

CÓMO CITAR

Arriagada Ramírez, A. (2023). Ética del cuidado en Bioética. *Ethika+*, (7), 39-56.

<https://doi.org/10.5354/2452-6037.2023.69769>

Ética del cuidado en Bioética

ETHICS OF CARE IN BIOETHICS

Astrid Arriagada Ramírez
Magister en Bioética, Universidad de Chile
astriddra@gmail.com

RESUMEN: En este artículo, mediante una revisión y análisis bibliográfico, se aborda la ética del cuidado y el concepto de interseccionalidad como marco para un discurso bioético aplicado a las estructuras en la atención de salud y a la toma de decisiones. La ética del cuidado y la interseccionalidad aportan elementos pocas veces considerados en el análisis bioético, como es el contexto, la subjetividad, la experiencia vivida, las relaciones de cuidado y la responsabilidad consigo mismo y los otros, elementos que deberían permear la bioética en la atención de salud y en el actuar del ser humano con su entorno.

PALABRAS CLAVES: *ética del cuidado, bioética, bioética feminista, relación clínica, interseccionalidad.*

ABSTRACT: In this article, through a review and bibliographic analysis, the ethics of care and the concept of intersectionality are addressed, as a framework for a bioethical discourse applied to health care structures and decision-making. The ethics of care and intersectionality provide elements that are rarely considered in bioethical analysis, such as context, subjectivity,



lived experience, care relationships, and responsibility to oneself and others, elements that should permeate bioethics in health care and in the actions of the human being with his environment.

KEYWORDS: ethics of care, bioethics, feminist bioethics, clinical relationship, intersectionality.

La bioética, desde sus inicios como disciplina, ha estado dominada por la hegemonía de los discursos masculinos, por ellos y para ellos, como, por ejemplo, el *principialismo* norteamericano¹ que le otorga un carácter individual, homogéneo y universalista a los dilemas éticos. Aun cuando existen asuntos éticos de interés para las mujeres, como el aborto, las técnicas de reproducción asistida, etc., rara vez se han considerado sus opiniones o el pensamiento feminista sobre estas cuestiones.

A nivel general, y especialmente en la bioética biomédica, tampoco ha habido mayor autocritica frente a la posibilidad de sesgos de género en la teorización ética o del posible impacto sobre cuestiones bioéticas de supuestos culturales sobre las diferencias entre géneros (Crosthwaite, 2009). Mucho menos ha habido autocritica en el análisis bioético particular, en el que la deliberación podría tener una perspectiva de género sesgada o simplemente no tenerla. Por otro lado, más allá de la posición teórica en relación con el concepto de género —y con el feminismo—, es necesario comprender y visibilizar las asimetrías de poder históricas en cualquier práctica social y, con mayor razón, en la atención de salud, dada las razones de las mujeres para acceder a dicha atención. Esto revela las diferencias en la distribución o

¹ El *principialismo* surge en la década de los 70 con Beauchamp y Childress, quienes propusieron tres principios fundamentales que rigen la bioética: *no maleficencia, beneficencia y justicia*. Posteriormente se agrega la *autonomía*.

acceso a derechos y bienes, y la existencia y operación de relaciones estructurales opresivas.

En la última década del siglo XX, en concordancia con el creciente desarrollo del pensamiento feminista en áreas de la tradición intelectual y social, se hizo distintiva la voz de las mujeres en bioética. En la literatura, existe una gran variedad de publicaciones anglosajonas (Rogers et al., 2022; Hall y Asta, 2021) que demuestran el avance de la discusión feminista en bioética. En el caso de América Latina estas disminuyen considerablemente, lo que evidencia que aun cuando los movimientos ‘ni una menos’ o de ‘aborto libre’ generaron —y siguen generando— una mayor discusión y penetración del feminismo en la región, esto no basta. Precisamente, son estos temas en los que intersectan la bioética biomédica y los feminismos suscitando una conversación que trasciende lo académico y a los grupos de interés. Esto exige a la bioética, en tanto disciplina, tener otra mirada y poner atención a los contextos políticos y sociales de las mujeres y las diversidades sexo-genéricas al abordar cuestiones morales (Crosthwaite, 2009).

Considerando este contexto y con la finalidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis y la evaluación bioética biomédica, abordaré uno de los principales enfoques teóricos feministas: la *ética del cuidado* como posible marco teórico en la relación entre género y bioética, y en su aplicación a las estructuras de atención en salud y al procedimiento para la toma de decisiones en este ámbito. Para ello, realizaré una revisión y análisis bibliográfico en el que se considerarán elementos fundamentales de la ética del cuidado. Como un complemento necesario indagaré también en el concepto de *interseccionalidad*.

Ética del cuidado

La ética del cuidado de Carol Gilligan, formulada en 1982, ha sido ampliamente difundida y es, sin duda la propuesta teórica más conocida en bioética, pero escasamente aplicada. Se originó a partir de los cuestionamientos a las investigaciones en psicología

del desarrollo moral de Kohlberg, quien postuló la existencia de 6 estadios morales, cada uno superior al anterior, por los que atraviesa una persona en su desarrollo y crecimiento. Kohlberg construyó este modelo de desarrollo moral a partir de observaciones realizadas solo en hombres e hizo extensiva sus conclusiones a las mujeres, reconociéndoles un desarrollo moral inferior al de los hombre debido a que no alcanzaban estadios superiores de universalidad y abstracción, necesarios para la autonomía moral (Tronto, 1987; Faerman, 2015; Maffía, 2018).

Gilligan planteó que las mujeres tienen un desarrollo moral diferente, pero no menor, orientado por “una preocupación por la actividad de dar cuidado, [centrando] el desarrollo moral en torno al entendimiento de la responsabilidad y las relaciones” (Gilligan, 1985, p. 42). Para las mujeres, señala esta autora, la atención hacia las relaciones de cuidado consigo mismo y con los otros, son centrales. Estas relaciones son contextuales y narrativas, y determinan normas morales distintas a las competitivas que se relacionan con la justicia, que es imparcial y objetiva. Lo contextual de este razonamiento femenino está en contraposición a los universalismos de la ética de la justicia quedando supeditado a la subjetividad, a factores extrínsecos y a la red de relaciones, esto no implica la ausencia de algún tipo de pauta en el análisis. Para la ética del cuidado, las personas son “concretas y situadas” (Faerman, 2015, p. 129). Así, la ética del cuidado, como principio de análisis, propone adoptar una mirada desde la persona y hacia las personas.

Gilligan (1985) sostuvo que “el imperativo moral que surge repetidas veces en las entrevistas con mujeres es un mandamiento de atención y cuidado, una responsabilidad de discernir y aliviar las dificultades auténticas y reconocibles de este mundo” (p. 166), asociadas principalmente a su configuración biológica. Por el contrario, el imperativo moral para los hombres es un “[mandato] de respetar los derechos de los demás y, así, de proteger de toda intrusión los derechos a la vida y la autorrealización” (Gilligan, 1985, p. 166).

La diferencia comienza con las premisas ontológicas y antropológicas. La perspectiva de cuidado ve a los seres humanos principalmente como interrelacionados y dependientes unos de otros, mientras que una perspectiva de justicia se centra más bien en individuos autónomos. En cuanto a las premisas epistemológicas, una perspectiva de cuidado considera los juicios morales como contextuales y los puntos de vista morales como posicionados, mientras que una perspectiva de justicia valora el universalismo, el objetivismo y la imparcialidad. Una perspectiva de cuidado valora el potencial epistémico de las emociones para apreciar conflictos morales e identificar soluciones, mientras que una perspectiva de justicia generalmente se basa en la razón. Una perspectiva de cuidado ve los conflictos morales como responsabilidades en conflicto basadas en la percepción de diferentes necesidades, mientras que una perspectiva de justicia enfatizará los derechos en conflicto. Desde una perspectiva de cuidado, las herramientas para resolver conflictos morales consisten en una reconstrucción empática de la perspectiva del otro concreto, así como un equilibrio consciente de las responsabilidades hacia los demás y uno mismo, mientras que una perspectiva de justicia se centra en el otro generalizado y en el papel del pensamiento lógico deductivo: el reconocimiento y la aplicación correcta de las reglas. Lo que está en juego en los conflictos morales, desde la perspectiva del cuidado, es responder a las necesidades (especialmente de aquellos otros concretos de los que nos hemos responsabilizado) evitando herir, y manteniendo o mejorando determinadas relaciones que bien pueden ser asimétricas y no libremente elegidas; una perspectiva de justicia se preocupa principalmente por la igualdad, la reciprocidad y el respeto por la autonomía. Finalmente, la madurez moral, desde la perspectiva del cuidado, consiste en la capacidad de captar la complejidad de las relaciones humanas y la conexión mutua entre uno mismo y los demás, junto con la capacidad de equilibrar adecuadamente el cuidado de los demás y de uno mismo; una perspectiva de justicia postula más bien la deducción consistente de decisiones morales a partir de principios generalizados (Gilligan, 1985).

Asimismo, Gilligan plantea que el desarrollo moral de las mujeres, además de dirigirse hacia una madurez alcanzada por la interdependencia y el cuidado, resulta en una posición de vida menos violenta (Gilligan, 1985). La autora postula la ética del cuidado como una ‘voz’ alternativa al camino único trazado por los hombres. Es un modo alternativo y más complejo de mirar la experiencia humana e interpretar lo social que se sostiene en otra forma de lenguaje y pensamiento (Gilligan, 1985): “mientras que una ética de la justicia procede de la premisa de igualdad —que todos deben ser tratados igualmente—, una ética de cuidado se apoya en la premisa de la no violencia: que no se debe dañar a nadie” (Gilligan, 1985, p. 281).

Pese a estas diferencias, los términos cuidado-justicia no deben ser vistos como excluyentes entre sí, sino que como complementarios, trascendiendo cualquier paralelismo con la dicotomía femenina-masculina. Muchas teóricas feministas, además de respaldar algunos aspectos de la ética del cuidado, también apelan al principio de justicia para fundamentar su crítica a la opresión patriarcal. Igualmente, se sugiere reconceptualizar la justicia distributiva más allá del enfoque dominante (Crosthwaite, 2009), en el sentido de disminuir las brechas de género y sus asimetrías en la distribución del poder.

Una de las principales críticas a la ética del cuidado postulada por Gilligan es su visión esencialista del género que no considera que los valores descritos en su investigación son fruto de la subordinación histórica femenina en sociedades patriarcales (Faerman, 2015). No obstante, esto no resta validez a los cuestionamientos a la ética tradicional que presenta al género como universal, imparcial y neutral.

Tronto (1987) plantea tres argumentos para sostener que la ética del cuidado no debe ser asumida como una teoría de la diferencia de géneros. Primero, cuestiona que se equipare el cuidado con la mujer porque la evidencia que apoya tal vínculo es inadecuada. Segundo, advierte que la simple diferenciación genérica en un contexto social puede identificar al hombre como normal, estableciendo implícitamente a las mujeres como inferiores, lo que puede ser peligroso para

ellas mismas. Tercero, plantea que existe la posibilidad de entramparse teóricamente al intentar “defender la moralidad de las mujeres en vez de mirar críticamente las posibilidades y los problemas filosóficos de una ética del cuidado” (p. 2). Al caracterizar el cuidado como una cualidad propia de una ética femenina, en cuanto a la crianza, a los lazos personales cercanos y la respuesta emocional hacia los demás, con conciencia de sentido de justicia e incapaces de una racionalidad objetiva e imparcial, se corre el riesgo de caer en caracterizaciones degradantes y de justificar su exclusión de la vida pública y de los círculos de poder, quedando subordinadas a estos.

Por otro lado, los que defienden la interpretación de la diferencia de géneros a través de esta teoría, sostienen que permite el análisis y la atención de casos y situaciones particulares y concretas, en relación con el contexto. Para el análisis bioético, en cuanto a lo procedimental, esto es especialmente relevante debido a que en la mayoría de los casos no se pueden emitir juicios generales, sino que más bien se debe ver el caso a caso (Ortiz, 2014).

De esta forma, una ética del cuidado puede operar como una alternativa a la teoría moral dominante, en la medida en que cuestiona las afirmaciones de las teorías éticas tradicionales, sostenidas en un pensamiento moral universal, imparcial y neutral en cuanto al género, y 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 (Ortiz, 2014).

Otro aspecto relevante es la noción de responsabilidad en la relación del cuidado. La responsabilidad es una categoría moral central, concebida como la necesidad de cumplir con las obligaciones hacia los otros y hacia sí mismo dentro de una red de relaciones en las que se está inmerso. Para Tronto (1993), la “responsabilidad tiene diferentes significados según los roles de género percibidos y los problemas que surgen de la clase, el estado familiar y la cultura, incluidas las diferencias culturales basadas en grupos raciales” (p. 133). Por tanto, la responsabilidad también tendría que ser vista con cierta

flexibilidad en vez de seguir utilizando la “obligación como base para comprender lo que la gente debe hacer por cada uno” (p. 133). De igual forma, Kittay (2019a) sostiene que las obligaciones morales de cuidado no solo se deben a la relación con otro, sino que también son específicas del individuo a quien estamos obligados a beneficiar, como es el caso, por ejemplo, del cuidado de un recién nacido que tiene una dependencia absoluta de ser cuidado, dependencia que varía a medida que crece. Por tanto, la responsabilidad en esta relación de cuidado más que un deber moral requiere de acciones entre el cuidador y el dependiente que no se entenderían de otra forma si no fueran supererogativas, cuyo único interés es el bienestar del otro. Cabe cuestionarse si bajo esta responsabilidad se requiere un grado superior de perfección moral por parte del cuidador y cuál sería la medida para establecer la responsabilidad del cuidado del otro.

Gilligan, en su libro, analiza el tema del aborto desde de la ética del cuidado, basada en entrevistas a mujeres acerca de sus experiencias de interrupción de embarazos. Esta perspectiva permite abordar los conflictos éticos en torno al aborto en términos particulares o subjetivos, es decir, el análisis caso a caso, sin patrones universalistas (Ortiz, 2014). Ciertamente, no solo sirve para abordar este tema, sino que su aplicabilidad permite abordar otros conflictos éticos desde una perspectiva feminista que incluya el reconocimiento de la subjetividad, el contexto y la responsabilidad en relación con el otro y consigo mismo.

La enfermería adopta esta perspectiva para la aplicación de su modelo de atención basado en el cuidado, apuntando al cuidado en sí, a la empatía y la responsabilidad. Esto no deja de presentar algunos problemas: por un lado, está el peligro de asignar la función del cuidar a la mujer, dadas las características históricas de la profesión, ejercida en su mayoría por mujeres, y, por otro lado, es necesario tener en cuenta que el cuidado va más allá de la acción de ‘cuidar’ en sí. Tal como sostiene Kittay (2019b), si este ‘cuidar’ no es suficiente para las necesidades que tiene una persona enferma, ¿la

enfermera podría considerarse entonces como una mala cuidadora o una mala enfermera?

Otra forma de observar la aplicabilidad de la ética del cuidado es en el caso de los conflictos en el final de la vida, específicamente, con los cuidados paliativos. En este enfoque de la atención de salud toma gran relevancia el cuidado, en cuanto a la implicancia en el padecimiento de una enfermedad terminal, en el contexto posicionado y subjetivo de vivir la cercanía de la muerte. También la interacción entre el cuidador y la persona cuidada, más que la responsabilidad vista como un deber moral, es la preocupación por el bienestar en atención a las necesidades generadas por las vivencias del fin de la vida. Esto conlleva procurar a las personas un ambiente que propicia el buen morir. En este sentido, la toma de decisiones debe estar centrada en el bienestar de las personas además de la experiencia vivida con respecto a su enfermedad.

Interseccionalidad

Considerando las premisas de la ética del cuidado en cuanto a lo contextual, supeditada a la subjetividad y a la red de relaciones implicadas, corresponde hacer el nexo con la interseccionalidad. La interseccionalidad es un concepto acuñado en términos formales y académicos por Kimberlé Crenshaw en 1989 y surge para visibilizar situaciones de discriminación y violencia experimentadas por mujeres afroamericanas, sin embargo, ha sido ampliamente difundido e incorporado como fórmula para explicar las asimetrías de justicia social, de poder y político que viven las mujeres. Collins y Bilge (2020) definen la interseccionalidad como una forma de comprender y explicar la complejidad del mundo, de las persona y de la experiencia humana, analizando cómo las relaciones de poder que se cruzan influyen en las relaciones sociales en diversas sociedades, así como en las experiencias individuales en la vida cotidiana.

La interseccionalidad considera distintas categorías: raza, clase, género, sexualidad, nación, capacidad, etnia y edad, entre otras, interrelacionadas y que se configuran mutuamente, sin exclusiones (Collins y Bilge, 2020). Estas categorías afectan la vida de las personas de tal manera que al analizarlas por separado no se pueden entender ni explicar las distintas formas de opresión (Crenshaw, 2012).

La interseccionalidad es presentada como herramienta de análisis que permite abarcar diferentes categorías que se entrecruzan en las personas dejándolas expuestas a opresiones múltiples (Collins y Bilge, 2020). Cho et al. (2013) proponen que para que un análisis interseccional sea tal, no basta solo con el uso del término ‘interseccionalidad’ dentro de los enunciados. Lo que hace la interseccionalidad como acción es “pensar el problema de la igualdad y la diferencia y su relación con el poder [y con ello] concebir las categorías no como distintas sino como siempre permeadas por otras categorías, fluidas y cambiantes, siempre en el proceso de crear y ser creadas por dinámicas de poder” (p. 795).

Además, Collins y Bilge (2020) establecen que estas categorías son afectadas en diferentes dominios de poder como lo es el estructural, cultural, disciplinario e interpersonal. La interseccionalidad reconoce que la pertenencia a un grupo determinado puede hacer que las personas sean vulnerables a diversas formas de sesgo, pero debido a que se pertenece simultáneamente a varios grupos, las complejas identidades moldean las formas específicas en que se experimenta dicho sesgo. Por ejemplo, los hombres y las mujeres experimentan el racismo de manera diferente, las mujeres de diferentes razas pueden experimentar el sexismo de manera diferente, y así sucesivamente. La interseccionalidad resalta aspectos de la experiencia individual dentro del campo de poder-saber que pueden pasar desapercibidos o ser excluidos (Collins y Bilge, 2020; Viveros, 2016).

En el ámbito de la salud, el análisis interseccional permite y propicia una reflexión permanente sobre cualquier discurso hegemónico. Traspasa y otorga una nueva perspectiva acerca de la subjetividad,

considerando que, si bien existe un modelo biopsicosocial a la hora de abordar la atención de salud, la interseccionalidad es mucho más profunda y específica al incorporar elementos que interfieren en el estado de salud, puesto que incluye categorías entrecruzadas que a menudo no son planteadas como tal. Por otro lado, estas intersecciones, además de intervenir en el estado de salud, se conjugan con la justicia social, con el acceso a la atención, que muchas veces son atribuidas a razones más bien estructurales que dejan a las personas en desventaja por el simple hecho de situarse en algunas de estas categorías. Esto fue evidente durante la pandemia de COVID-19: la población migrante, pobre y racializada presentó mayores índices de mortalidad y de enfermedades graves (Lin et al., 2022), dejando al descubierto las inequidades en el acceso a la salud, no solo para tratar la enfermedad en sí, sino que también en lo preventivo, determinando condiciones de salud deficientes, previas a la irrupción de la pandemia. Posteriormente, se observaron brechas en el acceso a la vacunación dada la situación irregular de muchos migrantes.

Interacción con la bioética

“Una mujer no nace, se hace” escribía Simone de Beauvoir, dejando a la construcción social como elemento fundamental para el devenir mujer. Es precisamente en este punto donde la bioética no puede ser indiferente, analizando y cuestionando la interacción de la *bios* con el devenir mujer, con el cuerpo, con sus roles, con sus vulnerabilidades, con las asimetrías históricas de poder y de derechos y por supuesto con la opresión. Estos temas han sido abordados ampliamente por las teorías feministas pero la bioética los aborda supeditados a la hegemonía masculina y paternalista de la medicina y de las ciencias de la vida.

La interseccionalidad, como herramienta analítica, sin duda es absolutamente aplicable al ámbito de acción de la bioética, en su reflexión y discusión. Este concepto provee el foco necesario para

facilitar la protección de las personas que sufren opresiones y discriminaciones que pueden perpetuar los daños morales en la atención clínica, la investigación y la salud pública (Scully, 2021). No obstante, aun cuando el poder del análisis interseccional, en todas sus formas, ha sido reconocido por algunos bioeticistas, aún queda pendiente ampliar su difusión dentro la disciplina (Scully, 2021), tarea que han asumido las bioeticistas feministas al fomentar distintas teorías filosóficas y sociales, y promover el desarrollo de la medicina, la naturaleza y las ciencias de la vida, distinguiéndose en su compromiso político de identificar y eliminar las prácticas que discriminan a las mujeres y, al hacerlo, crear un mundo más equitativo y justo para todos y todas (Scully, 2021).

En un nivel práctico, el análisis interseccional debe incorporarse en la atención clínica en su conjunto, así como fue incorporado el enfoque biopsicosocial en los años 70, tanto en la evaluación como en la emisión y tratamiento de un diagnóstico.

En bioética, la interseccionalidad y la ética del cuidado, como aspectos importantes para el análisis, deben estar incluidas en el método deliberativo, específicamente en la primera etapa, la de la “deliberación sobre los hechos”, (Gracia, 2001; Beca, 2011). De esta forma, se incluirían en el análisis las distintas formas de opresión que pueden experimentar las personas en situación de vulnerabilidad, por ejemplo, en conflictos generados en personas en situación de discapacidad, en decisiones frente al aborto, esterilizaciones forzadas, etc. En un nivel macro, en relación con las políticas públicas en salud y el sustento ético para la toma de decisiones, también se deben tener presente, atendiendo a las necesidades de los grupos oprimidos. Este es el caso en la distribución de recursos en salud, en la priorización de resolución de problemas de salud por parte de los Estados y las políticas de cuidados, como, por ejemplo, atención de salud en personas transgénero, en mujeres víctimas de violencia de género, en personas migrantes, en personas en situación de discapacidad, cuidados paliativos, etc.

El enfoque otorgado por los feminismos a la bioética no se reduce a la discusión sobre los conflictos al inicio de la vida y a la salud sexual y reproductiva sustentados en sólida conciencia de los impactos diferenciales de las caracterizaciones y roles de género, sino que involucra un giro teórico del modelo imperante en el énfasis ético del juicio individual hacia ideales de toma de decisiones comunicativa y colaborativa. La comprensión y los juicios de los individuos concretos son particulares más que universales y están enmarcados por la situación y la experiencia personal. Muchas feministas rechazan la posibilidad de una perspectiva epistemológica o moral no situada, argumentando que el conocimiento y la moralidad son productos de la negociación social. Los debates en epistemología y en ética feminista abordan la posibilidad de reconocer y valorar diversas perspectivas sin abrazar un relativismo que limitaría la posibilidad de compartir la vida social y los estándares morales, socavando el terreno desde el cual condenar la opresión (Crosthwaite, 2009).

Los análisis teóricos feministas brindan formas distintivas de comprender y evaluar las prácticas en la atención de la salud o en las ciencias de la vida. La responsabilidad en la evaluación ética en la institucionalidad bioética debe estar preparada para realizar una reflexión crítica sobre su propio quehacer social y político, sobre los supuestos y sus prácticas, así como también acerca de los marcos teóricos dominantes. La bioética feminista es un aporte a la reflexión sobre cuestiones bioéticas y sobre la propia reflexión bioética (Crosthwaite, 2009). Asimismo, abre la posibilidad a más opciones de caminos y soluciones a problemas con personas o grupos marginalizados y vulnerables, que exigen una especial atención a sus vidas. Es ponerse un lente con una perspectiva ampliada de lo femenino.

En general, las profesiones que tratan personas tienden a reflejar las perspectivas y valores socialmente dominantes, en tanto, la bioética, además, necesita representar los intereses de quienes se verán afectados por las políticas y prácticas de atención médica socialmente desfavorecidas. Sin embargo, los cuestionamientos de los bioeticistas no abarcan las distintas aristas que tienen los temas relevantes para

la vida de la mayoría de las mujeres y diversidades sexo-genéricas. Esto es parte de las principales críticas feministas: la exclusión del género de los análisis bioéticos tradicionales. La bioética tradicional se centra en lo genérico, lo abstracto y lo individual, dificultando que los grupos marginalizados hablen por sí mismos. Por tanto, la deliberación bioética queda sesgada frecuentemente por los debates entre “expertos”, llevados a cabo en comités, instituciones y revistas profesionales o académicas (Crosthwaite, 2009; Wolf, 2014). La mayor responsabilidad de la bioética es pensar a las personas desde lo otro, trascendiendo la empatía.

Si bien la bioética del siglo XXI es consciente de la necesidad de incluir y de apostar por temas sociales y globalizados, además de admitir las perspectivas y experiencias de los grupos sociales marginalizados, y con frecuencia incluyen referencias feministas en la discusión de los temas, aún queda trabajo en cuanto a proporcionar las estructuras teóricas que puedan permear a la bioética desde perspectivas múltiples con soluciones defendibles de cuestiones morales (Crosthwaite, 2009). No obstante, este trabajo debe comenzar en la formación en bioética de los profesionales de salud, además de la constante inclusión de estas perspectivas en la educación continua de los mismos.

Con el desarrollo de las sociedades surgen nuevas problemáticas éticas en torno a la atención de salud, las que necesitan mucha discusión para llegar a acuerdos, en materia de salud y sociales, que se pueden reflejar a nivel legislativo en asuntos como, por ejemplo, la gestación subrogada, que hace 20 años atrás no tenía el impacto que tiene hoy en día, producto de los avances en fertilización asistida, el matrimonio igualitario, la postergación de la maternidad, etc. Estos temas, sin duda, tienen un trasfondo social profundo en cuanto a la autonomía² real de las mujeres en decidir sobre su cuerpo, de las

² El principio de autonomía también ha sido tratado por la bioética feminista, conocida como autonomía relacional, propuesto por Susan Sherwin y Carolyn MacLeod (2000). Esta se basa en la convicción de que las personas están integradas socialmente y que las identidades de los agentes están contextualizadas dentro de las relaciones sociales, moldeadas por un complejo de determinantes sociales

personas en elegir los métodos para tener hijos, y cómo el contexto y las construcciones culturales en torno a la gestación y la maternidad influyen en esta elección. La pandemia por COVID 19 también puso de relieve la discusión acerca del buen morir, el significado que tiene el bienestar al final de la vida y las relaciones de cuidado-dependencia en esta etapa y, desde luego, la discusión en torno a la eutanasia.

Conclusiones

Los bioeticistas, con la inclusión de estas teorías feministas, como la ética del cuidado y la interseccionalidad, además de la autocrítica a la pasividad en relación a los cambios históricos-sociales, deben estar atentos y repensar constantemente su actuar y la posibilidad de incorporar nuevos enfoques teóricos que puedan explicar de la mejor manera los contextos que rodean a una persona. Repensar las posibilidades de que puedan surgir nuevos mecanismos de poder-saber y estructuras de dominios que marginalicen, vulneren y opriman a una persona o grupo en particular. El aprendizaje histórico de las opresiones patriarcales deja claro que la reflexión ética es fundamental para la construcción de un nuevo marco ético-político.

En lo material, la ética del cuidado —y la interseccionalidad— además de establecer ciertos lineamientos éticos en la relación clínica, deben permear la bioética tradicional, puesto que estos aportes teóricos otorgan elementos pocas veces considerados en el análisis, como es el contexto, las circunstancias y la subjetividad de las personas, su experiencia vivida, las relaciones de cuidado y la responsabilidad consigo misma y los otros que las diversifican dentro de una comunidad, pero que, a la vez, las hacen susceptibles de varias formas de opresión. Esto debe incorporarse en su práctica desde el proceso de deliberación y, principalmente, en los elementos que sirven de insumo para la reflexión, incluyendo la atención a las dinámicas de poder

que se entrecruzan, como la raza, la clase, el género y la etnia, que intervienen en el ejercicio de la autonomía.

generadas en la relación de cuidado, el interés por la corporalidad y la materialización, y la apertura a las perspectivas de las diversidades (Scully, 2021). La ética del cuidado y la interseccionalidad se tornan, entonces, en fundamentos esenciales para la comprensión y la posibilidad de resolución de conflictos éticos, para la construcción de discursos y de cuestionamientos acerca del actuar del ser humano con su entorno.

Referencias

- Beca, J. P. (2011). *La toma de decisiones en ética clínica*. Facultad de Medicina CAS-UDD, Centro de Bioética. <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-etica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Cho, S., Crenshaw, K. W. y McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of women in culture and society*, 38(4), 785-810.
- Collins, P. H. y Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.
- Crenshaw, K. (2012). Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra mujeres de color. En R.L. Platero Méndez (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en encrucijada* (pp. 87-125). Ediciones Bellaterra.
- Crosthwaite J., (2009). Gender and Bioethic. En H. Kuhse y Singer, P. (Eds.), *A companion to bioethics* (pp.36-45). Wiley-Blackwell.
- Faerman, R. (2015). Ética del cuidado: Una mirada diferente en el debate moral. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, 2(1), 123-146.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*, 117(1), 18-23.
- Hall, K. Q. y Asta (Ed.). (2021). *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*. Oxford University Press.
- Kittay, E. F. (2019a). *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. Routledge.
- Kittay, E. F. (2019b). *Learning from my daughter: The value and care of disabled minds*. Oxford University Press.
- Maffía, D. (2018). *El dilema moral del aborto*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Derecho Departamento de Publicaciones.

- <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/pensar-en-derecho/revistas/12/el-dilema-moral-del-aborto.pdf>
- Lin, Q., Paykin, S., Halpern, D., Martinez-Cardoso, A. y Kolak M. (2022). Assessment of Structural Barriers and Racial Group Disparities of COVID-19 Mortality with Spatial Analysis. *JAMA Netw Open* 5(3). DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2022.0984](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0984)
- Ortiz Millán, G. (2014). Ética feminista, ética femenina y aborto. En M. Casado, F. Luna y R. Vázquez (Coords.), *Género y bioética* (pp.93-113). Suprema Corte de Justicia de la Nación. Editorial Fontamara.
- Rogers, W. A., Scully, J. L., Carter, S. M., Entwistle, V. A. y Mills, C. (2022). *The Routledge Handbook of Feminist Bioethics*. Routledge.
- Scully, J. (2021) Feminist Bioethics. En K. Q. Hall (Ed.), *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy* (pp.272-286). Oxford University Press.
- McLeod, C. y Sherwin, S. (2000). Relational autonomy, self-trust, and health care for patients who are oppressed. *Philosophy Publications*. 345. <https://ir.lib.uwo.ca/philosophypub/345>
- Tronto, J. C. (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12. [http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/cedehu/material/\(13\)%20Texto%20Joan%20Tronto.pdf](http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/cedehu/material/(13)%20Texto%20Joan%20Tronto.pdf)
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, (52), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wolf, A. B. (2014). Feminism and Bioethics. *Reference Module in Biomedical Sciences, Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.00184-7>