

Texto traducido y reproducido con autorización de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): Cook, R. J., Cusack, S., Dickens, B.M., "Unethical Female Stereotyping in Reproductive Health" 109 *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010 255-258.

La Estereotipación Poco Ética de la Mujer en la Salud Reproductiva

Rebecca J. Cook,^a Simone Cusack,^b Bernard M. Dickens,^{a*}

- a. Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y el Centro Adjunto de Bioética de la Universidad de Toronto, Canadá.
- b. Public Interest Law Clearing House, Melbourne, Australia

Sinopsis

Es de poca ética profesional y con frecuencia ilegal la utilización de estereotipos negativos basados en el género que infantilizan a la mujer y le niegan un espacio fuera del hogar y la maternidad.

Resumen

Los estereotipos son preconcepciones generalizadas que definen a los individuos basados en categorías grupales dentro de los cuales se les sitúa. Las mujeres han sido estereotipadas como 'amas de casa' y 'madres', con el efecto negativo de ser excluidas de otros roles y funciones. La legislación y la construcción judicial nos muestran un historial y, frecuentemente, una práctica continua del confinamiento de las mujeres a estas funciones estereotipadas. Por ejemplo, en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, los profesionales médicos han sometido las solicitudes de las mujeres a la aprobación previa de cónyuges, padres u otros varones de igual categoría. La opción por el aborto es particularmente significativa en cuanto implica valores morales. La capacidad de la mujer de actuar como agente moral responsable se encuentra mermada por las posturas estereotipadas de legisladores, jueces, líderes religiosos y proveedores de salud, quienes le consideran incapaz de tomar una decisión moral responsable. Estas posturas violan el mandato ético que les exige un tratamiento respetuoso e igualitario, y también da paso a la violación de leyes de derechos humanos que prohíben la discriminación en contra de la mujer.

Palabras Clave

Discriminación; Ética; Derechos humanos; Agente moral; Salud reproductiva; Salud sexual; Estereotipación

*autor de contacto. Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, 84 Queen's Park, Toronto, Canada, M5S 2C5. Tel: 1+416 978-4849; Fax: 1+416 978-7899. Correo electrónico bernard.dickens@utoronto.ca (B.M.Dickens)

La estereotipación poco ética de la mujer en la salud reproductiva*

Rebecca J. Cook, Simone Cusack y Bernard M. Dickens*
Canadá

1. Los estereotipos y la estereotipación

Se puede entender por estereotipo una visión generalizada o preconcebida de los atributos, características o roles que poseen o que debieran poseer los miembros de un grupo en particular, como las mujeres. Sin considerar la personalidad, capacidad o cualidades de un individuo, aquellos percibidos como miembros de estos grupos son considerados como poseedores de características que son típicas del grupo (Cook y Cusack, 2010). Las mujeres son frecuentemente puestas en posición de desventaja y se les discrimina mediante la utilización, reforzamiento y perpetuación de aquellos estereotipos que aluden a lo que son capaces de hacer, se espera que hagan y/o están obligadas a hacer. Los estereotipos aplicados a las mujeres pueden juzgarse como particulares al sexo o particulares al género, donde “sexo” y “género” son considerados como sinónimos. Sin embargo, la lengua inglesa requiere que, por ejemplo, con el propósito de explicar las bases de selección o discriminación, sexo y género sean diferenciados, aunque esto no se requiera en otras lenguas. Por ejemplo, las lenguas romances como el Francés, el Español y el Italiano usualmente introducen sustantivos singulares de género masculino mediante el uso de “*le*”, “*el*” o “*il*” respectivamente, y sustantivos de género femenino mediante el uso de “*la*”.

En cuanto a los sustantivos de las lenguas romances, el sexo se determina biológicamente, mientras que el género se construye social o culturalmente. En el contexto de la salud, por ejemplo, solía distinguirse entre “doctores” y “doctoras”, y algunas veces aún continúa la distinción entre “enfermeras” y “enfermeros”*, debido a que la profesión médica había sido preconcebida como una ocupación de carácter masculino, mientras que la enfermería como una función asociada a lo femenino. En sociedades conservadoras donde el sexo es un tema tabú, la palabra “género” es un eufemismo utilizado para referirse al sexo de una persona. Igualmente, ambas palabras pueden ser confundidas y utilizadas incorrectamente, como por ejemplo en cirugías de “cambio de sexo”, que en realidad no cambian la constitución biológica de las personas, sino su clasificación genérica dentro de la sociedad.

El tipo de estereotipación que pone en desventaja y constituye discriminación en contra de las mujeres, se relaciona con posturas sociales, preconcepciones, leyes, políticas y prácticas que confinan a las mujeres a los roles del “género femenino”, particularmente el de madres y encargadas de cuidar de otros, y las excluyen de los roles

* Texto traducido y reproducido con autorización de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): Cook, R. J., Cusack, S., Dickens, B.M. (2010). “Unethical Female Stereotyping in Reproductive Health”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109, 255-258

* Nota de la traductora: En inglés no existe distinción entre la palabra “doctor” y “doctora” o entre “enfermero” y “enfermera”, por tanto la distinción que se hace en el inglés en esta parte lee literalmente: “doctores” y “mujeres doctores”; “enfermeras” y “hombres enfermeras”.

del “género masculino” de acuerdo con el descargo de actores, pensadores y líderes sociales, políticos, religiosos y otros de igual naturaleza. Las preconcepciones estereotípicas de debilidad, servilismo, inhabilidad emocional de tomar o mantener decisiones, vulnerabilidad y dependencia asociada con las mujeres –el “sexo débil”– fue un obstáculo para el acceso a la educación universitaria, la medicina, el derecho, la política, las ciencias y, por ejemplo, el servicio ministerial religioso, cuya exclusión aún persiste en ciertas denominaciones religiosas. Dichas preconcepciones continúan afectando a las mujeres como receptoras potenciales de servicios de salud sexual y reproductiva.

Algunos estereotipos son benignamente descriptivos, permitiendo un nivel de entendimiento superficial en ausencia de conocimiento específico. Las opiniones basadas en estereotipos generalizados son convenientes, y muchas veces inevitables desde que, como explicara el célebre comentarista Walter Lippmann (1922):

El entorno real es, en su conjunto, demasiado amplio, complejo, y fugaz para el conocimiento directo. No estamos equipados para tratar con tanta sutileza, variedad, permutaciones y combinaciones. Y aunque debemos actuar dentro de dicho entorno, tenemos que reconstruirlo en un modelo más simple antes de poder manejarlo.

Los estereotipos que actúan como modelos simples o simplistas de entendimiento también pueden resultar opresivos. Cuando los estereotipos son prescriptivos pueden ser poco éticos e ilegales, pues son utilizados para prescribir lo que un individuo debe hacer, o lo que no se le debe permitir hacer. Por ejemplo, las leyes, las políticas y las prácticas que condicionan o confinan a las mujeres a la maternidad o a roles domésticos, o que les impiden el ejercicio de su autodeterminación reproductiva han sido, desafortunadamente, persistentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

2. La estereotipación en la salud reproductiva

Una acumulación histórica de leyes, políticas y prácticas relevantes a los servicios de salud sexual y reproductiva continúan arraigando estereotipos adversos a las mujeres. Algunas instancias comunes son los requerimientos que las infantilizan mediante la normativa que exige que su solicitud para obtener algún servicio de salud reproductiva sea previamente autorizada por sus cónyuges, padres u otro varón de autoridad en el hogar. Algunas legislaciones nacionales, promulgadas por la legislatura o interpretadas por la jurisprudencia expresan, o implícitamente, aluden a concepciones estereotípicas relacionadas a las mujeres, verbigracia, dándole énfasis a su rol doméstico de cuidadoras. En la República de Irlanda, por ejemplo, la más alta normativa nacional, la *Constitución de 1937*, provee que “el Estado reconoce que mediante su vida en el hogar, la mujer entrega al Estado una asistencia sin la cual no se puede alcanzar el bien común”[†]. En cambio, “El Estado deberá... intentar por todos los medios de asegurarse que las madres no se encuentren, por razones de necesidad económica, en el deber de dedicarse a trabajar en desmedro de sus obligaciones en el hogar”[‡]. Igualmente, a una mujer sin hijos que solicita anticonceptivos o esterilización con el fin de desarrollar su vida profesional se le

[†] *Constitución de Irlanda de 1937*, art. 41.2.1. Disponible en: <http://bit.ly/oSkbRV>.

[‡] *Constitución de Irlanda de 1937*, art. 41.2.2 (*Ídem*).

estigmatiza como aquella que no presta utilidad al Estado y es causante de que el bien común se vea frustrado. De forma similar, las madres de niños pequeños que solicitan lo mismo con el fin de entrar o reincorporarse al trabajo remunerado pueden ser acusadas de abandono infantil.

Las instancias en las cuales los jueces han utilizado estereotipos negativos o prohibitivos en referencia a las mujeres son al mismo tiempo acontecimientos históricos y recientes. En el año 1872, el ministro de la Corte Suprema de los Estados Unidos, Joseph P. Bradley, mantuvo la decisión de excluir a la mujer del ejercicio de la profesión legal basado en que

[...] La constitución de la organización familiar, fundamentada en las ordenanzas divinas..., señala a la esfera doméstica como aquella que adecuadamente pertenece al dominio y funciones de lo femenino, y que [el] destino y la misión suprema de la mujer consisten en cumplir con el noble y benigno oficio de madre y esposa (*Bradwell v. Illinois*, 1873).

Este estereotipo de carácter restrictivo, que limita a las mujeres a la reproducción y las funciones domésticas, fue reproducido en el año 2007 en el caso *Gonzales v. Carhart* (2007). En este caso en particular, la mayoría de los miembros de la Corte Suprema estadounidense estereotipó a las mujeres, calificándolas de seres vulnerables en necesidad de protección legislativa (de naturaleza predominantemente masculina), e incapaces de tomar decisiones reproductivas en forma responsable de acuerdo a sus propios planes de vida. La opinión mayoritaria decidió mantener la legislación prohibitiva de un procedimiento abortivo específico, que los médicos de dichas mujeres podían considerar, en su opinión clínica, como el más beneficioso para su salud.

Las normativas que prohíben los métodos abortivos elegidos por las mujeres, promulgadas invariablemente por legislaturas de composición predominantemente masculina que muchas veces cuenta con el apoyo de las jerarquías religiosas, incluyendo unas pocas o ninguna mujer, reflejan los estereotipos hostiles al derecho a la salud de las mujeres y su capacidad como agentes morales. No obstante, los países han ido liberalizando sus leyes sobre aborto en forma progresiva, mediante la aceptación de circunstancias en las cuales el interés de la mujer en su salud está por encima del interés estatal de continuar el embarazo (Boland, 2008). Debido a que los argumentos en favor de los intereses fetales son cada vez menos convincentes, aquellos que se oponen al aborto emergen con nuevos argumentos basados en la aseveración de que las mujeres están mejor protegidas en contra de los “daños” del aborto mediante la restricción del acceso a dicho procedimiento (Siegel, 2008).

La aseveración estereotipada de que los legisladores y los jueces son capaces de proteger los intereses de las mujeres de mejor forma que ellas mismas también encontró asidero en la Corte Suprema estadounidense, en el caso *Gonzales v. Carhart*. Dicha Corte mantuvo la prohibición de un procedimiento abortivo en particular, y la criminalización de aquellos facultativos que ignoran dicho dictamen con el objeto de servir a los intereses de salud de sus pacientes. El magistrado Kennedy observó para la mayoría que:

Tener o no un aborto requiere de una decisión moral difícil y dolorosa. Mientras que no tenemos acceso a datos confiables que puedan medir dicho fenómeno, parece irrefutable el concluir que algunas mujeres llegan a lamentar la decisión de abortar la vida infantil que alguna vez crearon y sostuvieron. Una depresión

severa y pérdida de autoestima pueden ser consecuencia de lo anterior (*Gonzales v. Carhart*, 2007).

Esta observación cae dentro del estereotipo de que las mujeres son agentes decisorios irracionales e incompetentes; incapaces de tomar decisiones morales difíciles y dolorosas que luego lamenten. No obstante el riesgo de arrepentimiento es inherente en la toma de muchas decisiones morales dentro de la vida de los individuos, esto no justifica entregar tales decisiones a los legisladores o los tribunales de justicia. La decisión de continuar o no con un embarazo, por ejemplo, de un feto severamente anormal, puede ser igualmente difícil, dolorosa y una fuente de arrepentimiento, pero no justifica, generalmente, quitar dicho poder decisorio a la mujer.

La opinión mayoritaria de la Corte Suprema, que declaró que el posible arrepentimiento de la mujer justifica la intervención legislativa en pos de su propia protección, fue condenada por la magistrada Ginsburg, la única mujer miembro de la corte en ese entonces. La magistrada Ginsburg aceptó que el juicio clínico médico pudiese favorecer el método abortivo que la legislación en cuestión prohibía, pero encontró que:

La Corte [opinión mayoritaria] priva a las mujeres de su derecho a hacer una elección autónoma, incluso a expensas de su propia seguridad. Esta forma de pensar refleja nociones ancestrales respecto del lugar que debe ocupar la mujer en la familia y bajo la Constitución –ideas que han sido desacreditadas desde hace mucho tiempo (*Ibidem*).

Las decisiones judiciales que mantienen el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva no son necesariamente más respetuosas de su autonomía, sino que pueden reflejar estereotipos de mujeres que requieren del juicio protector de un otro, como legisladores, facultativos y jueces. Por ejemplo, en el caso *Axon v. Secretary of State for Health* (2006), el juez reafirmó la capacidad de las adolescentes intelectualmente maduras de tomar sus propias decisiones reproductivas, incluyendo la opción de abortar, sin requerir el consentimiento de sus padres; también, reconoció la capacidad de disfrutar del mismo tipo de confidencialidad disponible para los adultos. No obstante lo anterior, el juez se sintió en la obligación de aplicar el estereotipo legislativo de aquella mujer incapaz de ejercer por sí misma juicios socialmente aceptables sobre el aborto, y a la cual se le exige cumplir con requisitos sociales y sanitarios para el procedimiento de acuerdo con lo que determine un médico. Es así como las decisiones de una joven mujer con capacidad adulta todavía están sujetas a los estereotipos restrictivos utilizados por los legisladores, facultativos, y jueces (Erdman, 2009).

En contraste, en la sentencia C-355/06, los magistrados de la Corte Constitucional de Colombia liberalizaron la legislación nacional prohibitiva del aborto rechazando en forma expresa el estereotipo de que el único rol y destino natural de la mujer es la maternidad, en la cual dicha ley se había basado (AI C-355/06, 2006). Los magistrados Araújo Rentería y Vargas Hernández por la mayoría explicaron que:

En tal medida, el legislador al adoptar normas de carácter penal, no puede desconocer que la mujer es un ser humano plenamente digno y por tanto debe tratarla como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana, o de imponerle en ciertos casos, contra su

voluntad, servir de herramienta efectivamente útil para procrear (AI C-355/06, 2006).

Los magistrados, de ese modo, pusieron el fundamento para dismantelar el estereotipo de que la mujer debe ser percibida únicamente como un instrumento reproductivo, y reafirmaron el derecho de la mujer a ser tratada con igual dignidad que el hombre en sus decisiones reproductivas.

La estereotipación restrictiva o degradante que se encuentra arraigada dentro de la legislación y las sentencias judiciales pueden encontrarse también en los estereotipos utilizados por los facultativos, enfermeras y personal médico relacionado. El prejuicio presente en el uso del lenguaje y las actitudes hacia, por ejemplo, las mujeres solteras que solicitan anticonceptivos, test de maternidad o abortos, o hacia las pacientes que buscan tratamiento por una infección de transmisión sexual, refleja las ideas estereotípicas uniformadas por las circunstancias particulares de las pacientes. Un ejemplo de esto es la victimización de las mujeres por parte de depredadores sexuales en sus vecindarios, escuelas, u hogares. Existe un penoso historial de médicos, enfermeras y otros proveedores de salud que emplean enfoques punitivos hacia las mujeres que solicitan procedimientos abortivos, descargando valores religiosos o morales cuando creen que sus pacientes los han infringido. Dicha conducta es poco profesional, poco ética y, en aquello en que es discriminatoria, es también ilícita.

3. Estereotipación ilícita

Muchas legislaciones nacionales, como así también aquellos tratados internacionales que los países se han comprometido a aplicar en sus leyes nacionales, prohíben la discriminación basada en el sexo o el género. La desventaja que sufren los individuos cuando son tratados de manera diferenciada con respecto a aquellos de los cuales no son materialmente diferentes, constituye discriminación. Las mujeres son materialmente diferentes de los hombres debido a sus funciones físicas y reproductivas, pero no en su capacidad de reflexión, entendimiento moral de la información o capacidad de autodeterminación. Existe discriminación cuando a los hombres se les permite recibir servicios de salud sin previa intervención gubernamental o estatal, pero a las mujeres se les exige satisfacer criterios legislativos, tradicionales u otros basados en concepciones estereotipadas no aplicables a los hombres.

Muchas constituciones nacionales, que expresan el principio fundamental que inspira, guía y justifica el ejercicio del poder estatal, profesan la eliminación de la discriminación sobre la base de, entre otros, el sexo o el género. Algunas legislaciones nacionales o sub-nacionales incluyen la promulgación de derechos humanos que prohíben la discriminación por parte de las autoridades públicas, y de organismos o sujetos privados. Dichas normativas se encuentran dentro del marco normativo de los tratados internacionales sobre derechos humanos, dentro de los cuales uno de los más relevantes respecto a la salud reproductiva de las mujeres es la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (CEDAW) (Cusack y Cook, 2010).

El artículo 5(a) de la CEDAW exige a los estados tomar todas las medidas apropiadas para:

Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y

de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres ([CEDAW], 1981).

Este artículo encaja dentro del marco normativo del artículo 2(f), mediante el cual los Estados Partes se comprometen a “adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer (CEDAW, 1981)”.

El artículo 12(1) trata sobre lo relativo a la salud proveyendo que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (*Ibidem*).

Esta normativa está relacionada con el artículo 16 sobre las relaciones matrimoniales y familiares, bajo el apartado 1(e) respecto del tipo de medidas necesarias con el fin de asegurar a los hombres y las mujeres:

Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (*Ibidem*).

Aunque enmarcado en las provisiones respecto de las relaciones matrimoniales y familiares, este apartado justifica la educación sexual y la planificación familiar dirigida a individuos solteros, incluyendo a los y las adolescentes. Sin duda, el artículo 10(h), referente a la igualdad en educación de mujeres y hombres, requiere de los Estados Partes que tomen todas las medidas apropiadas para alcanzar la igualdad en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. El acceso a la salud sexual y reproductiva cae dentro del artículo 12(1), que requiere que la mujer, sin ser discriminada en función de la edad o al estatus marital, tenga el mismo acceso que los hombres, por ejemplo, a los preservativos (condones, profilácticos).

El artículo 16(1)(e) sobre la determinación del número y espaciamiento de los hijos permite a la mujer fértil controlar su reproducción. No obstante, aquellas mujeres cuya reproducción requiere de asistencia médica se encuentran sujetas a las provisiones legislativas pertinentes. En la práctica de la fertilización in vitro (FIV), por ejemplo, los derechos de los contribuyentes masculinos pueden incluir poderes legales de veto al uso de espermatozoides y embriones almacenados luego de que la relación de pareja se ha quebrado por divorcio o separación (Dickens, 2008). Dichas leyes pueden ser desafiadas basándose en la violación de derechos humanos, pero el derecho de los ex-esposos de prohibir el uso por parte de las ex-esposas de los embriones a los que ambos han contribuido ha sido confirmado por variadas cortes nacionales, y por la Corte Europea de Derechos Humanos (*Ibidem*). No queda claro si las cortes serían más empáticas con las mujeres que pudiesen demostrar estar en desventaja debido a estereotipos adversos masculinos o institucionales. En Francia, sin embargo, en 1984, cuando el Centre d'Etude et de Conservation du Sperme Humain (CECOS) rehusó la entrega de espermatozoides almacenados a la viuda del donante, Corinne Parpalaix, debido a su política que establecía expresamente la prohibición de la inseminación post mortem, una corte en

Paris ordenó su entrega (*Ibidem*). La política del CECOS había sido formulada con posterioridad a la muerte del donante, y refleja el pensamiento estereotipado hostil hacia las mujeres solteras que tienen hijos.

4. Capacidad de agencia ética y moral

La objeción ética a los estereotipos negativos de las mujeres que las representan como agentes decisorios irracionales e incompetentes se basa en que niega la capacidad de agencia moral de las mujeres. Esto es, dicho estereotipo retrata a la mujer como incapaz de una reflexión profunda en asuntos significativos y considera que dichas reflexiones, toma de decisiones y el asumir responsabilidad por las consecuencias es una función del género masculino. De acuerdo con esta visión, las mujeres necesitan ser protegidas de aquellas decisiones consideradas erróneas o controversiales. Por ejemplo, la Corte Suprema estadounidense, mediante mayoría de votos, permitió que los legisladores desplacen a las mujeres como agentes decisorios respecto de la interrupción de sus embarazos puesto que “tener o no un aborto requiere de una decisión moral difícil y dolorosa... algunas mujeres llegan a lamentar la decisión” (*Gonzales v. Carhart*, 2007). Los hombres, como legisladores, jueces o líderes religiosos, reciben deferencia en dichos temas, mientras que las mujeres son infantilizadas como seres necesitados de protección en contra de la carga y responsabilidad social que implica ser un agente moral.

Un principio central de la bioética moderna se expresa en el respeto a las personas, permitiendo a los individuos, capaces intelectualmente, tomar decisiones respecto de sus propios cuerpos y vidas; protegiendo, a su vez, los intereses de aquellos individuos que son incapaces. El estereotipo negativo asume de forma poco ética que todas las mujeres son intelectualmente incapaces.

Otro principio ético del derecho es la justicia. Ésta requiere que aquellos casos materialmente similares sean tratados de forma similar, y que aquellos sustancialmente diferentes sean tratados con respeto a esa diferencia. Las mujeres y los hombres son biológicamente diferentes, pero esto no es consustancial a su capacidad humana de actuar como agentes morales, y de ser igualmente responsables por los efectos de sus decisiones. Las mujeres y los hombres son similares en sus habilidades como actores pensantes y conscientes dentro de sus familias y en la sociedad, y son capaces de diferenciar, por ejemplo, las decisiones reproductivas y cuidados médicos que sirven a sus metas legítimas, de aquellas que son contrarias a sus intereses.

Es importante que los médicos no traten a sus pacientes basándose en estereotipos. Como lo explicara Walter Lippmann (1922), las generalizaciones iniciales se aplican, entendiblemente, para lidiar con un medio ambiente complejo que es “demasiado... fugaz para el conocimiento directo”. Sin embargo, los médicos que tratan a pacientes individuales necesitan tener un conocimiento directo y pormenorizado del individuo. Así, deben de conocer lo suficiente las circunstancias y personalidades de sus pacientes como para satisfacer los requerimientos éticos y legales de la determinación del tratamiento que proponen. Si los médicos no tienen el conocimiento apropiado, deberían de inquirir en lo relevante, muchas veces interrogando a sus pacientes y asegurándose de entender apropiadamente sus respuestas. Así, el profesional cumple con el propósito ético de mostrar respeto a sus pacientes.

Por ejemplo, cuando los médicos recetan medicamentos, deben determinar la idoneidad y quizás la dosis correcta en consideración a la biodisponibilidad; esto es, los

efectos del medicamento propuesto de acuerdo a la edad, medida, distribución de la grasa corporal, nivel hormonal y química corporal. Esto no puede medirse mediante un estereotipo impersonal respecto de las características que supuestamente posee un individuo por su pertenencia a cierta categoría de pacientes. Igualmente, cuando se consideran las opciones de tratamiento, los médicos deberían estar informados respecto de las circunstancias relevantes, propósitos y prioridades de una paciente en particular. La Corte Suprema de Canadá falló que la prohibición del aborto por parte del Código Penal era inconstitucional y constituía una violación a los derechos humanos de la mujer a la seguridad personal, puesto que la legislación negaba el procedimiento médico “a no ser que la mujer cumpla con ciertos requisitos que no se relacionan con sus propias prioridades o aspiraciones” (*R. v. Morgentaler*, 1988). Las aspiraciones y prioridades de las pacientes son particulares a cada una de ellas, y no pueden ser prescritas por un estereotipo impersonal que describe el tipo de persona que cada una supuestamente es.

5. Eliminando los estereotipos

Es necesario identificar los estereotipos discriminatorios con el objeto de dismantelarlos y eliminarlos (Cusack y Cook, 2010). Algunos estereotipos se desvanecen con el tiempo a medida que sus falacias encubiertas y sus distorsiones se hacen ampliamente evidentes. El estereotipo sobre la servidumbre sexual de la mujer se basa en el hecho de que la mujer al consentir en casarse, accede a estar sexualmente disponible para su marido en cualquier momento que éste elija, incluso bajo fuerza, aun así algunos sistemas jurídicos han sido más lentos que otros para reconocer y condenar la violencia sexual o de otro tipo dentro del matrimonio (Cook y Dickens, 2009). Otro estereotipo vigente en algunas culturas y países es la expectativa puesta sobre la castidad de la mujer, particularmente, sobre las jóvenes adolescentes solteras. Este estereotipo se ha desvanecido, por ejemplo, en Estados Unidos, donde se estima que la prevalencia de infecciones de transmisión sexual entre mujeres adolescentes varía entre 14% a la edad de 14-15 años, hasta 34% a la edad de 18-19 años (Forhan *et al*, 2009). Es improbable que las adolescentes miembros de este último grupo etario estén casadas, puesto que la edad para contraer matrimonio en los Estados Unidos se ha elevado.

La historia nos demuestra, sin embargo, que algunos estereotipos son particularmente tenaces, y pueden sobrevivir a la gran cantidad de evidencias que los desacreditan como inexactos, o dan fe de su irrelevancia a circunstancias particulares y desarrollos culturales. El estereotipo, por ejemplo, de que las jóvenes o adolescentes representan el honor de sus familias ha originado su victimización mediante los llamados “crímenes de honor” (matanzas de honor) bajo sospecha de indecencia sexual. Dichos crímenes son practicados incluso en aquellos países a los cuales sus familias han emigrado varias generaciones atrás, y donde dicho estereotipo no existe o ha sido descartado hace mucho tiempo.

Es responsabilidad ética de los colegios médicos, los servicios de salud y los proveedores individuales de salud, estar conscientes de los estereotipos dañinos y discriminatorios, particularmente de las mujeres, bajo los cuales ellos y otros proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva han operado y continúan operando. Esto, con el objeto de desafiar dichos estereotipos, por ejemplo, en referencia a sus propias experiencias basadas en la vida real de pacientes de carne y hueso. Los estereotipos son

disputados y debilitados mediante la exposición de los individuos a una sucesión de instancias que muestran su falsedad. Sin embargo, pueden ser perpetuados cuando aquellos en posición de autoridad pública, ya sea política, judicial o religiosa, están motivados por convicciones doctrinarias o por intereses personales que impiden que las mujeres ostenten cargos de igual o mayor autoridad, o se encuentran lejanos a la realidad de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, como por ejemplo, los altos cargos políticos que no están acostumbrados a relacionarse con mujeres en términos de igualdad.

El gran desafío dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva consiste en reconocer que los derechos humanos de las pacientes referentes al respeto, dignidad y autodeterminación imponen deberes profesionales a los proveedores de servicios de salud. La presunción inicial, o el estereotipo neutral, debería ser que las mujeres son agentes decisorios competentes respecto de sus cuerpos y de sus vidas, y que son capaces de aceptar la responsabilidad moral de decisiones bien informadas. Sus decisiones no requieren ser ratificadas por hombres, como sus maridos o padres, ni tampoco deben ser reveladas a otros sin autorización previa de la mujer.

Las evidencias de falta de entendimiento, así como de inmadurez por parte de las pacientes, deben ser evaluadas cuidadosamente. Por ejemplo, aquellas adolescentes que son muy jóvenes para ciertos propósitos, como el matrimonio sin consentimiento de los padres, pueden llegar a tener la autoridad moral, intelectual y legal para determinar el tipo de atención de salud que requieren o están dispuestas a aceptar, reflejando su capacidad evolutiva de decidir responsablemente, y los valores a los que se adhieren (Dickens y Cook, 200). Algunos tribunales de justicia tienen un vasto historial de casos en los que adolescentes Testigos de Jehová, desde temprana edad, tienen la capacidad de rechazar transfusiones de sangre u otros productos indicados por los médicos. Es más, aquellos adolescentes considerados incapaces de dicha autodeterminación, sin embargo, pueden tener derecho a la confidencialidad respecto del tipo de prestación o cuidado que han solicitado (Cook y Dickens, 2007).

Puede constituir todo un desafío para los proveedores de salud el tratar a sus pacientes con respeto cuando estos toman decisiones juzgadas como imprudentes, nocivas para su salud o nocivas para otros, sus familias o comunidades. El derecho a tomar decisiones en forma mediocre puede no atraer una fuerte apología, pero es inherente al derecho a la autodeterminación. Los proveedores de salud incapaces de persuadir a sus pacientes en contra de las decisiones que consideran erradas, en último caso, pueden abandonar su relación profesional con la paciente, cumpliendo con todos los requisitos éticos y jurídicos, particularmente, aquellos que impiden el abandono.

Los proveedores de salud tienen el deber profesional de eliminar activamente cualquier estereotipo negativo, nocivo y discriminatorio. Esto, puesto que dichos estereotipos son contrarios a la salud y los cuidados de salud. La Organización Mundial de la Salud reconoce que la “salud” es un estado de “completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s/f).

No se puede considerar que aquellas pacientes que no han sido tomadas en cuenta en forma individual, sino que han sido tratadas de acuerdo a estereotipos impersonales, degradantes o simplistas, por parte de sus proveedores de salud, hayan recibido un beneficio a su bienestar mental o social o, por tanto, a su salud.

Referencias

- Acción de Inconstitucionalidad C-355/06, res. 5 de octubre de 2006, Corte Constitucional de Colombia. Recuperado de: <http://bit.ly/5Vu1J>.
- Axon v. Secretary of State for Health*. Caso N° CO-5307-2004, res. 2006, Corte Administrativa.
- Boland, R. y Katzive, L. (2008). Developments in laws on induced abortion: 1998-2007, en *Int. Fam. Plann. Perspect.* 34(3). 110-120.
- Bradwell v. Illinois*, 83 *United States Reporter* 130, 1873.
- Cook, R. y Cusack, S. (2010). *Gender stereotyping: transnational legal perspectives*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Cook, R. y Dickens, B. (2009). “Dilemmas in intimate partner violence”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Cook, R., Erdman J. y Dickens, B. (2007). “Respecting adolescents confidentiality and reproductive and sexual choices”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* [CEDAW]. Art. 5(a). (1981). Disponible en: <http://bit.ly/2moi4L>.
- Cusack, S. y Cook, R. (2010). “Stereotyping women in the health sector: lessons from CEDAW”, en *Journal of Civil Rights and Social Justice*.
- Dickens, B. (2008). “Legal developments in assisted reproduction”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Dickens, B. y R. Cook (2005). “Adolescents and consent to treatment”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Dionne, E.J. (1984). “Widow wins Paris case for husband’s sperm”. *New York Times*, 2 de agosto.
- Erdman, Joanna (2009). *Moral authority in English and American law. En Constituting equality: gender equality in comparative constitutional rights*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Evans v. United Kingdom*, res. 2007, European Court of Human Rights.
- Forhan, S.E., Gottlieb S.L., Sternberg M.R., Xu F., Datta, S.D., McQuillan, G.M., et al. (2009). Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States.
- Gonzales v. Carhart*, res. 2007, 550 U.S. 124 .
- Lippmann, Walter (1922). *Public Opinion*. New York, Macmillan.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f). Preámbulo a la Constitución, par. 1. Recuperado en: <http://bit.ly/pRiXki>.
- R v. Morgentaler*, res. 1988, 44 Dominion Law Reports (4th) 385.
- Siegel, Reva (2008). “The right’s reasons: constitutional conflict and the spread of woman-protective anti-abortion arguments”, en *Duke Law Journal*.