



Universidad Nacional Autónoma de México

Doctor José Sarukhán Kérmex  
*Rector*

Doctor Humberto Muñoz García  
*Coordinador de Humanidades*

Doctora Graciela Hierro  
*Directora del PUEG*

**PUEG**

PROGRAMA UNIVERSITARIO DE  
ESTUDIOS DE GÉNERO

*Comité Editorial*

Gabriela Cano • Teresita De Barbieri • Mary Goldsmith  
René Jiménez Ornelas • Marta Lamas • Araceli Mingo  
María Luisa Tarrés

Lorenia Parada-Ampudia  
*Coordinadora del Comité Editorial*

Martha Donís  
*Publicaciones*



PROGRAMA UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Doctor José Eduardo San Esteban  
*Director*

Doctor Gerardo Suárez Reynoso  
*Coordinador de la Investigación Científica*

# ÉTICA Y SALUD REPRODUCTIVA

A. Cervantes C. - R. Cook  
J.G. Figueroa P. - S.L. Isacs. - M. Lamas  
R. Macklin - R.N. Wilson  
A.E. Pérez Duarte y N.A. Sánchez V.  
S. Sherwin - Samuel W. Bloom

Compilación e introducción de:

Gloria Careaga Pérez  
Juan Guillermo Figueroa Perea  
María Consuelo Mejía



México



MCMXCVI

Primera edición, noviembre de 1996

© 1996, por

COORDINACIÓN DE HUMANIDADES,  
PROGRAMA UNIVERSITARIO  
DE ESTUDIOS DE GÉNERO, UNAM

PROGRAMA UNIVERSITARIO  
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, UNAM

© 1996, por características tipográficas  
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA,  
LIBRERO-EDITOR

ISBN 968-842-606-7

Derechos reservados conforme a la ley

IMPRESO EN MÉXICO • *PRINTED IN MEXICO*

Colaboraron en el cuidado de la edición,  
Martha Donís y Marcela Cortázar  
del Departamento de Publicaciones del PUEG

Diseño de la portada: N. Gabriela Sánchez Gómez

COORDINACIÓN DE HUMANIDADES,  
PROGRAMA UNIVERSITARIO DE  
ESTUDIOS DE GÉNERO, UNAM  
Circuito Mario de la Cueva  
Zona Cultural, Ciudad Universitaria

PROGRAMA UNIVERSITARIO  
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, UNAM  
Edificio de la Coordinación  
de la Investigación Científica, Planta Alta  
Circuito Exterior, Ciudad Universitaria

GRUPO EDITORIAL  
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA  
Amarapura 4, San Ángel  
01000 México, D.F.

## Agradecimientos

**C**ONFIAMOS en que esta primera selección de artículos y documentos aportará elementos para promover la discusión ética sobre diferentes temáticas vinculadas con la salud reproductiva, en un marco de respeto a la diversidad, a partir de una multiplicidad de enfoques. Agradecemos el apoyo brindado por la Fundación Ford al proceso de trabajo que hizo posible esta antología, y hacemos un reconocimiento a la colaboración de Laura Nájera, Araceli Cervera, Martha Donís, Roberto Rojas, Rosa María Mares y Teresa Motte, quienes hicieron aportes esenciales para la culminación de la publicación que ponemos a disposición de la comunidad académica.

REBECCA COOK

*El feminismo y los cuatro principios éticos\**

INTRODUCCIÓN

LO QUE caracteriza una aproximación feminista a la ética, a la bioética, al cuidado de la salud, a la ley o a la sociedad, es el aceptar que las mujeres han estado y están oprimidas, y que tal opresión es moral y políticamente inaceptable. El reto que aceptan las feministas es demostrar el hecho de la subordinación de las mujeres dentro de los sistemas sociales en los que viven; además, tratar de convencer a otros que las mujeres acceden en un nivel menor que el justo a ciertos derechos que les corresponden. Adicionalmente, buscan promover reformas a través del reconocimiento de la legitimidad de las experiencias de las mujeres en el proceso de darle forma a una sociedad, a la cual contribuyen equitativamente. En pocas palabras, el compromiso feminista es eliminar la opresión contra las mujeres a través de la introducción de la justicia social.

Los lectores poco familiarizados con el análisis feminista tienen a reaccionar de una manera agresiva, descartando, descalificando y subestimando la propuesta. En cambio, los profesionales escrupulosos, que han hecho esfuerzos para entender la propuesta, no se identifican a ellos mismos como opresores, y consideran radicales y extremistas las explicaciones feministas de la injusti-

\* Publicado originalmente como "Feminism and the Four Principles", en *Principles of Health Care Ethics*, Raanan Gillon (ed.), John Wiley & Sons, 1994. Traducción del inglés de Juan Guillermo Figueroa Pérez.

cia, en las cuales ellos podrían haber sido cómplices. Similarmente, aquellos que han sido absorbidos o que se han involucrado en el análisis y las demandas feministas pueden llegar a olvidar o minimizar las virtudes que han manifestado a lo largo del tiempo los profesionales de la salud. Sus demandas de justicia no debieran hacerse a través de críticas injustas —a tales personajes.

El obstáculo especial para la agenda feminista es que la marginación de las mujeres ha sido tan penetrante que es aceptada tradicionalmente, tanto por los líderes como por los seguidores de los movimientos sociales que le han dado forma al orden establecido. Es decir, el papel de subordinación y servicio de las mujeres ha sido invisible, ya que ha constituido un hecho esencial de la sociedad en sí misma. Las mujeres son definidas como los seres responsables de la crianza de los hijos, de alimentar, apoyar y confortar a sus esposos, y de mantener el bienestar y la salud de los ancianos, incluyendo a sus padres y, en algunos casos, a los de sus esposos.

La discriminación de las mujeres en muchas sociedades es percibida como una condición de las sociedades mismas, por lo que quienes viven dentro de una sociedad no pueden aislarse lo suficiente como para reconocer la discriminación sistémica de las mujeres, o para concebir que sus sociedades pudieran estructurarse de manera distinta. En este sentido, el reto del feminismo es un reto político. Susan Sherwin (1992) ha observado que:

...el nuestro es un mundo permeado por el sexismo. Virtualmente, en cada esfera de la vida, los intereses de las mujeres se encuentran sistemáticamente subordinados a aquellos de los varones; y de hecho estos arreglos y acomodamientos están tan extendidos, son tan familiares y están tan inmersos en nuestros hábitos y formas de pensar que es posible que no nos demos cuenta de ellos. Esta explotación tan abarcadora y totalmente articulada es perjudicial para las mujeres; es injusta e inaceptable (p. 13).

La perspectiva feminista cuestiona, por ejemplo, el hecho de que las instituciones religiosas formulen afirmaciones definitivas en temas tales como la vida familiar, anticoncepción y aborto, lo cual afecta críticamente el control que las mujeres pueden ejercer sobre sus cuerpos y sobre sus vidas, ya que frecuentemente se excluye a las mujeres. Por ejemplo, la Iglesia católica romana interpreta sus enseñanzas para impedir la ordenación de las mujeres, y se expresa autoritariamente desde el ámbito de quien sólo ordena. Una pequeña elite de varones interpreta el deseo de la di-vididad para autorizar el poder para una pequeña elite de varones (Ranke-Heinemann, 1990). El judaísmo ortodoxo y las sectas islámicas son también excluyentes de las mujeres, los intentos para asegurar la igualdad de las mujeres, se han enfrentado a resistencias similares a lo observado en la Iglesia católica romana. Las feministas cuestionan si las religiones que excluyen la participación total de las mujeres son creíbles al formular códigos éticos para la conducta humana y, por ello, promueven reconstrucciones religiosas que recuperen las necesidades espirituales de las mujeres (Ruetter, 1983).

Similarmente, el mundo de la medicina ha sido dominado históricamente por un criterio masculino de normalidad. Las fallas de las mujeres en alcanzar la satisfacción masculina en la vida se han analizado, de manera desproporcionada, como psicopatológicas, mientras que la investigación que ha establecido o definido respuestas físicas estándares se ha centrado en los varones. La experiencia de las mujeres con enfermedades del corazón, cáncer de órganos no reproductivos y, por ejemplo, diabetes, se ha investigado de manera inadecuada (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1990, Society for the Advancement of Women's Health Research, 1991; véase también Sherwin, 1992: 158-175). Se ha observado, en los Estados Unidos, que los casos más relevantes en el ámbito legal, en donde han sido puestas en duda o cuestionadas las preferencias de pacientes, relacionadas con el cuidado terminal, conciernen predominantemente a mujeres (Miles, 1990). Los daños físicos y psicológicos causados por violencia contra las mujeres,

incluyendo agresiones de sus esposos, se han reconocido, diagnosticado y tratado de manera inadecuada, en parte por el estigma social asociado a las causas de dichas lesiones (White, 1991).<sup>1</sup> Algunas feministas, como Karen Lebacqz (1991), comentan que:

...la medicina, como otras instituciones sociales, no consideran seriamente el carácter de agente moral de las mujeres, y que la bioética tradicional es limitada, ya que falla al reconocer y abordar esta brecha entre los géneros. La bioética tradicional frecuentemente es conducida como si todos supiéramos que la medicina tiene un propósito benigno: curar la enfermedad. Tales supuestos son cuestionados por las feministas, quienes afirman que la enfermedad en sí misma es una construcción social, que la medicina ha funcionado no simplemente para eliminar la enfermedad sino para reforzar los estereotipos por sexos, clases y razas. Además, que el cuestionamiento fundamental, por lo tanto, es si la institución y la práctica de la medicina es buena para las mujeres (p. 16).

"Feminismo" es el nombre que se le da a las diferentes teorías que ayudan a revelar la variedad de patrones específicos asociados al género, que originan la discriminación de las mujeres y que constituyen su opresión. A la vez es el término que generalmente caracteriza el o los movimientos para eliminar tales formas de opresión. Una aproximación feminista a la ética y a los elementos clave para el entendimiento de la bioética moderna, como son los cuatro principios,<sup>2</sup> no es necesariamente aquella que

<sup>1</sup>Véase también Rosenberg *et al.* (1986), quien en su explicación de las agresiones de los esposos, ex esposos y amantes comenta que causan más heridas a las mujeres que lo relacionado con accidentes vehiculares, violaciones y asaltos.

<sup>2</sup>Nota de traducción: los cuatro principios éticos a los que se hace referencia desde el título de este artículo se derivan de la filosofía moral occidental, y han dado pauta a manuales de códigos éticos en diferentes ámbitos del quehacer humano. El Informe Belmont sobre principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas (véase en esta misma publicación) aclara que los principios éticos básicos son criterios generales que sirven como una justificación para las diferentes

comparten todas las mujeres; de manera similar, esta aproximación no es exclusiva de las mujeres. No todas las mujeres son feministas, y no todas las personas feministas son mujeres.

Las comentaristas del feminismo se enfrentan al dilema de asegurar credibilidad entre las escuelas dominantes de filósofos y éticistas, mientras que algunas de ellas demandan y trabajan para superar las doctrinas e instituciones dominantes y para reemplazarlas por categorías sensibles al impacto de las políticas y prácticas en las mujeres. La postura moderada que pretende reformar a través de la necesaria sensibilización y la evolución del estatus hacia el reconocimiento de las mujeres, como parejas iguales en sus sociedades, no es satisfactoria para aquellos que apoyan una postura radical, así como para quienes desconfían de las reformas progresivas.

#### TEORÍAS FEMINISTAS

EL FEMINISMO no es más monolítico que lo son las filosofías y políticas, en las cuales el análisis feminista se ha inspirado al tratar de explicar las estructuras sexistas de la sociedad, y sus propuestas de reformas impuestas por la justicia. Se pueden hacer distinciones recurriendo a etiquetas tales como liberal, socialista, radical, cultural, lesbiano, posmoderno y, por ejemplo, feminismo ecológico. Si bien dichas aproximaciones son distinguibles y en ciertos detalles mutuamente excluyentes, la mayoría de las formas de feminismo comparten muchos valores fundamentales; las etiquetas regularmente exageran los contrastes con el fin de establecer fronteras o bien para ligar diferentes aproximaciones con movimientos filosóficos o políticos más amplios. Las feministas de diferentes grupos identifican frecuentemente la opresión de las mujeres con la experimentada por personas en inferioridad de condiciones por aspectos tales como su raza, color o grupo social.

reglas éticas y evaluaciones de las acciones humanas. Se menciona el respeto a las personas, el principio de justicia y el de beneficencia. En este artículo de R. Cook se divide este último en dos principios: beneficencia y maleficencia.

El *feminismo liberal* se deriva de la teoría política general del liberalismo, y se encuentra comprometido con las reformas legales y políticas necesarias para asegurar que las mujeres disfruten derechos y oportunidades similares a aquellos de los hombres. El feminismo está comprometido con la emancipación a través de la eliminación de los patrones opresivos de la estructura y el funcionamiento social. Al compromiso de las feministas liberales, en términos de un análisis y reforma basados en los derechos, se le oponen feministas más radicales que consideran que los derechos son por definición reclamos inmersos dentro de un orden social dado, y que fallan por no lograr cuestionar las estructuras y las relaciones sociales preexistentes (véase en general Kingdom, 1991). Los derechos que pueden invocar los individuos, para obligar a otros a asumir ciertas responsabilidades, pueden volverse muy fácilmente instrumentos de opresión para otros. Las feministas son cautelosas, por ejemplo, de los movimientos para otorgar derechos a los fetos, ya que tales derechos son invocados frecuentemente por aquellos cuyo propósito es regular la forma en que las mujeres deben comportarse cuando están embarazadas, o están expuestas a estarlo.

Las *feministas socialistas* se basan en el análisis socialista o marxista que muestra cómo los grupos dominantes en la sociedad usan el poder económico y legal para proteger sus privilegios y mantener la subordinación de los oprimidos. Sustituyendo a las instituciones capitalistas como opresoras, están las instituciones dominadas por varones, si bien las instituciones capitalistas, burguesas y patriarcales pueden ser mostradas en sí mismas como represoras de las mujeres y dando cabida solamente a las mujeres que son obedientes a la autoridad masculina. Las feministas socialistas tienden a ser escépticas y críticas de las relaciones con empresas farmacéuticas, por ejemplo, especialmente a través de la promoción del uso de drogas terapéuticas y cosméticas entre mujeres, e internacionalmente cuestionan la promoción de productos farmacéuticos en países en vías de desarrollo y, por ejemplo, de productos infantiles para enriquecer corporaciones del mundo industrializado.

Las *feministas culturales* aceptan el punto de vista de que existe una esencia natural en la mujer distinguible de la naturaleza del hombre. Cuestionan a las feministas que postulan neutralidad sexual y asexualismo político, afirmando que las mujeres hablan y escuchan "con una voz diferente" (véase en general Gilligan, 1982). Afirman que, a diferencia de una ética basada en derechos, las feministas mujeres y los feministas varones están motivados por una ética de cuidado por los individuos que están afectados por las decisiones. Más que "dejar que la justicia se haga aunque el cielo se caiga", ellas se arriesgarían a inconsistencias entre casos objetivamente similares, resolviéndolos de acuerdo con las necesidades, deseos y aspiraciones de los diferentes actores dentro de tales casos, los cuales, debido a tales diferencias, no son considerados como similares entre ellos. Las soluciones de cuidado (*caring resolutions*) pueden ser diferentes en sus resultados, pero están ligadas a través de la estimación personal y el respeto brindado a los individuos (Noddings, 1984).

#### APROXIMACIONES FEMINISTAS A LOS CUATRO PRINCIPIOS

Las APROXIMACIONES feministas a la bioética no rechazan necesariamente los cuatro principios, pero los abordan a través de su potencial para promover los intereses de las mujeres, en términos de autodeterminación, y de incorporar sus experiencias vitales y sus puntos de vista en la reconstrucción de sus sociedades. El significado de los cuatro principios para las mujeres puede ser abordado por medio de lo que ha sido descrito en la jurisprudencia feminista como "preguntarse la cuestión de las mujeres" o "hacerse la pregunta de las mujeres". Lo que Katherine Bartlett dice en leyes es igualmente aplicable al cuidado de la salud y a la bioética. Ella postula que:

...hacerse la pregunta de las mujeres significa examinar cómo falla la ley al tomar en cuenta las experiencias y valores que parecen más típicas de las mujeres que de los varones,

por cualquiera que sea la razón, o cómo los estándares legales y los conceptos existentes pueden generar una desventaja para las mujeres. La pregunta supone que algunos hechos de la ley pueden no únicamente no ser neutrales en un sentido general, sino incluso "masculinos" en un sentido específico. El propósito de la pregunta de las mujeres es exponer tales hechos y la forma en la que operan, así como sugerir cómo pueden ser corregidos (Bartlett, 1990: 837).

Similarmente, la aplicación de los cuatro principios conduce a un análisis que da luz sobre el impacto en las mujeres y el potencial para su corrección.

#### *Respeto a las personas\**

Las feministas apoyan el principio de *respeto a las personas*, pero condicionado a que se reconozca que la "persona" incluye a todos los seres humanos. Tanto la ley como la cultura revelan interpretaciones de la palabra o estatus de persona que no incluyen a las mujeres. Muy frecuentemente las mujeres han sido consideradas menos que una persona completa y como carentes de la capacidad de personas, ya que toman decisiones condicionadas por sus propias experiencias y percepciones, lo cual difiere de aquellas personas que están acostumbradas a desempeñar el papel de tomadoras de decisiones autoritarias, particularmente en hospitales y en entornos médicos y clínicos. Persisten las prácticas en las que las instituciones de salud exigen la autorización de los esposos para cuidados de la salud requeridos por las mujeres; por ejemplo, los relacionados con planificación familiar, mientras que no se busca a las mujeres en procedimientos solicitados por sus esposos (Cook, Maine, 1987).

\* Nota de traducción: según el Informe Belmont el respeto a las personas incorporará por lo menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos. Y, segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección. El principio se divide en dos requisitos morales separados: el requisito de reconocer la autonomía y el de proteger a los que no tienen suficiente autonomía.

Las mujeres encuentran incongruente que las mismas entidades que han fallado en considerar a las mujeres como personas completamente integradas, algunas veces deliberan acerca de si los fetos son personas. El surgimiento del "paciente feto" es positivo y protector al anticipar las circunstancias de salud que afectarán a los niños o niñas que están por nacer. Sin embargo, se ha visto que los profesionales de la salud subordinan los intereses de las pacientes mujeres que solicitan su ayuda a los intereses de los fetos de tales mujeres, de los cuales los profesionales de la salud se erigen ellos mismos como protectores. Es decir, los derechos del feto son invocados para reducir el respeto a las decisiones que las mujeres hacen en relación con la salud y el bienestar de sus familias (Field, 1989).

#### *Autonomía\**

El principio de autonomía puede prometer a las mujeres auténtica autodeterminación, pero las aproximaciones feministas distinguen las circunstancias para las cuales dicho principio es apropiado. La autonomía es apropiada para relaciones entre extraños y para relaciones puramente profesionales, en contraste con relaciones basadas en lo que las feministas describen como "empalmado". Las mujeres encuentran "empalme" para caracterizar sus vidas y experiencias, simbolizadas inicialmente por el cordón umbilical a través del cual todos los seres humanos sobreviven, y proyectado a través de los lazos entre la madre y el hijo y el desligarse las mujeres del papel de cuidado, alimentación y crianza incluyendo el cuidado de los parientes enfermos y los padres dependientes.

Las feministas consideran la independencia y el aislamiento implícitos en la autonomía, basados en valores derivados de la

\* Nota de traducción: este principio propone que los individuos tienen el derecho a la libertad de decisión y acción, en la medida en que sus acciones no interfieran con los derechos de los otros.

visión masculina, reflejada en tales abstracciones idealizadas, como "el hombre razonable". Susan Sherwin (1992) expresa su escepticismo acerca de la prioridad establecida o reconocida a la autonomía, ya que es ajena a la experiencia de las mujeres. Ella observa que:

...los modelos éticos basados en la imagen de los individuos ahistóricos, autosuficientes y atomizados, simplemente no son creíbles para la mayoría de las mujeres. Debido a que las mujeres son usualmente responsabilizadas del cuidado de los hijos, los viejos y los enfermos, así como del apoyo físico y emocional de los varones, tanto en el trabajo como en el hogar, la mayoría de las mujeres experimentan el mundo como una compleja red de relaciones interdependientes, donde el cuidado responsable de los otros está implícito en sus vidas morales. El razonamiento abstracto de la moral de los derechos de seres interdependientes es inadecuado para la realidad moral en la que viven (p. 47).

Reforzando este escepticismo feminista en el cuidado de la salud, existe la percepción de que la autonomía está inapropiadamente enfatizada cuando las personas están enfermas y críticamente dependientes de otras en términos de bienestar, subsistencia y de medios para la vida misma. Sin embargo, el derecho a respetar la autonomía es visto como un medio para proveer a las mujeres de un potencial para el mismo respeto que disfrutan los hombres, con el fin de proteger su integridad física y resistir el control patriarcal ejercido bajo demandas de protección para gente incapaz de autonomía, y de la protección a los fetos que caen dentro del, supuestamente, poco confiable juicio de las mujeres que los concibieron. La autonomía falla no necesariamente por principio sino en la práctica; históricamente, los profesionales de la salud no han tomado en cuenta o han desconfiado del derecho de las mujeres o de su capacidad de acceder a la autonomía.

Jennifer Nedelsky propone una noción de autonomía que concierne a la realidad de las vidas de las mujeres, no como individuos atómicos sino en tanto relacionadas con la familia, los amigos y la comunidad. La autora explica que "vemos que el sentido de relación no es, como enseña la tradición, la antítesis de la autonomía, sino una precondición literal de la autonomía, y un componente interdependiente y constante de la autonomía" (Nedelsky, 1989: 12). Éste es el sentido en el que las feministas podrían apoyar y proponer el principio ético de la autonomía en la toma de decisiones para el cuidado de la salud, y del estatus de las mujeres como agentes éticos.

El reconocimiento de las mujeres como agentes éticos en su propio cuidado de la salud surge cuando las mujeres pueden aceptar libremente los riesgos de ser sujetos en la investigación médica. El paternalismo mal dirigido ha originado que tanto los investigadores, como los comités éticos revisores de investigaciones excluyan de los protocolos farmacéuticos, y de otros tipos de investigación, a las mujeres que están o podrían quedar embarazadas, por miedo a que ellas puedan experimentar daño fetal por su participación. El resultado ha sido la aprobación y circulación en el mercado de productos que nunca fueron probados en mujeres adultas, por lo que su inocuidad, eficacia e interacción con la fisiología de las mujeres es desconocida y, a pesar de ello, son prescritos a las mujeres, más frecuentemente que a los hombres. En los Estados Unidos, desde 1986, los institutos Nacionales de Salud y de Alcohol, Abuso de Drogas y Administración de la Salud Mental, han demandado y exigido que los resultados de la investigación clínica representen un beneficio para todas las personas en riesgo, independientemente de su sexo (*National Institutes of Health Guide*, 1990).

El derecho ético de las mujeres para ser voluntariamente sujetos en investigaciones sobre salud, que les concierna a ellas, basado en su elección y juicio, informadas sobre el efecto de su participación en sus embarazos, sería respetado bajo el principio de autonomía. Es decir, se le daría prioridad a la autonomía infor-



mada de las mujeres y al beneficio buscado para otras, por encima del beneficio buscado por los investigadores y los comités de revisión para los fetos potenciales y el proteccionismo o paternalismo hacia las mujeres. Más ampliamente, la justicia sería cubierta en tanto que ellas, como beneficiarias de la investigación, acepten la responsabilidad de decidir acerca de sus riesgos. Esto se mantiene sujeto al principio general de que algunos riesgos de lesiones podrían ser tan grandes que ningún investigador o comité de revisión puedan invitar conscientemente a tomarlos, incluso a un sujeto potencial informado.

#### *Protección del vulnerable*

Las feministas no tienen una opinión única en relación con la titularidad de las mujeres para recibir protección debido a la vulnerabilidad de éstas. Algunas asumen la aproximación normativa de que las mujeres no deben ser consideradas incapaces de autonomía y, por lo tanto, vulnerables, sino que deben ser tratadas como capaces de autodeterminación informada. Otras siguen una aproximación basada en la experiencia ancestral de sujeción al patriarcado. Destacan, por ejemplo, las tasas inferiores de alfabetismo y escolaridad de las mujeres respecto a las de los hombres, su falta de experiencia en la dirección de sistemas políticos y legislativos en su propio interés, y su ausencia, silencio o subrepresentación entre líderes de las instituciones religiosas tradicionales. Consideran, por lo tanto, que la vulnerabilidad de las mujeres se debe a la explotación de los profesionales de la salud y a curanderos que promueven dietas, programas de acondicionamiento físico y de realce estético tales como las prótesis en los senos, además de las técnicas de reproducción asistida. Algunas de hecho reclaman que a las mujeres les "han lavado el cerebro" haciéndoles creer que están incompletas a menos de que tengan hijos, y que están obligadas con ellas y con sus parejas a explorar cualquier medio médico para alcanzar la maternidad, particularmente a través de las nuevas tecnologías reproductivas (Corea, 1985). En contraste,

algunas feministas rechazan esta aproximación a las tecnologías reproductivas, y confían en las mujeres y en el ejercicio de sus juicios, sin necesidad de una protección paternalista, y en el proceso de adquirir la información que ellas consideran como necesaria para este propósito (Andrews, 1989).

El lugar en donde las feministas de diferentes aproximaciones encuentran terrenos comunes es en la necesidad de centrarse en las causas de la vulnerabilidad de las mujeres, con el fin de asegurar que las mujeres vulnerables lleven a cabo su autonomía. Las condiciones y políticas que facilitan la autonomía variarían de acuerdo al grado y al tipo de explotación que ellas hayan experimentado, y no pueden ser exclusivamente dependientes de una hoja firmada de consentimiento informado.

#### *Beneficencia\**

La obligación ética de la beneficencia plantea la pregunta al análisis feminista sobre la determinación del "bien" que es obligado perseguir o buscar. Las respuestas pueden ser encontradas de acuerdo con las diferentes escuelas de la teoría feminista. Las feministas liberales definen el bien de acuerdo con valores liberales y, por ejemplo, las socialistas lo identifican a través de principios socialistas. Las diferentes aproximaciones tienen en común el compromiso de "hacerse la pregunta de las mujeres" (Gilligan, 1982).

Un dilema frecuente en el concepto de beneficencia es que las políticas y prácticas de la salud, que son benéficas para algunos, pueden no ser benéficas o ser incluso dañinas para los intereses de otros. Una expresión moderna de esta incompatibilidad de intereses surge en el llamado conflicto "materno-fetal". Éste está caracterizado por madres que se resisten a cuidados prenatales o cesáreas

\* Nota de traducción: según el Informe Belmont las personas son tratadas de una manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de algún daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar.

que los profesionales de la salud consideran esenciales para el bienestar de sus fetos. También aparece en instancias en donde las mujeres intentan perseguir con el uso del alcohol, el tabaco o la prescripción ilícita de drogas durante el embarazo, o intentan continuar con empleos en ambientes de trabajo que representan un peligro para los productos que están gestando. El respeto a la autonomía de las mujeres puede perjudicar a los hijos e hijas a quienes procrearán, pero restringirlas para asegurar la protección de sus fetos requeriría tratamientos opresivos y posiblemente físicamente agresivos sin un consenso, los cuales en sí mismos pueden causar riesgos a tales mujeres y comprometer el bienestar de otros que dependen de ellas, por ejemplo para sustento económico.

Una perspectiva de beneficencia en este dilema es una en donde la relación madre-feto es vista no como naturalmente de adversarios sino como una interacción en la cual las necesidades de uno definen las necesidades de ambos (King, 1991). El punto de vista de adversarios en el embarazo es una cuestionable pero persistente herencia del debate sobre aborto, el cual coloca a la mujer en contra de su feto e interpreta su demanda de autodeterminación como contraria a los mejores intereses del feto. El comportamiento o las intenciones de la mujer pueden ser consideradas descartadas, y por medios legales o por otros medios de intervención, ella puede ser obligada a observar una disciplina que rinda resultados a los ojos intervencionistas sobre su responsabilidad. En realidad, debería lograrse usualmente un balance en relación con la opción por el aborto, entre los intereses de la mujer y su feto, pero también entre esos otros niños de los cuales ella es responsable y de esos otros aún no concebidos, cuyo futuro podría estar mejor asegurado por un buen espaciamiento intergenésico.<sup>2</sup> Intereses adicionales deberían ser balanceados, como los del esposo y los parientes ancianos, o bien otros parientes de la mujer o del esposo.

<sup>2</sup>En general una de cada cinco muertes de infantes podría evitarse si los hijos fueran espaciados más de dos años entre ellos (Maine, McNamara, 1985).

La beneficencia requiere un entendimiento renovado o reformado del embarazo como afectando a una unidad interconectada e interactiva (véase King, 1991: 614), a la vez que afectando el funcionamiento de la unidad familiar. El feto y la mujer son vulnerables ante fuerzas que tienen un impacto en el cuerpo de ésta, y cuando ella es tratada bien el feto comparte la ventaja. Por ejemplo, las políticas de protección para el feto deberían incluir al menos un adecuado cuidado prenatal y nutricional de la mujer, cuya colaboración debiera ser promovida más que obligada. La ley podría jugar un papel exigiendo que las mujeres que trabajan para sostener a sus familias contaran con una licencia de maternidad remunerada, así como eliminar cualquier tipo de discriminación laboral al regresar a su trabajo. Esquemas más esclarecedores podrían requerir servicios públicos de cuidado o empleos por día para hijos dependientes de padres trabajadores. Cualquier política rígida a la protección de los fetos no puede desarrollarse al margen de las mujeres, y debería respetar el papel de éstas como madres.

Similarmente, la resolución de intereses en conflicto dentro de una familia, provocados por un embarazo, deben resolverse en formas que respeten y refuercen la integridad y la cohesión de la unidad familiar, y que no pongan en riesgo estos valores por las intervenciones coercitivas de extraños y sus agendas ideológicas. Las presiones para poner en riesgo el bienestar de los hijos todavía no nacidos, así como las presiones para "abortar embarazos", están frecuentemente relacionadas con las necesidades económicas y los vicios de los estigmas sociales asociados con los embarazos fuera del matrimonio. Las instancias que coaccionan a las mujeres embarazadas para que observen cierta disciplina en su comportamiento, algunas veces son conservadoras, resistentes a tener mujeres en la fuerza de trabajo, y critican la práctica sexual y el embarazo fuera del matrimonio. Las obligaciones de beneficencia requieren por lo menos una aproximación no enjuiciadora, y la reconsideración de actitudes y caracterizaciones que promuevan beneficios para uno de los intereses, ignorando o subestimando los costos impuestos en los otros.

*No maleficencia\**

La obligación ética de la no maleficencia es el principio del cual los médicos se reconocen como más responsables, debido a la aceptación histórica del mandato de no hacer daño. El juramento de Hipócrates que establece y refuerza este mandato también ilustra, sin embargo, áreas en donde los médicos podrían llegar a violarlo. El juramento es explícito en relación con las obligaciones de los médicos, en términos de no abusar de su acceso a los cuerpos de sus pacientes para satisfacer sus apetitos o curiosidades sexuales. Los informes modernos reportan, sin embargo, a médicos tomando ventaja o aprovechándose sexualmente de los pacientes, algunas veces pacientes varones por médicos mujeres, algunas veces de manera homosexual, pero en la mayoría de los casos médicos varones aprovechándose de pacientes mujeres (Task Forces on Sexual Abuse of Patients, 1991). Las asociaciones médicas y las autoridades facultadas para ello, hasta muy recientemente, no habían sido sensibles respecto a la incidencia del abuso sexual de los pacientes, y se habían mostrado escépticas o bien hostiles a los reclamos y demandas, interpretándolo como expresiones del sentimentalismo de las mujeres, como rencor por el rechazo de los médicos a sus dolencias (Task Forces on Sexual Abuse of Patients, 1991: 166) o como histeria.<sup>3</sup> El abuso de mujeres pacientes varía desde la indiferencia a su rubor o exigencia impúdica, hasta la clínica y repetida explotación de las relaciones sexuales durante largos periodos.

La sensibilidad sobre cómo tratan los hombres a las mujeres es particularmente crítica en el análisis feminista, y en algunos casos puede acercarse a los extremos. Al observar el desbalance tradicional de poder y autoridad entre los sexos, el cual favorece a

\* Nota de traducción: según el Informe Belmont con este principio se busca no causar perjuicios, y que aumente los posibles beneficios por encima de los perjuicios factibles.

<sup>3</sup> Históricamente relacionados con desórdenes de la maurez, véase Carter (1953). Freud basó mucho de su trabajo en casos de neurosis sexual asociados con la histeria.

los varones, los y las comentaristas feministas identifican atinadamente la capacidad de explotación que ha sido asociada con la institución históricamente masculina de la medicina, demostrada por el rechazo de las escuelas médicas —hasta tiempos muy recientes— a aceptar que las mujeres son adecuadas para ser admitidas. Las críticas feministas más extremas pueden percibir como explotación, sin embargo, o como acoso sexual, los patrones de galanteo familiar entre médicos y enfermeras, entre instructores y estudiantes, y entre personal de oficina y el equipo de secretarías. No obstante, el auténtico galanteo usualmente es distinguible respecto al mal comportamiento profesional de los médicos con respecto a aquellos pacientes en relación de dependencia respecto a ellos. Las autoridades profesionales facultadas para ello y las asociaciones médicas han tendido a aparentar que están de acuerdo con la obligación de la no explotación sexual, ocasionalmente satisfaciéndose con severos castigos en casos evidentes, pero no han sido totalmente activas en monitorear la conducta de los médicos o en facilitar que se presenten y sean escuchadas demandas en un ambiente de credibilidad.

Es una demanda generalizada que, mientras los varones son vistos como individuos y sus fallas como rasgos personales, a las mujeres se les tiende a ver como representantes de su sexo y sus errores como típicos de las mujeres. En el cuidado de la salud, las mujeres tienden a ser vistas también más como representantes que como individuos. Más aún, las mujeres tienden a ser estereotipadas por los casos extremos de un espectro. Sus reclamos tienden a ser desechados o trivializados y sus quejas sobre condiciones fisiológicas se atribuyen a causas emocionales o insatisfacciones (véase Carter, 1953: 179-180). Otro estereotipo extremo conlleva a las mujeres como fuentes de infección de los varones, particularmente mujeres que tienen relaciones sexuales con más de un varón y que, por ende, son “promiscuas” o prostitutas. Este estereotipo y las políticas de salud basadas en él se han desarrollado a pesar de los datos epidemiológicos sobre enfermedades sexualmente transmisibles en subpoblaciones específicas de va-

rones y mujeres. Por ejemplo, entre 1918 y 1920 más de dieciocho mil mujeres sospechosas de dedicarse a la prostitución fueron detenidas en los Estados Unidos por una iniciativa gubernamental, debido al temor de que fueran a esparcir enfermedades venéreas, especialmente a soldados y marinos que regresaban de pelear en la Primera Guerra Mundial (Brandt, 1985). Como una respuesta a las preocupaciones modernas con el sida y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha vuelto a reciclar la imagen de las mujeres "no como individuos sino meramente como vectores de la transmisión del virus" (Mitchell, 1988).

La infección por VIH también confirma la forma en que las mujeres son dañadas o perjudicadas por ser consideradas a través de estereotipos (Overall, 1991). El sida es visto eminentemente como una infección del varón (Murphy, 1988), mientras que se considera de baja prioridad la protección y tratamiento de las necesidades de las mujeres. De hecho, la protección de las mujeres, a través de la promoción del uso del condón, ha sido combatida activamente por la Iglesia y otras instancias conservadoras que consideran que los medios publicitarios de sexo seguro perjudican la moral pública (Aiken, 1987). No obstante, la disponibilidad del condón es de poco beneficio en los lugares donde los varones consideran su uso impropio de un hombre o poco placentero, y donde las mujeres no pueden negar relaciones sexuales no protegidas por temor a la violencia o abandono de ellas y de sus hijos (Stein, 1990). La ignorancia y el rechazo por los profesionales de la salud sobre la vulnerabilidad de las mujeres hacia el sexo coaccionado, particularmente en ámbitos donde continúa siendo aceptada la inmunidad criminal de los esposos por la violación de sus esposas, agrava aún más la penuria de las mujeres. Se ha observado que las mujeres que usan métodos de barrera controlados por ellas mismas son más exitosas en la prevención de enfermedades de transmisión sexual que aquellas que recurren a los condones (Rosenberg *et al.*, 1992). En condiciones ideales, en las que las mujeres tienen igual poder de negociación que sus parejas sexuales, el condón podría protegerlas mucho más.

Sólo recientemente se ha dado atención a la pequeña cantidad de información, disponible a partir de estudios clínicos, sobre la infección por VIH en relación con los efectos de los procesos morbosos o de las intervenciones médicas en las mujeres (Minkoff, DeHovitz, 1991). Se ha observado más ampliamente que:

...el interés original en las mujeres infectadas con el VIH se centra en su relación con el SIDA en los niños a través de la transmisión o contagio perinatal. Una revisión de la literatura médica muestra únicamente unos cuantos trabajos centrados en las consecuencias de la infección para las mujeres no embarazadas (Mitchell *et al.*, 1992: 35-36).

En algunas comunidades en donde los profesionales de la salud discriminan, en los servicios, a los pacientes infectados con el VIH, la susceptibilidad de las mujeres a la infección por ese virus ha sido reconocida por los profesionales de la salud en detrimento de las mujeres. Los exámenes ginecológicos, el cuidado prenatal, los abortos y los servicios en el parto pueden volverse inaccesibles para las mujeres seropositivas, o para aquellas que se sospecha que lo son, posiblemente por el estatus o forma de vida de sus parejas. Se ha visto que los profesionales de la salud reaccionan con juicios de valor hacia los pacientes que siguen un comportamiento de alto riesgo por padecer o transmitir la infección del VIH, sin estar sujetos a la disciplina de la mala práctica profesional o por violación de las leyes o regulaciones de las instituciones que los contratan (Grillon, 1987, Melica, 1992).

#### Justicia\*

La obligación de justicia, en términos de tratar casos similares de manera análoga y casos diferentes con el reconocimiento de sus

\* Nota de traducción: según el Informe Belmont, se presenta una injusticia cuando se niega cierto beneficio al que la persona tiene derecho. Se debe buscar una justa distribución de los beneficios de acuerdo con lo que se merece.

particularidades, genera la pregunta para el análisis feminista de si los hombres y las mujeres deben ser tratados esencialmente de la misma manera, a pesar de sus diferencias genéticas, hormonales y reproductivas, o si las mujeres son tan diferentes a los hombres, por ejemplo en la forma en que conciben la realidad, en que experimentan la vida y se relacionan con otros, que podrían ser tratadas como diferentes a ellos. El riesgo para las mujeres de encontrarlas esencialmente similares a los hombres, es que el modelo para su tratamiento sería el modelo masculino. Se ha observado que las mujeres que no cumplen con los estándares masculinos de cumplimiento y respuesta, son calificadas como patológicas o consideradas paternalistamente como el "sexo débil". Sin embargo, existe el mismo daño, si al tratar a las mujeres como diferentes a los varones, ello tiene un efecto no tanto en un plano horizontal sino en un plano vertical de superioridad e inferioridad, en el cual las mujeres ocupan la posición inferior, subordinada y pasiva.

Una vertiente del análisis feminista ha propuesto que la experiencia de las mujeres percibe y expresa relaciones "con una voz diferente" (Gilligan, 1982). Ello lleva a una conclusión ética de que es propio que las mujeres sean tratadas de manera diferente a los varones, pero con igual respeto tomando como referencia sus diferencias. Abundan peticiones, sin embargo, del hecho de que las mujeres reciban y les sean ofrecidos servicios de salud diferentes a los varones en una tradición médica paternalista. La sensibilización feminista respecto a la obligación de acceder a servicios de salud, demanda justamente la aceptación del reto de ofrecer un cuidado a la salud para las mujeres que sea diferente pero igual, reconociendo cómo las demandas de provisión de servicios bajo este estándar han fallado en los Estados Unidos, en lo que se refiere al tratamiento de la población negra y discriminada. Estas entidades ilustran, a través de la raza, la opresión que han sufrido las mujeres a través del sexo, y el reto comparable constituido por una revolución política y una reforma justa.

El principio ético de distribución de justicia tiene una gran importancia para el análisis feminista. Por nutrir y cuidar a sus

hijos, esposos y miembros más viejos de la familia, las mujeres son trabajadoras del cuidado de la salud. Su estatus como tales raramente es reconocido, valorado o pagado. Se espera que las mujeres entiendan y apliquen las sugerencias (comúnmente descritas como órdenes) de los médicos y otros profesionales de la salud, pero son consideradas como inferiores en estatus y conocimiento. Más aún, habiendo desarrollado sus vidas como "no trabajadoras" en el hogar, dedicadas a la crianza y al cuidado de los otros, la presente generación de personas mayores constituye la población geriátrica en países occidentales, entre las cuales las mujeres son abrumadora mayoría; han sido enseñadas que los servicios de salud para ellas serían los primeros que se limitarían (Bell, 1989). Es decir, la última generación de mujeres que produjeron cuidado no pagado a otros será la primera a la que se le nieguen los servicios médicos, por el impacto de la economía financiera en el cuidado de la salud.

Los bioeticistas, al referirse a las cuestiones de edad, le han dedicado poca atención al impacto diferencial de sus propuestas en las mujeres. El argumento a favor de la justicia intergeneracional es que las distinciones debidas a la edad son diferentes a las distinciones debidas a la raza, el sexo o la cultura, en términos de que los individuos avanzan en la vida a lo largo de diferentes edades, mientras que otras distinciones permanecen constantes. En este sentido, una política de salud que favorezca las inversiones en los jóvenes con el fin de fortalecer sus perspectivas de sobrevivencia en las edades intermedia y avanzada puede ser justa, en la medida que todos los individuos reciban beneficios comparables a lo largo de su vida, y que la inversión sea hecha más en las edades tempranas que en las últimas de la vida. La política, sin embargo, tendrá un impacto diferencial en las mujeres cuando la evidencia demográfica muestre una significativa mayor proporción de mujeres que alcancen edades avanzadas. La implantación de tales programas de justicia intergeneracional requerirá un componente de "acción concurrente afirmativo", para compensar el impacto diferencial que será sentido por una generación de mujeres

que no recibieron los beneficios para la salud cuando fueron jóvenes, y que podría ser la primera generación a la que se le niegue porque son mujeres de edad.

Una injusticia impuesta desproporcionadamente en las mujeres ha resultado de políticas de desinstitucionalización de los pacientes de salud mental, cuidado comunitario de pacientes de tratamientos prolongados y de aquellos que están bajo rehabilitación, así como las preferencias crecientes de que el cuidado hospitalario sea ofrecido sobre una base de pacientes externos más que de internos. Cada una de estas políticas ha oprimido a las mujeres que sirven, como las no remuneradas, y frecuentemente no reconocidas como dadoras de cuidado en sus familias. El cuidado que ellas brindan es frecuentemente dado de manera amorosa, pero a un alto costo para ellas y su futuro bienestar, incluyendo lo físico y emocional, así como lo económico cuando ellas abandonan empleos con derecho a pensiones, lo cual sigue sin reconocimiento. Esto no es para argüir que tales políticas están mal orientadas o dirigidas únicamente por un incentivo gubernamental para ahorrar gastos, sino para comentar que los intereses de las mujeres deberían estar más justamente representados en los tribunales de asesoría y toma de decisiones. La afirmación de que los tribunales de toma de decisiones están democrática y responsablemente compuestos no es suficiente mientras las mujeres carezcan de oportunidades políticas para influir proporcionalmente en las decisiones, en la medida en que las decisiones impactan en ellas. La opresión por una mayoría democrática permanece como opresión, y viola la obligación ética de actuar con justicia y no meramente por el ejercicio del poder político y legal.

### CONCLUSIÓN

EL PROPÓSITO del análisis feminista en el cuidado de la salud, en términos de asegurar un justo reconocimiento de las necesidades de las mujeres, podría ser instrumentado y alcanzado a través del recurso de los cuatro principios. No son los únicos medios para

el propósito, pero son útiles para demostrar metas y objetivos adecuados a la ética del cuidado de la salud, y además son medios de análisis a través de los cuales la bioética feminista puede avanzar, es decir, pueden servir como fin y como medio. Los cuatro principios han surgido de un limitado entorno en donde las mujeres están subrepresentadas, pero en donde tienen el potencial de crecer instrumentalmente en las manos feministas. Los profesionales de la salud y otros, que respaldan la inspiración de los cuatro principios, pueden ser obligados a mostrar que actúan para alcanzar la visión ética defendida dentro de las diferentes escuelas de la teoría feminista.

Los cuatro principios pueden tener un efecto amplio y liberador en tanto que están en posibilidad de permitir al análisis feminista explicar sus críticas y sus aspiraciones a un cuidado de la salud, a través de conceptos y un lenguaje con el cual los feministas están familiarizados, y pueden dejar claro a otras feministas los conceptos y orientaciones que otros enarbolan para alcanzar las conclusiones que defienden. Los cuatro principios pueden, por ende, servir como un lenguaje común a través del cual diferentes vertientes de análisis de ética del cuidado de la salud pueden explicarse a sí mismos y comprenderse entre ellos. Pueden ofrecer un lenguaje ético universal y así poder "hacerse la pregunta de las mujeres". Están en posibilidad de servir para resolver malos entendidos e incluso antagonismos, además de mostrar la buena orientación que diferentes e incluso opuestos análisis adoptan en su quehacer, y por tanto fomentar el diálogo y una amplia discusión conducida con buena voluntad.

### RECONOCIMIENTOS

LA AUTORA está agradecida con sir Malcolm Macnaughton, subdirector del Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, por sus comentarios a una versión previa de este capítulo. La autora es la única responsable de los puntos de vista expresados.

## BIBLIOGRAFIA

- AIKEN, J.H., "Education as Prevention", en H.L. Dalton, S. Burris y el Yale AIDS Law Project (eds.), *AIDS and the law*, Yale University Press, New Haven, 1987.
- ANDREWS, L., *Between Strangers: Surrogate Mothers, Expectant Fathers and Brave New Babies*, Harper & Row, Nueva York, 1989.
- BARTLETT, K.T., "Feminist Legal Methods", en *Harvard Law Review* 103, 1990.
- BELL, N.K., "What Setting Limits May Mean: a Feminist Critique of Daniel Callahan's Setting Limits", en *Hypatia* 4(2), 1989.
- BRANDT, A.M., *No Magic Bullet: a Social History of Venereal Disease*, Oxford University Press, Nueva York, 1985.
- CARTER, R.B., *On the Pathology and Treatment of Hysteria*, Churchill, Londres, 1953.
- COOK, R. J. y D. Maine, "Spousal Veto Over Family Planning Services", en *American Journal of Public Health* 77, 1987.
- COREA, G., *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper & Row, Nueva York, 1985.
- "Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, Gender Disparities in Clinical Decision Making", en *Journal of the American Medical Association* 266, 1990.
- FIELD, M.A., "Controlling the Woman to Protect the Fetus", en *Law, Medicine and Health Care* 17, 1989.
- GILLIGAN, C., *In Different Voice: Psychological Theory and Women's Moral Development*, Harvard University Press, Cambridge, 1982.
- GILLON, R., "Refusal to Treat AIDS and HIV Positive Patients", en *British Medical Journal* 294, 1987.
- KING, P.A., "Helping Women Helping Children: Drug Policy and Future Generations", en *Milbank Quarterly* 69, 1991.
- KINGDOM, E., *What's Wrong With Rights? Problems for Feminist Politics of Law*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1991.
- LEBACQZ, K., "Feminism and Bioethics: an Overview", en *Second Opinion* 17(2), 1991.
- MAINE, D. y R. McNamara, *Birth Spacing and Child Survival*, Centre for Population and Family Health, Columbia University, Nueva York, 1985.
- MELICA, F., "Fear of Contracting HIV Infection and Ethical Behaviour in Medical Care", en F. Melica (ed.), *AIDS and Human Reproduction*, Karger, Basel, 1992, pp. 178-182.
- MILES, S.H. y A. August, "Courts, Gender and the Right to Die", en *Law, Medicine and Health Care* 18, 1990, pp. 85-95.
- MINKOFF, M.L. y J.A. DeHovitz, "Care of Women Infected with the Human Immunodeficiency Virus", en *Journal of the American Medical Association* 266, 1991, pp. 2253-2258.
- MITCHELL, J.L., "Women AIDS, and Public Policy", en *AIDS and Public Policy Journal* 3(2), 1988, p. 50.
- \_\_\_\_\_, J. Tucker, P.O. Loftman y S.B. Williams, "HIV and Women: Current Controversies and Clinical Relevance", en *Journal of Women's Health* 1, 1992.
- MURPHY, J.S., "Women with AIDS: Sexual Ethics in an Epidemic", en I.B. Corless y M. Pittman-Lindeman (eds.), *AIDS: Principles, Practices, and Politics*, Hemisphere, Nueva York, 1988.
- National Institutes of Health Guide*, vol. 19 (31), 24 de agosto de 1990, p. 18.
- NEDELSKY, J., "Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities", en *Yale Journal of Law and Feminism* 1, 1989.
- NODDINGS, N., *Caring: a Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley, 1984, p. 5.
- OVERALL, C.P., "AIDS, and Women: the (Hetero) Sexual Politics of HIV Infection", en W.P. Zion (ed.), *Perspectives on AIDS: Ethical and Social Issues*, Oxford University Press, Oxford, 1991, pp. 27-42.
- RANKE-HEINEMANN, U., *Eunuchs for the Kingdom of Heaven: Women, Sexuality and the Catholic Church*, Peter Heinegg (trad.), Doubleday, Nueva York, 1990.
- ROSENBERG, M.L., E. Stark y M.A. Zahn, "Interpersonal Violence: Homocide and Spouse Abuse", en J.M. Last (ed.), *Public Health and Preventive Medicine*, 12a. ed., Appleton-Century-Crofts, Norwalk, 1986, pp. 1399-1426.
- ROSENBERG, M.J., A.J. Davidson, J.H. Chen, F.N. Judson y J.M. Douglas, "Barrier Contraceptives and Sexually Transmitted Diseases in Women: a Comparison of Female-Dependent Methods and Condoms", en *American Journal of Public Health* 82, 1992, pp. 669-674.
- RUETHER, R.R., "Sexism, Religion, and the Social and Spiritual Liberation of Women Today", en C.C. Gould (ed.), *Beyond Domination:*

- New Perspectives on Women and Philosophy*, Rowman & Allanheld, Totowa, 1983.
- SHERWIN, S., *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Temple University Press, Filadelfia, 1992, p. 13.
- Society for the Advancement of Women's Health Research, Towards a Women's Health Research Agenda: Findings of the Scientific Advisory Meeting*, Society for the Advancement of Women's Health Research, Washington, 1991.
- STEIN, Z.A., "HIV Prevention: the Need for Methods Women can Use", en *American Journal of Public Health* 80, 1990, pp. 460-462.
- Task Forces on Sexual Abuse of Patients: Final Report*, An Independent Task Force Commissioned by The College of Physicians and Surgeons of Ontario, catedrática Marilou McPhedran, 1991.
- WHITE, D.G., "Wearing a Wife-Assault Button: Impact on Family Practice", en *Canadian Medical Association Journal* 145, 1991, pp. 1005-1012.

## Declaración de propuestas éticas: Mesa Redonda sobre Ética, Población y Salud Reproductiva como preparación para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994

### PRESENTACIÓN

DEL 8 al 10 de marzo de 1994, 36 especialistas, entre quienes se cuentan teólogos, activistas por los derechos de la mujer, expertos en políticas de población y defensores de los derechos humanos, se reunieron en Nueva York para participar en una mesa redonda sobre ética, población y salud reproductiva. Esta mesa redonda, llevada a cabo bajo los auspicios del Development Law and Policy Program (Programa sobre Políticas y Leyes de Desarrollo) del Center for Population and Family Health (Centro de Población y Salud Familiar) de la Universidad de Columbia y el United Nations Population Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Población) (UNFPA), fue la última de una serie de mesas redondas que culminarán en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, CIPD, que tendrá lugar en el Cairo, Egipto entre el 5 y el 13 de septiembre de 1994.

Un comité constituido por tres personas —Ruth Macklin, Rebecca Cook y el que suscribe (Stephen Isaacs)— organizamos la mesa redonda en estrecha colaboración con Charlotte Gardiner y otros miembros de la UNFPA, con fondos de la Fundación Ford y de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.

<sup>1</sup>Lista de participantes: Claude Ake (Nigeria), Carmen Barroso y Jacqueline Pitanguy (Brasil), José Barzelatto y Miren Busto (Chile), Hasna Begum (Bangladesh), Bela Blasszauer (Hungria), Atajinda Deepadung (Tailandia), Bernard Dickens (Gran Bretaña), Juan Guillermo Figueroa (México), Rifiat Hassan y Nafis Sadik (Paquistán), Wolfgang Lutz (Austria), Mohamed Mboodj (Senegal), Billie Müller (Barbados), María Isabel Plata (Colombia), Qiu Renzong (China), Fred Sai y Charlotte Gardiner (Ghana), Amartya Sen (India), Gamal Serour (Egipto), Peter Sumbung (Indonesia), Eugene Sutorius (Holanda), Alfredo Tadiar (Filipinas), Juan Wicht (Perú), Richard Osborn (Canadá), Margaret Battin, Lynn Freedman, Laurence O'Connell, John Robertson, Allan Rosenfield, Gordon Tucker, Rebecca Cook, Stephen Isaacs, Ruth Macklin y Ellen Brennan (Estados Unidos de América). El evento fue celebrado del 8 al 10 de marzo de 1994 en la ciudad de Nueva York, EUA.



La mesa redonda fue inaugurada por Nafis Sadik, directora ejecutiva de la UNFPA. Durante los tres días siguientes los participantes deliberaron, analizaron y debatieron acerca de algunos de los temas éticos más difíciles de nuestros tiempos. Las sesiones se agruparon en torno a cinco propuestas:

- Debido a que la salud reproductiva es un bien social importante, su promoción y las condiciones para su realización son una obligación ética.
- La justicia en la salud reproductiva requiere de una distribución equitativa de los beneficios y de las responsabilidades relacionadas con las decisiones reproductivas, incluyendo la decisión de tener o de no tener hijos.
- Para que las acciones y las prácticas sean éticas, las personas deben ser tratadas con respeto, y debe respetarse la autonomía de los individuos.
- Los programas y las políticas de salud reproductiva acertados son aquellos que dan por resultado un saldo favorable a las consecuencias deseables por encima de las no deseables.
- Las políticas de población son parte integral del desarrollo social, económico y cultural, cuya meta principal es la de incrementar la dignidad humana y la calidad de vida de todas las personas.

En la tercera tarde, los participantes llegaron al acuerdo de hacer una *Declaración de propuestas éticas*. Hasta donde sé, ésta es la única exposición existente sobre los principios éticos que deberían guiar las políticas y los programas de población y salud reproductiva. Por su particularidad y por el mérito de quienes la formularon, la Declaración merece una atención especial.

Quisiera expresar mi aprecio hacia todos los participantes por sus contribuciones, que fueron profundas y a la vez prácticas; a José Barzelatto por su asesoría en la preparación de la mesa redonda, y a Julie Parker y Aundres Brenyah, por su excelente trabajo en el manejo de los aspectos administrativos y logísticos de la misma.

STEPHEN L. ISAACS

STEPHEN L. ISAACS  
RUTH MACKLIN  
REBECCA COOK

## *Declaración sobre proposiciones éticas en salud reproductiva y políticas de población\**

### PREÁMBULO

Las siguientes cinco propuestas se refieren a temas de salud reproductiva y de población desde la perspectiva ética. Al centrarse en los aspectos éticos de la población y de la salud reproductiva, tanto los gobiernos como las organizaciones no gubernamentales, pueden incrementar el respeto hacia la dignidad humana.

*Dado que la salud reproductiva es un importante bien social, su promoción y las condiciones para su realización son una obligación ética.*

La salud reproductiva se define como "una condición en el que el proceso reproductivo se logra en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no es simplemente la ausencia de enfermedad o de desórdenes del proceso reproductivo". Esto implica que "la gente tiene la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de gozar de las relaciones sexuales". También implica que "las mujeres pueden vivir con seguridad su embarazo y su parto, que la regulación de la fertilidad se puede lograr sin riesgos para la salud y que las personas están seguras al tener relaciones sexuales".\*\*

Esta definición pone en tela de juicio el criterio para el éxito adoptado por los programas de planificación familiar en el pasa-

\* Traducción del inglés de María Teresa Ruiz Ramírez.  
\*\* Mahmoud F. Fathalla. "Reproductive Health: A Global Overview", en *Annals of the New York Academy of Sciences*, junio 28 de 1991, p. 1.

do, criterios que han hecho hincapié en el número de usuarios de anticonceptivos, en lugar del bienestar personal. La definición va más allá del modelo biomédico, que se centra en la enfermedad y no en el ser humano. De acuerdo con este concepto más extenso, las personas se convierten en la esencia de la salud reproductiva, en los  *sujetos*, en lugar de ser los  *objetos*. Este cambio de enfoque brinda una justificación ética para volver a diseñar los programas y políticas para que reflejen el hecho de que la planificación familiar aborda preocupaciones personales y sociales. Más aún, al reconocer que las relaciones sexuales juegan un papel esencial dentro de la vida personal y familiar, este nuevo acento incorpora la salud sexual como parte de la salud reproductiva.

Debido a la importancia de la salud reproductiva para la dignidad humana, es esencial que los sistemas de cuidado de la salud tomen medidas para promover y salvaguardar la salud reproductiva. Es por esto, entonces, una obligación de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales proveer la información, los medios y las condiciones sociales que hagan posible el logro de la salud reproductiva para todos los miembros de la sociedad.

Al cumplir con esta obligación, los gobiernos deben reconocer y proteger tres tipos de derechos que son esenciales para la promoción de la salud reproductiva:

- a) Los derechos respecto del cuidado de la salud y de la información relacionada con la salud;
- b) los derechos relacionados con la libertad y la seguridad de la persona, y
- c) los derechos relacionados con el estatus y la igualdad de la mujer dentro de la sociedad.

Estos tres tipos de derechos son protegidos por convenciones internacionales y regionales de derechos humanos, tales como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) y los convenios

internacionales de derechos humanos. Las naciones miembro de éstos y otros tratados relevantes son legalmente responsables de ponerlos en práctica. Solamente cuando estos derechos se observan, es posible lograr el cumplimiento de los principios éticos relacionados con la salud reproductiva.

Puesto que la salud reproductiva es tan fundamental para el bienestar y la dignidad humanos, debe considerarse como un bien social muy importante, bien que los gobiernos, las personas y la comunidad internacional tienen que cumplir como una responsabilidad especial a la que hay que proporcionar la inversión necesaria. Ni la salud reproductiva ni el concepto más amplio de salud bajo el cual está insertada deben ser tratados simplemente como una mercancía. Si la disposición de los servicios de salud reproductiva se deja a las fuerzas del mercado, no se logrará garantizar el acceso para todos.

*La justicia en la salud reproductiva requiere una distribución equitativa de los beneficios y de las responsabilidades relacionadas con las decisiones reproductivas, incluyendo la decisión de tener o no tener hijos.*

No se deben negar los servicios de salud reproductiva a ningún grupo ni a ningún individuo. Al distribuir recursos escasos, los programas del sector salud, tanto de los gobiernos como del sector privado, deben dar la mayor prioridad a la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables de la sociedad en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. Los beneficios de los programas y las políticas de salud reproductiva deben ser distribuidos equitativamente, de tal modo que un grupo privilegiado o selecto no sea el favorecido como receptor de estos beneficios. Tampoco se debe imponer la carga o los costos en los que se debe incurrir, para lograr los beneficios deseados, en un número limitado de grupos o clases, particularmente a aquellos que son vulnerables o carentes de poder, tales como las mujeres, los pobres o las minorías étnicas o raciales. Debe ponerse especial cuidado en el diseño y ejecución de los programas para asegurar que se logre el principio de una distribución justa de los riesgos, las cargas y los costos.

Dentro de las condiciones necesarias para lograr la justicia en la salud reproductiva se incluyen las siguientes:

- a) Se debe garantizar un trato igualitario a todas las personas de una sociedad en relación con las decisiones reproductivas, prescindiendo de distinciones tales como sexo, raza, clase, riqueza, religión, estatus marital, orientación sexual o edad.
- b) La información relacionada con la salud reproductiva y la disponibilidad de servicios debe fluir libremente y ser ampliamente difundida, y debe proveérseles una adecuada educación general a todos los miembros de la sociedad.
- c) Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, deben ser protegidos eficazmente.

*Para que las acciones y las prácticas sean éticas, las personas deben ser tratadas con respeto, y debe respetarse la autonomía de los individuos.*

El respeto hacia las personas requiere que no se trate a las mujeres como el medio para alcanzar una meta de población óptima. El respeto a las personas necesita una visión de los seres humanos como individuos, cuyo bienestar debe promoverse. Además, los individuos no deben ser vistos solamente como vehículos de bienestar, sino también como agentes pensantes capaces de deliberar y tomar decisiones. No obstante, bajo condiciones de privación económica y pobreza, las personas no son plenamente capaces de deliberar y ejercer opciones de reproducción basadas en la información. Por esto, para poder asegurar que la gente pueda alcanzar la capacidad completa para tomar opciones sobre producción, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales tienen la obligación de trabajar para superar dichas condiciones.

La doctrina del consentimiento informado es una encarnación del respeto hacia las personas. Una expresión más completa de este principio expande el concepto de consentimiento informado al de elección informada, la cual requiere que se le brinde a los individuos una gama de opciones y el derecho a rechazar métodos

de planificación familiar o procedimientos médicos no deseados. El reconocimiento que hace la sociedad de que las mujeres tienen la capacidad para hacer elecciones informadas, no obstante su pobreza o falta de educación, es necesario para instituir el respeto hacia las personas en los programas de salud reproductiva. De acuerdo con esto, los gobiernos y las ONG están obligados a mejorar las condiciones económicas y educativas de las mujeres para que aumente su capacidad para elegir voluntariamente y sin coerciones.

El paternalismo es inconsistente con el respeto hacia las personas. Ni el Estado ni un proveedor de servicios de salud, ni el compañero pueden hacer elecciones reproductivas en lugar de el individuo. Por la misma razón, las tradiciones religiosas y culturales no pueden utilizarse como excusa para aprobar violaciones del respeto hacia las personas. En las culturas donde existe la tradición de tomar decisiones familiares por el individuo, la armonía se puede preservar al introducir en la familia la obligación de respetar la elección reproductiva y la dignidad de todos sus miembros.

El principio del respeto hacia las personas brinda el fundamento sobre el cual se cimentan los derechos reproductivos. Entre éstos está el derecho a hacer una elección voluntaria e informada de un método de planificación familiar, el derecho a hacer la elección moral de llevar a término o de terminar con un embarazo, el derecho a la confidencialidad en la relación con el proveedor de salud y el derecho de las mujeres a no ser lastimadas o mutiladas, aun cuando dichas prácticas se lleven a cabo como una parte de rituales tradicionales. Las esterilizaciones realizadas sin el conocimiento o el consentimiento del individuo, la inserción o los implantes realizados cuando la capacidad de una mujer para hacer una elección informada esté menoscabada, y la práctica de hacer que la autorización de la pareja sea una condición para la esterilización o la anticoncepción, son todas violaciones a los derechos reproductivos.

Cuando los incentivos o las acciones disuasivas comprometen la voluntad de una elección informada, se consideran inconsis-

tentes con la premisa básica del respeto hacia las personas. Es más factible que las acciones disuasivas sean más coercitivas que los incentivos, puesto que son punitivas. Aun así, algunos incentivos también tienen el potencial de embrollar la elección razonada y por ende entran en conflicto con el respeto hacia las personas.

La elección reproductiva informada implica también la responsabilidad sobre la elección tomada. Es necesario asumir que los individuos tienen la capacidad de hacer elecciones responsables. Sin embargo, el individuo no puede ejercer esa responsabilidad sin que haya una responsabilidad correspondiente por parte del proveedor del servicio. La responsabilidad profesional requiere que se hagan recomendaciones de salud reproductiva apropiadas y que no se introduzcan sesgos al hacer estas recomendaciones; que se ofrezcan todos los métodos de planificación familiar fácilmente disponibles, incluyendo aquellos que son controlados por el usuario, y que no se hagan discriminaciones en contra de la mujer. Los gobiernos también deben asumir esta responsabilidad, tomando medidas que aseguren la existencia de las condiciones que lleven a hacer elecciones reproductivas responsables.

*Los programas y las políticas de salud reproductiva éticamente acertados son aquellos que tienen como resultado un saldo favorable para las consecuencias deseables por encima de las no deseadas.*

En general, para que los programas y las políticas reproductivas sean éticamente acertados deben desembocar en un predominio de consecuencias deseables por encima de las no deseadas. Dicho saldo es aceptable solamente si respeta los derechos de la autonomía personal y otros derechos humanos, si tiene como resultado una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios, y si no impone la mayoría de las consecuencias negativas sobre las mismas personas o grupos. En algunos casos, la proporción final de consecuencias benéficas será tan alta que el programa se vuelve éticamente obligatorio también.

Estas evaluaciones pueden hacer que surjan áreas de desacuerdo, frecuentemente como resultado de los diversos puntos de

vista sociales, culturales, étnicos o religiosos, acerca de lo que constituyen las consecuencias deseables y las no deseadas. Pueden haber desacuerdos en temas tales como el suministro de servicios de planificación familiar a personas no casadas, la educación sexual para adolescentes y la disponibilidad de servicios para abortos. Aun así, estos desacuerdos no retan el principio de que cada programa y cada política debe maximizar las consecuencias deseables y minimizar las no deseadas en el mayor grado posible.

El ejemplo de una política que produce una preponderancia de las consecuencias desfavorables para la salud reproductiva es la penalización del aborto. A pesar de los puntos de vista culturales o religiosos que se oponen al aborto, las mujeres siempre han buscado y seguirán buscando la terminación de los embarazos no deseados. Tanto la mortalidad y la morbilidad materna como la infertilidad, que se derivan de la penalización del aborto, son consecuencias negativas que se pueden prevenir. La separación de la Iglesia y el Estado que se ha establecido en la mayoría de las naciones del mundo justifica, para el mejoramiento de la salud reproductiva, la despenalización de un procedimiento condenado oficialmente por algunas religiones, pero aceptado por muchas otras religiones y grupos seculares.

Un importante factor limitante, que se debe tomar en cuenta al evaluar cualquier programa o política que parezca aumentar al máximo las consecuencias deseables, es analizar si para lograr esta meta ha violado o infringido los derechos humanos básicos, tales como el derecho a la elección autónoma acerca de reproducir, dar a luz o engendrar descendencia; el derecho a recibir información adecuada acerca de los riesgos y los beneficios relacionados con esto, y el derecho a garantizar un consentimiento informado. Al margen de cuáles puedan ser sus consecuencias favorables, un programa que viole o infrinja los derechos humanos básicos no puede considerarse ético.

*Las políticas de población son parte integral del desarrollo social, económico y cultural, cuya meta principal es la de incrementar la dignidad humana y la calidad de vida de todas las personas.*

La meta del desarrollo debería ser mejorar la calidad de vida de todas las personas. La calidad de vida es un concepto complejo que no puede reducirse a metas de población cuantitativas. Su definición varía considerablemente de cultura a cultura, y tales variaciones deben respetarse y acomodarse. En particular, no se debe asumir que las familias pequeñas deban, *ipso facto*, poseer una calidad de vida mejor que la de aquellos que no pueden mantener familias más grandes puesto que es necesario dar la debida preminencia a la importancia cultural y al goce emocional asociados con el tener hijos. Si se respeta la gama de valores que las diferentes culturas asocian con la buena calidad de vida, se incrementa la dignidad humana, siempre y cuando esos valores sean compatibles con los derechos humanos fundamentales de cada persona.

Como tales, los programas de población no deberían formularse o aplicarse aislandolos del contexto más amplio del desarrollo social, económico y cultural. Cuando se hace hincapié en las metas de población y se les aísla de las metas de desarrollo más amplias, se tiende a encubrir la importancia del desarrollo como la manera más segura de eliminar la pobreza. Queda claro que el objetivo principal debe ser la reducción de la pobreza y no la reducción del número de pobres.

La utilización de metas y cuotas en los programas de población hacen que surja la posibilidad de que los intereses y los derechos individuales entren en conflicto con —y sean abatidos por— los intereses y las políticas gubernamentales. Existe, entonces, el potencial para fijar metas que pongan el poder del Estado en contra de los derechos reproductivos de los individuos. En la mayoría de los casos, las metas no han sido utilizadas como medios, sino como el fin mismo. Es inaceptable la formulación de objetivos cuantitativos que ignoren las demandas éticas de los individuos. La planificación gubernamental puede trabajar en compatibilidad con las necesidades y los derechos individuales, pero solamente si las metas se formulan de tal manera que incluyan los objetivos de aumentar al máximo el flujo de información, de ejercitar los dere-

chos y de satisfacer las necesidades de los individuos, y en general, de darle poder a los individuos dentro de sus relaciones con las estructuras del Estado y la sociedad.

Es preciso rechazar los medios coercitivos para lograr las metas poblacionales. En términos categóricos, esto quiere decir que la elección debe ser el valor dominante en todos los programas que afecten la actividad reproductiva humana. Nos sumamos a la ley internacional de derechos humanos, que demanda la protección efectiva del derecho de los individuos y de las familias a tener información adecuada acerca del número y el espaciamiento de los hijos, para que con base en esa información puedan actuar libremente. La coerción puede existir no sólo por parte del gobierno sino también de las costumbres y las culturas tradicionales, así como de instituciones tales como la religión y la familia. El potencial de coerción dentro del ámbito social debería ser reconocido y abordado. Una manera importante y efectiva de eliminar la coerción es la integración de las responsabilidades sobre las políticas de población entre el gobierno y el sector privado. En particular, las ONG, que fungen como defensoras y representantes de la comunidad, pueden jugar un papel central en la identificación y la protección de los individuos contra las prácticas coercitivas.

## CONCLUSIÓN

LOS DERECHOS reproductivos y la salud reproductiva forman parte de un bien humano mucho más amplio que cada sociedad debería aspirar a obtener para todos sus miembros. Los principios que decretan el respeto hacia las personas, y que garantizan la justicia para todos los individuos y grupos, son estándares que se pueden usar para evaluar el futuro de los programas y las políticas sobre salud reproductiva existentes o propuestos. Las propuestas presentadas en esta declaración concierne a la ética, a la población y a la salud reproductiva, pero no deben tomarse por separado de otros bienes sociales. La definición que se ha formulado en la primera propuesta y las obligaciones gubernamentales identifica-

das a lo largo de este documento, exigen que se reordene la forma en que los gobiernos han abordado las cuestiones de población y salud reproductiva. Para ocuparse de estos temas éticamente, los gobiernos no pueden separar sus esfuerzos en casillas, sino que deben idear estrategias que se integren cabalmente con el desarrollo social y económico, con una mejor educación y con una reforma política y legal. Al igual que otros bienes sociales importantes, la salud reproductiva solamente puede florecer en un clima de respeto hacia la dignidad humana y de protección de los derechos humanos fundamentales.