales, que colocan como núcleo central de la acción política la protección de los derechos fundamentales en sus más diversas declinaciones.

Todo parecía indicar, a la luz de la intervención de la Corte en el caso de las acciones de inconstitucionalidad intentadas en relación con las reformas del Dis-

⁴⁴ Sustancialmente análogos, a pesar de que contenían formulaciones lingüísticas diferentes.

trito Federal,⁴⁵ y a la luz de la riqueza y profundidad de las argumentaciones desarrolladas en ambos proyectos, que la mayoría de los ministros de la Corte debió inclinarse hacia una interpretación que la habría conducido inexorablemente a acoger las tesis de los recurrentes, acogidas y desarrolladas en los proyectos y, en consecuencia, a declarar la inconstitucionalidad de los actos del legislador bajacaliforniano y potosino. Sin embargo, no fue así, pues la Corte, reunida en sesión plenaria, luego de examinar ambos proyectos, declara (el 28 de septiembre 2011 en el caso de Baja California y el 29 de septiembre 2011 en el caso de San Luis Potosí) que los dos son procedentes, pero los desestima, pues no alcanzan el voto favorable requerido para invalidar las normas objeto de la acción de inconstitucionalidad.

Los proyectos se discuten animadamente y cada ministro expone sus argumentos y responde, en su caso, a las tesis opuestas. Para ambos proyectos, a final de cuentas, se forman dos frentes opuestos, a favor y en contra de la invalidez de las reformas examinadas. A final de cuentas, de los once ministros de la Corte, sólo siete de ellos votan a favor de los proyectos, o sea, por declarar inválidas las reformas objeto de la acción de inconstitucionales, mientras que la Constitución establece que para expulsar del sistema jurídico una norma son necesarios ocho votos.⁴⁶ El fallo de la Corte tiene un sentido claro: las normas objetadas son vigentes porque no contrastan con la Constitución Federal. Sería de extremado interés dar cuenta del debate y de las argumentaciones sostenidas por los ministros, pues la lectura de las versiones taquigráficas de las sesiones constituyen un botón de muestra excelente, no sólo de las modalidades de funcionamiento de un órgano titular del control constitucional como la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sino también, en modo particular, de las estructuras argumentativas que se concretizan en la práctica judicial cuando la Constitución constituye una de las partes en juego. Ello me conduciría, sin embargo, hacia un sendero mucho más largo y complejo del que es posible seguir aquí. De tal forma que me limitaré, mediante una clave de lectura subjetiva, a evidenciar sólo algunos de los argumentos utilizados, sobre todo por parte de quienes determinaron finalmente la desestimación de los proyectos.

En el grupo de los siete ministros a favor de los proyectos del ministro Franco hay una gran variedad de posiciones argumentativas, que van desde la crítica a las reformas por una cuestión de competencia legislativa a la incertidumbre jurídica

⁴⁵ Si bien, hay que decirlo, la composición de la Corte había cambiado desde entonces, con la presencia de los ministros Zaldívar Lelo, Aguilar Morales y Pardo Rebolledo en sustitución de los ministros Góngora Pimentel, Gudiño Pelayo y Azuela Güitrón.

⁴⁶ En el art. 105 constitucional (II, G, 3o. apartado) se establece que “las resoluciones de la Suprema Corte de Justicia sólo podrán declarar la invalidez de las normas impugnadas, siempre que fueren aprobadas por una mayoría de cuando menos ocho votos”.

que generarían en cuanto a aspectos como la reproducción asistida, el uso de medios contraceptivos, el recurso al aborto, a las implicaciones limitativas que tendrían acerca de la actividad del legislador ordinario, a la jerarquización que establecen del derecho a la vida y otros derechos fundamentales y a la vulneración de la dignidad de la mujer por establecer la inferioridad de sus derechos reproductivos respecto al derecho a la vida del nascituro. Por parte de los cuatro ministros que se pronunciaron en contra de los proyectos, los argumentos se pueden aglomerar, en mi juicio, en tres grupos parcialmente coincidentes: a) las reformas discutidas no constituyen invasión de la esfera de competencia de la Constitución Federal, pues si ni ésta ni los tratados internacionales dicen nada acerca de cuándo debe iniciar la protección del derecho a la vida, entonces las entidades federativas sí pueden especificarlo; b) la definición del derecho a la vida y sobre todo la determinación que su protección comienza desde el momento de la concepción, no significa en modo alguno una vulneración de la dignidad de la mujer; c) las reformas no determinan ninguna consecuencia normativa represiva en cuanto a los derechos reproductivos de la mujer, pues en ningún momento se establecen prohibiciones relativas a la procreación asistida o al recurso a métodos contraceptivos como el DIU o la píldora del día después.

De los cuatro ministros que se pronunciaron en favor de la constitucionalidad de las reformas, dos de ellos, en términos generales, fueron del todo coherentes con la opinión que habían expresado, minoritariamente, en el caso de las reformas del Distrito Federal.⁴⁷ Su parecer era que las reformas eran inconstitucionales y daban razón a los promoventes, mientras que su convicción era que las reformas de Baja California y San Luis Potosí no son inconstitucionales, dando razón esta vez al legislador. Esto, por supuesto, si se admite que de alguna manera el significado era común en ambos casos (el de la 146/2007 con su acumulada 147/2007 y el 11/2009 con el 62/2009), si bien siguiendo direcciones opuestas. Uno más de ellos fue nombrado en febrero de 2011, y el cuarto, una ministra en realidad, en el caso de las reformas del Distrito Federal se había pronunciado por la validez constitucional de ellas, esgrimiendo tesis y argumentaciones que en términos generales también pueden considerarse sustancialmente coherentes con su posición en los fallos acerca de Baja California y San Luis Potosí.

Es interesante, en mi opinión, considerar las ideas que la ministra expresa tanto en el año 2007, como en el 2011. Para ella la cuestión dirimente, más allá de

⁴⁷ Uno de ellos fue el ministro encargado de formular el proyecto de resolución 146/2007 y su acumulada 147/2007, desechado a la postre por la Corte. Ambos, junto con el otro ministro que con ellos se vio en minoría en tal resolución, formularon un voto de minoría donde argumentan minuciosamente su posición, tanto desde un punto de vista meramente metodológico como jurídico, construido alrededor de la convicción de que en la Constitución se establece el derecho a la vida, que la protección comienza desde la fecundación del óvulo y que tal protección es absoluta, sin restricción o limitación alguna.

cualquier otra consideración,⁴⁸ es la valoración de las competencias legislativas entre la Constitución Federal y las reformas del Distrito Federal, Baja California y San Luis Potosí. A su parecer, la legislación de las entidades federativas, en los casos objeto de análisis, no configura conflicto alguno con la Constitución por la sencilla razón de que si en ésta, y en los tratados internacionales a los que México se ha adherido, no se establece con certeza cuándo debe iniciar la protección de la vida humana, entonces los estados tienen la prerrogativa de definirlo; y haciéndolo no vulneran ninguna norma constitucional. De lo que deriva, por supuesto, que las supuestas implicaciones de las reformas de Baja California y de San Luis Potosí, acerca de la posible incertidumbre jurídica, de prohibiciones de la procreación asistida y del uso de anticonceptivos como el DIU y la píldora del día después, carecen del todo de fundamento, en su opinión.

Lo interesante de esta convicción reside, a todas luces, en que quien la sostiene es una mujer. En un panorama institucional donde prevalece la presencia de los hombres, en la Suprema Corte de Justicia de la Nación son nueve y sólo dos mujeres,⁴⁹ no suscita mucho desconcierto el hecho de que tres ministros hombres hayan votado contra los proyectos: si en buena parte de la población masculina, quizá no sólo en México, hay que decirlo, se siguen anidando –con frecuencia sin que exista plenamente conciencia de ello– ciertos prejuicios conservadores acerca del papel de la mujer en sociedad, no hay ninguna razón plausible para excluir *a priori* que tales prejuicios que, como sostuvo otra mujer ministro que se pronunció por la invalidez de las reformas, de alguna manera aún consideran a la mujer como una escopeta cargada en un rincón, persistan también entre los miembros de una Alta Corte. Más sorprendente, por supuesto, es la posición de quien, como mujer, ha fundado principalmente su opinión para refrendar la validez de las citadas reformas en argumentaciones de evidente corte formalista, colocando su razonamiento en el “cielo” de los conceptos y de las ideas abstractas que se expresan mediante el derecho, pero probablemente sin considerarlos en el mundo concreto, en la dura realidad donde el derecho asume su forma definitiva guiando los comportamientos de las personas. Si consideramos que su principal argumento es que los estados tienen facultades normativas allá donde la Constitución no expresa con claridad una dirección a seguir, es probable que haya hecho valer la idea de que lo que no está prohibido ni comandado se puede, o no, hacer libremente: una convicción que

⁴⁸ En efecto, uno de los ministros lamenta, en el caso de las reformas bajacalifornianas, que entre quienes votaron contra el proyecto de invalidez nunca tomaron en cuenta la temática de la dignidad de la mujer.

⁴⁹ En la Facultad de Derecho de la UNAM nunca ha habido una directora. En la misma UNAM, desde 1910 a la fecha (2011), ha habido 33 rectores, todos representantes del sexo masculino.

en el plano jurídico, mas también en el político-social, puede ser plausible.⁵⁰ Si bien, a diferencia de Kelsen, para quien tal convicción determina una línea de acción libre por parte de los ciudadanos, en la convicción de la ministra, y con ello su opinión pierde algo de su solidez y plausibilidad porque parece tener como destinatarios privilegiados a los órganos legislativos, los cuales pueden –siguiendo esta línea argumentativa– libremente usar su albedrío para guiar la conducta de los ciudadanos, mientras que se olvida del todo que el uso de esta libertad legislativa, cualquiera que sea la dirección que tome, puede ser utilizada para hacer del derecho un instrumento mediante el cual vehicular, convirtiéndolo en directivas vinculantes para toda la comunidad política, posiciones morales subjetivas.

Es el caso, precisamente, de las cuestiones que aquí se ha examinado, y que –junto con otras de las que se ha señalado su estrecha conexión– llaman en causa a los valores y principios ordenativos últimos de las personas en general y de las mujeres en particular. El aborto, la procreación asistida, el uso de métodos contraceptivos; en suma, todos aquellos aspectos de la vida humana que las aplicaciones técnicas de la medicina y de otras ciencias han profundamente transformado en el curso de los últimos 50-60 años, constituyen un aspecto que sin duda alguna concierne sobre todo a la mujer y su cuerpo, y por ello mismo, están íntimamente relacionados con derechos y reivindicaciones que colocan en el centro de la vida en sociedad aspectos tan relevantes como las ideas de libertad y de autodeterminación y todos los derechos ligadas a ellos.

Mucho camino se ha recorrido en la construcción de los derechos de las personas a partir del único derecho que, hobbesianamente, los individuos llevan consigo cuando transitan del estado natural al estado civil, es decir, el derecho a la vida y a la integridad física. Mucho camino, sin embargo, queda aún por recorrer, no sólo hacia un sendero que pueda llevar al reconocimiento de nuevas reivindicaciones, sino también hacia una vía que a partir de tal reconocimiento en los ordenamientos nacionales, y en las cartas y tratados internacionales, lleve además a sus garantías concretas.⁵¹ Del derecho originario, el derecho a la vida, la esfera de los derechos se ha ampliado hacia horizontes que los hombres y las mujeres del siglo XVII no podían ni siquiera imaginar: hacia nuevos derechos y hacia formas siempre más sofisticadas de tutela de las minorías, de los sujetos más débiles. Ello, sin embargo, no nos debería crear demasiadas ilusiones, ya que, no hay duda, existen hoy en día

⁵⁰ Se trata, es obvio, de la tesis kelseniana que niega la existencia de las lagunas normativas mediante la idea de una norma de clausura general exclusiva.

⁵¹ Es bien conocida la frase de Norberto Bobbio según la cual, y él escribe esto en los últimos años de la década de 1980, el problema de los derechos consiste no tanto en su reconocimiento o en su justificación, sino más que nada en las concretas modalidades para su efectiva garantía. *Cfr.* N. Bobbio, *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema, 1991. (Trad. del original en italiano, *L'età dei diritti*, Turín, Einaudi, 1989, por R. De Asís Roig.)

en el mundo, y en nuestro país, sectores minoritarios cuyos derechos se ven vulnerados con mucha –y preocupante– frecuencia. No hay duda, tampoco, que entre tales sectores, de manera transversal, hay otro grupo minoritario, pero que paradójicamente en el cómputo global de la población constituye la mayoría, que es objeto de una doble exclusión: la mujer. Ciertamente, hay otras minorías que pueden requerir una tutela diferenciada que tenga en cuenta tanto el principio de igualdad como el principio de diferencia, que en determinados contextos configura la necesidad de una tutela dirigida precisamente a atribuir valor a esa diferencia: las personas mayores, los niños, los inmigrantes, los discapacitados. Pero es innegable que aún dentro de estas minorías, encontramos de nuevo a las mujeres, que también son, pueden ser, mujeres mayores, niñas, mujeres inmigrantes, mujeres discapacitadas, indígenas.

El liberalismo fundado en el valor de la igualdad como principio abstracto orientativo general, pero concretamente construido alrededor del sujeto político de sexo masculino, si es verdad que ha sido poco a poco atenuado por la presión de “la otra mitad del cielo”, lo cierto es que no ha sido suficiente, o al menos no en todas las sociedades, para eliminar de las conciencias individuales y de las ideas que presiden la formación de nuestras instituciones públicas un paternalismo *di facto*, que reduce a la mujer a un rol marginal, supeditado al poder masculino, acumulado en años y años de una historia en la que el protagonista central es el hombre. Y que, en otro sentido, contribuye además a construir una barrera ideológica en el universo masculino, que impide el tránsito del hombre hacia una verdadera, no ficticia ni oportunista, caracterización y consideración de la mujer como su igual. Lo que quiero decir es que, a final de cuentas, considerar a la mujer como igual al hombre, tomando en cuenta naturalmente sus diferencias específicas y las tutelas que ellas requieren, es un tema que no sólo es de fundamental importancia en un discurso feminista –en su acepción más amplia y neutra posible– que tienda a la reivindicación de una mayor presencia de la mujer en la escena pública; es un tema, me parece, que debe también formar parte de un discurso que podríamos llamar “masculino”, con el riesgo paradójico de precipitar en un discurso sexista. Y debería serlo porque, como acertadamente sostiene Mill:

Cuando un varón y una hembra tienen personalidad, carácter y valía; cuando se unen de todo corazón y no son los polos opuestos, la colaboración diaria de la vida, ayudada por la simpatía mutua, desarrolla los gérmenes de las aptitudes de cada cual para abarcar las tareas del compañero, y poco a poco engendra paridad de gustos y de genios, enriqueciendo ambas naturalezas y sumando a las facultades de la una las de la otra. Esto ocurre a menudo entre amigos del mismo sexo que viven mucho tiempo juntos, y sería más frecuente en el matrimonio si la educación

completamente distinta de los dos sexos no hiciese casi imposible la armonía del alma y de la inteligencia.⁵²

Lo que sugiere Mill, y que tiene sentido aun para la sociedad de nuestro tiempo, es que en la unión entre un hombre y una mujer, con cualquier significado que pueda asumir (matrimonio, amistad, etc.), uno y otro se verían beneficiados si ambos tienen plena conciencia de su propia dignidad, de su posición moral en la sociedad como personas autónomas libres de constricciones determinadas únicamente por el sexo. De manera que, de nuevo con las palabras de Mill:

Un hombre casado con una mujer inferior a él en inteligencia, la siente pesar como una bala de cañón colgada del pie; encuentra en ella una fuerza de resistencia que vencer cada vez que aspira a ser mejor, más grande de lo que la opinión pública exige. No es posible que un hombre encadenado de tal suerte alcance un grado muy eminente de virtud. Si desdeña la opinión de la multitud, si conoce verdades que ésta no ve, si siente en su corazón la actividad de principios que a los demás no les pasan de la boca; si quiere dar a su conciencia más de lo que se acostumbra entre las gentes, hallará en el matrimonio rémora tristísima –a no ser que su esposa, por rara casualidad, también se eleve sobre el nivel común.⁵³

La idea es cristalina en su simplicidad: el hombre tiene mucho que ganar de una relación con una mujer de valor, una mujer que se considere valiosa, autónoma digna de consideración y respeto, libre de manifestar sus convicciones, de luchar por conformar un plan de vida de acuerdo con la idea que ella tenga de sí misma. Y por el contrario, aunque aparentemente no sea así, tiene mucho más que perder en una “sociedad” con una mujer en una condición de desigualdad y, sobre todo, cuando también ella interioriza tal sentimiento. Probablemente no hay nada nuevo en estas consideraciones, ya que no reflejan sino el sentido común, según el cual el tipo de compañías que una persona frecuenta determina en buena medida la formación de su carácter y de su forma de ser. Y de ahí, es decir, de las relaciones entre dos personas, a las relaciones intersubjetivas que se dan dentro de toda la sociedad, el paso es mínimo. Lo que significa, en suma, que de la consideración que una mujer recibe por parte del hombre, no porque se le concede sino porque con él ocupa un plano de igualdad,⁵⁴ depende también la consideración que el hombre tiene de sí mismo y, en última instancia, la imagen misma que una sociedad asume.

⁵² J. S. Mill, *The Subjection of Women* (1869). Uso la versión castellana *La esclavitud femenina*, Madrid, Administración, 189?, cap. XXXIII.

⁵³ *Ibid.*, cap. XXXIII.

⁵⁴ Que haya un trecho muy largo que recorrer, quizá sobre todo en el aspecto cultural es evidente, si observamos la costumbre –no siempre impuesta por normas jurídicas– de muchas mujeres, inclusive algunas que gozan de gran respeto en sus profesiones, de usar el apellido del marido en lugar del pro-

Por esta razón, y porque todo ello, en última instancia, podría contribuir a conformar una sociedad mejor, más igualitaria y equitativa, pero también orientada hacia la justicia del caso concreto, o sea, a considerar la diferencia, en un contexto social como el nuestro, donde los derechos de las mujeres se vulneran cotidianamente –en la casa, en la calle, en el trabajo, en la escuela–, hay buenas razones para ver en las decisiones de la Corte acerca de las acciones de inconstitucionalidad que tenían por objeto las reformas de Baja California y de San Luis Potosí, una ocasión perdida. Una ocasión perdida porque el contexto en que se generaron las reformas, como una respuesta a lo legislado acerca del aborto en el Distrito Federal, así como al fallo de la Corte sobre las acciones de inconstitucionalidad que fueron interpuestas, determinaba unas condiciones favorables para establecer una visión homogénea y generalizada, desde la jurisprudencia de la Corte, acerca de cuestiones tan controvertidas como las que se relacionan con la bioética y con el cuerpo de las mujeres. Aborto, procreación asistida, uso de métodos anticonceptivos, en suma, todo aquello que se suele reconducir a la idea de derechos reproductivos, son temas cuya enorme complejidad –moral y jurídica, no menos que social– llaman en causa decisiones trágicas⁵⁵ que sujetos de carne y hueso se ven obligados a tomar, en razón de hechos y circunstancias no siempre derivadas de decisiones libres en determinados momentos de sus vidas. Una decisión trágica, en el caso de un embarazo no deseado, consiste precisamente en que cualquier opción que tome el sujeto que decide, la mujer, la conduce hacia un sendero problemático del que quizá muchos individuos de sexo masculino no son capaces de imaginar

pío. Desconcierta, en efecto, esta especie de “sumisión” psicológica aún en sociedades como la estadounidense, la francesa y la alemana –las menciono porque acerca de ellas conozco fuentes dignas de consideración– de mujeres que por sí mismas, por los resultados de su propio trabajo, no parece que tuvieran ninguna necesidad de demostrar su valía recurriendo al nombre del marido (del cual, en ocasiones, incluso se han divorciado). Por otra parte, cuanto sea arduo ese camino desde el punto de vista cultural, se demuestra también en el hecho que *A Theory of Justice*, el celebrado –con toda razón– libro de John Rawls no contiene sino marginalmente consideraciones acerca de la problemática de género. Sostiene en ese sentido Susan Moller Okin “por un lado [...] una aplicación coherente y sincera de los principios liberales rawlsianos de justicia puede conducirnos a retar radicalmente el sistema de género de nuestra sociedad. Por el otro, en la descripción de Rawls de la propia teoría este reto está solamente señalado y muy poco desarrollado”. *Cfr. Justice, Gender, and Family*, Nueva York, Basic Books, 1989 (trad. mía de la versión italiana: *Le donne e la politica. La famiglia come problema politico*, Bari, Dedalo, 1999, p.150).

⁵⁵ Véase G. Calabresi y P. Bobbit, *Tragic Choices*, Nueva York, W.W. Norton & Company, 1978. Los autores, como se sabe, examinan las políticas públicas puestas en acto por una sociedad, toman decisiones atribuyendo recursos a un sector de la vida pública en lugar de otro (a comprar instrumentos médicos para realizar las diálisis a quienes padecen de insuficiencia renal grave o bien a comprar equipo de guerra, por ejemplo), y establecen que en un contexto de escasez de recursos la opción por un sector u otro constituye una decisión trágica.

las implicaciones.⁵⁶ Bien si se decide abortar, bien si decide llevar a término el embarazo, en ambos casos la mujer se encuentra, como se suele decir, entre la espada y la pared, entre Escila y Caribdis, pues para evitar las consecuencias de abortar se cae en los brazos de las consecuencias de tener un hijo en condiciones que se consideran no favorables, y viceversa. Cuando en un contexto de decisiones trágicas se imponen autoritativamente, mediante el derecho, direcciones que los sujetos deben tomar en sus acciones, no sólo se empuja a un ser racional a tomar opciones que quizá libremente no siente como suyas, sino que también se pone en jaque su autonomía en lo que respecta a sus decisiones sobre sus propios planes de vida, en tanto que es individuo moral y racional. De esta manera, además se contribuye a debilitar la consideración de una persona hacia sí misma, es decir, a poner en duda su propia dignidad, así como, por otro lado, la imposición forzada de una decisión también contribuye a crear en las personas una imagen de sí, en la que la idea de responsabilidad de las propias acciones ocupa un lugar marginal, periférico. Esto tiene que ver, es claro, en última instancia, con la participación activa de una persona en la vida de su propia comunidad, como sujeto racional. Y finalmente, la imposición autoritativa de proseguir con un embarazo no deseado tiene también fuertes repercusiones negativas acerca de la fuerza normativa del derecho y de sus normas, pues es una constante histórica el hecho de que nunca las legislaciones represivas del aborto, que es antiguo como la vida misma, han logrado evitar que las mujeres busquen el modo de interrumpir una gravidez que perciben como contraria a sus planes de vida.

Más allá, entonces, de un discurso que, en manera del todo legítima, se construye alrededor de la dignidad de la mujer y sus derechos como igual, pero también como diferente, al menos por consideraciones de naturaleza pragmática, me parece que si la Corte hubiese tomado otra dirección⁵⁷ no sólo no habríamos perdido to-

⁵⁶ Sobre la capacidad de los hombres para comprender a las mujeres, las reflexiones de Mill son más actuales de lo que se pueda pensar. Él sostiene que algunos hombres, por el hecho de haber realizado "comercio de galantería" con muchas o muchísimas mujeres, están convencidos de conocer a la mujer perfectamente. Mill dice que si son buenos observadores y si a la cantidad se une la calidad, es probable que conozcan algo del carácter femenino, pero que en todo lo demás son unos completos ignorantes, ya que frente a ellos es cuando la mujer disimula mejor. Es el marido, el compañero podríamos decir hoy, quien está en las mejores condiciones de conocer a la mujer en todo su carácter, pero esta posibilidad está limitada, dice Mill, por el hecho de que si una persona se percibe, y así la perciben los demás, como un ser sometido a la autoridad de otro, mal se le puede pedir sinceridad y autenticidad (J. S. Mill, *La esclavitud femenina*, cap. vi.)

⁵⁷ Hay que recordar aquí, para redimensionarlas, las estrategias que someten a críticas el control de constitucionalidad en virtud del argumento contramayoritario. Sobre el tema véase A. M. Bickel, *The Least Dangerous Branch. The Supreme Court at the Bar of Politics*, Indianapolis, Bobbs-Merrill Educational Publishing, 1962. J. H. Ely, *Democracy and Distrust. A Theory of Judicial Review*, Cambridge (Mass.)/Londres, Harvard University Press, 1980. Algunas críticas a este argumento: L. H. Tribe, *American Cons-*

dos los participantes en el juego democrático, una ocasión formidable, sino que podríamos haber obtenido una pequeña victoria para la construcción de una sociedad mejor.⁵⁸ En este sentido, me parece que a pesar de los indudables logros, si bien algunos sólo a nivel formal, en cuanto a la inclusión de todos los seres humanos en una esfera de igualdad, y a la tutela de las diferencias que puedan generar un tratamiento desigual, las palabras de Mill pueden todavía enseñarnos mucho, cuando afirma decididamente, en relación con las condiciones de su tiempo, pero con palabras que suenan bien en el nuestro, que las relaciones sociales entre ambos sexos, cuando determinan la sumisión de uno de ellos –la mujer– en nombre de la ley, son negativas en sí mismas, y constituyen hoy uno de los mayores obstáculos para el progreso de la humanidad.⁵⁹ Nada mejor que usar, para concluir, las palabras del mismo Mill:

Representaos la perturbación moral del mocito que llega a la edad viril en la creencia que, sin mérito alguno, sin haber hecho nada que valga dos cuartos, aunque sea el más frívolo y el más idiota de los hombres, por virtud de su nacimiento, por ley sálica, por la potencia masculina, derivada de la cooperación a una función fisiológica, es superior en derecho a toda una mitad del género humano sin excepción, aún cuando en esa mitad se encuentren comprendidas personas que en inteligencia, carácter, educación, virtud o dotes artísticas le son infinitamente superiores. Bien puede suceder que este mozo se entregue a la dirección e influjo de una mujer; sólo que, si es tonto, seguirá creyendo que esa mujer no es ni puede ser su igual en capacidad y en juicio; y si no es tonto, peor que peor, reconocerá la superioridad de la mujer, y sin embargo, seguirá creyendo a pies juntillas que, no obstante esta superioridad, tiene el derecho de mandar y ella está obligada a obedecerle. ¿Qué efecto deletéreo no producirá esta iniquidad sobre su carácter?⁶⁰

titutional Law, Nueva York, The Foundation Press, 1988; C. S. Nino, *La constitución de la democracia deliberativa*, Barcelona, Gedisa, 2001. Un punto de equilibrio en F. J. Laporta, “El ámbito de la constitución”, en *Doxa*, núm. 24, 2007, pp. 459-484. Más allá de otras consideraciones que pudieran venir al caso, lo cierto es que las modalidades de funcionamiento de la Suprema Corte en nuestro país, cuando se trata de declarar la invalidez de leyes contrarias a la Constitución (requiriendo una mayoría reforzada, de ocho votos sobre once), evidencian que el control de constitucionalidad puede asumir formas específicas que necesitan una fuerte convicción entre los miembros de la Corte; lo que puede determinar, como en los casos de Baja California y San Luis Potosí, más bien una “dictadura” de la minorías.

⁵⁸ Cfr. J. S. Mill, *La esclavitud femenina* (cap. xxxiv): “La regeneración moral del género humano no empezará realmente hasta que la relación social más fundamental se someta al régimen de la igualdad, y hasta que los miembros de la humanidad aprendan a consagrar el mayor cariño, la más santa adoración, la amistad más indestructible, a un ser *igual suyo* en capacidad y en derecho”.

⁵⁹ *Ibid.*, cap. i.

⁶⁰ *Ibid.*, cap. xxviii.

MIGRACIONES DE GÉNERO, NEUROÉTICA
Y LAICIDAD

“NO HAY DOS SIN TRES”. BIOÉTICA, TRANSEXUALIDAD Y TRANSGÉNERO

Patricia Soley-Beltran

Introducción

La transexualidad, el transgénero y otras migraciones de género como prácticas y categorías médicas han estado atravesadas por cuestiones de bioética desde sus inicios. El impulso que movió a un sector de la clase médica a acuñar la distinción sexo/género como parte de los protocolos de tratamiento y etiología de la denominada disforia de género, puede considerarse como una acción inspirada por una ética humanista, pues su fin era aliviar el sufrimiento de los pacientes que declaraban sentir un doloroso desacuerdo entre su identidad –masculina o femenina– y su morfología física. Desde sus inicios como categoría psicológica, la distinción sexo/género ha tenido un largo recorrido al ser adoptada por la segunda ola del movimiento feminista como categoría sociológica, con el fin de articular la lucha en contra de la noción de la biología como destino y causa “natural” de la división del trabajo y roles sociales.¹

Es precisamente desde los desarrollos posteriores a las corrientes feministas de segunda ola y el activismo de género, junto con otras corrientes provenientes de la historia y la sociología del conocimiento científico, que se ha criticado tanto a la

¹ Actualmente, la importancia discursiva de la distinción sexo/género sigue siendo clave para comprender algunos de los actuales debates en torno a la constitución de la identidad de género y la lucha por los derechos de las mujeres, las minorías sexuales y la comunidad transexual y transgénero. Para una revisión más detallada de la evolución de la distinción, véase P. Soley-Beltran, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*, Barcelona, Bellaterra, 2009; P. Soley-Beltran, “¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones”, en D. Maffia (ed.), *Sexualidades migrantes: género y transgénero*, Buenos Aires, Feminaria, 2003, pp. 59-85.

dicotomía naturaleza/cultura que subyace a la definición del transexualidad como patología y práctica médica, como a la producción de “la verdad” del género que actúa como reguladora y generadora de parámetros de normalización social. Categorías como “transexualismo”, “transvestismo” y “transgénero” operan como categorías productivas, en el sentido foucaultiano del término, alrededor de las cuales se gestionan los significados de género y sexualidad. Esta función reguladora, quizá no prevista en el construccionismo extremo y de intenciones liberales de algunos de los responsables de la definición del transexualismo como categoría médica, actúa no sólo mediante la enunciación de las patologías “de género”, sino también a través de los marcos legal y terapéutico desarrollados en torno a ellas.

En este artículo examinaré los diferentes marcos en los que se encuadran las prácticas de migración de género. Dentro del marco terapéutico, revisaré brevemente la evolución histórica de la etiología de la transexualidad y su tratamiento, así como las críticas que ha generado este marco discursivo desde diversas perspectivas. Seguidamente, presentaré datos sociológicos que muestran la circularidad de los procesos de identificación y diagnóstico, así como la interacción del discurso médico con las nociones folk de masculinidad y feminidad. A continuación, reflexionaré sobre las paradojas que rodean a los movimientos por la despatologización. Para finalizar, avanzaré algunas reflexiones acerca del binarismo sexo/género hegemónico que caracteriza el actual marco de regulación y el posible desarrollo de un nuevo marco social más inclusivo y respetuoso con la diversidad de género.

Mi objetivo general es proveer herramientas de análisis para mejorar la comprensión de los diferentes marcos discursivos que se entrecruzan en la constitución del género normativo, como aquello que se da por sabido y lo que se considera como desordenado o patológico. Mi punto de partida teórico es una lectura sociológica de la teoría performativa del género de Judith Butler,² que es, a su vez, heredera de las consideraciones de Michel Foucault³ acerca de las categorías identitarias. Consideraré al cuerpo sexuado (o el “sexo”, entrecomillado en términos de Butler) como un artefacto –fruto de una interacción constitutiva entre categorías sociales definidas colectivamente y una entidad física inaprensible fuera de estas categorías–, pero que se vive y se experimenta como un ente “natural”. Desde esta perspectiva, me aproximo a las prácticas e identidades trans⁴ como ejem-

² Véase Judith Butler, *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad* [1990], México, Paidós/PUEG, 2001, y J. Butler, *Deshacer el género* [2004], Barcelona, Paidós, 2006.

³ Véase Michel Foucault, *The History of Sexuality*, Londres, Allen Lane, 1976, y M. Foucault, *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*, en L. H. Martin, H. Gutnam y P. H. Hutton (eds.), EUA, The University of Massachusetts Press, 1988.

⁴ En este artículo utilicé el vocablo *trans* como término paraguas para englobar diversas identidades, tales como transgénero o transexual, excepto cuando me refiero a la transexualidad, en el sentido médico del término, o cuando éste es el término utilizado por mi informante. Debe tenerse en cuenta sin

plos de las idealizadas normas de género que rigen la vida de todos los hombres y las mujeres. Las personas migrantes de género ocupan un espacio fronterizo situado en los márgenes de lo que los discursos hegemónicos definen como la normalidad, y es precisamente en este espacio liminal donde podemos observar la construcción de las propias normas.

Parto de una noción de las categorías identitarias (hombre, mujer, transgénero, transexual, etc.) como categorías de conocimiento cuyo significado es definido colectivamente. Si la normalidad se encuadra exclusivamente en un marco binario hombre/mujer, cualquier comportamiento o identidad que se desalinee será considerado un “tercero en discordia”, cuya integración social se busca alcanzar mediante la medicalización. La migración de género marca un espacio transitorio, peligroso y considerado como abyecto, cuyo rol simbólico es la afirmación de la normalidad de la dicotomía del “sexo”: dos categorías discretas y claramente delimitadas. En la medida en que los transexuales presentan una falta de concordancia entre su propia imagen y las categorías sociales que rigen al género, el presente estudio se aproxima a ellos/as desde la perspectiva sociológica como informantes de las categorías culturales “hombre” y “mujer” y su construcción social, así como de la normatividad de los roles de género y la heterosexualidad como institución social.

El marco terapéutico

Dentro del marco terapéutico, revisaré las perspectivas médica y psicoanalítica con el fin de situar históricamente el desarrollo conceptual, diagnóstico y tratamiento de la transexualidad tal como se han concebido hasta el momento.⁵ Desde este marco discursivo, el sufrimiento que caracteriza la transexualidad y que motiva la intervención médica se concibe como un rasgo característico inherente a la condición.

embargo, que algunas personas que se identifican como transexuales no se sienten identificadas como trans. Utilizo el término trans como una categoría que incluye: personas que interfieren en sus cuerpos hormonal y/o quirúrgicamente con el fin de convertirse en un sexo diferente; personas que cambian su identidad de género pero deciden no cambiar sus cuerpos ni hormonal ni quirúrgicamente; así como transgéneros, entendidos como personas que tienen como objetivo un proyecto político para desmantelar el binarismo de género. El campo es tan diverso que cabría hablar de transexualidades y transgéneros, en plural.

⁵ Las perspectivas sobre la transexualidad y la disforia de género pueden dividirse en dos grandes grupos: la social y la biológica. Aunque ambas escuelas aceptan la influencia de múltiples factores causales, la perspectiva biológica enfatiza las causas físicas mientras que la escuela social quita importancia a la base biológica y se centra en los factores sociales. La relación que se presenta en esta sección no pretende ser exhaustiva por obvias razones de espacio. Para una compilación bibliográfica, véase P. Soley-Beltran, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*.

La perspectiva médica

En general, la mayor parte de los trabajos que se llevan a cabo en el área de la psicología, la psiquiatría y la medicina encaja con lo que Ekins denomina “el modelo médico”, puesto que en ellos los datos biográficos y psicológicos se clasifican con un objetivo diagnóstico y para su teorización etiológica.⁶ El modelo médico funciona con perspectivas biológicas y psicológicas desarrolladas con el fin de explicar la evolución de la identidad de género y el rol sexual. En este modelo, “la patología se entiende y explica en términos de una teoría preferida del desarrollo en términos biológicos, psicoanalíticos, de aprendizaje social o cognitivo”.⁷ Además de la explicación de la patología, la taxonomía es también un aspecto importante de esta perspectiva, de la cual trazaré un simple esbozo introductorio con el fin de ilustrar sus aspectos reguladores y productivos.

La evolución de la etiología del transexualismo se inició con Hirschfeld, un médico alemán quien, en 1910, acuñó el término “transvestido”⁸ para referirse a personas que gustaban de vestirse con ropa del otro sexo, y diferenciarlos de los homosexuales. Según Meyerowitz,⁹ los primeros intentos de transformar el sexo los llevaron a cabo, en 1910, científicos europeos que experimentaban con animales. En la década de 1920, algunos médicos, en su mayoría alemanes, alteraron los cuerpos de diversos pacientes que deseaban cambiar de sexo. En la década de los 30, se dieron varios casos de “cambio de sexo”, el caso más conocido fue el de Lili Elbe (conocida anteriormente como Einar Wegener), operada en 1933. En la década de 1930, las noticias de estos cambios fueron difundidas por la prensa popular norteamericana y animaron a individuos que se identificaban con el otro sexo a presionar a los médicos para lograr una transformación. No obstante, no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial que los médicos y los científicos estadounidenses se ocuparon del cambio de sexo. Aunque el término “transexual psíquico” fue utilizado por Hirschfeld en fecha tan temprana como 1910,¹⁰ no fue sino hasta 1949 que el término “transexual” fue recuperado por el sexólogo americano Cauldwell y popularizado por el endocrinólogo Benjamin a partir del 1952.

⁶ Véase R. Ekins, *Male Femaling. A Grounded Theory Approach to Cross-Crossing and Sex-Changing*, Londres, Routledge, 1997, p. 27.

⁷ *Ibid.*, p. 28.

⁸ Debe tenerse en cuenta que el término “transvestido” no es equivalente al término “travesti” que se utiliza popularmente en ámbitos de habla hispana y portuguesa. Se tratará de esta cuestión más adelante.

⁹ Véase J. Meyerowitz, *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Harvard University Press, 2004, p. 5.

¹⁰ Véase B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, Estados Unidos, Duke University Press, 1995, p. 225, n. 39.

A principios de la década de 1950, se diferenció el transexualismo del transvestismo, y se dieron a conocer entre el gran público los casos de cambio de sexo de Christine Jorgensen (1952) y Roberta Cowell (1954), aunque ya se habían llevado a cabo operaciones desde 1947 en el Hospital Cook County de Chicago.¹¹ El término “transexual” se aplicó de forma general en contextos clínicos después de la publicación de *The Transsexual Phenomenon*, escrito por el endocrinólogo Benjamin, en 1966, quien estableció la utilización del término “transexual” para referirse a pacientes que requerían un cambio de sexo y distinguirlos de los transvestidos. A partir de entonces, la transexualidad fue concebida como un desorden de la identidad de género que inducía a las personas que lo sufrían no sólo a vestirse con la indumentaria del otro sexo (actividad tradicionalmente asociada con el fetichismo y el transvestismo), sino que también “se identificaban completamente con el sexo opuesto, creían estar atrapados en el cuerpo equivocado y deseaban someterse a una operación quirúrgica para corregir este desorden”.¹²

El estudio de Benjamin fue el primero en presentar datos clínicos de un gran número de pacientes, en lugar de los estudios de caso aislados que precedieron a su publicación, y abrió el camino para las teorías de la identidad de género que le siguieron. Benjamin consideraba que la psicoterapia podía resultar útil para tratar transvestidos, pero que no lo era para tratar transexuales, el “grupo más perturbado de transvestidos masculinos”.¹³ Según Benjamin: “la psicoterapia que tiene por objetivo curar la transexualidad con los métodos actuales es un cometido inútil. La orientación de género falsa en la mente del transexual no puede cambiarse [...] Puesto que es evidente, por lo tanto, que la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, es lógico y justificable intentar lo opuesto, ajustar el cuerpo a la mente”.¹⁴ Así pues, Benjamin se convirtió en un esforzado defensor de la intervención quirúrgica, al contrario de Cauldwell, quien no la apoyaba.

La investigación del psicoanalista Stoller sobre los criterios para la diagnosis de la transexualidad y los desórdenes de la identidad de género era contemporánea al trabajo de Benjamin.¹⁵ Stoller sentó los precedentes para la amplia utilización del término “disforia de género” para indicar la “sensación de malestar acerca de la

¹¹ D. B. Billings y T. Urban, “The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an Interpretation and Critique”, *Social Problems*, 29:3 (1982), p. 269, n. 8. Para una historia de la transexualidad en Estados Unidos que presta una atención especial al papel de los medios de comunicación en su difusión y popularización, véase J. Meyerowitz, *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*.

¹² Véase L. M. Lothstein, *Female-to-Male Transsexualism. Historical, Clinical and Theoretical Issues*, Londres, Routledge, 1983, p. 56.

¹³ Benjamin, citado en B. Hausman, “Demanding Subjectivity: Transsexualism, Medicine, and the Technologies of Gender”, *Journal of the History of Sexuality* 3:2 (1992), p. 280.

¹⁴ H. Benjamin, *The Transsexual Phenomenon*, Estados Unidos, Julian Press, 1966, p. 91.

¹⁵ En 1958, Stoller estuvo implicado en el célebre estudio de la transexual Agnes que llevó a cabo el etnometodólogo H. Garkinkel, *Studies in Ethnomethodology*, Reino Unido, Polity Press, 1967,

propia identidad como hombre o mujer que se percibe como opuesta al propio sexo físico”,¹⁶ y que se contraponen a una supuesta euforia de género, es decir, el sentimiento de bienestar en el propio género. La “disforia de género” fue el término mediante el cual se trataba de despejar los problemas conceptuales del diagnóstico que no habían sido todavía resueltos después de una complicada historia de usos y definiciones de los términos “transvestido”, “transexual” y otros. La “disforia de género” abarcaba un ámbito más amplio que “transexual”, puesto que incluía a todos aquellos que sentían “un profundo malestar con el propio rol físico y sexual”.¹⁷ Según Hausman, desde 1970 la “disforia de género” empezó a sustituir el término “transexual” aunque, como diagnósticos, ambos términos coincidían en considerar la petición de cirugía del paciente como un “síntoma primario” del desorden.¹⁸ Así pues, la “disforia de género” se convirtió en un término paraguas que incluía transexuales, transvestidos y homosexuales afeminados pasivos.

Stoller concebía el género como un sentimiento interior que constituía la identidad nuclear de la persona (*core gender identity*). Un sector de la psiquiatría teorizó esta convicción interior como un desarrollo muy maleable de la primera infancia, pero advirtió que “cuando el rol de género de una persona empieza a estar bien establecido, intentar revertirlo conlleva un peligro psicológico extremo”.¹⁹ Se creía que, a causa de una supuesta raíz biológica, ciertos sujetos presentan una discordancia entre su “género” y su “sexo”.²⁰ Dado que se concebía al “género nuclear” como inalterable, la única opción viable para aliviar el sufrimiento de los pacientes era operar anatómicamente, es decir, intervenir el cuerpo “sexuado”, con el fin de lograr la prescrita y deseada coherencia entre el “sexo” y el “género”.

En suma, se considera al transexualismo como una afección que concierne la identidad nuclear de la persona en oposición a la acción de vestirse con la ropa del

¹⁶ Véase R. Ekins, “Half worlds between the sexes: popular press coverage of transvestism and transsexuality, 1949-1959, Part I, *Archive News: Bulletin of the Trans-gender Archive* 2:1 (1990), p. 3.

¹⁷ Koranyi, citado en R. Ekins, “Half Worlds Between the Sexes: Popular Press Coverage of Transvestism and Transsexuality, 1949-1959”, en *op. cit.*, p. 3.

¹⁸ B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*.

¹⁹ Véase John Money, Joan Hampson y John Hampson, “Imprinting and the Establishment of the Gender Role”, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77:3 (1957), p. 334.

²⁰ En un buen número de casos se trataba de personas intersexuadas (nacidas con genitales indefinidos) que sentían que su cuerpo estaba en desacuerdo con su género o su educación. Se creía que esto era debido a haber sido sometidos a la socialización “equivocada”, es decir, una socialización en desacuerdo con su “identidad nuclear de género”. Una conocida excepción es la de Agnes, tratada por Stoller y estudiada por Garfinkel. Agnes afirmaba sufrir de una perturbación “natural” y escondió el hecho de que había estado tomando hormonas desde la juventud. Sólo años más tarde, después de su operación de cambio de sexo, Agnes mencionó espontáneamente la ingesta de hormonas que había llevado a cabo desde la adolescencia. Actualmente, se trabaja sobre diversas teorías, pero hasta el momento no se ha logrado establecer ninguna causa biológica definitiva del transexualismo.

otro sexo del transvestido, cuyo único objetivo es obtener placer sexual, y que puede ir acompañada o no de disforia de género. Como consecuencia, se concibe al transexualismo como un problema de identidad, en contraste con el transvestismo que se cataloga como un desorden fetichista. Otra importante diferencia entre transexuales y transvestidos, tal como se delinearán en el discurso médico, es que los transexuales se definen como personas deseosas de interferir con sus cuerpos tanto a nivel hormonal como quirúrgico, mientras que los transvestidos no.²¹ Desear un cambio de sexo es un rasgo esencial de la transexualidad en la taxonomía médica y califica a los sujetos como genuinos transexuales: “solicitar un cambio de sexo es [...] parte de lo que construye al sujeto como transexual: es el mecanismo mediante el cual los transexuales se identifican a sí mismos bajo el signo de la transexualidad y se construyen a sí mismos como sujetos”.²²

La perspectiva psicoanalítica

Dado que el modelo médico del transexualismo descarta la posibilidad de tratar con éxito la disforia de género con medios diferentes a la intervención hormonal y quirúrgica de reasignación de género, se deja de lado el tratamiento psicoterapéutico. Desde la perspectiva psicoanalítica, no se considera la fisiología como causa única de la diferenciación de género o sexual, pues se concede gran importancia al lenguaje, así como a los procesos de identificación particulares de cada biografía personal.

Algunas posturas psicoanalíticas critican al modelo médico por colaborar con la psicosis que se cree subyace al desorden de identidad de género.²³ Este tipo de interpretación del transexualismo asume una premisa psicoanalítica según la cual “únicamente mediante la asunción de la castración [...] el sujeto puede tomar una posición sexual como hombre o mujer”,²⁴ puesto que “repudiar la castración simbó-

²¹ Es importante tener en cuenta que hasta muy recientemente, la categoría de transvestido nunca se ha aplicado a mujeres. Más adelante revisaremos el tratamiento que le da en la actualidad el borrador del manual DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales*) de la American Psychiatric Association.

²² Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, p. 110; Bolin comparte este punto de vista: “Se decide si un individuo es transexual en base a una identidad de género cruzada que se manifiesta por un deseo sostenido de cirugía”. A. Bolin, “Transcending and Transgendering: Male-to-Female Transsexuals, Dichotomy and Diversity”, en G. Herdt (ed.), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, Estados Unidos, Zone Books, 1994, pp. 447- 596.

²³ Véase D. B. Billings y T. Urban, “The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an Interpretation and Critique”, en *op. cit.*, p. 274.

²⁴ Véase D. Evans, *Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*, Londres, Routledge, 1996, p. 23.

lica conduce al retorno de la castración en lo real, como [...] la automutilación de los órganos genitales”.²⁵ Dado que, según esta interpretación, los transexuales repudian la castración simbólica, sienten que deben castrarse a sí mismos físicamente con el fin de adoptar una posición sexual.

Otras perspectivas psicoanalíticas aseveran que “la afirmación de Stoller (1968) ‘no se conoce tratamiento para los transexuales’, puede contradecirse, bajo ciertas condiciones”.²⁶ Con base en el caso de “E.”, un paciente que fantaseaba sobre la transexualidad, Stein afirma que “al confundir muchas representaciones del yo que no están relacionadas con el género, el contraste masculino/femenino también puede disfrazar, e incluso crear, dilemas del yo”.²⁷ Stein describe a su paciente como alguien “esclavizado culturalmente”,²⁸ pues carga con visiones esencialistas de la identidad de género que le dificultan la resolución de sus problemas psicológicos de identificación. Como consecuencia, el objetivo de su terapia consistió en ayudar al paciente a “obtener una visión expandida de la feminidad, la masculinidad, el género y el yo”.²⁹

El recurso a lugares comunes de género en terapia con el fin de hallar un lenguaje común para comunicar con “E.” es criticado por Chodorow.³⁰ Esta crítica abre una interesante línea de reflexión acerca del “vacío que separa la crítica cultural avanzada del [...] psicoanálisis en el sentido de un proceso terapéutico”.³¹ Si “la subjetividad de género, la identidad de género y la sexualidad autoinfligida son construidas personalmente y variables”³² –tal como acuerdan Stein y Chodorow–, entonces la cuestión sería: ¿es posible situar el límite entre el significado social de la categoría del “género” y sus modalidades personales? La búsqueda de fórmulas para entender el “género”, en tanto categoría que atraviesa aspectos individuales, sociales y políticos del ser humano, es una tarea interdisciplinaria ya en marcha, y la posición de la persona observadora, sea terapeuta o socióloga, no es ajena a la construcción de un conocimiento que es siempre situado. Para ello, es obligada

²⁵ *Idem.*

²⁶ Véase R. Stein, “Reply to Chodorow”, *Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives*, 5:2 (1995), p. 309.

²⁷ Dimen, citado en R. Stein, 1995a, “Analysis of a Case of Transsexualism”, *Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives*, 5:2 (1995), p. 287.

²⁸ R. Stein, “Reply to Chodorow”, en *op. cit.*, p. 308.

²⁹ *Idem.*

³⁰ Véase N. Chodorow, “Multiplicities and Uncertainties of Gender. Commentary on Ruth Stein’s ‘Analysis of a Case of Transsexualism’”, *Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives*, 5:2 (1995), p. 295, así como P. Soley-Beltran, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*.

³¹ R. Stein, “Reply to Chodorow”, en *op. cit.*, p. 303.

³² N. Chodorow, “Multiplicities and Uncertainties of Gender. Commentary on Ruth Stein’s ‘Analysis of a Case of Transsexualism’”.

una reflexividad teórica y personal: “a falta de una gran teoría (de género) clara y convincente nos miramos a nosotros mismos mirando a teorías y aprendemos de ello”.³³ Para el psiquiatra y psicoanalista Baldiz, esta reflexividad conduce a un cuestionamiento de la psiquiatrización de la disforia de género y obliga al psicoanálisis a atreverse a aceptar la interrogación que plantean las manifestaciones del “género desordenado”.³⁴

Perspectivas críticas

El marco terapéutico ha sido objeto de numerosas críticas provenientes de diversas disciplinas que adoptan una perspectiva social, tales como la sociología, la antropología, los estudios culturales, la sociología del conocimiento científico o la teoría feminista. Desde estas aproximaciones, se sitúa la disforia de género en un contexto cultural, se estudian los factores sociales que influyen su desarrollo y se lleva a cabo una crítica bioética. La literatura sobre transexualidad desde la perspectiva social es demasiado numerosa y variada para ser examinada aquí en profundidad, de modo que me centraré en aspectos particularmente relevantes para las cuestiones de bioética que aquí nos ocupan.³⁵

Desde la sociología del conocimiento científico y la tecnología, se ha señalado cómo “el ‘género’ opera discursivamente para disfrazar la construcción material de los transexuales mediante las tecnologías de la práctica médica”.³⁶ Según Hirschauer, la diferenciación médica entre transvestismo y transexualismo (TV-TS) devaluó al primero y convirtió al segundo en una opción más “radical”. Desde la antropología, Bolin señala que el “esquema de género biocéntrico”³⁷ favorece a los transexuales por encima de los transvestidos porque les ofrece la posibilidad de la normalidad y la autenticidad mediante la intervención quirúrgica y hormonal, y Valentine afirma que los

³³ Véase R. Stein, “Reply to Chodorow”, en *op. cit.*, p. 310.

³⁴ M. Baldiz, “El psicoanálisis contemporáneo frente a las transexualidades” en M. Missé y G. Coll-Planas (eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Barcelona, Egales. 2010.

³⁵ De nuevo, no voy a presentar aquí una relación exhaustiva. Para una revisión más extensa de las críticas, véase Patricia Soley, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*, para una antología de cuestiones sociales y legales relacionadas con la transexualidad, véase Paisley Currah, “Gender Pluralisms and the Transgender Umbrella”, en Paisley Currah, Richard Juang y Shannon Minter (eds.), *Transgender Rights*, University of Minnesota Press, 2006, pp. 3-31.

³⁶ B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, p. 141.

³⁷ A. Bolin, “Transcending and Trasgendering...”, en *op. cit.*, p. 457.

...desarrollos de la medicina transexual fueron claves en las dinámicas que condujeron a la cancelación de la homosexualidad del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (en adelante DSM), de la American Psychiatric Association (APA) y la inclusión del *Gender Identity Disorder*, o desorden de la identidad de género (en adelante GID), así como al “orden” de las identidades en las subculturas de género/sexuales.³⁸

Para Meyer, el transexual asume un rol social que resulta idéntico al de las descripciones de los “invertidos de género” del siglo XIX,³⁹ un término desarrollado por Carl Ulrichs, quien consideraba al homosexual como el “tercer género” en el cual el alma de una mujer estaba atrapada en el cuerpo de un hombre. Como consecuencia, “en lugar de abandonar las teorías de la inversión de género, los médicos dieron al transexualismo su forma presente como una patología simbólica donde se continúa escenificando la representación de creencias anticuadas surgidas de una fuente de moralidad biológica”.⁴⁰ La propia denominación de la neovagina como “inversión genital” (la inversión física literal de los órganos masculinos para crear a una mujer) expone una noción de los genitales femeninos como órganos masculinos interiorizados que ha persistido desde Galeno hasta el siglo XVII. Meyerowitz confirma que los profesionales de la medicina que “apoyaron la cirugía de cambio de sexo asumieron una condición universal de sexo mixta, en la cual todos los hombres tenían características femeninas y todas las mujeres tenían características masculinas. Esta teoría de bisexualidad universal [...] retó la visión decimonónica del sexo binario que veía hombre y mujer como distintos, inmutables y opuestos”.⁴¹ De modo que los médicos y científicos que respaldaron la cirugía y la definición psiquiátrica de transexualidad percibían la masculinidad y la feminidad corporal como un *continuum*, y contemplaban la identidad de género como una categoría psicológica fruto de la construcción social.

Sin embargo, se han incurrido en flagrantes casos de malas prácticas y falsificación de datos, como en el caso de David Reimer (también conocido como Joan/John), tratado por Money y su supuesta prueba del construccionismo extremo que defendía. Tras una cauterización accidental de gran parte de su pene a los ocho meses de edad, Reimer fue educado como una chica, Brenda, por recomendación de Money. Sin embargo, ante su manifiesta incomodidad, un equipo de psiquiatras

³⁸ David Valentine, *Imagining Transgender: An Ethnography of a Category*, Durham, Duke University Press, 2007.

³⁹ M. Meyer, “I Dream of Jeannie. Transsexual Striptease as Scientific Display”, *The Drama Review* 35:1 (1991), p. 38.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 35.

⁴¹ J. Meyerowitz, *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, p. 5.

rival, liderado por Milton Diamond, le reasignó el género y Brenda se convirtió de nuevo en David. El caso de David y su hermano gemelo ha sido reclamado para argumentar posturas opuestas (la maleabilidad total del género *versus* la existencia de una identidad nuclear de género esencial ligada a la anatomía) cuyos únicos puntos en común parecen ser la reiteración del dimorfismo de género y la desatención hacia la compleja relación entre identidad y anatomía.⁴² Ha sido precisamente desde el movimiento de personas intersexuales (nacidas con genitales indefinidos), como el Intersex Society of North America, que se ha cuestionado la arbitrariedad y falsedad del ideal del dimorfismo de género apoyado por una bioeconomía que promueve el consumo de tecnologías (hormonales, quirúrgicas, estéticas) y que viola los derechos de niños intersexuales, llevando a cabo operaciones para definir su género. Asimismo, se dan casos de presión para operarse y de arrepentimiento posoperativo recogidas por las asociaciones de personas trans, que a menudo optan por la autohormonación para evadir el control médico, poniendo así en peligro su salud.⁴³

El modelo médico ha sido, y continúa siendo, muy criticado tanto desde perspectivas feministas como de la sociología del conocimiento por esencializar la identidad de género y convertir la disforia de género en un evento individual, descuidando así sus causas sociales y situándola fuera del alcance de la crítica política. Desde la sociología de la ciencia, Hirschauer critica el modelo médico por individualizar una disforia de género colectiva: “los transexuales son personificaciones médicas de problemas culturales” mediante las cuales la transexualidad pasa de ser “un conflicto social a uno personal”.⁴⁴ Para un sector del feminismo, la noción de disforia de género lleva a cabo “una clasificación de la opresión del rol de género como un problema terapéutico que puede remediarse con soluciones terapéuticas”.⁴⁵ La función moral que llevan a cabo los profesionales de la medicina al desarrollar el transexualismo como una categoría de la identidad que patologiza lo que considera como una desviación y reafirma así los roles tradicionales de género, ha sido atacado desde varios frentes.⁴⁶ A pesar de la propia noción de sí mis-

⁴² Asimismo, un célebre caso fue el doctor Russell Reid, quien en 2006 fue acusado de desacatar los protocolos de tratamiento de la transexualidad de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, y en 2007 fue hallado culpable. Los detalles del caso pueden hallarse en <<http://www.guardian.co.uk/world/2007/may/25/qanda.health>>.

⁴³ Gerard Coll-Planas, “La policía del género” en M. Missé y G. Coll Planas, *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Barcelona, Egales. 2010, pp. 62-63.

⁴⁴ Stephan Hirschauer, “The Medicalization of Gender Migration”, *The International Journal of Transgenderism* 1:1 (1997), pp. 1-8. <<http://www.symposion.com/ijt/i/jtc0104.htm>>.

⁴⁵ J. G. Raymond, “The Politics of Transgenderism”, en Richard Ekins y David King (eds.), *Blending Genders. Social Aspects of Cross-dressing and Sex-changing*, Londres, Routledge, 1996, p. 9.

⁴⁶ Véase D. B. Billings y T. Urban, “The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an Interpretation and Critique”, en *op. cit.*, y J. G. Raymond, *The Transsexual Empire*, Londres, The Women’s Press, 1980.

mos como promotores de “actitudes sobre la sexualidad más ilustradas y liberales y científicas”, el trabajo de médicos e investigadores, tales como el de los “padres” de la transexualidad: Benjamin, Money, Stoller y Green, “refleja una actitud hacia el género muy tradicional” y sanciona un “trans-género institucionalizado” que mantiene “el sistema de género de una sociedad mediante la separación del género del mismo principio que le provee de su fundamento aparente”.⁴⁷ De modo que, para Shapiro, “dirigirse a las cuestiones de género mediante la cirugía de cambio de sexo es un poco como acercarse a dermatólogos para resolver el problema de la raza”.⁴⁸

Dado que el rechazo del entorno social no es tenido en cuenta como causa de la disforia de género,⁴⁹ se ignoran las causas sociales del sufrimiento que se trata de remediar desde el marco terapéutico. Como consecuencia, la perspectiva social que analiza la incidencia del entorno social en el desarrollo de la disforia de género no se integra en la teorización de la condición, con alguna excepción, como el estudio comparativo entre Suecia y Australia de Ross *et al.*,⁵⁰ cuyo objetivo era investigar la influencia de factores sociales, tales como la rigidez en relación con los roles sexuales, la igualdad sexual y el comportamiento homosexual, en el número de transexuales que se presentan como pacientes. Ross *et al.* concluyeron que se da una correlación entre la rigidez de la diferenciación de rol y las actitudes homóforas en una determinada sociedad, por una parte, y el impulso de convertirse en transexual, por la otra. Es decir, según estos autores, el impulso de transexualizarse parece estar propulsado por la necesidad del sujeto de encajar dentro de los roles socialmente prescritos en lugar de presentar una desviación en el comportamiento del rol de género y la orientación sexual.

A pesar de distanciarse de la justificación filosófica para la cirugía de reasignación genital por descansar sobre “normas de género muy conservadoras que se reproducen acríticamente en algunos de los discursos y prácticas médicas que rigen la transexualidad”,⁵¹ otro importante sector del feminismo critica tanto las concepciones psicoanalíticas más tradicionales como la falta de sensibilidad en la teoría feminista de la segunda ola acerca de la posibilidad de la identificación de género trans.

⁴⁷ J. Shapiro, “Transsexualism: Reflections on the Persistence of Gender and the Mutability of Sex”, en J. Epstein y K. Straub (eds.), *Body Guards. The cultural Politics of Gender Ambiguity*, Londres, Routledge, 1991, pp. 250-272.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 262.

⁴⁹ G. Coll-Planas, “La policía del género”, en *op. cit.*, p. 59.

⁵⁰ M. W. Ross, J. Walinder, B. Lundstrom y I. Thuwe, “Cross-cultural Approaches to Transsexualism. A Comparison between Sweden and Australia”, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 63 (1981).

⁵¹ J. Butler, “Gender”, en E. Wright (ed.), *Feminism and Psychoanalysis. A Critical Dictionary*, Londres, Blackwell, 1992, p. 88.

Para autoras como Butler y teóricas *queer*, nadie asume la castración totalmente (requisito para el correcto proceso de identificación según algunas perspectivas psicoanalíticas) y, debido a esto, las identidades de género de todos los individuos, no sólo las de los transexuales, son inestables. Es precisamente en esta inestabilidad donde sitúan la fuente potencial de subversión y transformación política del género, y esperan transformaciones políticas del desafío que presenta la comunidad trans. Para Butler, siempre se da una cierta ambivalencia en el género y considera la identidad trans en un “sentido mundano”⁵² como una “presuposición de toda identidad sexual, no sólo en aquellos casos ostensiblemente aberrantes”.⁵³ Con el fin de evitar una potencial trivialización poco ética que podría derivarse de tratar la transexualidad como metáfora para la identificación de género, me dispuse a explorar las experiencias de las personas transexuales desde su propia perspectiva e investigar así los procesos de identificación y constitución del género desde su marco social.

El marco social

A continuación presentaré algunos aspectos relativos al marco social y legal de la transexualidad, explorados en un estudio empírico de colectivos trans⁵⁴ en el Reino Unido y España, como informantes de los procesos de adaptación a las normas de género de todos los miembros de la sociedad. El análisis de sus testimonios no sólo aportó datos acerca del conocimiento popular hegemónico sobre el género y la incidencia de categorías médicas en su definición, sino que también puso de relieve la compleja red de inteligibilidad que opera en la definición sociocultural de la “posición sexual”, sus variaciones culturales y su alto grado de autorreferencialidad. El estudio cualitativo consistió en doce entrevistas a profundidad realizadas a personas transexuales de Escocia y Cataluña, así como entrevistas con María Lluisa Fernández, abogada española especializada en la defensa de casos de transexualidad; algunas entrevistas complementarias se llevaron a cabo entre 1997 y 2006 con Natàlia Parés y Norma Mejía del Col·lectiu de Transsexuals de

⁵² J. Butler, “Sexual Inversions”, en D. Stanton (ed.), *Discourses of Sexuality*, University of Michigan Press, 1992, p. 88.

⁵³ J. Butler, “Contingent Foundations: Feminism and the Question of ‘Postmodernism’”, en J. Butler y J. W. Scott (eds.), *Feminist Theorize the Political*, Routledge, 1992, p. 88. Ponencia presentada en 1990, también publicada en S. Benhabib, J. Butler, D. Cornell y N. Fraser (eds.), *Feminist Contentions. A Philosophical Exchange*, Routledge, 1995, pp. 35-57

⁵⁴ Inicialmente, partí de una definición de trabajo de ‘transexual’ como aquella persona que interfiere en su cuerpo a nivel hormonal o quirúrgico con el ánimo de cambiar de género. Los nombres de las personas entrevistadas son seudónimos y siempre corresponden con el género de su elección.

Catalunya.⁵⁵ Haré referencia también a la comparación conjunta de resultados entre mi estudio y el estudio de Coll-Planas *et al.*,⁵⁶ llevado a cabo en Cataluña entre 2007-2008, con población joven gay, lesbiana y trans, con el fin de mostrar la evolución de la última década en España.⁵⁷

La citación de los estándares médicos

Es un conocido fenómeno la existencia de un “Archivo Transexual Obligatorio”⁵⁸ que recoge información acerca de la disforia de género, mediante la cual las personas transexuales se familiarizan con la etiología prevalente con el fin de “presentarse a sí mismos en los modos que creen mejorarán sus posibilidades de éxito. Los transexuales viven dentro de su propia subcultura [...] y comparten información acerca de qué estrategias son las que obtienen más éxito con los diagnosticadores médicos y psicológicos, los guardianes de las puertas a la ayuda médica”.⁵⁹ El estudio confirma y expande sobre este punto, pues las personas transexuales entrevistadas, particularmente las británicas, citaban esmerada y rutinariamente las características descritas en las directrices de Fisk para reconocer al “verdadero transexual”: “(1) una sensación experimentada durante toda la vida de ser un miem-

⁵⁵ Para el estudio completo, véase P. Soley-Beltran, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Estoy muy agradecida con todas las personas transgénero y transexuales que generosamente me han concedido entrevistas o charlas informales. Esta investigación ha sido financiada en parte por la Carnegie Trust for the Universities of Scotland y la Charitable Foundation of the British Federation of Women Graduates, a quienes expreso mi gratitud.

⁵⁶ G. Coll-Planas (dir.), G. Bustamante y M. Missé, *Estratègies, trajectories i aportacions de la gent jove trans, lesbiana i gai*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2009.

⁵⁷ P. Soley-Beltran y G. Coll-Planas, “Having Words For Everything”. Institutionalising Gender Migration in Spain (1998-2008)”, *Sexualities, Law and Sexuality*, 14:3 (junio, 2011).

⁵⁸ En inglés: *Obligatory Transsexual File*, el archivo transexual obligatorio (Stone citada en B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, 143), es decir, la carpeta que las personas transexuales guardan con datos acerca de la condición e información general acerca de los tratamientos.

⁵⁹ B. J. Risman, “The (Mis)Acquisition of Gender Identity Among Transsexuals”, *Human Science Press*, 5:4 (1982), p. 320. Este efecto es bien conocido desde fecha tan temprana como 1973, como muestra la siguiente cita: “La mayoría de pacientes que solicitan reasignación de sexo dominan completamente la bibliografía y saben todas las respuestas antes de que se hagan las preguntas” (Stoller, citado en D. B. Billings y T. Urban, “The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an Interpretation and Critique”, en *op. cit.*, p. 273). La importancia de la información que obtienen de los compañeros/as es tal que “se devalúa a los médicos y los profesionales de la salud mental como fuentes de información”, K. Rachlin, “Factors which Influence Individual’s Decisions when Considering Female-to-male Genital Reconstructive Surgery”, *The International Journal of Transgenderism*, 3:3 (1999), pp. 1-13. <<http://www.symposium.com/ijt/ijt990302.htm>>. El auge de internet ha permitido poner al alcance de un mayor número de personas, documentación relativa a la condición médica y aumentar así este efecto.

bro del 'otro sexo'; 2) una actividad temprana y persistente de transvestirse, junto con un intenso énfasis sobre la falta total de sentimientos eróticos asociados con este acto; 3) desdén o repugnancia hacia el comportamiento homosexual".⁶⁰ Revisaré a continuación cada uno de estos tres puntos.

Identidad: mente/cuerpo

Las personas transexuales experimentan una discontinuidad entre las partes corporales, las identidades y los placeres sexuales que creen deberían asociarse con ellos. Los sentimientos de alienación producidos por esta disonancia entre partes corporales y significados de género, a menudo se expresan con un tópico que pone en juego nociones dicotómicas mente y cuerpo: "la mente es mujer diciéndote que eso está mal. Así que debido a que tu mente te dice que está mal, tú asocias que aquello [sus genitales masculinos] no debería estar allí y que deberías tener algo diferente. Así que sí, te ves como si estuvieras en el cuerpo equivocado" (Gwen). El cuerpo se percibe en conflicto con la mente, es decir, como algo que obstruye la "personalidad" real del sujeto: "si no tiene salida tu propia personalidad, pues obviamente sí que tienes una sensación de atrapamiento" (Silvia). El tópico "una mente femenina/masculina atrapada en un cuerpo de hombre/mujer" encapsula la noción médica de la identidad de género como algo que reside en el "núcleo" interior de la persona, es decir, el género como una esencia "verdadera" e inmutable que viene dada por la naturaleza, que reside "dentro" del cerebro o la mente: "[mi] mente siempre ha sido hombre" (Mike, conversación personal), que corresponde a la noción de "identidad nuclear de género" de Stoller. Al buscar la integridad subjetiva, los trans exponen la dicotomía interior/exterior como un mecanismo discursivo: se describe el cuerpo como un "envoltorio" (Pamela) "externo" (María) "ajeno a mi psique *interior*" (Carol, cursivas añadidas).

Al tratar de su deseo de cambiar de sexo, los transexuales insisten en que es una cuestión de identidad y no una búsqueda de placer "sexual": "para mí, el aspecto sexual realmente no entra. De hecho, es tu presentación pública, cómo te sientes contigo misma" (Carol). De forma similar, Anne Forrester describió la transexualidad como algo "que no trata de lo que está entre tus piernas, sino de lo que está en tu mente" (comunicación personal, 9 agosto 1996). "Lo que está entre las piernas" se refiere a los genitales, así pues, al cuerpo biológico, una vez más

⁶⁰ Véase D. B. Billings y T. Urban, "The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an Interpretation and Critique", en op. cit., p. 270.

opuesto a la “mente” y al yo “interno”.⁶¹ Por lo tanto, la transexualidad se define como un problema de identidad, no de sexualidad, y de nuevo se niega cualquier relación entre cambio de sexo y sexualidad: “no era una cuestión sexual. Era una cuestión de género, era una cuestión personal” (Elsa). La operación de reasignación de género se percibe como la única solución posible: “durante muchos años he intentado encontrar un equilibrio de alguna forma en mi vida, pero, de nuevo, no ha funcionado [...] La única cosa que me queda por hacer es hacer que mi parte física esté de acuerdo con el yo interior” (Brenda). Los deseos de Ronnie revelan el mismo dualismo: “con sólo que la tecnología estuviera un poco más avanzada yo simplemente podría sacar mi cerebro y ponerlo en un cuerpo de hombre y la vida sería mucho más fácil” (Ronnie). Brenda se muestra de acuerdo con la necesidad de operarse con el fin de estar más “en línea con mi yo y más real y honesta, y todo lo demás”. En resumen, los transexuales esperan que “la op” materialice las partes físicas corporales que creen se corresponde con las identidades que perciben y los placeres deseados y “verme como / como siempre soñé que quería verme a mí misma” (Pamela).

La coherencia normativa cuerpo-género va ligada a la obediencia a una apariencia prescrita para cada género con el fin de evitar dudas en la atribución de los “genitales culturales”, es decir, las apariencias observables, como la ropa o la postura.⁶² Algunos entrevistados son conscientes del peso que tienen las apariencias: “yo creo que a la sociedad lo que le preocupa más no es tanto en si lo que eres o lo que dejes de ser, sino *lo que aparentas, lo que demuestras*. Entonces, si te adaptas a los esquemas de hombre heterosexual, mujer heterosexual y no hay ningún indicio en tu pasado, por ejemplo, pues a efectos prácticos ya eres una mujer” (Silvia). El escrutinio público de la actuación de género se evalúa en relación con los estándares de identidad de cada cultura, poniendo así de relieve sus categorías normativas y los efectos de su reiteración. Se perciben la existencia de dos cajas “la azul y la rosa” (Carol), por lo tanto: “no se puede vivir nunca con la ambigüedad. Eso es algo que es intolerable. Sólo porque la sociedad no te lo permite ¿no?” (Gabriel). En efecto, los entrevistados sentían que sólo podían pertenecer a una categoría: “si es una cuestión de escoger bandos, entonces voy a escoger el bando de

⁶¹ Esta fórmula recuerda las palabras del endocrinólogo Benjamin: “El género está situado encima, y el sexo debajo del cinturón”. Para Benjamin, el término sexo incluye la sexualidad, la libido y la actividad sexual, mientras que el género designa “la parte no sexual del sexo” (Benjamin, citado en B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, p. 125). Aquí Anne cita también una noción de identidad de género como algo que no guarda relación con la sexualidad.

⁶² S. J. Kessler y W. McKenna, *Gender. An Ethnomethodological Approach*, Estados Unidos, John Wiley & Sons, 1978.

la mujer! ¡Quiero estar en ese bando!” (Brenda).⁶³ Estas declaraciones parecen corroborar las conclusiones de Ross *et al.* sobre la influencia de factores sociales, tales como la rigidez en relación con los roles sexuales, la igualdad sexual y el comportamiento homosexual, en el número de transexuales que se presentan como pacientes.

Trans-vestirse

Los entrevistados británicos citaban con regularidad episodios de transvestismo desde la niñez: “yo me he transvestido durante veinte, casi veintitrés, años antes de finalmente enfrentarme y decidir presentarme en el mundo” (Carol) o “acostumbraba a ponerme la ropa de mi hermana, me hacía sentir mejor y representaba que podía dejar salir la persona que realmente soy” (Brenda). A pesar de la diferente relevancia del transvestismo para los transexuales masculinos –“los que son como yo siempre van con ropa de hombre, yo siempre me he vestido como un tío, con zapatos deportivos” (Ronnie)–, ellos también se refieren al sentimiento de pertenecer al otro sexo y enfatizan su elección de indumentaria desde la infancia: “me gustaban las ropas de chico” (Justin), a la madurez: “yo nunca me he puesto... falda, ni tacones, ni me he maquillado... Yo no sé lo que es un rimmel, ni sé lo que es un pintalabios porque es una cosa que no me ha atraído nunca... además nunca me he parado en un escaparate de ropa de mujer” (Gabriel).

Al iniciar mi investigación empírica en el Reino Unido, me di cuenta de que algunas personas que previamente se habían transvestido en algunas ocasiones y que, por lo tanto, podían ser calificadas como transvestidos, posteriormente decidían adoptar el rol del otro sexo a tiempo total, se sometían a cirugía y se convertían en transexuales. Estas personas hacían un gran esfuerzo para distinguirse de los transvestidos dejando claro en sus explicaciones que nunca obtuvieron placer sexual de transvestirse y justificando episodios tempranos de excitación: “acostumbraba a excitarme sexualmente al vestirme con ropa de mujer pero ahora no me excita nada. Transvestirme no es una cosa sexual PARA NADA. Es sólo YO. Mm, me gusta la ropa femenina bonita. Me gustan las sedas, el satén. Transvestirse no es una excitación sexual, por lo que a mí respecta. Soy yo. No veo que haya nada acerca de lo que excitarse porque es como me siento. Me excitaba, ¡sí! Pero creo que quizá era una excitación sexual porque era secreto, estaba vedado, era algo atrevido y un poco arriesgado” (Jane).

⁶³ Para un recuento detallado sobre los estándares de identidad citados, véase P. Soley-Beltran, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*.

En los años noventa, la distinción entre transexuales pre y posoperativos, transexualidad y transvestismo, era ampliamente utilizada en las áreas angloparlantes, parecía ser menos relevante en las prácticas de las personas transgénero en España, pues muchas transexuales femeninas feminizaban su apariencia general mediante procedimientos hormonales, quirúrgicos, cosméticos y estéticos, pero mantenían sus genitales durante un tiempo indefinido. Esta práctica denominada “transexual no operativo”⁶⁴ podía haber causado confusión entre las identidades “transexual” y “travesti” que se daba popularmente entre el público general debido a la visibilidad de las trabajadoras sexuales de origen sudamericano,⁶⁵ y que las activistas querían evitar mediante intervenciones en los medios y otras estrategias didácticas y políticas como, por ejemplo, la divulgación de la transexualidad como categoría médica diferente del transvestismo: “no es placer, es ser tú misma” (Gabriel), pues “esta cuestión es más un problema de género que de placer” (Silvia).

Sin embargo, la indumentaria tiene un importante papel en la constitución de la percepción corporal de género en ambas culturas: “esto son tejanos de mujer... es la ropa de Jane, no la de Jack. Dentro de mí siento que soy Jane poniéndome esos tejanos ajustados” (Jane). Como consecuencia de la importancia de la indumentaria y apariencia física en la interacción social, los y las entrevistadas se refieren al placer que obtienen del reconocimiento en su género transexual: “ahora me dicen: ¿qué desea el señor? Pues nada, pues esto, lo otro...” (con gesto de seguridad, Gabriel).⁶⁶ El deseo expreso de encajar dentro de los roles y apariencias socialmente prescritas denota que los estándares de identidad operan como un lenguaje, es decir, como una herramienta de comunicación y coordinación social.⁶⁷

⁶⁴ Véase Norma Mejía, *Transgenerismos: Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*, Barcelona, Bellaterra, 2006.

⁶⁵ Las travestis muestran una exuberante apariencia femenina mientras que mantienen sus genitales masculinos intactos. Para una etnografía clásica de travestis en Brasil, véase D. Kulick, *Travesti. Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes*, Estados Unidos, The University of Chicago Press, 1998.; también véase Julieta Vartabedian, “Sobre cuerpos e identidades travestis: una experiencia de campo en Río de Janeiro, Brasil”, en Encarna Bodelón y Gemma Nicolás Lazo (coords.), *Desafío(s)*, núm. 7, *Género y dominación. Críticas feministas del derecho y el poder*, Barcelona, Anthropos, 2009, para una etnografía actual sobre las migraciones corporales y geográficas de las travestis.

⁶⁶ Dada la importancia de las superficies visibles en la interacción social, la estética tiene un importante papel en la definición y la vigilancia del género. Véase P. Soley-Beltrán, *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*, y P. Soley-Beltrán, “«No-Body is Perfect». Transexualidad y performatividad de género”, en Patricia Soley-Beltrán y Leticia Sabsay (eds.), *Judith Butler en disputa. Lecturas sobre la performatividad*, Barcelona, Egaies, 2012, para una ampliación de esta cuestión.

⁶⁷ Parto de una noción del lenguaje que conlleva una teoría de la realidad, es decir, una forma específica de clasificación. Así pues, el lenguaje codifica las cogniciones restringidas comunales de una determinada sociedad. Como consecuencia, la transmisión del lenguaje y la transmisión del conoci-

Se trata de una suerte de lenguaje muy protegido por sanciones que operan mediante modos de restricción externas, tales como la vigilancia visual, la humillación, la patologización y la condena moral, la violencia verbal y física, etc.; así como por mecanismos internos, como sentimientos de azoramiento, vergüenza, degradación y abyección. La vigilancia puede iniciarse a muy temprana edad “cuando se descubrió mi tendencia yo tenía diez años y a los once me llevaron al internado. Y entonces sí que había presión social para comportarse como un hombre, ¿no?... No había nadie que estuviera más controlado y vigilado que yo” (María). El acoso en la calles es común “todo el mundo te machaca, ¿no? Te dicen tonterías allá por donde pases” (María), así como los sentimientos de azoramiento “no te sientes como *limpia*, ¿no? O sea, es una cuestión ya de *limpieza*, de *coherencia* también personal... *limpieza*, me refiero a tal y como te ve la gente también, ¿no?, un poco” (Elsa). A pesar de que la operación proporciona alivio y seguridad, la vigilancia no cesa después de la cirugía: “¿mi cuerpo ahora? Ah, el cuerpo realmente no es tan importante. La mente está tranquila en un 90%. El resto es como la gente te ve. ¿Ven a una mujer? ¿O ven a un travestido? Mi problema es cómo me ve la gente. No lo sé y creo que esto siempre me va a preocupar” (Gwen). Todas las formas de restricción muestran los estándares de identidad de la matriz como un bien colectivo protegido por la sanción colectiva.

Homosexualidad

En el modelo psiquiátrico tradicional de la transexualidad se estipulaba que los transexuales no sienten deseo sexual ninguno ni llevan a cabo prácticas sexuales, puesto que la actividad sexual implicaría obtener satisfacción de unos genitales (masculinos) que se supone que el paciente aborrece. Las personas que desean obtener la cirugía de cambio de sexo aprenden a rechazar deseos y prácticas homosexuales en sus narrativas biográficas con el fin de evitar reconocer cualquier actividad erótica que pudiera poner en peligro su diagnóstico. Puesto que en el discurso médico la etiología de la categoría “transexual” es por definición diferente de la de “homosexual”, la estabilidad del significado del término “transexual” depende de establecer y mantener una distinción entre transexuales y homosexuales –una distinción necesaria para aquellas personas que deseen obtener la cobertura sanitaria pública o de seguros médicos.

Pamela marca una diferencia al situar a los transexuales HaM “entre” los hombres homosexuales y las mujeres: “eres una cosa diferente, entre las dos cosas,

miento son el mismo proceso. Según este esquema, todo conocimiento es inseparable de la sociedad que lo elabora, puesto que las categorías clasificatorias mediante las cuales transmitimos y adquirimos conocimiento son convencionales.

¿no?” En opinión de Gabriel, la característica que distingue a los homosexuales de los transexuales es el rechazo del cuerpo: “en el caso nuestro la gente nos relaciona con las lesbianas, cosa totalmente incierta porque las lesbianas son personas que aceptan su propio cuerpo pero les gusta una mujer. A mí me gusta una mujer pero no me gusta mi cuerpo. Son dos aspectos diferentes, ¿no?... realmente lo que pasa, lo que a ti te pasa es otra cosa, es otro *nombre*, ¿no?” (Gabriel). Sin embargo, no es infrecuente citar la atracción a personas del mismo sexo como una de las características que confirman la “transexualidad” de la persona, aunque afirman sentir esta atracción desde la posición de un miembro del “otro” sexo. Por ejemplo: “es una decisión que la tomas porque te das cuenta de que no eres, no eres homosexual, ¿no? No puedes actuar como ellos porque te sientes como una mujer. Estás al lado de una mujer y quieres ser como ella” (Pamela).

Las personas transexuales españolas entrevistadas se mostraban más dispuestas a referir deseos y actividades homosexuales en su sexo “de origen” y parecían menos preocupadas por actuar de acuerdo con los estándares médicos: “cuando era adolescente, pues ya tuve preferencias, pues ya me gustaban más los hombres que las mujeres y bueno, tuve relaciones sexuales con hombres. Siendo chico tuve relaciones sexuales con hombres. Pocas, pocas, muy pocas, y además no eran relaciones sexuales como luego de mujer, ¿me entiendes? No hubieron orgasmos” (Elsa). La mayoría de los informantes españoles tendía a reconocer atracción homosexual antes de la transexualización, aunque acostumbraban a adjetivarla, o bien argumentando que no lograban el orgasmo (Elsa), o que su deseo no era “homosexual” en la medida en que se identificaban con el sexo opuesto al de su objeto de deseo (Pamela, Elies, Elsa, Gabriel). Los transexuales británicos entrevistados eran más reticentes a admitir deseo sexual hacia individuos del mismo sexo biológico. Cuando lo admitían enfatizaban con más fuerza que su identificación era con el “otro” sexo, de modo que utilizaban la misma estrategia retórica que sus homólogos españoles, pero de forma más cautelosa. Por virtud de su identificación, los informantes convierten una atracción regularmente clasificada como “homosexual” en una “heterosexual”: “¡A mí siempre me han gustado las mujeres!... Yo soy heterosexual” (Gabriel). Mediante esta re-inversión de la adscripción de su deseo se cumple así con el mandato de la heterosexualidad presente en el discurso médico y el social con el fin de lograr el diagnóstico de disforia de género, prerequisite para obtener la operación de cambio de sexo financiada por la sanidad pública.

En suma, los datos que nos proporciona el estudio del marco social del transexualismo lo establecen como una categoría autorreferencial, cuya definición y diagnóstico se sostiene de un modo circular, puesto que desear intensamente un cambio de sexo es el rasgo principal para ser calificado como transexual y, por lo tanto, merecer un cambio de sexo. Jane llega incluso a sugerir que la posibilidad del cambio de sexo quirúrgico suscita el impulso para operarse: “si no supiera que hay reasignación de género [...] no me sentiría bien pero ahí se acabaría la cuestión. De-

bido a que sé que existe la reasignación de género, sé que me pueden ayudar [...] creo que cuantas más reasignaciones de género se den, cuanto más sepa el público, se dará más y más”.⁶⁸ En consecuencia, los síntomas que declaran los pacientes son el criterio para la diagnosis obrando así de un modo circular, como una profecía que se autocumple.

La comparación intercultural entre España y el Reino Unido revela diferencias y similitudes en la mayor fidelidad o laxitud en el discurso verbal y las prácticas relativas al grado de adecuación a los estándares médicos: 1) se citaba en ambos la dicotomía mente/cuerpo, artificial/natural, sujeto/objeto para articular la condición disfórica; 2) las entrevistadas británicas enfatizaban “la *gran* diferencia entre travestido y transexual” en contraste con la mayor laxitud en las prácticas en España; 3) las transexuales españolas tendían a declarar espontáneamente inclinaciones homosexuales y apoyar la libertad de la orientación sexual en público y en privado, a diferencia de sus homólogos. Estas diferencias parecen ser debidas a la mayor influencia del modelo psiquiátrico y a los requisitos del sistema sanitario público británico que exige la citación correcta de la narrativa estándar. Un par de informantes británicas (Jane y Brenda) me intimaron en conversación privada posterior a la entrevista que nuestra charla les había servido como ensayo para la autonarración que debían llevar a cabo en su primera cita con la autoridad médica encargada de aceptarles como transexuales genuinos y dar el visto bueno a la cirugía de reasignación.

La citación normativa era más débil en España que en el Reino Unido en el momento del estudio, pues la financiación pública de la operación de cambio de sexo era inexistente, liberando así a los transexuales del estímulo económico para conformarse: “aquí como no entra por la Seguridad Social, no tienes que justificar nada. Vas con tu dinero, ta, ta... [hace gesto de pagar apilando billetes]” (Gabriel). En suma, los esfuerzos que realizan los entrevistados para citar fielmente los estándares médicos, así como los estándares de identidad *folk* de género, ponen de relieve la circularidad de sus autoadscripciones en la medida en que sus narrativas están basadas en el conocimiento previo de los estándares médicos que rigen la diagnosis de la transexualidad, así como en las normas que rigen las categorías hombre/mujer en la cultura en la que se insertan.

⁶⁸ Este fenómeno también ha sido observado por Hirschauer: “La presentación pública de la cirugía genital [...] estimuló una alta demanda de operaciones [...] gran parte de la intensa motivación que hallan los médicos en sus pacientes se moviliza por el propio tratamiento médico”, S. Hirschauer, “The Medicalization of Gender Migration”, en *op. cit.*, p. 5.

El marco legal

Con relación al entorno cultural,⁶⁹ cabe destacar otra significativa diferencia surgida de la menor medicalización del transgénero en España que concierne la gestión de la reorientación documental. En el Reino Unido, ésta acostumbraba ser parte de la prueba de la vida real⁷⁰ y una precondition de la operación. En el entorno español, previo a la ley del 2007,⁷¹ los procedimientos jurídicos para la reorientación documental ponían también de relieve la autorreferencialidad de la atribución de género al mostrar que la decisión de las autoridades judiciales para aceptar el cambio legal de sexo acostumbraba a basarse en si la persona en cuestión es tomado por un hombre o una mujer por su entorno social. Dada la importancia personal y social de los nombres, no es sorprendente que la reorientación documental sea una cuestión de gran relevancia para los transexuales: “el cambio de documentación... es muy importante. Más, incluso, que la operación” (Gabriel). Efectivamente, la reorientación documental es un aspecto importante de todo el proceso de reorientación de género,⁷² especialmente en aquellos países donde el *Documento Nacional de Identidad* es ubicuo en la vida social.⁷³

Para lograr el cambio de sexo legal después de una operación de cambio de sexo y del cambio de nombre (dos procedimientos distintos), los transexuales españoles debían presentar una solicitud a un juzgado. Los abogados de los transexuales defendían su caso echando mano a un antigua doctrina del Código Civil llamada “Fumus del buen derecho”, también conocida como la teoría de la apariencia de la buena justicia, que protege la apariencia o ficción. Dado que los jueces espa-

⁶⁹ Para una referencia más completa a la situación legal en España en el momento de redacción de este artículo, véase P. Soley-Beltran y G. Coll-Planas, “‘Having Words For Everything’. Institutionalising Gender Migration in Spain (1998-2008)”, en *op. cit.*

⁷⁰ Generalmente, antes de someterse a la cirugía, se exige a los aspirantes a tratamiento que vivan durante un periodo que puede oscilar entre 2 meses y 3 años en el género que perciben como propio. Durante esta “prueba de la vida real” se espera que los transexuales vivan en su “nuevo” sexo a tiempo total y den a conocer su condición a su entorno familiar, social y profesional. Esta prueba es muy controvertida pues requiere “pasar inadvertido/a” sin que se hayan proporcionado los medios quirúrgicos para aparecer como el “nuevo” sexo

⁷¹ Boletín Oficial del Estado (BOE), “Ley 3/2007”, 1 de marzo, *Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. Boletín Oficial de las Cortes Generales 89, 8 de marzo de 2007.

⁷² M. E. Petersen y R. Dickey, “Surgical Sex Reassignment: A Comparative Survey of International Centers”, *Archives of Sexual Behavior*, 24:2 (1995), p. 142.

⁷³ El psiquiatra y psicoanalista español Manuel Baldiz llega a considerar el impacto simbólico del cambio de nombre como equiparable o superior al de la cirugía de reasignación de género (además de menos arriesgado). M. Baldiz, “El psicoanálisis contemporáneo frente a las transexualidades”, en M. Missé y G. Coll-Planas (eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Barcelona, Egales, 2010, p. 152.

ñoles daban por sentado que el sexo es una categoría puramente biológica y cromosómica,⁷⁴ los abogados defendían una ampliación de la noción del sexo que incluyera factores sociales, psicológicos y funcionales. Para apoyar dicha ampliación y persuadir a los jueces de lo apropiado de conceder el cambio de sexo legal a la persona transexual, los abogados apelaban a la doctrina de la apariencia de buena justicia. Lo hacían de una manera indirecta requiriendo un cambio de nombre al mismo tiempo que se requería un cambio de sexo. El propósito de la solicitud del cambio de nombre no sólo obedecía al deseo de la transexual de tomar un nuevo nombre (feminizar el suyo propio es una opción más fácil en el sistema jurídico); había también una razón estratégica. El segundo propósito de la solicitud venía dado por los mecanismos involucrados en el procedimiento del cambio de nombre. Dichos procedimientos conllevaban investigar si la persona en cuestión era conocida por su entorno social por el nombre que desea adoptar,⁷⁵ a través de entrevistas con colegas, vecinos, familia, amigos, etc., del individuo en cuestión. Dichos procedimientos y la autorreferencialidad que demuestran quedan ahora encapsulados dentro del requisito de dos años de prueba de la vida de real.

Esta evidencia no sólo ofrecía testimonio de la familiaridad del entorno social del individuo con el nombre requerido, sino que ilustraba, de una manera indirecta, el nivel de aceptación social en su “nuevo” sexo. La aceptación social confirmaba el derecho de los transexuales a un nuevo nombre, revelando así que él o ella poseen la apariencia “correcta” y “apropiada” y se conducen de acuerdo con las normas de conducta prescritas para su nuevo sexo. Dado que, como mostraron Kessler y MacKenna,⁷⁶ la aceptación social constituye el ingreso como miembro de una comunidad, los procedimientos para el cambio de nombre apoyan la solicitud para el cambio de sexo legal. De esta manera, haciendo uso indirecto de la doctrina de la apariencia de la buena justicia a través de los procedimientos que apoyan la solicitud del cambio de nombre, los abogados demuestran que los transexuales cumplen con los requisitos de la “correcta” apariencia —es decir, encajan en los estándares de identidad social— y requieren la aprobación del juez de lo que es ya un hecho.

Por lo tanto, la decisión de las autoridades judiciales de aceptar el cambio legal del sexo se basaba en si la persona en cuestión ya era tomada por un hombre o una mujer por su entorno social. Esto es claramente un proceso autorreferente o circular basado en convenciones acerca del género, dado que la persona transexual es sancionada como hombre o mujer por las autoridades legales sobre la base de la

⁷⁴ Según la señora Fernández, en 1998 los abogados raramente acostumbraban utilizar el término género, dado que los jueces comprenden mejor el término sexo.

⁷⁵ Tal como menciono en la sección previa, los transexuales normalmente viven en su “nuevo” sexo durante un periodo antes de proceder a la operación de cambio de sexo, por lo tanto, acostumbran a estar rodeados de un entorno social ya familiarizado con su “nueva” identidad.

⁷⁶ S. J. Kessler y W. McKenna, *Gender. An Ethnomethodological Approach*.

aceptación social de su nuevo género previa a la investigación. Como consecuencia, la definición de transexualismo y su aceptación social depende de una decisión colectiva representada por aquellos que se considera disponen de autoridad para decidir: el entorno social, los profesionales de la medicina y los jueces.

La reorientación documental es equivalente a la sanción social del cambio. Permite a los transexuales pasar inadvertidos con más éxito y establecer su identidad con la ayuda de la autoridad legal. Además, la reorientación documental funciona como una especie de incentivo para la operación de cambio de sexo ya que, hasta la ley del 2007,⁷⁷ era un prerrequisito para renovar la documentación: “la gente tiende quizá a operarse, pero... quizá no es tanto lo que se busca el placer sino la realización como mujer, o sea, en el caso de documentación, en cuanto a derechos, a efectos judiciales... si tienes una sentencia judicial que reconoce tus derechos, la sociedad es más, eh, digamos que, es más fácil la integración porque te adaptas un poco a los esquemas” (Silvia). Después del cambio legal de sexo, la persona transexual se convertirá en un hombre o una mujer para todos los efectos.⁷⁸

Estos procedimientos permiten discernir la interacción discursiva entre el discurso médico y el conocimiento *folk* sobre sexo/género. Por una parte, el discurso médico se refiere a los tópicos sexológicos *folk* y refuerza el conocimiento popular. A su vez, el saber *folk* está informado por el discurso médico y también lo refuerza. Como consecuencia, las autoadscripciones de los transexuales revelan una doble circularidad en su citación de estándares médicos, puesto que dichos estándares están influidos por las normas sexológicas *folk*. Hemos visto cómo la institucionalización del transgénero funciona como un mecanismo para controlar la desviación de género y reforzar el conformismo, en la medida en que sitúa a nivel individual, nunca a nivel colectivo, un problema relacionado con categorías definidas colectivamente. Para resolver lo que se presenta como un desorden que afecta a determinadas personas, la medicalización ofrece el tratamiento de la transexualidad

⁷⁷ Boletín Oficial del Estado (BOE), “Ley 3/2007”, 1 de marzo, *Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. Boletín Oficial de las Cortes Generales 89, 8 de marzo de 2007.

⁷⁸ En España, hasta la aprobación en 2007 de la “Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”, *idem.*, las excepciones eran el matrimonio y la adopción. Aún así, según la abogada Fernández, anteriormente en España se dieron algunos casos de matrimonios entre transexuales aprobados legalmente. Actualmente, en España se da una contradicción entre la posición del Tribunal Constitucional, contrario al reconocimiento del derecho al matrimonio de los transexuales, y las instancias ordinarias de los juzgados que sancionan este derecho. Aunque el Tribunal Constitucional ha reconocido el derecho a cambiar de identidad sexual, en cuatro ocasiones ha regulado en contra de la legalidad de los matrimonios transexuales, J. López-Galiacho Perona, *La problemática jurídica de la transexualidad*, Madrid, McGraw Hill, 1998, pp. 320-333. Actualmente, en España, una vez obtenido el diagnóstico de disforia de género por un especialista y transcurridos dos años de vida en la nueva identidad de género (no es necesario operarse), se obtiene el cambio del certificado de nacimiento y se puede contraer matrimonio.

como una “cura” para un padecimiento que ha sido parcialmente provocado por la rigidez de las normas sociales.

To trans or not to trans?, paradojas de género

Entre 1998 y 2008, la evolución del panorama legal, asociacionista y activista en España ha sido tan rápida que podría calificarse como una “década prodigiosa”. Los cambios fundamentales son cuatro: el reconocimiento legal y sanitario del transgenerismo junto con un mayor grado de institucionalización de los tratamientos médicos y sociales, la eclosión de los movimientos sociales y asociacionismo, el incremento del acceso al conocimiento médico por parte de la comunidad, y una proliferación de categorías clasificatorias que se desarrolla junto con una creciente institucionalización de la etiqueta “transexual” en un contexto de citación muy cambiante.⁷⁹

Hace una década, los entrevistados españoles tendían a asociar la ciencia médica y la institucionalización del transexualismo con modernidad y consideraban la mayor medicalización, presente por ejemplo, en el Reino Unido, como indicación de una sociedad más racional, superior y avanzada que la suya propia. El colectivo transgénero establecía alianzas parciales con la profesión médica para luchar en contra de lo que consideraban un orden moral y religioso “retrasado” que condena el transgenerismo como una forma de “vicio” (Pamela) por alterar el cuerpo, entendido como un hecho “natural” “que Dios le ha dado” (Gabriel) y rechazar la alteración “artificial” del cuerpo como inapropiada e inmoral. Efectivamente, la categoría médica otorga legitimidad social y un trato terapéutico que conllevaba la aceptación social por razones humanitarias.

Sin embargo, la alianza entre el colectivo transgénero y el médico no estaba exenta de tensiones y críticas: “en España no saben realmente lo que es la transexualidad”: “piden una prueba psicológico-psiquiátrica, que es una chorrada. Una forma de sacarte dinero” (Gabriel). Se rechazaba la disforia de género como una identidad patologizadora y se reivindicaba la capacidad de agencia: “yo como opción mía, personal, decidí hacerme mujer”. A pesar de resentir el poder de la élite médica y de defender su autodeterminación, el diagnóstico puede tener un efecto reconfortante, pues no sólo proporciona aceptación social, sino también tratamiento: “cuando no sabes cómo se llama lo que a ti te pasa, piensas que realmente te está pasando algo, ¿no? Pero, cuando ves que eso tiene un nombre, tiene una solución, no, no le veo ningún problema” (Gabriel).

Mientras que en la década de 1990 los significados identitarios se negociaban principalmente entre las categorías “homosexual”, “travesti” y “transexual”, durante

⁷⁹ P. Soley-Beltran y G. Coll-Planas, “‘Having Words for Everything’. Institutionalising Gender Migration in Spain (1998-2008)”, en *op. cit.*

la última década, se ha incrementado el conocimiento público de la categoría “transsexual” y se ha institucionalizado progresivamente, mientras que han aparecido otras etiquetas identitarias desafiantes, como *queer*, *genderqueer*, transgénero o trans, que cuestionan la medicalización de la migración de género y la reproducción de roles de género. Los hombres trans han aumentado su visibilidad y su representación social dentro del activismo. En el presente, a la vez que un importante número de personas siguen identificándose como “transsexuales”, el término “travesti” todavía es utilizado por personas de origen latinoamericano y por trans femeninos de más edad, pero mucho menos por la población en general; paralelamente y de un modo creciente, la categoría “transgénero” es utilizada con una voluntad política por jóvenes e individuos que rechazan ser clasificados como “transsexuales”, cuestionan la medicalización de la migración de género y lo que perciben como una reproducción acrítica de los roles de género. Así pues, se da una proliferación de categorías que ofrece un contraste con sólo dos generaciones atrás, como ejemplifica la “abuela foucaultiana” de una participante en un forum gay-lesbiano “Mi abuela dice cosas como: hoy en día los jóvenes tenéis palabras para todo... en mi época besabas a una chica y no eras lesbiana”.⁸⁰ Aparece, pues, un complejo trenzado de términos y posiciones entre los propios migrantes y activistas de género, desde el movimiento por la despatologización y el transfeminismo, hasta la transexualidad más ortodoxa que no pretende cuestionar el binarismo de género y rehúye la confrontación política. Entre estos sectores continúa dándose la vigilancia de las fronteras identitarias con el fin de establecer la propiedad de la membresía en los grupos, incluso en los ámbitos más insospechados.

A pesar de que hace una década en España, los migrantes de género criticaban el poder de los psiquiatras, la tensión era menos intensa que en la actualidad debido a la menor institucionalización de la transexualidad como patología. Como ya se ha apuntado, las clínicas privadas ofrecían tratamientos de reasignación de género sin hacer preguntas. Los cambios en los contextos legales, sociales y médicos, la mayor medicalización de la migración de género y la compartimentalización de las categorías identitarias, parece haber conllevado un incremento del control de las categorías identitarias que muestra un cambio de énfasis de las prácticas (sexuales, indumentaria del otro género, etc.) a las identidades (gay, transsexual, transgénero, etc.). Al mismo tiempo, migrantes de género autoidentificados como transgénero, activistas del género e intelectuales se oponen a la consideración de la transexualidad como enfermedad, enfrentándose así a la mayoría de los médicos que la consideran un trastorno. Estos colectivos reaccionan en contra de la regulación de los tratamientos de reasignación de género por parte del Estado, así como del paternalismo de la institución médica, que perciben como un ataque a la auto-

⁸⁰ *Ibid.*, p. 334.

nomía personal,⁸¹ y exigen la modificación del DSM-5, actualmente en preparación.⁸² Por lo tanto, se ha pasado de reclamar la legitimidad social que ofrece la clasificación médica, a desafiar la regulación de género que implica criticar abiertamente sus efectos patologizadores y solicitar su modificación.⁸³

El movimiento por la despatologización conlleva varias paradojas inherentes en la medicalización del género en su marco terapéutico. En primer lugar, a pesar de la separación liberal sexo/género en el discurso médico, en la práctica y el discurso de los entrevistados se equipara sexo y género, y se sostiene la demanda de legitimación mediante la citación de causas biológicas (e involuntarias) del género, tales como un mal funcionamiento del hipotálamo.⁸⁴ Por consiguiente, el transexualismo como práctica pone de manifiesto una paradoja inherente a la propia distinción sexo/género como discurso articulador del transexualismo. En tanto se entiende el género como una fuerza fija que subyace a la identidad nuclear, se pone en juego un concepto normativo de género como algo que, aunque construido, no puede ser modificado si no es por vía quirúrgica. Es decir, se trata de un trastorno mental que se aborda quirúrgicamente. A aquellas personas que no se sienten cómodas dentro del género normativo, se les puede ayudar a encajar mejor socialmente mediante tratar su cuerpo como un artefacto; es decir, como un ente maleable que debe alinearse con el género. Así pues, la distinción sexo/género reifica una definición particular de género inextricablemente ligada a una forma corporal prescrita.

La cuestión de si el transexualismo es o no subversivo es una cuestión muy debatida en la que no puedo entrar aquí en detalle. En la medida en que las personas

⁸¹ Algunos hombres trans se afirman como un *self-made man* (un hombre que se ha hecho a sí mismo) con más autonomía que el resto de sujetos porque daban forma a su propio futuro (participante, conferencia Gendys' 96 ref). Esta concepción expone una noción del cuerpo como proyecto del yo que va acompañada de una noción voluntarista de autocreación radical. A menudo, esta noción se justifica en una lectura errónea de la teoría performativa de género de Judith Butler.

⁸² Estas observaciones están realizadas sobre el borrador en el momento de la investigación y cuya fecha de acceso puede consultarse en la bibliografía American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, 2012. Disponible en <<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/GenderDysphoria.aspx>> y <<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=189#>>. Consulta: 9 de marzo de 2012.

⁸³ Para una compilación de artículos reclamando la despatologización, véase M. Missé y G. Coll Planas (eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*.

⁸⁴ Para una llamada a la investigación sobre el impacto del hipotálamo, véase, por ejemplo, la bióloga trans Joan Roughgarden, *Evolution's Rainbow. Sexual and Gender Diversity in Biology*, University of California Press, 2005, p. 239. Este conflicto entre el discurso de los transexuales y el de los psiquiatras ha sido también observado por Hausman: "Los transexuales comprometen la noción oficial del 'género' como algo divorciado del sexo biológico mediante su insistente reiteración de la idea que la intersexualidad fisiológica es la causa de su identificación con el otro sexo", B. Hausman, *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, p. 141.

transgénero y los transexuales escogen una transformación corporal por no cumplir con el sexo normativo, presentan una ocasión para la inestabilidad y la subversión. La apropiación del discurso médico por parte de las personas transexuales y las *transgénero* lo trastorna de tres modos distintos: a) al reclamar la transexualidad como una elección, se reta su definición como patología; b) no manteniendo la coherencia entre el sexo y el deseo heterosexual, y c) en el caso de las *transgénero* españolas, desmontando el vínculo genitales/género. A pesar de que sea difícil afirmar qué constituye resistencia, no hay duda de que declaraciones como “yo no necesito un pene para ser un hombre. Ser un hombre es algo más que tener una gran polla” (Kenny) o “ser mujer no es una cuestión de genitales” (Silvia) efectúan una desfamiliarización del significado y desestabilización del significado de las categorías hombre/mujer. Sin embargo, este ánimo subversivo es susceptible de ser apropiado por la publicidad con el fin de sacar un provecho mercantil de la fluidez de género.⁸⁵

No faltan voces (auto)críticas incluso desde los sectores de ánimo más transgresor, como la del activista intersex y fotógrafo, Del LaGrace Volcano, quien cree que en la identidad transexual “hay un elemento de *moda*, y esto es algo que si lo dijera alguien que no fuera trans o intersex le atacarían, pero que debe decirse” (cursivas del autor).⁸⁶ Volcano matiza el auge de lo *queer* en dos ámbitos: a) el movimiento por la despatologización: “que la transexualidad puede atraer a un número importante de gente que tiene problemas de salud mental y emocional. El discurso para despatologizar la transexualidad está muy bien y es muy importante, pero no debe olvidarse que hay una incidencia muy alta de trastornos psicológicos”,⁸⁷ y b) Volcano critica el “imperativo transgresor” que “crea nuevas jerarquías dependiendo de si eres más o menos *queer* o más o menos fluido” y promueve una suerte de competición por la fluidez.⁸⁸ Volcano se posiciona en contra de la “homonormatividad o *queem*normatividad”, pues su objetivo es la ambigüedad subversiva: que “no se pueda detectar tu género biológico, que no te puedan *ver* [...] significa ser una *genderfucker* a un nivel que te hace cuestionar y darle la vuelta a la idea de que hay un verdadero género”.⁸⁹

Una segunda paradoja surge de que las etiquetas médicas estigmatizan e integran a la vez: mientras que, por una parte, se permite la intervención física para reasignar el género y “normalizar” al paciente, por la otra, esta “normalización” sólo es posible mediante una categoría psiquiátrica que implica un trastorno mental. Los transexuales y transgénero conocen bien el papel de los médicos como vigilantes

⁸⁵ P. Soley-Beltran y L. Sabsay (eds.), *Judith Butler en disputa. Lecturas sobre la performatividad*.

⁸⁶ Entrevistado en Elisabeth Massana (ed.), *Glamur i resistència. Del LaGrace Volcano and Itziar Ziga*, Barcelona, El Tangram 2011, p. 27. La traducción del catalán es mía.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 96.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 92.

⁸⁹ *Idem*. Cursivas del autor.

de las fronteras que separan la aceptación social de la marginación: “desearía que un psiquiatra... uno *mágico*, dijera: ‘eres normal’. Me encantaría, pero sé que no va a pasar” (Jane, cursivas añadidas). A pesar de que surjan de identidades capacitadas por los discursos médicos, estas demandas retan el control institucional de los tratamientos médicos, a los que consideran como una suerte de violencia de género en tanto implica la regulación legal y psiquiátrica de las normas de género, y un chantaje que opera internacionalmente en tanto promete a las personas trans una nueva vida con el cuerpo y el género deseado a cambio de su obediencia al poder del diagnóstico.⁹⁰ No obstante, el rechazo de la transexualidad como patología tiene potenciales consecuencias negativas para sus objetivos, pues si se deja de considerar una enfermedad, se pone en peligro su financiación de los sistemas de salud pública o las compañías aseguradoras.⁹¹

Los esfuerzos de los activistas para alterar el nuevo manual DSM-5 han tenido cierto efecto, pues, tras descartar la utilización de “incongruencia de género”, el actual borrador deja de hacer referencia al “Trastorno de la identidad de género” de connotaciones estigmatizantes, y se vuelve a la denominación de disforia de género. Al no descatalogar la disforia de género como condición psiquiátrica o médica, se salvaguarda su cobertura por los seguros médicos y el acceso al tratamiento. Además, debido a su “estatus inusual de condición mental tratada con hormonas del sexo contrario, cirugía de reasignación de género y transición social y legal hacia el género deseado”,⁹² la patología deja de considerarse permanente, pues desaparece tras el tratamiento. Parece haberse dejado atrás definitivamente el “cambio de sexo” y el “transexualismo” y se utiliza más ampliamente el término género, no sólo con relación al “rol de género”, sino también en lugar del término “sexo”. La descripción de la condición disfórica se centra en el deseo del “hombre natal” o la “mujer natal” de ser y ser tratado como de “otro género (o en algún género alternativo diferente del que le ha sido asignado)”, así como en el sufrimiento que de esta imposibilidad se deriva.⁹³ Cabe notar que, aunque no se haga referencia explícita al deseo homosexual como característica de la disforia de género, éste aparece en

⁹⁰ Véase J. Butler, *Deshacer el género* [2004], 2006.

⁹¹ *Idem*. Véase Tracie O’Keefe, “Gender and Sex Identity Disorder vs Sex, Gender and Sexuality Exploration”, *The International Journal of Transgenderism*, 3 (3), 1999, p. 1 <<http://www.symposium.com/ijv/index.htm>>; J. Butler, *Deshacer el género* [2004], 2006, p. xx.

⁹² American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, 2012. Disponible en <<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/GenderDysphoria.aspx>> y <<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=189#>>. Consulta: 9 de marzo de 2012.

⁹³ La ineludible intención terapéutica del DSM-5 queda recogida en el segundo grupo de características de la condición disfórica: experimentar “un sufrimiento o daño clínicamente significativo en la actuación social, ocupacional u otras áreas importantes”. También es destacable la potencial provisionalidad de categorías que se preservan “para la investigación”.

el cuestionario para evaluar la intensidad de la condición. A su vez, el transvestismo pasa a considerarse una parafilia (de modo que no comporta necesariamente un desorden psiquiátrico, si no va acompañado de sufrimiento o lesiones a terceros) y se denomina “Desorden transvéstico” (*Transvestic Disorder*) en lugar de “Fetichismo transvéstico”.⁹⁴

Quizá la novedad más destacable del borrador actual del DSM-5 sea la referencia a “algún género alternativo”, pues implica el reconocimiento de la posibilidad de un género que no se halle dentro de la lógica binaria de categorías mutuamente excluyentes: masculinidad y feminidad. No obstante, el reconocimiento es sólo parcial, pues, mientras que esta posibilidad se contempla en la descripción situada en la pestaña “Revisión propuesta”, desaparece en la pestaña de “Gravedad”, donde la palabra “alternativo” no figura en la referencia, por ejemplo, a “los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o de algún género diferente del que le ha sido asignado)”. Es obvio que se sigue reiterando una noción de lo “típico” perteneciente al discurso *folk*, pues, tal como especifica el propio manual, se “deja intacta la distinción entre el comportamiento sexual normativo y no normativo”.⁹⁵ Esto es patente en la condición infantil de disforia de género, donde se sigue haciendo referencia a comportamientos “típicamente femeninos” o “de chicos”, entre los cuales se citan la preferencia por compañeros de juegos del sexo opuesto al propio y para orinar sentados para niños varones y de pie para niñas. En suma, a pesar de que aparezca identificada la posibilidad de un género “alternativo” fuera del binario hombre/mujer, se sigue tomando como referencia los lugares comunes acerca de la indumentaria, prácticas de juego, sentimientos, reacciones, comportamientos sexuales y roles de género “típicos” o “normativos”, que, como hemos visto, dependen de un consenso social con un alto componente de circularidad y autorreferencia en su definición. Así pues, parece que desde el marco terapéutico, siguen ignorándose los factores sociales como generadores de rígidas dicotomías causa de la disforia o no se contemplan en los protocolos de tratamiento. Por otra parte, la noción de un género “alternativo” puede referirse también a las diversas organizaciones de género en culturas no occidentales que contemplan figuras de género no

⁹⁴ Se distinguen diferentes tipos de desorden transvéstico según el grado de excitación y de identificación con el género opuesto, y deja de describirse como un desorden que afecta únicamente a “hombres heterosexuales”. Se identifica un tipo de transvestismo más acusado que se da tanto en hombres en forma de “Autoginefilia... la excitación sexual surgida de la idea e imagen como mujer”, como en mujeres: “Autoandrofilia... la excitación sexual surgida de la idea e imagen como hombre”; este tipo muestra un riesgo más alto de padecer disforia de género. Véase American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, 2012. Disponible en <<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=189#>>.

⁹⁵ American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, 2012.

diádicas, a menudo denominadas como “tercer género” por estudiosos con ánimo subversivo, y sobre las cuales se tiende a efectuar una suerte de neocolonización cultural mediante su medicalización.

Una tercera paradoja deviene del hecho que la rebelión contra el control médico se lleva a cabo desde una categoría identitaria, cuya definición ha sido en parte posibilitada y visibilizada por su interacción constitutiva con un discurso médico del cual se aspira a “independizarse”. Esta aparente incongruencia queda perfectamente recogida teóricamente en la noción de sujeto de Foucault, pues a pesar de que se ha documentado la existencia de personas que han vivido como miembros del género no asignado al nacer –en tanto categoría médica, el transexualismo constituye la subjetividad transexual y la posibilita de acuerdo con unas normas que, al mismo tiempo, la limitan. A pesar de la oposición entre un sector de la comunidad transexual y el poder médico en torno a la consideración de la disforia de género como enfermedad, ambos grupos omiten lo psíquico, lo social y la participación del sujeto en la condición. Como apunta Baldiz⁹⁶ la demanda de autonomía conllevaría renunciar a la liberación de responsabilidad que trae consigo la consideración de enfermedad, y la despatologización implicaría “reconocer la responsabilidad que cada uno tiene de su goce y de sus síntomas”, pero también la posibilidad de “apropiarse de las palabras que han marcado al sujeto desde el inicio mismo de su existencia [...] acceder a tener una voz propia, un estilo de vivir que no tiene por qué estar acompañado con el estilo del rebaño”.⁹⁷ Quizá este nuevo estilo conllevaría la difícil tarea de resistirse a las fórmulas que se ofrecen para “resolver” la ambigüedad y una posible “desparadojización”.

¿No hay dos sin tres?

La medicalización de comportamientos no acordes con estrictas normas de género se da en un contexto social en el que se tiende a formular y conducir la propia vida en términos somáticos. El cuerpo generizado continúa siendo el principal símbolo para clasificar humanos en un marco binario y excluyente mujer/hombre, que no tiene en cuenta la complejidad de la relación entre género y anatomía. La definición social del género en categorías discretas masculinidad/feminidad juega un papel en la constitución de problemas de identidad que, subsecuentemente, se presentan como causados por la “naturaleza” y etiquetados como “disforia de gé-

⁹⁶ M. Baldiz, “El psicoanálisis contemporáneo frente a las transexualidades”, en M. Missé y G. Coll-Planas (eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Barcelona, Egales. 2010, p.150.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 151.

nero". Como consecuencia de esta naturalización, el sujeto tiende a percibir su malestar como algo que surge de fuentes inmutables, inmanentes en la materia física, y por tanto, como algo que sólo puede resolver la cirugía. La insistencia en un marco binario restrictivo genera inevitablemente un "tercero" que se sitúa en un espacio que marca el exterior del orden de la normalidad, un lugar socialmente marcado como peligroso, polucionador y desordenado, y castigado. Sin embargo, las propias personas trans, como ejemplos de la citación de los estándares normativos de identidad en la performatividad del género a los que se somete a todas las personas, ponen de relieve la masculinidad y la feminidad como sofisticadas actuaciones socialmente reguladas.

Dado que la euforia de género anda escasa, quizá sea conveniente tener en cuenta, desde los diferentes marcos, la inevitabilidad de un cierto nivel de disforia para todos los miembros de la sociedad: hombres y mujeres, trans o no trans, pues nunca se llega a un ideal cuya perfección es, por definición, inalcanzable. Pero tal vez lo más importante sea ahora guardar, desde los ámbitos personal, social y político, una distancia crítica respecto a unos ideales de género irrealizables, sin menoscabar la necesidad de cierto grado de visibilización de colectivos identitarios con el fin de luchar por sus derechos humanos a la salud y a una vida sin violencia.

La institucionalización de la fluidez del género, de la compleja y quizá inabarcable interacción entre identificaciones identitarias, deseos, prácticas y estéticas con el fin de lograr sujetos acordes con los marcos predefinidos de inteligibilidad de género continua siendo una preocupación de los Estados a través de la (¿necesaria?) regulación de la identidad de género en la documentación, desde el marco legal, y de la profesión médica, desde el marco terapéutico. Dada la interacción de los marcos: terapéutico, legal, sociocultural, personal y político, no es posible lograr cambios desde un solo marco. Para hacer de nuestro mundo un lugar más habitable para la diversidad real del ser humano, es necesario ponerlos todos en juego. Desde los marcos terapéutico y médico, los factores sociales deberían ser tomados en consideración en las aproximaciones teóricas a la transexualidad, así como la posibilidad de tratar la disforia de género desde las ciencias con métodos menos invasivos que la cirugía, aunque más lentos y de mayor coste económico. Parece ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la fluidez de género. Desde el marco legal, se debería dar cabida institucional a dicha fluidez con el fin de promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado. En fin, se trata de dejar de proteger institucionalmente la ficticia estabilidad de la categoría de "sexo" con el fin ganar espacio para la flexibilidad y la complejidad humana.

¿EL CEREBRO DE QUIÉN? ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA NEUROCIENCIA DE LAS DIFERENCIAS SEXUALES*

Arleen Salles

Introducción

En los últimos años, los filósofos Julian Savulescu e Ingmar Persson han presentado varios trabajos proponiendo lo que se conoce como “biomejora moral” (*human enhancement*). Los autores notan que dada la precaria situación moral de la humanidad, y la posibilidad real de un apocalipsis global facilitado por el comportamiento egoísta y autodestructivo de los seres humanos, es particularmente importante acrecentar la disposición humana al altruismo y el sentido de la justicia. Lo autores entienden el altruismo como una disposición moral central que “presupone el reconocimiento de que un tercero, similar a uno en tanto posee una mente o conciencia, está experimentado dolor o sufrimiento que se expresa en comportamiento público”.¹

Según Savulescu y Persson, el altruismo generalmente se ve plasmado en un comportamiento asistencial que se amolda a las necesidades de quien sufre. Como otros pensadores antes que ellos, Persson y Savulescu están convencidos de que acrecentar la disposición al altruismo es moralmente deseable, incluso moralmen-

* Este trabajo se ha visto muy enriquecido por los siempre agudos comentarios de María Julia Bertomeu. Muchas gracias a ella y también a Paula Castelli por su lectura cuidadosa de una versión previa. Los errores que se puedan encontrar son, por supuesto, míos.

¹ I. Persson y J. Savulescu, “The Perils of Cognitive Enhancement and the Urgent Imperative to Enhance the Moral Character of Humanity”, *Journal of Applied Philosophy*, 25:3 (2008), p. 170.

te urgente.² Sin embargo, lo novedoso de estos autores es que postulan que si queremos mejorar tal disposición afectiva, el mero reconocimiento y el deseo de lograrlo no son suficientes. Los medios deliberativos tradicionales, tendientes a afinar y potenciar disposiciones emocionales positivas, han sido ineficaces, nos dicen, por lo cual debemos buscar una alternativa. Proponen, entonces, una variedad de tecnologías biomédicas que permitirían la modulación emocional.

Es indudable que para que su postura sea plausible se necesitan “datos duros”, es decir, alguna evidencia científica de que efectivamente es posible manipular estas disposiciones de origen de orden biológico. Los autores sostienen que tal evidencia se encuentra en ciertos estudios que mostrarían que los humanos comparten estas disposiciones con algunos animales no humanos, y en las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres que serían rastreables al sexo. Afirman:

[Simon] Baron-Cohen ha argumentado largamente que como regla las mujeres tienen mayor capacidad de empatía que los hombres. En [nuestra] concepción la empatía es meramente un componente del altruismo como nosotros lo entendemos, dado que consideramos que el altruismo también incluye la preocupación sobre cómo se sienten otros, y la preocupación de que se sientan bien en lugar de sufrir, es decir, una preocupación simpática. [...] de modo que las afirmaciones de Baron-Cohen sobre la empatía son equivalentes a lo que afirmamos sobre el altruismo en nuestra terminología.³

Teniendo en cuenta los muy difundidos estudios de Baron-Cohen, según los cuales las mujeres son más empáticas y, por tanto, muestran un menor grado de agresión que los hombres; los autores afirman que, en principio, “parece razonable utilizar medios biomédicos para lograr que los hombres se parezcan más a las mujeres en lo que hace a su disposición a la empatía y la capacidad disminuida de agresión”.⁴

Más allá de los interrogantes éticos que plantea la propuesta de biomejora moral (de los que no me ocupo aquí) me interesa resaltar dos cuestiones.⁵ En primer lugar, los autores, dos filósofos, otorgan un papel importante a los resultados de estudios empíricos que acentúan la plausibilidad de su postura sobre la mejora mo-

² Esta tendencia se hace particularmente evidente en la ética del cuidado y la ética feminista.

³ I. Persson y J. Savulescu, “Getting Moral Enhancement Right: The Desirability of Moral Bioenhancement”, *Bioethics* 27:3 (2013), p. 7.

⁴ J. Savulescu y I. Persson, “Moral Enhancement, Freedom and the God Machine”, *Monist*, 95 (2012), p. 7.

⁵ Excede este trabajo el examen de otras muchas cuestiones planteadas por la propuesta de Savulescu y Persson, entre ellas, la de la corrección o incorrección de modificar cerebros, además de la complejidad de la red de causas y efectos implicados en cualquier manipulación de este tipo.

ral. En segundo lugar, no problematizan las conclusiones empíricas de Baron-Cohen, ni analizan los riesgos que conllevan, más allá de que esas conclusiones aparentemente les permiten fundamentar la idea de que la disposición al altruismo es en gran medida biológica y por ende biomodificable.

Ahora bien, por cierto, es fácil dejarse seducir por la idea de que lo científico equivale a lo verdadero, de modo que ¿por qué no tomar como punto de partida lo que los científicos y expertos en el cerebro dicen sobre disposiciones afectivas como la empatía y altruismo?, ¿por qué no creerles cuando nos dicen que las mujeres parecen más naturalmente predispuestas a manifestarlas? Sin embargo, una vez superado el entusiasmo desmesurado sobre las supuestas bonanzas de la ciencia para lograr un mayor conocimiento sobre nosotros mismos y sobre nuestro comportamiento, se hace evidente que las conclusiones de la ciencia en general y de la investigación neurocientífica sobre diferencias sexuales en el cerebro en particular, plantean un buen número de problemas éticos, sociales y epistemológicos, tanto relacionados con la metodología de trabajo que emplean, como a posibles consecuencias que debemos tomar en cuenta.

A continuación esquematizo algunas de las cuestiones relativas a los estudios sobre las diferencias sexuales y la posibilidad de inclusión de sus resultados en otros tipos de investigación. En verdad, no tengo objeción alguna al entrecruce de lo empírico con consideraciones morales teóricas, ni me opongo a que los resultados de ciertos tipos de investigación empírica (por ejemplo, sobre diferencias sexuales) jueguen un papel en otros tipos de investigación empírica (por ejemplo, sobre las bases neurales de la moralidad). Sin embargo, me parece fundamental proceder con mucha cautela en el uso de los resultados de los estudios neurocientíficos sobre diferencias sexuales, que típicamente se ven infectados de prejuicios problemáticos.

Sobre la neurociencia de las diferencias sexuales

¿Qué tipo de diferencias existen entre los cerebros de los hombres y de las mujeres? ¿Esas diferencias son producto de la biología?, y ¿Qué implicancias funcionales tienen? El abordaje dominante en el estudio neurocientífico de las diferencias sexuales trata de mostrar que efectivamente existen diferencias originales importantes en la anatomía, química y funcionalidad del cerebro. Más allá de la evidencia que se aporta sobre ciertas diferencias globales entre los cerebros de las mujeres y de los varones (tamaño y forma, por ejemplo), algunos estudios apuntan a variaciones estructurales y funcionales de regiones cerebrales específicas como el

hipocampo y la amígdala.⁶ Otros estudios realizados sobre el procesamiento y desarrollo del lenguaje y la lateralización cerebral “justificarían” la creencia generalizada que las mujeres poseen una capacidad de producción y comunicación lingüística superior a la de los varones.⁷ Asimismo, la asociación persistente de las mujeres con lo emocional y los varones con lo racional, que se considera propia del pensamiento occidental desde sus inicios, parecería finalmente verse confirmada tanto por estudios generales basados en la propias declaraciones de los sujetos para medir la frecuencia emocional, como también por estudios con resonadores magnéticos funcionales que mostrarían que frente a ciertos estímulos, las áreas cerebrales vinculadas con lo emocional son más activas en las mujeres que en los varones.⁸ Más aún, algunos estudios sobre la interconectividad de las regiones cerebrales permitirían explicar pautas de comportamiento diferentes en pruebas psicológicas: los varones se desempeñan mejor en tareas relacionadas con la espacialidad, la rotación y la aparición de objetos, y en disciplinas abstractas tales como las matemáticas; mientras que las mujeres se desempeñan mejor en pruebas relacionadas con el reconocimiento de las emociones y la sensibilidad social.⁹

¿Qué factores podrían explicar estas diferencias?, y ¿cuáles serían las implicancias de las diferencias? El abordaje dominante tiende a dejar de lado los factores socioculturales y cognitivos y, en cambio, destaca la exposición prenatal a hormonas masculinas. Justamente Baron-Cohen –cuyos estudios Persson y Savulescu toman como evidencia de la plausibilidad de la biomejora moral– constituyen un buen ejemplo de este enfoque: explican las diferencias en términos del nivel de testosterona presente en estudios críticos del desarrollo del feto y de sus efectos estructurales y funcionales permanentes sobre el cerebro.¹⁰ Más aún, para demostrar que tales diferencias no son posnatales, es decir, resultado de la socialización

⁶ Larry Cahill, “Why Sex Matters for Neuroscience”, *Nature Reviews Neuroscience* 7:6 (2006). Cabe notar, sin embargo, que no existe consenso absoluto sobre tales diferencias estructurales.

⁷ D. Kimura, “Sex Differences in Cerebral Organization for Speech and Language”, en G. Adelman y B. Smith, *Encyclopedia of Neuroscience*, 2a. ed., Ámsterdam, Elsevier Science, 1999.

⁸ Para un análisis del estereotipo sobre la emocionalidad femenina, véase A. Fischer, “Sex Differences in Emotionality: Fact or Stereotype?”, *Feminism and Psychology*, 3 (1993). Para una crítica de los estudios neurocientíficos sobre las diferencias emocionales, véase Robyn Bluhm, “Self Fulfilling Prophecies: The Influence of Gender Stereotypes on Functional Neuroimaging Research on Emotion”, *Hypatia* 10:10 (2012).

⁹ S. Baron-Cohen, R.C. Knickmeyer y M. K. Belmonte, “Sex Differences in the Brain: Implications for Explaining Autism”, *Science*, 310 (2005).

¹⁰ Véase también D. Kimura “Hysteria Trumps Academic Freedom”, *Vancouver Sun*, 1 de febrero de 2005; D. Kimura, *Sex and Cognition*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1999. Es interesante notar que más allá que tal exposición hormonal tenga impacto sobre el cerebro de las personas, al mismo tiempo se está suponiendo que éste es tal que no puede ser modificado por intervenciones posteriores. (“R. Jordan-Young y R. I. Rumiati, “Hardwired for Neurosexism? Approaches to Sex/Gender in Neuroscience”, *Neuroethics*, 2011.)

y el aprendizaje, Baron-Cohen se basa en un estudio ya clásico de la conducta de recién nacidos que buscaba determinar el interés que producían los estímulos mecánicos (un móvil de cuna) frente a los sociales (rostros humanos).¹¹ Los investigadores encontraron que los niños miraron el móvil durante más tiempo que las niñas, y las niñas miraron los rostros humanos durante un periodo más largo. Según los investigadores, esto prueba que las diferencias entre los sexos tiene en parte un origen biológico y las diferencias en la conducta de los recién nacidos es precursora de diferencias sexuales en lo que hace a la capacidad de empatizar y sistematizar. Para Baron-Cohen, las implicancias de estas diferencias son claras: el perfil cerebral de las mujeres se caracteriza por un mayor desarrollo de la capacidad para la empatía –la percepción y respuesta emocional los estados mentales de otros–, mientras que el perfil cerebral de los varones muestra un progreso mayor en la capacidad de sistematización, el desarrollo de reglas o principios que facilitan la comprensión de sistemas complejos y subyace la capacidad de manipular objetos en el entorno físico.¹²

En suma, Baron-Cohen y otros científicos otorgan preeminencia a los atributos fisiológicos y biológicos para explicar lo que consideran diferencias significativas en lo que hace a desarrollo cognitivo y al comportamiento de hombres y mujeres.¹³ Como otros pensadores, considera que aun si nos cuesta, debemos reconocer que se trata de dos cerebros biológicamente diferentes.¹⁴ Más aún, se atreven a afirmar que la existencia de tales diferencias explicaría las tendencias psicológicas y conductuales diferentes.¹⁵

¹¹ J. Connellan, S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, A. Batki y J. Ahluwalia, "Sex Differences in Human Neonatal Social Perception", *Infant Behaviour and Development*, 23 (2000). Para una crítica del estudio y sus resultados, véase A. Nash, G. Grossi, "Picking Barbie's Brain: Inherent Sex Differences in Scientific Ability?", *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, 2:1 (2007); C. Fine, *Delusions of Gender: How our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference*, Nueva York, Norton, 2010.

¹² Cabe notar que éste es el motivo por el cual Baron-Cohen mantiene que los autistas, en tanto hipersistematizadores, poseen el perfil cerebral extremo del varón. Para una crítica de esta postura, en particular respecto del autismo, véase T. Krahn y A. Fenton, "The Extreme male Brain Theory of Autism and the Potential Adverse Effects for Boys and Girls with Autism", *Bioethical Inquiry*, 9 (2012).

¹³ S. Baron-Cohen, *The Essential Difference: Men, Women and the Extreme Male Brain*, Londres, Allen Lane, 2003. Véase también S. Baron-Cohen, "Baron Cohen, S., "The Male Condition" en *The New York Times*, agosto 8, 2005; Baron-Cohen *et al.*, "Why are Autism Spectrum Conditions More Prevalent in Males?", *Public Library of Science*, 9:6 (2011). Para discusión y crítica de los estudios y conclusiones de Baron-Cohen véase C. Fine, *Delusions of Gender: How Our...*

¹⁴ En su artículo, L. Cahill se dedica a "desenmascarar" a los que considera mitos negativos sobre el valor de la neurociencia de las diferencias sexuales. Para Cahill, el enfoque demasiado crítico de algunos pensadores (especialmente feministas) respecto de este tema no hace mas que obstaculizar el progreso científico. L. Cahill, "Why Sex Matters for Neuroscience", en *op. cit.*

¹⁵ No me ocupo aquí de otra cuestión problemática: ¿se puede decir que efectivamente el cerebro viene sólo en masculino y femenino, o existen una variedad de cerebros en toda la gama? Agradezco a

La reacción

Muchos de nosotros estamos interesados en lo que la ciencia nos puede decir sobre las diferencias sexuales y sus posibles implicancias en el comportamiento humano. Sin embargo, también somos conscientes de la existencia de fuertes prejuicios sociales y culturales que afectan las actividades humanas (sean éstas científicas o no). Por ello consideramos que hay que ser cautos al aceptar los resultados de los estudios, y especialmente hay que ser críticos. Es legítimo y deseable admitir la potencial relevancia de la investigación sobre las diferencias sexuales, pero no deberíamos aceptar las conclusiones de los estudios empíricos sin hacer un trabajo de identificación, comprensión y reflexión crítica de los supuestos sobre los que descansan los protocolos de investigación y sus conclusiones. Es ésta precisamente la estrategia que han seguido numerosos pensadores dentro de la corriente feminista. No niegan la potencial relevancia de la investigación sobre las diferencias sexuales en el cerebro, pero consideran que debemos tener muy presente que tal investigación no está exenta de sesgos y supuestos problemáticos.¹⁶ Ahora bien, ¿cuáles son los supuestos operativos cuestionables? En la discusión ética sobre la neurociencia de las diferencias sexuales se identifican, como fundamentales, tres: el supuesto de la objetividad científica, el supuesto de las interpretaciones no cuestionables y el supuesto sobre circuito fijo o “cableado original”. A continuación repaso los puntos fundamentales.

El supuesto de la objetividad científica

Hablar de la “supuesta objetividad” de la ciencia implica tocar un tema muy repetido en la crítica feminista a la ciencia en general. Encontramos esta crítica en dos niveles. El primer nivel se concentra en la estructura general de la ciencia que, según varias pensadoras feministas, históricamente estuvo asociada a una mirada masculina, manifiesta en algunas prácticas de exclusión y confinamiento de las mujeres en los campos menores de investigación. Las feministas argumentan que estas políticas de exclusión son fruto de prejuicios arraigados en el lenguaje y en los paradigmas de las ciencias, y por ello creen preciso diseñar políticas que permitan la incorporación de la mujer al trabajo científico.¹⁷

Paula Castelli por señalar este punto.

¹⁶ P. Des Autels, “Sex Differences and Neuroethics”, *Philosophical Psychology*, 23:1 (2010).

¹⁷ Véase H. Longino, “Essential Tensions-Phase Two: Feminist, Philosophical, and Social Studies of Science”, en Louise Anthony y Charlotte Witt (coords.), *A Mind of One's Own: Feminist Essays on Reason & Objectivity*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1993. También, S. Harding, *Science Question in Feminism*, Ithaca, Cornell University Press, 1986.

Pero en un segundo nivel más fundamental, el pensamiento feminista ha cuestionado la naturaleza misma del conocimiento científico, su carácter sesgado producto de un uso de metodologías discutibles. Algunas pensadoras advierten, por ejemplo, que los recursos conceptuales disponibles en una cultura, las prácticas aceptadas, las relaciones de poder entre quienes producen una teoría y las relaciones de poder en las sociedades en las que se establecen, determinan lo que llamamos “hechos” y establecen lo que consideramos la “naturaleza.” Por ello, uno de los aspectos más cuestionados desde el punto de vista feminista es “la idea prevalente” de que las ciencias experimentales son objetivas y que el conocimiento científico que se deriva de diversas hipótesis está libre de errores y es valorativamente neutral. En cambio, notan que típicamente la objetividad y racionalidad científicas no son neutrales porque reflejan intereses y valores de personas determinadas y se utilizan con frecuencia para legitimar desigualdades y justificar la posición inferior de las mujeres en diversos ámbitos.¹⁸

Obviamente, la neurociencia no está inmunizada frente a este tipo de críticas. Los estudios neurocientíficos operan bajo el supuesto de que con la ciencia nos encontramos frente a un abordaje completamente objetivo, caracterizado por una actitud neutral frente a los objetos de investigación y que no tiene pretensión alguna de normatividad. Precisamente de este supuesto depende, en gran medida, la fuerza y el atractivo de sus resultados: se piensa que lejos de estar asociados a valores específicos, los investigadores simplemente “leen” lo que los hechos muestran, siendo capaz de describir adecuadamente al mundo. Pero ¿pueden quienes hacen neurociencia ser inmunes a creencias sociales arraigadas sobre las mujeres, sus roles y su capacidad natural para tareas que tienen que ver con lo relacional y social? Pueden los protocolos de investigación ser completamente independientes del contexto en el que surgen? Tiene sentido pensar que no es así, en tanto el conocimiento neurocientífico está inserto en una realidad (local y global) moldeada por consideraciones sociales, económicas y políticas.¹⁹

En suma, tiene sentido pensar que la objetividad y la racionalidad científicas no son neutrales: la ciencia refleja intereses y tiene una fuerte carga valorativa. La idea de que no existe la objetividad, sin embargo, no es la lección que debe extraerse frente a este tipo de crítica. Más bien, dado que la ciencia es “una interac-

¹⁸ S. Harding, *Ciencia y feminismo*, Madrid, Morata, 1996.

¹⁹ Esto se ve mucho dentro del feminismo, pero no exclusivamente en esta corriente de pensamiento. Diversas líneas sociológicas y filosóficas han señalado ya que la investigación científica se ve insoportablemente moldeada por varios factores, entre ellos, las instituciones o empresas que la financian, que determinan que tipo de investigación científica vale la pena financiar y en última instancia se lleva a cabo. Sin embargo, en su análisis, el feminismo suma un elemento más fuerte al sostener que la propia actividad científica cuenta con sesgos de género: su lenguaje, métodos, técnicas e instrumentos responden a una concepción androcéntrica que puede producir resultados sesgados.

ción constante con nuestro medio social y natural”,²⁰ es necesario identificar los supuestos normativos relevantes e incorporar múltiples perspectivas para reconstruir la objetividad sobre la base del reconocimiento que toda actividad humana se encuentra situada en comunidades particulares.²¹

El supuesto sobre las interpretaciones no cuestionables

Un segundo supuesto que tiene un papel importante en este tipo de investigación, y explica la reacción positiva del público frente a las conclusiones de estudios empíricos, es que las interpretaciones de los resultados son objetivas e incontrovertidas. Varias pensadoras feministas advierten que existe un paso entre lo que la ciencia muestra y la interpretación de tal evidencia. La tarea de interpretación de este tipo de estudios no es simple por varios motivos. En primer lugar por la complejidad del órgano en cuestión. Es un hecho reconocido que el conocimiento actual sobre la relación entre las estructuras neuronales y el funcionamiento psicológico complejo es muy primitivo, lo cual implica que aún si se encuentran diferencias estructurales, no se posee suficiente conocimiento del cerebro como para saber que implican a nivel psicológico.²² En segundo lugar se encuentra el tema del estatus epistemológico incierto de la neurotecnología. Los estudios sobre diferencias sexuales en el cerebro se llevan a cabo mayormente utilizando técnicas de mapeado cerebral como la de la neuroimagen, que no brinda por el momento información concluyente.²³ Para ilustrar, el método preferido para este tipo de estudios, la imagen por resonancia magnética funcional, se utiliza para asociar la realización de ciertas tareas con la activación de ciertas regiones cerebrales. Pero las imágenes logradas no muestran la actividad neuronal de manera directa: registran cambios hemodinámicos cerebrales que acompañan a la activación neuronal. Las neuronas necesitan nutrientes para funcionar y en tanto no los pueden almacenar, dependen del flujo vascular para obtenerlos. El incremento general de la actividad neural está entonces asociado con un incremento local de flujo sanguíneo. Los científicos com-

²⁰ Para una discusión sobre esta cuestión, véase, por ejemplo, D. Roy, “Asking Different Questions: Feminist Practices for the Natural Sciences”, *Hypatia*, 23:4 (2008).

²¹ Véase C. Fine, *Delusions of Gender: How Our... También A. Kaiser et al.*, “On Sex/Gender Related Similarities and Differences in fMRI Language Research”, *Brain Research Reviews*, 61 (2009).

²² C. Fine, “From Scanner to Sound Bite: Issues in Interpreting and Reporting Sex Differences in the Brain”, *Current Directions in Psychological Science*, 19 (2010); C. Fine, “Is there neurosexism in functional neuroimaging investigation of sex differences?”, *Neuroethics* [en línea] (diciembre 7 2012).

²³ A. Roskies, “Are Neuroimages Like Photographs of the Brain?”, *Philosophy of Science*, 74 (2007); B. Schinzel, “De-gendering Neuro-images: Contingencies in the Construction of Visualization Technologies and Their use for Establishing Sex-Differences”, *Interdisciplinary Science Reviews*, 36:2 (2011).

paran tal flujo en distintas regiones cerebrales durante ciertas tareas específicas, buscando diferencias significativas de acuerdo con la tarea involucrada. La realización de este tipo de imágenes requiere de un grupo de investigadores que diseñen tareas, evalúen datos e interpreten imágenes. Esto facilita la presencia de datos espurios o de exageraciones respecto de los resultados y de la posibilidad de localizar diferencias sexuales en el cerebro que pueden luego utilizarse para explicar distintos roles y ocupaciones de los sexos.²⁴

El supuesto del cableado original

Un tercer supuesto que desempeña un papel importante en la discusión sobre las diferencias sexuales en el cerebro es el del “cableado original”.²⁵ De acuerdo con la neurocientífica Catherine Vidal, uno de los supuestos operativos más evidentes en algunas de las investigaciones sobre las diferencias sexuales es la idea que lejos de ser dinámico, plástico y variable, el cerebro está fundamentalmente determinado de antemano. Vidal nota que aun si los estudios muestran que existen diferencias entre los hombres y las mujeres, suponer que éstas son innatas e inmutables implica caer en un prejuicio biologicista cuestionable. Vidal se refiere a la neurocientífica Doreen Kimura como representante de esta postura.²⁶ Kimura plantea que las influencias hormonales sobre el desarrollo del cerebro explican las diferencias cognitivas entre hombres y mujeres. Para Kimura la cuestión es simple: desde el principio el cerebro presenta un sistema de ordenación diferente según se trate de un varón o una mujer. Por eso considera que tiene sentido hablar de diferencias innatas que influyen fuertemente, incluso, sobre la conducta de los adultos.²⁷ Sin embargo, Vidal nota que esta concepción de un cerebro ya determinado está siendo cuestionada por varios neurocientíficos. En verdad, estudios recientes sobre plasticidad cortical permitirían concluir que la sociedad, la cultura y las experiencias de vida cumplen un papel crucial en la formación de sinapsis cerebrales.²⁸ De acuerdo con Vidal, sólo 10 % de las neuronas de los seres humanos se encuentran conectadas al nacer. Las sinapsis restantes se producen gradualmente

²⁴ C. Vidal, “The Sexed Brain: Between Science and Ideology”, en *Neuroethics* [en línea] (junio 8 2011); C. Vidal, “Brain, Sex and Ideology”, *Diogenes*, 52:127 (2005); C. Vidal, “Are Men and Women on the Same Wavelength?”, *UNESCO Courier*, 48:9 (1995).

²⁵ R. Jordan-Young y R. Rumiati, “Hardwired for Sexism? Approaches to Sex/Gender in Neuroscience”, *Neuroethics* 5:3 (2012).

²⁶ Fine acusa a Kimura de lo mismo.

²⁷ Véase D. Kimura, “Hysteria Trumps Academic Freedom”, en *Vancouver Sun*, 1 de febrero de 2005; D. Kimura, *Sex and Cognition*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1999.

²⁸ Las sinapsis permiten la transmisión de señales entre las neuronas.

por distintos estímulos educacionales, sociales, familiares y culturales. La llamada “plasticidad cerebral” tiene que ver precisamente con eso, con la forma en que la arquitectura cerebral estaría moldeada por componentes externos relacionados con el entorno familiar y social.²⁹

La noción de plasticidad cerebral, adoptada y desarrollada por otros neurocientíficos, como por ejemplo, Jean Pierre Changeux, constituiría entonces un desafío importante a la dicotomía comúnmente aceptada entre lo natural y lo cultural.³⁰ Para Changeux, el cerebro constituye un sistema abierto en el sentido que tiene un intercambio de energía e información con el mundo exterior que es constante. Changeux describe la conectividad sináptica del cerebro humano como el resultado de un proceso evolutivo epigenético. El cerebro, nos dice, está determinado en parte por sus genes, pero éstos están sujetos a un desarrollo neuronal relacionado con el aprendizaje y la experiencia. Vidal nota, entonces, que este tipo de postura sugiere que “la existencia y experiencia humana son simultáneamente biológicas y sociales”:³¹ las experiencias y aprendizajes en diversos contextos socioculturales conforman y organizan el cerebro, a su vez, originando capacidades y marcando comportamientos. Pero esto implicaría que si efectivamente existen diferencias funcionales y neuronales en la forma de procesamiento de estímulos de las mujeres y de los hombres, estas disimilitudes no tienen que ser necesariamente innatas, sino que pueden ser reforzadas por un entorno particular que socializa las diferencias de género.³²

Recientemente, algunos neuroeticistas han comenzado a utilizar el término “neurosexismo” para referirse a la actitud que subyace a los estudios sobre diferencias sexuales y sus consecuencias prácticas directas.³³ El neurosexismo consistiría en reflejar consideraciones de género en los objetos de estudio y, al mismo tiempo, promover creencias culturales sobre género a partir de datos que son sesgados. En ese sentido, el neurosexismo presenta varios problemas, entre ellos, que se presta a la generación de profecías autocumplidas: frente a estudios que “legitimam” diferencias, las mujeres tienden a verse en función de tales estereotipos y expectativas sociales, por lo cual, inconscientemente van alterando sus intereses

²⁹ La capacidad de las redes neuronales de modificarse de acuerdo con experiencias de la persona ha sido mostrado, por ejemplo, en estudios del cerebro de pianistas y violinistas y hasta quienes manejan taxis. Véase A. Kaiser *et al.*, “On Sex/Gender Related Similarities and Differences in fMRI Language Research”, *Brain Research Reviews*, 61 (2009). También mencionado por Vidal y Fine.

³⁰ Véase, por ejemplo, Jean Pierre Changeux, *El hombre de verdad*, y Kathinka Evers, *Neuroética*, Buenos Aires, Katz, 2010; C. Fine, *Delusions of Gender: How Our...*

³¹ C. Vidal, “Sexed Brain: Between...”, en *op. cit.*

³² Véase también C. Fine, *Delusions of Gender: How Our...*; R. Jordan-Young y R. Rumiati, “Hardwired for Sexism?...”, en *op. cit.*

³³ C. Fine, *Delusions of Gender: How Our...* También, C. Fine, “Will Working Mothers’ Brains Explode? The Popular New Genre of Neurosexism”, *Neuroethics*, 1 (2008).

propios y fomentando rasgos que luego los estudios neurocientíficos “descubren” en las imágenes. Por eso, la difusión de resultados que muestran diferencias sexuales no brindaría una información útil, en tanto y en cuanto su existencia podría tener explicaciones alternativas.

Cordelia Fine, quien acuñó el término, sostiene que tal como se vienen llevando a cabo, los estudios sobre las diferencias sexuales en cognición y comportamiento tienen consecuencias claramente indeseables aun si sus resultados son falsos.³⁴ La ciencia, nos dice, produce objetos tangibles que afectan la vida de las personas, pero también construye ideas y conceptos, especialmente cuando se investigan rasgos que pertenecen a grupos determinados de personas. En tanto la estructura psicológica de los seres humanos se ve fuertemente influida por la cultura en la que viven, y en tanto la ciencia moldea las creencias sociales de las personas, los mismos estudios sobre diferencias sexuales pueden llegar a producir cambios en el sujeto que investigan. Por ello, los estereotipos de género afectan negativamente la percepción social y el comportamiento de las personas: tienen el potencial de naturalizar y perpetuar inequidades y mantener en posición de desventaja a las mujeres.

¿Otro tema para la discusión neuroética?³⁵

Frente a las consideraciones precedentes, algunos proponen que demos la espalda a las diferencias sexuales, puesto que, tal como se llevan a cabo, no parecen más que distraer de la verdadera ciencia. Jordan-Young y Rumiati sugieren que, en cambio, la investigación se dedique al estudio de cuestiones que pueden resultar más útiles, por ejemplo, cómo las variaciones femeninas y masculinas en el cerebro pueden estar vinculadas a clase social, etnia, pertenencia nacional y demás.³⁶ Otros pensadores consideran que la atención a las diferencias sexuales constituye

³⁴ C. Fine, “Explaining or Sustaining, the Status Quo? The Potentially Self-Fulfilling Effects of Hardwired Accounts of Sex Differences”, *Neuroethics* [en línea] (22 de junio de 2011).

³⁵ No existe una definición consensuada sobre la neuroética. La definición más clásica es la de Adina Roskies, “Neuroethics for the New Millenium”, *Neuron* 35 (2002), pp. 21-23. Kathinka Evers propone una concepción similar, aunque no idéntica. K. Evers, *Neuroética: cuando la materia se despierta*, Buenos Aires, Katz, 2010. En su libro más reciente sobre el tema, Eric Racine dedica un capítulo a una discusión sobre las variadas definiciones. Véase E. Racine, *Pragmatic Neuroethics: Improving treatment and Understanding of the Mind-Brain*, MIT Press, 2010. Para una discusión de estos temas, véase A. Salles, “Las diferencias sexuales y la discusión neuroética”, *Debate Feminista* (en prensa).

³⁶ R. Jordan-Young y R. Rumiati, “Hardwired for Sexism?..., en *op. cit.*

una necesidad, entre otras cosas por el desafío que presenta a la idea de la llamada “naturaleza humana”.³⁷

Sin duda, la discusión precedente debería llevarnos, al menos, a abordar a la neurociencia de las diferencias sexuales y sus resultados de manera más crítica, aceptando que la neurociencia es un tipo de actividad que surge de un contexto histórico particular, cuyo desarrollo se ve estimulado por factores socioeconómicos, y que puede partir de paradigmas de interpretación e intereses muy específicos. Indudablemente, es necesario revisar los supuestos que influyen en la ciencia del cerebro. Tal revisión puede ser facilitada en diálogo con otras disciplinas que utilizan métodos diferentes y atienden a consideraciones diferentes. El objetivo debe ser llegar a un nivel reflexivo que permita dar cuenta de las pretensiones y límites de lo científico para, a partir de allí, reconstruir los supuestos normativos que lo subyacen de modo que no distorsionen justamente lo que se busca conocer.

Sería interesante preguntarse lo siguiente: ¿si se lograra una neurociencia de las diferencias sexuales que incluya mas variables en la investigación (por ejemplo, como recomiendan Jordan Young y Rumiati, variables sociales, étnicas y económicas) y que sea más crítica y autocuestionadora, tendría sentido aplicar sus resultados a otros contextos? A continuación haré unas breves reflexiones sobre su posible aplicación en la neurociencia de la moral.

La llamada “neurociencia de la moral o de la ética” se ocupa de desentrañar las bases neurales del juicio, la decisión y la conducta moral. Para ilustrar, varios estudios con neuroimágenes funcionales utilizan tareas variadas y el análisis de pacientes con distintos trastornos cerebrales en los que se detectan cambios de comportamiento social (desde la desadaptación, hasta violaciones morales más serias) para analizar el papel que desempeñan las estructuras corticales y subcorticales y los mecanismos neurales en la moralidad. La neurociencia social, en particular, tiene como objetivo fundamental estudiar y entender las bases biológicas de la cognición social, lo cual incluye un análisis de las bases neurobiológicas del juicio moral también. En ese sentido, los neurocientíficos buscan vincular mecanismos neurobiológicos con la deliberación, el juicio y el comportamiento moral.

Hasta el momento, quienes tratan de investigar en la neurociencia de la ética (con la excepción poco feliz de Persson y Savulescu) no se han interesado particularmente en los posibles aportes de la neurociencia de las diferencias sexuales. Esto se hace evidente cuando nos concentramos en dos ya clásicos modelos sobre el juicio moral. El modelo del “intuicionismo social” de Jonathan Haidt propone que la causa del juicio moral no es el razonamiento, sino que se puede explicar prácticamente en su totalidad en función de la actividad de los afectos y las intui-

³⁷ M. Chalfin, E. Murphy y K. Karkazis, “Women’s Neuroethics? Why Sex Matters for Neuroethics”, *The American Journal of Bioethics*, 8:1 (2008).

ciones rápidas y automáticas de las personas, intuiciones y afectos configurados tanto por el proceso de selección como por la cultura.³⁸ Para Haidt, la gente tiende a ofrecer justificaciones racionales de juicios que son esencialmente afectivos, es decir, racionalizan reacciones automáticas preestablecidas.

El modelo dualista alternativo de Joshua Greene y sus colegas también parte de la existencia de dos tipos de estructuras morales naturales y diferentes involucradas: una intuitiva y la otra más controlada y cognitiva.³⁹ Pero afirman que la evidencia muestra que los dos tipos de razonamiento coexisten, es decir, operan paralelamente y en algunos contextos hasta llegan a interactuar. Más aún, para Greene, el sistema más afectivo puede vincularse a la realización de juicios morales deontológicos, típicamente impulsados por emociones que funcionan como “timbres de alarma” de las que emanan órdenes simples y que dominan las decisiones, mientras que las respuestas consecuencialistas se asocian a mayor actividad en regiones cerebrales donde se localizan funciones cognitivas superiores como el razonamiento abstracto, el autocontrol, y memoria.⁴⁰

Ni Haidt ni Greene tratan de entrecruzar los resultados de los estudios sobre diferencias sexuales con los resultados de sus investigaciones sobre deliberación y agencia moral. Y teniendo en cuenta los problemas de los estudios sobre diferencias sexuales, podemos decir que están justificados en hacer caso omiso de ellos.

Sin embargo, dado que gran parte de las conclusiones que se manejan en el campo de la neurociencia de las diferencias sexuales tienen que ver con la medida en que supuestas diferencias estructurales impactan el comportamiento de las personas, no es ilógico pensar que teorías sobre las bases neurales de la moralidad —particularmente interesadas en el comportamiento de las personas— se beneficiarían si tomaran en cuenta los resultados de la investigación sobre las diferencias sexuales en tanto ésta se llevara a cabo de modo suficientemente crítico y cauteloso. Puede que una neurociencia de las diferencias sexuales más crítica contribuya a incrementar la solidez del esfuerzo neurocientífico sobre la moralidad, o que muestre que algunas concepciones sobre agencia moral son simplemente equivocadas. Mínimamente, el entrecruce de las dos líneas de investigación neurocientí-

³⁸ J. Haidt, “The Emotional Dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment”, *Psychological Review*, 108:4 (2001).

³⁹ J. Greene y J. Haidt, “How and Where does Moral Judgment Work?”, *Trends in Cognitive Science* 6:12 (2002); J. Greene, “The Secret Joke of Kant’s Soul”, en W. Sinnott Armstrong (ed), *Moral Psychology*, vol. 3, Cambridge, MIT Press, 2008. J. Greene *et al.*, “Cognitive Load Selectively Interferes with Utilitarian Moral Judgment”, *Cognition* 107:3 (2008). J. Greene *et al.*, “The Neural Bases of Cognitive Conflict and control in Moral Judgment”, *Neuron* 44 (2004). J. Greene *et al.*, “An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment”, *Science* 293(5537) (2001).

⁴⁰ Esto no significa que no es emocional, sino que las emociones involucradas aparentemente son más sutiles y pueden ser superadas por consideraciones racionales. Véase J. Greene, “The Secret Joke of Kant’s Soul”, en *op. cit.*

fica puede abrir un debate más profundo sobre cómo entender posturas como la de Haidt sobre el carácter esencialmente emocional de todo juicio moral, o las implicancias de la de Greene respecto de la supuesta emocionalidad de los juicios deontológicos y el carácter esencialmente cognitivo de los juicios consecuencialistas.

En suma, tiene sentido pensar que en tanto los abordajes neurocientíficos de la agencia y el razonamiento moral destacan capacidades que son muy discutidas en la neurociencia de las diferencias sexuales, si la neurociencia sobre las diferencias sexuales es adecuada, su entrecruce con la neurociencia de la moralidad puede llegar a permitir una perspectiva más rica sobre algunos factores significativos cuando los seres humanos piensan y actúan moralmente.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SU VINCULACIÓN CON LA BIOÉTICA BAJO EL MARCO DE LA INTERCULTURALIDAD Y DE LA LAICIDAD EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Marcia Mocellin Raymundo

Introducción

En la actualidad, es indudablemente imprescindible que se genere un mayor acercamiento de la bioética a la problemática de las relaciones de género en su amplio sentido. Cada vez más se presentan a la bioética retos vinculados con estas relaciones, muchos de ellos decurrentes de la diversidad que compone a las sociedades en que vivimos. En ese sentido, en el ámbito de la bioética, la inclusión de la diferencia, y no apenas su reconocimiento, se hace sumamente importante, principalmente a la medida en que consideramos la bioética como una ética de vida.¹ Siendo así, traemos a colación una reflexión acerca de los procesos que han generado y consolidado algunas representaciones sociales de los seres humanos, basadas en la normatividad, y sus respectivos enlaces con la bioética. Estas representaciones se constituyeron, a lo largo de la historia, en determinadas categorías, nominadas género.

A su vez, las relaciones de género son objeto de estudio de distintos campos del conocimiento, siendo que uno de los universos más estudiados en ese sentido son las relaciones de género del binomio mujer-hombre. Es importante recordar que, de acuerdo con Diniz y Guilhem, la aproximación de la bioética a los estudios de género se da a partir del reconocimiento de que género es una variable de investigación para la comprensión y análisis de los conflictos morales en salud, y del

¹ Agradecemos la importante contribución del profesor Daniel Gutiérrez Martínez en las discusiones que permean este capítulo, sobre todo respecto a los conceptos de bioética y género, y su interrelación.

diálogo con las teorías de género sobre desigualdad, vulnerabilidad, sexualidad, cuerpo y reproducción. Además, los estudios de género se han instituido formalmente como una especialidad de las ciencias humanas que buscaba comprender cómo los papeles masculino y femenino fueron definidos e incorporados por los diferentes grupos sociales. El desplazamiento del femenino y el masculino de la esfera de la naturaleza hacia la esfera de la cultura ocasionó cambios estructurales en los ordenamientos sociales, por lo que algunos profesionales de la salud se han sensibilizado en cuanto a la influencia del género en el proceso salud-enfermedad, sobre todo en cuestiones relacionadas con la reproducción, la sexualidad, y el cuerpo.² Sin embargo, hay que aclarar desde el principio que, a pesar de la fundamental importancia de la mirada feminista, que históricamente encabezó las discusiones de género, para fines de este capítulo abarcaremos el género desde una mirada más general y amplia, considerando género como una categoría de representación social en su sentido amplio, una vez que éstas se caracterizan también como categorías organizativas de la sociedad.

A su vez, bioética y género se constituyen como una misma constelación reflexiva, que nos permite ir más allá del pertinente y sempiterno análisis del género que se ha hecho alrededor del binomio mujer-hombre. Pese a la pertinencia de la discusión de género acerca de la relación femenino-masculino, la concentración, o predominancia, de este tema en las discusiones de género conllevó a un distanciamiento de otras reflexiones de género, que acabarán, de alguna manera, obnubiladas, y hasta invisibilizadas. Lo anterior se refiere básicamente a la existencia de otros géneros que no pertenecen al género predominante, y se aplica a los más variados rubros, incluyendo el de la salud. Como género predominante entendemos aquello que se presenta como el “normal”, es decir, con una imagen favorable en los diversos ámbitos, desde lo social, lo político, lo religioso, lo económico y los de los derechos, entre otros.

Hay que insistir que no se trata de cuestionar la pertinencia de la discusión de género predominantemente en las relaciones del binomio mujer-hombre, una vez que esta predominancia se da incluso a partir de las propias repercusiones que se presentan en términos de políticas públicas. Entre tanto, el binomio bioética-género permite que se aproveche con mayor ímpetu lo que la noción de género propone, y que se ha analizado más de manera profunda desde ese binomio mujer-hombre. La intención ahora es ampliar la discusión para otros géneros a partir de tres premisas básicas. La primera se refiere al hecho de dar voz, o tornar visibles a otros grupos que al estar, por decirlo de alguna forma, en la sombra, o en el marginal, de esta esfera predominante que es el masculino, blanco, heterosexual, católico, o sea, lo que está normalizado (o normatizado) dentro del mundo occidental. Con

² D. Diniz y D. Guilhem, *Bioética e Gênero*, Brasília, LetrasLivres (Série Anis 51), 2007, pp.1-8.

ello, en el marco de la bioética es posible visibilizar todos estos géneros que no necesariamente están vinculados de manera restricta a la cuestión de la mujer. La segunda premisa se relaciona con el hecho de que al visibilizar estos otros géneros de seres humanos, se permite también visibilizar otros ámbitos políticos que no se habían tratado anteriormente, es decir, reflexionar justamente lo que implica el género, en su amplio espectro, en conjunto con la bioética.

En ese sentido, la bioética es una ética de vida, y género es justamente una horizontalización de la noción y definición del ser humano que no se resume a una visión cultural específica. La tercera se refiere al hecho de que el binomio bioética y género nos permite hablar de minorías, es decir, da pie, justamente, a pasar de un discurso que era mayoritario, de mujeres-hombres, para pasar a hablar de la diversidad sexual, de heterosexuales, de bisexuales, de transexuales, de intersex, y una variada gama de géneros anteriormente invisibilizados. Pasamos a hablar de una minoría de seres humanos, que poseen características distintas de las características hegemónicas. Sin embargo, además de las características de género dentro del marco de la diversidad sexual, tenemos innumerables géneros que constituyen minorías que ameritan una reflexión desde la bioética, cual sea, las personas con capacidades diferenciadas, en su más amplia concepción; las personas que poseen enfermedades genéticas variadas; las personas poseedoras de dones especiales; entre tantos otros.

Incluso, podemos hablar de una combinación de géneros, o sea, una persona además de su género basado en características sexuales pertenece, al mismo tiempo, a otros géneros. Como ejemplo podemos citar a una mujer que presenta una determinada enfermedad genética, o un hombre que presenta determinada capacidad diferenciada, necesitando silla de ruedas. Son combinaciones de situaciones de género que se presentan en nuestro cotidiano, pero que la mayoría de las veces no nos damos cuenta. Además, frente a estas combinaciones se percibe, en algunos casos, un incremento en el prejuicio, pues si la discriminación es un hecho en algunas situaciones frente al género femenino, o a los intersex, por decir algo; cuando se agrega alguna otra situación de género, como una capacidad diferenciada, la situación se torna todavía más discriminante en algunos contextos. A su vez, la bioética, en cuanto una disciplina que busca promover el diálogo y el intercambio frente a la diversidad, no puede ser omisa en la reflexión de tales retos, sobre los diferentes tipos de seres humanos que componen, o mejor dicho, que forman parte de la sociedad y, en consecuencia, son actores de diferentes procesos individuales y colectivos. Procesos estos que tienen innumerables implicaciones en la bioética misma, sobre todo en lo que concierne el proceso salud/enfermedad/atención, y que resultan en nuevos interrogantes para las relaciones interpersonales y las políticas públicas de atención a la salud.

El estudio de las cuestiones de género y su vinculación con la bioética se torna tanto más efectivo cuanto más contextualizado, lo que implica también situar a la persona en su dimensión histórica, social, política, económica y cultural o etnográfica, permitiendo caracterizar la complejidad de la relación género-bioética. Además, la comprensión de la alteridad³ y de las relaciones asimétricas que se construyen frente a las diferencias entre los seres humanos en sus distintas representaciones son también componentes fundamentales para las reflexiones de estas dos categorías analíticas, o sea, perspectivas de género y problemas en la esfera de la bioética. La intención principal de la reflexión aquí propuesta es traer a colación las cuestiones de género, y su vinculación con la bioética, desde el ámbito concreto, a partir de fenómenos planteados en el campo de la atención en salud.

La perspectiva de género, analizada dentro de una modalidad de relación social, posee una característica muy particular que es su aspecto dual, es decir, siempre es establecida a partir de una díada, lo cual, frecuentemente, lleva a relaciones asimétricas. A su vez, dichas relaciones llevan a que la mayoría invisibiliza a la minoría. En tanto, la laicidad, como una herramienta contextual, permite más allá de visibilizar la minoría, aplicarla en un ejercicio de convivencia social garantizando la libertad de conciencia, sin imposiciones. Más adelante, retomaremos con detalles el tema de la laicidad. La reflexión aquí propuesta busca discutir el género como categoría analítica y su influencia, además del significado en el cruzar de fronteras en la conformación de los espacios vitales, en el ámbito de la salud desde una mirada bajo el marco de la bioética, la interculturalidad y la laicidad.

Bioética, género e interculturalidad en el proceso de atención a la salud

Para comprender cómo se construye la relación entre bioética y género en situaciones de atención a la salud, hay que comprender primeramente cómo los actores involucrados operan la perspectiva de género en el ordenamiento de la bioética. Por tanto, se hace necesario recordar que la bioética nace dentro de una perspectiva de respeto hacia todos los seres vivos, entre ellos, los seres humanos.⁴ A esta integralidad del ser vivo se agregan las varias definiciones de bioética postuladas por Van Rensselaer Potter, cuyo enfoque ha sido el carácter humanis-

³ Alteridad aquí citada desde la concepción de Emmanuel Lévinas, o sea, como categoría edificadora de la ética, donde es posible cambiar la propia perspectiva por la del *otro*, considerando el punto de vista, la concepción del mundo, los intereses, y la ideología del *otro*; y no dando por supuesto que la de *uno* es la única posible.

⁴ En 1927, Fritz Jahr utiliza la palabra bioética en el sentido de las obligaciones éticas para con todos los seres vivos, proponiendo el imperativo "respeta a todo ser vivo esencialmente como un fin en sí mismo y lo trates, si posible, como tal".

tico de la bioética, o sea, su función como puente entre ciencias y humanidades, además de su característica interdisciplinaria e intercultural.⁵

Vale recordar que Potter ha tratado de enfatizar en sus reflexiones sobre la bioética que no hay posibilidad de llevar a cabo una investigación en el mundo biológico sin vincularla con el mundo de las relaciones humanas. Sin embargo, las relaciones humanas son complejas e influidas por la diversidad de la sociedad. Esta diversidad se expresa en distintos ámbitos de la existencia, incluso en el de la salud. En ese contexto, uno de los retos de la bioética es considerar la diversidad que se presenta en la atención a la salud, y evitar que se establezcan criterios hegemónicos de manera normativa en ésta, que podrán ocasionar la exclusión de todos los que son diferentes de lo que es considerado “normal”. El normal tiende a ser considerado con base en criterios de mayoría o de hegemonía, como por ejemplo, la mayoría heterosexual, la hegemonía católica de muchos países, apenas por citar algunos. En el contexto de salud, los parámetros utilizados, sobre todo en la construcción de las políticas y protocolos de atención, existe una tendencia a centrarse en esas mayorías o hegemonías. Esto puede no estar exactamente explícito, pero es evidente cuando miramos de manera más atenta todo el abanico de propuestas, reglamentaciones y campañas, entre otras modalidades, que componen la política de salud de cada país cuyo enfoque se basa en padrones preestablecidos. Lo anterior no excluye la consideración de la atención a la desigualdad de género, como suele haber en muchos países. Ejemplo de ello son los programas de atención a la salud de la mujer. Paradójicamente, la existencia de esos programas, al mismo tiempo que buscan disminuir la desigualdad, por el simple hecho de existir, están denunciando y llamando la atención en torno a que esa desigualdad demanda un programa específico.

Una de las propuestas bioéticas que abarcan plenamente la diversidad es la sugerida por Buxó i Rey, la *Bioética intercultural*, que está orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales. Se trata de diseñar marcos que permitan conectar diferentes realidades sociales y culturales y así establecer comunidades de coparticipación intercultural donde sea posible discutir diferencias de criterio; animar el flujo de opiniones, razonamientos y propuestas, y conseguir decisiones negociadas y concertadas sobre las formas de entender la enfermedad y valorar la salud, el cuerpo integral y fragmentario, las aplicaciones biotecnológicas, las prácticas médicas; entre otras.⁶

⁵ Van Rensselaer Potter, “Palestra. IV Congreso Mundial de Bioética”, en *O Mundo da Saúde*, 22:6 (1998), pp. 370-374.

⁶ M. J. Buxó i Rey, “Bioética intercultural para la salud global”, *Revista Selecciones de Bioética*, 9 (2006), pp. 24-30.

Vale decir que la interculturalidad en la salud abarca la diversidad en su más amplio sentido, y se establece a partir de las interrelaciones, por lo que se puede considerar la interculturalidad también como una *ética*; en su sentido de relación con el *otro*. Sin embargo, lo anterior exige el reconocimiento de que toda persona pertenece a una o más culturas. En alguna medida, la interculturalidad y la ética resultan de las interrelaciones que se configuran a partir de la convivencia y del intercambio, lo que nos permite decir que la interculturalidad podría ser también caracterizada como una *ética de las interrelaciones*, sobre todo entre personas de diferentes culturas.⁷ A su vez, la interculturalidad en la salud es el intercambio entre diferentes aspectos culturales, sociales, políticos, religiosos, de creencias, de género, en fin, de las diferentes libertades de conciencia en el ámbito del proceso salud-atención.

Justamente en el contexto de la interculturalidad en salud es que podemos situar la problemática del género en situaciones de atención a la salud, desde el marco de la bioética. Aunque la interculturalidad en la salud tenga sus orígenes centrados principalmente en cuestiones de atención a la salud de pueblos originarios, de hecho, hay muchas otras cuestiones que pertenecen a este panorama de la interculturalidad, incluso las cuestiones relacionadas con la categoría *género*.⁸ La lucha por la inclusión de la salud como un derecho se ha perpetuado por muchos años en el escenario sociopolítico de diferentes naciones; todavía sigue siendo pauta de muchos países que no logran alcanzar que sus ciudadanos tengan acceso —aunque sea— a los cuidados primarios de salud. Sin embargo, la lucha por la salud se vincula también a la garantía de otros derechos, entre ellos, el derecho a la libertad de conciencia, donde se enmarca también el derecho respecto a todos los *géneros*. Pero no olvidemos el limitante de los derechos humanos, puesto que, pese a su gran potencial, se requiere de un compromiso con los derechos humanos en un sentido más amplio y sincero, toda vez que ellos se ven perjudicados cuando la atención se restringe a la libertad individual con poca atención a otros derechos, como los sociales, culturales, y económicos.⁹ Precisamente la atención a estos otros derechos, sociales, culturales, económicos, vinculados a la atención a la salud, constituyen los retos a los cuales tanto la interculturalidad como la bioética tienen el deber de incluir en sus pautas. De otra manera, corren el riesgo de seguir

⁷ A. Paulo-Maya y M. M. Raymundo, ¿La interculturalidad en salud, involucra la participación de los pueblo indígenas? Ponencia presentada en el VII Coloquio Internacional de Antropología y Literatura José María Arguedas. Huancayo, Perú, agosto de 2011.

⁸ M. M. Raymundo, C. Viesca Treviño y D. Gutiérrez Martínez, “Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible”, *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 49:3 (2011), pp. 325-330.

⁹ B. Solomon, “El Estado, la sociedad, los derechos humanos y la salud: retos éticos para el desarrollo de nuevas intervenciones”, *Revista Selecciones de Bioética*, 9 (2006), pp. 14-23.

por senderos equivocados e infértiles, por donde no avanzarán en su objetivo de proporcionar una atención a la salud efectiva, que contemple la diversidad del mundo en que vivimos. Lejos de tratarse de problemas aislados, los conflictos sociales, culturales y económicos constituyen una trama de problemas con potencial de influir a todos los sectores, incluso el de la salud, y las cuestiones de género, como bien apunta León Vega:

Podemos ver cómo los estudios de género se ven influidos por el cruce de ritmos y vivencias marcadas por la mundialización de la economía, la red interconectada de las comunicaciones y la globalización de la pobreza, por la lucha simultánea por territorios geopolíticos y sociales locales, por la preocupación sobre la sustentabilidad ecológico-cultural, etc. Situaciones y desafíos todos que exigen reconocer la legitimidad de otras formas de identificación con comunidades simbólicas y prácticas que circunscriben las fronteras de lo propio y lo ajeno, lo igual y lo distinto, etcétera.¹⁰

En ese sentido, reconocer la legitimidad de otras formas de identificación se asocia al reconocimiento de todos los géneros en su amplia significancia, así como a la pertenencia de cada quién en los diversos ámbitos, sobre todo el cultural, bajo su propia identificación, y no forzosamente desde la mirada externa, que enmarca el individuo en uno u otro grupo. No olvidemos que la cultura trae inherentemente la noción de pluralidad, y que la propia noción de cultura implica que cada ser humano posee su propia historia, su propia vida y su propia pertenencia cultural; implica que cada ser humano pertenece a un entorno geográfico, social y cultural. Además, el ser humano cuenta con valores morales, éticos, históricos, espirituales y políticos que son dinámicos. La noción de cultura reposa sobre mecanismos de inclusión y exclusión, y trasciende las oposiciones y divisiones, y estimula las condiciones de adaptaciones y de aculturaciones, de etnocentrismo y de asimilación, o sea, la unidad en la diversidad.¹¹

Lo anterior se complementa con las reflexiones de Esteban Krotz sobre el reconocimiento del otro y su ubicación en la sociedad:

Un ser humano reconocido en el sentido descrito como otro, no es considerado respecto a sus particularidades altamente individuales y mucho menos respecto a sus propiedades “naturales” como tal, sino *como miembro* de una sociedad, *como*

¹⁰ E. León Vega, “Las posibilidades de la diferencia”, en Margarita Velázquez y Leticia Merino (coords.), *Género, análisis, multidisciplina*, Cuernavaca, CRIM/UNAM, 1997, pp. 15-38.

¹¹ S. Ben-Messahel, “Médiation interculturelle et interdisciplinarité”, en Salhia Ben-Messahel (ed.), *Dés frontières de l’interculturalité*, Villeneuve d’Ascq, Septentrion, 2009, pp. 9-12.

*portador de una cultura, como heredero de una tradición, como representante de una colectividad, como nudo de una estructura comunicativa de larga duración, como iniciado en un universo simbólico, como introducido a una forma de vida diferente de otras –todo esto significa también, como resultado y creador participe de un proceso histórico específico, único e irrepetible. En esto no se trata de una sencilla suma de un ser humano y su cultura o de una cultura y sus seres humanos. Al divisar a otro ser humano, al producto material, institucional o espiritual de una cultura o de un individuo en sociedad, siempre entra al campo de visión el conjunto de la otra cultura y cada elemento particular es contemplado desde esta totalidad cultural –lo que no quiere decir que se trate de algo integrado sin tensiones– y, al mismo tiempo, concebido como su parte integrante, elemento constitutivo y expresión. Contemplar el fenómeno humano de esta manera en el marco de otras identidades colectivas, empero, no significa verlo separado del mundo restante; al contrario, este procedimiento implica siempre un remitirse a la pertenencia grupal propia.*¹²

Dando continuidad a la línea de raciocinio de una bioética vinculada a las cuestiones sociales, sobre todo centrada en las desigualdades de género, cabe resaltar el importante aporte que la bioética feminista ha brindado a la reflexión bioética, dentro de una perspectiva de bioética crítica, como bien apuntan Diniz y Guilhem, puesto que la propuesta inicial de la bioética feminista no estaba restringida a la entrada de los estudios feministas en el campo de la ética aplicada; o sea, no buscaba sólo la incorporación del feminismo a las ideas bioéticas, sino más bien, buscaba llamar la atención para la perspectiva crítica del feminismo, es decir, una mirada crítica frente a las desigualdades sociales, en especial la asimetría de género.¹³ A su vez, la asimetría de género permea constantemente las relaciones sociales, y ahora sí, más allá del binomio mujer-hombre, siendo visible también en la discriminación hacia las personas intersex y transexuales, las personas con discapacidades físicas y mentales, las personas con enfermedades degenerativas, entre otros géneros disonantes de la normalidad ya anteriormente comentada.

Una de las cuestiones bastante pertinentes a la discusión de género en bioética está relacionada al hecho de que al discutirse situaciones de género en bioética, éstas frecuentemente se ven obnubiladas por la discusión tecnológica. Un claro ejemplo es la discusión bioética sobre la maternidad tecnológicamente asistida. Esta discusión, cuando se analiza bajo el marco de la bioética, está mucho más centrada en la reflexión de sus aspectos morales y la adecuación moral de las técnicas, se está en contra o a favor de la vida, si van en contra de valores espiritua-

¹² E. Krotz, "Alteridad y pregunta antropológica", *Alteridades*, 4:8 (1994), pp. 5-11.

¹³ D. Diniz y D. Guilhem, "Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade", *Bioética*, 7:2 (1999), pp. 181-188.

les, religiosos y legales, entre otros, pero sin abarcar de manera contundente la discusión de las estructuras sociales de poder, sin cuestionar el papel de la mujer en dicho proceso. Lo anterior no significa que no exista una reflexión en ese sentido dentro de la perspectiva de la bioética feminista, empero, en la amplia discusión bioética es bastante raro que nos deparemos con reflexiones que mencionen el hecho de que, en muchas ocasiones, las mujeres buscan las técnicas artificiales de reproducción para atender un rol social que les han atribuido, como por ejemplo, ser madre, función que no necesariamente está en pleno acuerdo con su íntimo deseo. Sin duda, las reflexiones bioéticas muchas veces están más en consonancia con los aspectos morales y legales que con los aspectos socioculturales, tan importantes en la construcción del conocimiento. De igual manera, las discusiones sobre la transexualidad en la perspectiva bioética giran más en torno a la cuestión moral de permitirse o no que una persona cambie de sexo, a través de recursos tecnológicos, que sobre el hecho de que el género transexual sea considerado como un disturbo de género por los manuales de enfermedades mentales. Todavía por ese sendero, la discusión bioética de las enfermedades genéticas abarca con más ahínco las cuestiones relacionadas con la manipulación de células germinativas o las prácticas eugésicas que la exclusión social de un género de personas diferentes del normal o esperado.

Ahora, nos podemos preguntar: ¿de que manera atender toda la diversidad aquí mencionada? ¿Cómo debemos actuar los profesionales de la salud en el campo de la bioética para incluir las diferencias sin discriminación ni privilegios? La respuesta no es sencilla, ni tampoco fácil de llevar a la práctica. Entre tanto, existe una herramienta capaz de auxiliar a la bioética en su quehacer dentro de una perspectiva no discriminatoria e inclusiva, que es precisamente, la laicidad.

La laicidad como herramienta para el enfrentamiento de los fenómenos que involucran género en el rubro de la bioética

Como ya he afirmado, consideramos género como una categoría de representaciones sociales amplia, aunque es sabido, como bien apunta Joan Wallach Scott, que históricamente las feministas han empezado a emplear el término “género” en un sentido literal como una forma de referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos. Para la autora, en el campo gramatical, se entiende que el género es una forma de clasificar fenómenos, un sistema convencional de distinciones más que una descripción objetiva de los rasgos inherentes al mismo. O sea, las clasificaciones nos sugieren una relación entre categorías que permite hacer distinciones o separar grupos. Sin embargo, aunque recientemente la palabra *género* fue utilizada algunas veces como sinónimo de *mujeres*, esta sustitución se

emplea para sugerir que la información sobre las mujeres es, necesariamente, información sobre los hombres, y que lo uno implica el estudio de lo otro. Tal empleo sostiene que el estudio separado de las mujeres contribuye a perpetuar la ficción de que una esfera, o la experiencia de un sexo, poco o nada tiene que ver con el otro sexo. Además, el género también se utiliza para designar las relaciones sociales entre los sexos.¹⁴ La misma lógica se aplica a otras relaciones dentro de las categorías de género en su sentido amplio, o sea, estudiamos una faceta a partir de la relación con la otra. Ahora bien, cabe preguntar: ¿de qué manera se incluye a todas las facetas cuando existen relaciones asimétricas? Es ahí donde podemos emplear la laicidad como herramienta capaz de garantizar la convivencia armónica y pacífica de la diversidad en sociedad.

En los orígenes de la laicidad está la trayectoria de Francia en esa materia, cuya propia historia es testigo. De acuerdo con Jean Baubérot, el primer teórico de la laicidad fue Ferdinand Buisson, quien afirmaba que la laicidad resulta del lento trabajo de los siglos, donde las diversas funciones de la vida pública son poco a poco distintas, es decir, separadas unas de las otras, libres de la tutela estrecha de la Iglesia. Para Baubérot, si la realización de la laicidad supone un proceso de laicización, sus objetivos son la libertad de conciencia, el libre ejercicio de los cultos, y la igualdad de derechos sin tomar en cuenta la pertinencia religiosa.¹⁵

Recientemente, la Declaración Universal de la Laicidad en el siglo XXI define la laicidad como la armonización, en diversas coyunturas sociohistóricas y geopolíticas, de los tres principios: respeto a la libertad de conciencia y de su práctica individual y colectiva; autonomía de lo político de la sociedad civil frente a las normas religiosas y filosóficas particulares, y la no discriminación directa o indirecta hacia los seres humanos.¹⁶ Desde hace algunos años asistimos a la creciente lucha de varios sectores político-sociales por una sociedad que se base y fundamente en la pluralidad de perspectivas tanto políticas como religiosas y morales. Con ello, se incrementa cada vez más la discusión y reflexión sobre las posibles maneras de alcanzar una sociedad de convivencia armónica, que promocióne la inclusión de la diversidad y respete la libertad de conciencia. Sin duda, una de las posibles herramientas capaces de llevar a una sociedad más armónica e igualitaria es la laicidad, una vez que su finalidad es precisamente promocionar la consideración de la igualdad de los ciudadanos, y el respeto por su libertad de conciencia.

¹⁴ J. W. Scott, "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Joan Wallach Scott, *Género e Historia*, México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México/FCE, 2008, pp. 48-74.

¹⁵ J. Baubérot, *Histoire de la laïcité en France*, París, Presse Universitaires de France, 2000, p. 4.

¹⁶ "Declaración Universal de la Laicidad en el siglo XXI", en R. Blancarte, *Para entender el Estado Laico*, México, Nostra Ediciones, 2008, pp. 59-63.

Sin negar que la pluralidad en las sociedades siempre ha existido, resaltamos que en la actualidad asistimos a un mayor número de sociedades para que se aprecie la diversidad en sus distintos rubros, sean culturales, ideológicos, religiosos, de creencias, sexuales; entre otros. Sin embargo, el clamor por dicho espacio en las sociedades habla también de un espacio de expresión de la diversidad, donde la persona no se sienta, y realmente no sea, discriminada por su ideología, religión u opción sexual. En el campo de la salud, dichos espacios son también reducidos, una vez que existe un comportamiento “esperado” para los pacientes. Dicho de otra manera, al paciente que no profesa la religión dominante, que no pertenece a la mayoría heterosexual, frecuentemente es tratado de manera discriminatoria.

Todavía peores son las políticas públicas y las leyes discriminatorias. Tomemos como ejemplo algunas cuestiones vinculadas al género en su concepción amplia –el rubro de los derechos sexuales y reproductivos–, tales como matrimonios entre personas del mismo sexo, homoparentalidad y aborto. Sobre todo en algunos países de América Latina, cuya influencia religiosa es bastante predominante, las leyes suelen ser bastante rígidas respecto a esos temas. Sin embargo, paulatinamente en los últimos años se han presentado conquistas puntuales de algunos países que ya han marcado avances, tales como el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo y el derecho a la interrupción del embarazo sin penalización hasta las 12 semanas. La justificación para que esos derechos sean ejercidos se funda también en los principios de la laicidad, donde cada persona puede decidir por sí misma sobre los temas que involucran su libertad de conciencia. Una ley que penaliza la interrupción del embarazo obliga a todas las personas; una ley que no la penaliza permite la elección de cada quién, bajo sus propias creencias, sin ninguna imposición.

A su vez, en el marco de la bioética percibimos que existe en muchas ocasiones un desvío del punto clave de la discusión de esos temas –es decir, las libertades individuales– para las cuestiones científicas (¿cuál es el verdadero momento posible de definición para el inicio de un nuevo ser?, o ¿cuáles son los derechos del embrión?). Un análisis más profundo de muchas de esas discusiones permite revelar argumentos religiosos transvestidos de científicos. Lo que significa la imposición de valores o creencias a las demás personas. La laicidad busca precisamente que cada persona pueda ejercer su libertad de conciencia sin imponerla a los demás. Ya es tiempo de considerar los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, aunque estos derechos no se basen en la universalidad sino en la particularidad, en el respeto por la singularidad y las diferencias. Para la sempiterna pregunta de cómo pensar al sujeto de derecho universal e igualmente observar a la diversidad existe una respuesta, es decir: pensar en la diversidad no

como un elemento que justifique las violaciones de derechos, sino más bien, como un elemento constitutivo de los derechos.¹⁷

Lo anterior no puede ser alcanzado sin que el Estado cumpla su papel, es decir, la función del Estado es fundamental para que la totalidad de la sociedad sea abarcada en las políticas públicas. Dicho de otra manera, la moral del Estado no puede contemplar apenas a un determinado sector de la sociedad, privilegiando morales o creencias específicas. La definición de esa moralidad debe de ser social y colectiva, basada en la lógica de los derechos humanos.¹⁸ Además, el resurgimiento religioso y de creencias, así como la creciente revalorización étnica y cultural, y su expresión tanto individual como colectiva, cuestiona el ordenamiento institucional vigente, clamando por nuevos procesos de reconstitución de identidades, sean en el ámbito público o privado.¹⁹ El rol de la bioética en esos temas sigue siendo el de reflexión y mediación. La laicidad la complementa como una herramienta de argumentación y justificación del respeto a la libertad de conciencia.

¹⁷ S. Buglione, "Direitos Humanos e Direitos Sexuais: universalidade e especificidade em debate", en Veriano Terto Jr., Victoria Ceres Gomes y Daniela Riva Knauth (coords.), Porto Alegre, Cadernos do NUPACS, 2008, pp. 25-33.

¹⁸ R. Blancarte, "Laicidad y Bioética", en G. Soberón y D. Feinholz (eds.), *Aspectos sociales de la Bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética, 2009, pp. 53-70.

¹⁹ J. B. Liwerant, "Religión y espacio público en los tiempos de la globalización", en R. J. Blancarte (coord.), *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 59-84.

COLABORADORES Y COLABORADORAS

Ruth Macklin

Estudió Artes y Filosofía en la Universidad de Cornell y es doctora en Filosofía por la Case Western Reserve University. Se ha desempeñado como asesora de la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA (ONU-SIDA). Es integrante del Instituto de Medicina y forma parte de la Junta Directiva de la Asociación Internacional de Bioética. Es especialista en bioética, y ha dictado conferencias y publicado una extensa cantidad de obras sobre la materia. Actualmente, es profesora en el Departamento de Epidemiología y Salud de la Población de la Escuela de Medicina Albert Einstein de la Universidad Yeshiva, en Nueva York.

María Jesús Buxó

Es doctora en Antropología. Ha sido profesora invitada de la Universidad de Cornell y presidenta de la Sociedad Española de Antropología Aplicada. Actualmente, imparte la cátedra de Antropología Cultural en la Universidad de Barcelona y es integrante del Comité de Bioética y del Observatori de Bioètica i Dret, de la misma institución educativa.

María Casado González

Es doctora en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Sus líneas de investigación abarcan la bioética y los derechos humanos, así como las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de la biotecnología. Ha sido integrante del Comi-

té de Bioética de la Universidad de Cataluña, de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, del Comité de Ética Asistencial del Hospital de esa misma ciudad, de la Comisión de Expertos del Banco Nacional de ADN, entre otras instituciones. Actualmente, es profesora titular de Filosofía del Derecho, Moral y Política, en la Universidad de Barcelona y directora del Observatori de Bioètica i Dret, de la misma universidad.

Carme Valls-Llobet

Es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Es especialista en temas de género y salud y es autora de diversas publicaciones en la materia, entre las que destacan *Mujeres, salud y poder* y *Mujeres invisibles*. Actualmente, es directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

Florencia Luna

Es licenciada en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires, maestra en Artes por la Universidad de Columbia y doctora en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires. Ha sido consejera de la Organización Mundial de la Salud, consultora oficial del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de Salud, y fue presidenta de la International Association of Bioethics. Actualmente, es investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, y Directora del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Argentina).

Gustavo Ortiz Millán

Es licenciado y maestro en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México, y posee un doctorado por la Universidad de Columbia. Es especialista en ética psicología moral, ética y filosofía de la mente, sobre las que ha publicado diversas obras. Fue secretario académico del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Actualmente, es investigador de tiempo completo en dicho instituto y pertenece al Sistema Nacional de investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).

Adrián Rentería Díaz

Es licenciado en Filosofía por la Universidad Autónoma de Chihuahua y doctor en Filosofía Analítica y Teoría General del Derecho por la Universidad de Milán. Es

especialista en derecho, bioética y derecho constitucional y posee diversas publicaciones en la materia. Asimismo, fue miembro del Comité Directivo del Consejo de Bioética de Milán. Actualmente, trabaja como profesor-investigador en la Universidad de Insubria, Italia.

Patricia Soley-Beltran

Es maestra en Letras por la Universidad de Aberdeen y doctora en Sociología del género por la Universidad de Edimburgo. Ha impartido cátedra en diversas universidades. Entre sus publicaciones destacan: *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler* y *Judith Butler en disputa. Lecturas sobre la performatividad*. Actualmente, es investigadora independiente, integrante del grupo de trabajo de antropología del cuerpo del Institut Català d'Antropologia, y miembro fundador de la International Society for Cultural History.

Arleen Salles

Es maestra en Artes y doctora en Filosofía por la State University of New York, en Buffalo. Es especialista en la ética teórica y práctica, y sus investigaciones se centran en el papel de las emociones en el razonamiento, la neuroética y la bioética. Cuenta con múltiples publicaciones sobre la materia y se ha desempeñado como docente en diversas universidades. Actualmente, es investigadora en el Centro de Investigaciones Filosóficas y colaboradora en la línea de investigación en neurociencias y filosofía del Instituto de Neurología Cognitiva.

Marcia Mocellin Raymundo

Es licenciada en Ciencias Biológicas por la Universidad Católica de Río Grande do Sul, maestra en Ciencias Biológicas y doctora en Ciencias en Gastroenterología por la Universidad Federal de Río Grande do Sul. Es especialista en materia de bioética y ha sido integrante de los Comités de Ética en Investigación y de Bioética. Actualmente, es investigadora en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre en Brasil.

ÍNDICE

Presentación	vii
<i>Mónica Maccise Duayhe</i>	
<i>Rodolfo Vázquez</i>	

Introducción	ix
--------------------	----

GÉNERO, VULNERABILIDAD Y ACTO MÉDICO

Un acercamiento a la vulnerabilidad desde el punto de vista de la ética global	3
<i>Ruth Macklin</i>	

Asedio compasivo: el doble filo del cuidar	23
<i>María Jesús Buxó</i>	
<i>María Casado</i>	

Ética, salud y acto médico. Una perspectiva de género.	41
<i>Carme Valls-Llobet</i>	

GÉNERO, DERECHOS Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Las paradojas de la reproducción asistida y el género. Dejando de lado fotografías anacrónicas.	73
<i>Florencia Luna</i>	
Ética feminista, ética femenina y aborto	93
<i>Gustavo Ortiz Millán</i>	
Mujeres. ¿Un derecho sin derechos?	115
<i>Adrián Rentería Díaz</i>	

MIGRACIONES DE GÉNERO, NEUROÉTICA Y LAICIDAD

“No hay dos sin tres”. Bioética, transexualidad y transgénero	147
<i>Patricia Soley-Beltran</i>	
¿El cerebro de quién? Algunas reflexiones sobre la neurociencia de las diferencias sexuales	179
<i>Arleen Salles</i>	
La perspectiva de género y su vinculación con la bioética bajo el marco de la interculturalidad y de la laicidad en el campo de la atención en salud	193
<i>Marcia Mocellin Raymundo</i>	
Colaboradores y colaboradoras	205