



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

alquezad@u.uchile.cl

Centro Interdisciplinario de Estudios en

Bioética

Chile

Figueroa, Gustavo
BIOÉTICA DE GÉNERO EN MEDICINA: FUNDAMENTOS Y DESAFÍOS
Acta Bioethica, vol. 23, núm. 1, junio, 2017, pp. 83-90
Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55452865010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

BIOÉTICA DE GÉNERO EN MEDICINA: FUNDAMENTOS Y DESAFÍOS

Gustavo Figueroa¹

Resumen: La bioética surgió hace pocos años, lo que no ha favorecido los intentos por desarrollar una bioética sensible al problema de género. Lo que está en juego es la posibilidad y urgencia de responder a tres problemas relacionados entre sí: fundamentos y conceptos básicos de la identidad de género; el estado de las contribuciones propuestas por la bioética para delimitar dos niveles diferentes, pero interconectados, de los dilemas morales: el nivel femenino y el nivel masculino; y finalmente esbozar un enfoque general antropológicamente basado destinado a una bioética sensible a los aspectos femeninos.

Palabras clave: género, bioética, identidad femenina, subjetividad, cuidados paliativos

Gender-sensitive bioethics in medicine: basics and challenges

Abstract: The emerging character of bioethics did not encourage the attempts to develop a gender-sensitive bioethics. What is at stake is the possibility and urgency of answering three interrelated questions: fundamentals and basic concepts of gender identity, the state of the contributions offered by bioethics of delimiting two different but interconnected levels of moral dilemmas: the feminine level and the masculine level, and to sketch an anthropological based general approach to a feminine-sensitive bioethics.

Key words: gender, bioethics, feminine identity, subjectivity, palliative care

Bioética de género na medicina: fundamentos e desafios

Resumo: A Bioética surgiu há poucos anos atrás, o que não tem favorecido as tentativas de desenvolver uma bioética sensível ao problema de gênero. O que está em jogo é a possibilidade e urgência de responder à três problemas relacionados entre si: fundamentos e conceitos básicos de identidade de gênero; o status das contribuições propostas pela bioética para delimitar dois níveis distintos, mas interligados, dos dilemas morais: o nível feminino e o nível masculino; e finalmente, delinejar uma abordagem geral, antropologicamente fundamentada, destinada a uma bioética sensível aos aspectos femininos.

Palavras-chave: gênero, bioética, identidade feminina, subjetividade, cuidados paliativos

¹ Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

Correspondencia: gfigueroacave@gmail.com

Max Weber pregunta: “¿Pero es cierto acaso que haya alguna ética en el mundo que pueda imponer normas de contenido *idéntico* a las relaciones eróticas, comerciales, familiares y profesionales, a las relaciones con la esposa, con la verdulera, el hijo, el competidor, el amigo y el acusado?”(1). La misma interrogante cabe plantearse respecto a las relaciones de género: ¿existe una ética idéntica que prescriba las reglas que regulen las relaciones con la mujer y con el varón? Por su parte, durante las últimas décadas la bioética se ha ido adentrando progresivamente en este problema de manera empírica, empujada por apremios clínicos, presiones sociales y exigencias culturales. Empero, al intentar resolverlo, lo ha llevado a cabo sin cuestionarse por los fundamentos antropológicos que están en la base de las diversas perspectivas, propuestas y respuestas.

El presente trabajo tiene tres objetivos. Primero, estudiar los principios que permiten postular la existencia de una identidad de género; segundo, discutir las contribuciones de la bioética destinadas a resolver los conflictos que presentan pacientes y terapeutas, en tanto mujeres y varones, en la clínica diaria; finalmente, proponer una bioética que pueda ser caracterizada, en tanto que bioética, de género femenina.

Identidad y subjetividad

Descartes inauguró la edad moderna con un giro decisivo, que disipó concluyentemente cualquier duda acerca de la realidad del sujeto, esto es, se podía dudar de todo lo que nos rodea, incluido mi cuerpo y aun del mundo, pero no de mi yo: “después de pensarla bien y examinarla todo cuidadosamente, resulta que es necesario concluir y dar como cosa cierta que esta proposición, *Yo soy, yo existo*, es necesariamente verdadera..., no soy más que una cosa que piensa, es decir, un espíritu, un entendimiento o una razón”(2). Contrariamente, la época contemporánea entra en crisis porque aquello que parecía más indubitable —el sujeto— se vuelve incierto, ambiguo, equívoco, y con ello surge la pregunta que acosa, desestabiliza y mantiene en vilo al pensamiento actual: ¿quién soy yo?(3,4). Nietzsche fue el artífice de este desmoronamiento y así inauguró una nueva era: “nosotros los que conocemos somos desconocidos para

nosotros”(5); y diagnostica: “mantengo el carácter puramente fenoménico igualmente del mundo interior: todo lo que se nos hace consciente es, de un extremo a otro, previamente arreglado, simplificado, esquematizado, interpretado — el proceso real de la percepción interna..., se nos oculta absolutamente— y quizás sea pura imaginación”(6). La crítica de la subjetividad apunta a un hecho último: el yo no es un dato evidente por sí mismo, no hay certeza inmediata de sí mismo, ni este representa una unidad por debajo de los diferentes momentos(7). El vacío generado es determinante para la época contemporánea, al derrumbar los cimientos de la metafísica y las ciencias del hombre, y con ello la ética es arrastrada a un desfondamiento sin precedente. El hundimiento de la ética es trascendental porque, como recuerda Heidegger, el *ethos* es la morada, el hogar, la estancia básica que sostiene y cobija toda la realidad humana(8). Las consecuencias son profundas y desazonadoras, porque vuelve cuestionables conceptos y valores que se emplean de manera habitual para entender modos de ser, comportamientos y prácticas morales: autonomía propia, libertad de decidir el propio destino, ser actor y no solo espectador de la propia vida, asumir la propia responsabilidad, deliberación(9,10). La identidad personal, que se tenía por propia, idéntica y conocida, y que además se estaba seguro de poseer y administrar, queda en suspenso, roza el abismo. La incertezza alcanza con fuerza aún mayor a la identidad de género; en los tiempos actuales defendida energética y apasionadamente como un hecho, dato duro o realidad indesmentible —con diversas dimensiones(11,12)—, también pasa a constituirse en una incógnita abrumadora, consecuencia del derrumbe el pilar que la sustentaba.

Las respuestas para enfrentar la deslegitimación del sujeto proceden de ámbitos muy diversos expresión del desconcierto que genera; respuestas que nacen de principios y métodos diferentes. Por un lado, las neurociencias, ciencias cognitivas y *mind sciences* ignoran las contradicciones que han estado erosionando sus fundamentos y continúan investigando soberanamente apoyándose en un *core or minimum self*, sin clarificar su estatuto ontológico; o, de modo contrario, proclaman

osadamente la “hipótesis sorprendente” según la cual “el espíritu es el cerebro”, por lo que “ustedes no son más que un paquete de neuronas”(13,14).

Por otra parte, Michel Foucault ataca el dilema desde la filosofía, distinguiendo entre sujeto y subjetivación. Sujeto es el concepto tradicional de la metafísica, procedente de Aristóteles cuando hablaba de la sustancia o *hypokeimenon o subiectum*: cosa que permanece idéntica a sí, soporte o sustrato, aquello que persevera inalterable a través de las mudanzas, por ello, autosuficiente, autónomo(15); de ahí que Nietzsche se refiera al sujeto concebido de esta manera como “origen” (*Ursprung*)(16). Pero el sujeto es lo contrario, azaroso, permanente cambio, transformación, nunca igual a sí mismo, espiral de dispersiones, histórico, por lo que resulta mas exacto hablar de subjetivación, o, usando una expresión de Nietzsche, “procedencia” (*Herkunft*). La subjetivación no consiste en iluminar el “origen” o fondo último desde el cual se despliega el ser, sino en apropiarse de sí mismo a partir de su “procedencia”; para conseguir la subjetivación es necesario trabajar de modo progresivo acudiendo a diferentes acciones, operaciones y técnicas: a) las ciencias humanas la objetivan a través del “saber” (neuroanatomía, psicología, biología); b) los diferentes “poderes” la van configurando, dominando, sometiendo a sujeción (normas, leyes, sociedad); c) por último, diversas “tecnologías de sí” la van creando, transformando, indicando cómo efectuar la vida, señalando los caminos de la existencia (confesión, retiro, psicoterapia, guía espiritual)(17). La mujer, como el varón, no tiene una esencia definitiva, una continuidad inalterable, una naturaleza permanente, un sustrato distintivo. Esto significa: no posee un “origen”, una verdad oculta y arcana que hay que descubrir detrás de las apariencias; no es un misterio que es necesario ir iluminando para encontrar su núcleo último; no es una interioridad reprimida que requiere develar las máscaras tras la cual se esconde(18). Lo femenino es una “procedencia” que va gestándose históricamente a través de estos tres procedimientos —“saberes”, “poderes” y “técnicas de sí”— que se imponen; pero esta gestación, claro está, no tiene posibilidad ninguna de alcanzar un final que entregue su realidad última, genuina, auténtica, propia, porque no la hay. Años antes Ortega y Gasset apunta-

ba a algo similar al indicar que el ser humano “no tiene naturaleza sino historia”, por lo que “se es lo que se hace”(19).

En tercer término, Paul Ricoeur asume la revolucionaria ontología planteada por Descartes, le da un crédito especial, aunque penetra en su sentido implícito subyacente, lo que le permite distinguir un doble nivel del yo: “se que yo soy, pero no sé quién soy yo”(20). De lo que no cabe duda alguna es que yo “soy”, que yo existo, pero lo que no se me da de manera inmediata y apodíctica es “quién” soy yo y, para saberlo, requiero de un largo camino que se interroga por mis actos, deseos, fantasías, historia y, al interrogarlos, los interpreta. Esta interpretación puede ser mejor o peor, más exitosa o más desafortunada, aunque jamás total, nunca definitiva, o, en palabras de Freud, el “análisis es interminable”(21), puesto que no existe una esencia última que sea posible de ser iluminada y con ello rescatada. Si esto es así, ¿cuál es la identidad de la mujer o su identidad de género? Aquí el problema se vuelve a plantear, pero en un estrato superior, porque la palabra “identidad” entraña un doble sentido. Por un lado, significa permanencia en el tiempo, continuidad, un núcleo no cambiante, una mismidad, por lo que Ricoeur habla de identidad-*idem* y así ser mujer es detentar una mismidad. Pero ser “misma” no es igual a ser idéntica. Frente a una identidad-*idem* se opone una identidad-*ipse*, que ya no es semejante, similar, análoga, sino cambiante, variable, diferente, desigual, otra. Ser mujer es ser sí-misma aunque no por ser idéntica en cuanto “misma”, sino por poseer una identidad-*ipse* o *self* o *soi*, lo que significa quebrada, frágil, desconocida para sí, distinta de sí, siempre en suspenso(22).

Por último, el cuestionamiento proclamado por Nietzsche lo responde Sartre con una aseveración: “yo no soy lo que soy y soy lo que no soy”(23). Cuando una mujer se comporta notoriamente insinuante, muestra sus atributos con excesiva soltura, sugiere sus encantos con ostentación, se afirma que ella se conduce como una mujer en el sentido corriente, trivial: “es” mujer en todos y cada uno de sus gestos. Su existencia se cumple “siendo” mujer, lo cual implica que ella está siendo lo que “no” es —mujer—, pero no está siendo lo que “es” —un proyecto de vida que intenta realizarse, mejor o peor, como mujer, pero

que también aspira a ser amiga, ejecutiva, escritora—. Por decirlo así, se es proyecto pero nunca íncondicional, jamás absoluto, siempre irrealizable a la perfección. El “ser” mujer jamás coincide con ser “mujer” porque hay una nada (*néant*) que separa el “ser” de la “mujer”, ya que esta última “es” un pro-yecto (*pro-ject*), algo futuro a realizar, por siempre aplazado o en suspenso (*sursis*), que en cualquier instante puede mejorar, desviarse o fracasar. Esto no significa que la persona esconda su verdadera intención, mienta o se mienta a ella misma, lo que haría indispensable desentrañar su interior, donde radicaría la verdad de su conducta. No hay interior, esencia oculta o naturaleza primaria necesitada de ser develada: el ser humano siempre está todo afuera, entre las cosas, arrojado en el mundo. Lo que hay son conductas de mala fe (*mauvais foi*) que se ejecutan como si existiera una substancia primera o ser auténtico(24).

A la identidad de género, si es entendida como identidad-*idem*, se le puede aplicar la palabra que Nietzsche empleó para la identidad: *Verstellung*, esto es, disimulo, ilusión, sustitución, inversión, mentira. Heidegger replanteó el dilema en un plano ontológico y afirmó que, contrariamente a lo aceptado en el habla cotidiano, “pudiera ser que el ‘quién’ del *Dasein* cotidiano no fuese justamente, en cada caso yo-mismo (*ich selbst*)”, sino alguien absolutamente otro, tan otro que quizás no sea sí mismo(25).

Bioética médica

El nacimiento de la bioética constituyó un giro que transformó todos los ámbitos de la medicina. Primero, fue producto del Congreso de Estados Unidos, que convocó a un comité de expertos de diferentes disciplinas con un mandato específico: “llevar a cabo un completo estudio..., a fin de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y biomedicina”. Segundo, tras arduas negociaciones, se elaboraron por consenso unánime tres principios que “deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas”: beneficencia, autonomía, justicia. Tercero, primó el criterio de utilidad: “conducir a acuerdos que de otra manera serían imposibles” y “servir de ayuda a científicos, sujetos de experimenta-

ción, y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos”. Cuarto, soslayó una fundamentación de las bases éticas que sustentan los principios, debido al politeísmo axiológico de la sociedad actual conformado por posturas incommensurables, que conduciría a enfrentamientos ideológicos interminables(26). Quinto, posteriormente se desarrolló una jerarquía de los principios ya que originalmente eran *prima facie*, esto es, cada uno determinaba el curso de acción, salvo que entrara en colisión con otro, para lo cual circunstancias y consecuencias determinaban la preferencia(27); esta nueva jerarquía distinguió entre una ética de mínimos —justicia y no maleficencia— y una ética de máximos —beneficencia y autonomía—; vale decir, los mínimos que una sociedad debe acatar para ser denominada civilizada y los máximos a que debe aspirar una persona para llevar una existencia plena(28). Sexto, Jonsen, Siegler y Winsled avanzaron proponiendo resolver moralmente los casos clínicos concretos, dividiendo las enfermedades según criterios médicos en enfermedades ACRE (agudas, reversibles, eficaz diagnóstico y tratamiento), enfermedades CID (críticas, irreversibles, deletéreas o mortales) y enfermedades CEPA (crónicas, eficaz diagnóstico, tratamiento paliativo, ambulatorias)(29).

Hasta aquí la historia de la bioética médica, con sus éxitos pero también con sus profundas exclusiones, aunque consensuadas, producto de deliberaciones tácticas. Una perspectiva diferente se abre si se la entiende desde “el arte de vivir” —*tekhné tou biou*—, esto es, a partir de dos posturas morales cuyos fundamentos encuentran sus raíces en la filosofía grecorromana. Foucault ha hecho notar que el principio ético que ha guiado el saber de uno mismo ha sido *gnothi sauton*, propio del oráculo de Delfos: “conócete-a-ti-mismo”. Este principio no era una reflexión abstracta referida a la vida moral, era un consejo práctico, una regla que debía ser observada con el fin de conocerse a sí mismo, una incitación al examen de sí, un lema interior privilegiado para alcanzar la verdad del sujeto(30). Platón(31) hizo suya esta exhortación, la desarrolló filosóficamente y con ello determinó todo el pensamiento occidental. Como se desprende de lo analizado más arriba, la bioética ha participado de esta máxima platónica: lo decisivo es el conocimiento, el poder del saber, vencer

lo desconocido, superar las resistencias, iluminar el fondo del paciente para que este actúe con la razón para superar las tinieblas. Es un yo necesitado de conocimiento el que prioriza la bioética: consentimiento informado, revelar el diagnóstico aunque sea infausto, autonomía del paciente para escoger un camino de acción, aun si su decisión es errónea o contraria a sus intereses; dar a conocer la situación vital al enfermo sin imponer ni manipular el punto de vista, instruir a los familiares del pronóstico y posibles medidas terapéuticas(32).

Simultáneamente, griegos y romanos conocieron otro vía radicalmente diferente. Ya no se trata de “conocerse-a-sí-mismo” sino de *epimeleia heautou*, del “cuidado-de-sí”. Ahora el asunto es “ocupación de sí”, “sentirse preocupado por sí”, no de la verdad ni la sabiduría, sino de cuidar de sí para alcanzar la perfección del alma. La ocupación de sí compromete el cultivo del cuerpo, el ponerse en contacto consigo mismo, el prepararse para la vida adulta y para la muerte, especie de vigilancia médica permanente o una suerte de ser médico de sí mismo para curar las afecciones del alma, el permanecer silencioso y atento a escuchar, una *anachoresis* o retiro espiritual en sí mismo, no olvidar que el respeto a uno mismo significa respeto a los otros, hacerse cargo de uno mismo que conlleva hacerte cargo del prójimo(33,34).

Si el “conocerse-a-sí-mismo” forma parte central de la bioética actual, ¿pasa lo mismo con el “ocuparse-de-sí-mismo”? Y si no fuera así, esto es, si hubiera una particular negación o escotoma de este ocuparse, ¿habría una diferencia de género?

Bioética del cuidado-de-sí

Históricamente se han ido diferenciado los roles femeninos de los masculinos, caracterizando a la mujer como ser pasivo (en lugar de activo), obediente (frente a dominante), privado (distinto de público), reproductor (contrario a productor), emocional (en vez de racional), preocupado de cuidar y cobijar (antes que curar y reconstruir), subordinado (antítesis de conductor), sumiso (opuesto a impositivo)(35). Esta divergencia de roles, establecida, exigida y practicada tradicionalmente, ha conducido regularmente a una bifurcación o escisión en la vida social, pero se ha adentrado con fuerza en el ámbito de la medicina

occidental(36), aunque quizás especialmente desde el surgimiento de la bioética ha adquirido dimensiones especiales.

El médico varón está centrado en *gnothi sauton* —“conócete-a-ti-mismo”— antes que en *epimeleia heautou* —“cuidado-de-sí”—. Él procede buscando la imparcialidad tanto como la igualdad, da primacía a la justicia de sus acciones, usa un lenguaje que denota lo importante de alcanzar metas, sus actos los valora según sus logros y los fines tienen relevancia cuando pueden ser cuantificables. La mujer se conduce diferentemente, lo que se despliega especialmente en las profesiones paramédicas, al promover y entrelazar “rol” y “cuidado-de-sí” existencial. Ella opta por reconocer las diferencias, acepta que los pacientes tienen necesidades disímiles, le es afín un lenguaje relacional antes que utilitario, se interesa por sus deseos subyacentes e intenta explorarlos para hacerse una idea de la persona singular, busca la intimidad y la reprodución, promoviendo los afectos como primer motor de la relación terapéutica, favorece la prosecución de una existencia digna y realizada antes que una vida centrada en la búsqueda de logros, éxitos y saberes. Empero, en el terreno de la salud y la medicina, el proceder según el género —mujer o varón— es intrínsecamente histórico; está sometido a cambios permanentes, mutaciones, intercambios; en absoluto aspira a constituirse en un ideal, ni en meta definitiva, ni menos encarnar la esencia última de lo femenino o lo masculino, lo que no es óbice para que se siga actuando de estas maneras en la práctica real cotidiana actual.

El aporte de Max Weber permite ayudar a elaborar, profundizar y complementar con una nueva perspectiva lo recién mencionado. Él distinguió, por un lado, la ética de la convicción (*Gesinnungsethik*), cuyo fundamento radica en las creencias profundas profesadas anteriormente, los razonamientos universales, los principios morales absolutos, la aplicación deductiva de estos principios, reglas y normas, y una validez que no admite excepciones(1). Por otro, la ética de la responsabilidad (*Verantwortungsethik*), que se preocupa por los individuos concretos, lo singular e irrepetible de las conductas, considera la situación, circunstancias y contextos de los hechos, analiza con rigor y detalle las consecuencias de las acciones

y utiliza la deliberación igualitaria como medio para alcanzar una decisión. La bioética ha oscilado entre ambas posturas, aunque con una clara inclinación a la ética de la responsabilidad, quizás por tener que enfrentar día a día dilemas de vida y muerte, deterioro e invalidez, sujetos reales y no teorías abstractas. Pero si analizamos con mayor pulcritud la visión de esta escisión de la bioética, aceptando que se trata de posturas no excluyentes y en ocasiones intercambiables, se puede evidenciar comportamientos diferentes: el varón ha propendido a basarse en la ética de la convicción mientras que las mujeres que se desempeñan en la salud priorizan la ética de la responsabilidad.

Ricoeur ha ayudado a profundizar en esta dicotomía, examinando la estructura del juicio médico según este se practica en la clínica cotidiana(37). El juicio médico está constituido por tres niveles: el del pacto, del contrato y el de legitimación. El primer nivel es el del pacto de cuidado —propriamente moral—, basado en la confianza que se establece en la relación y se distingue por ser prudencial (*phronesis*), ya que se aplica a situaciones singulares en pacientes absolutamente individuales: fiabilidad, intimidad, reserva, respeto debido, compromiso de acompañar especialmente en las situaciones de dolor, promesa moral de cumplir fielmente las peticiones que se solicitan, no abandonar en los instantes últimos. El segundo nivel es el del contrato —propriamente deontológico—, que por tanto sigue normas universales y obedece a los códigos de las profesiones médicas: prohibición de romper el secreto médico, cumplir a cabalidad el juramento hipocrático, proporcionar la verdad porque el paciente tiene ese derecho, deber de la curación siguiendo las prescripciones de la ciencia última, consideración de la salud pública involucrada y sus leyes. Sin entrar en el tercer nivel o de legitimación, se puede entender que la mujer tiende con mucho al pacto de confianza mientras el varón procura seguir con rigor y pericia el del contrato.

Con otras palabras, si la ejecución práctica de la bioética —más allá de las teorías— ha estado configurada como recién se la ha descrito, la identidad de la mujer en salud se ha caracterizado por dar prioridad, preeminencia y valor al cuidado del paciente; mejor aún, ha asumido una vocación para el cuidado(38). Tradicionalmente abocada

especialmente al amplio campo de la enfermería, en los últimos años ha hecho suyo el desafío planteado por el urgente problema de los cuidados paliativos inyectándole un sello propio e inédito. Vale decir, respeto a la vida humana en todas sus expresiones, desde el momento de la concepción hasta los últimos instantes; atención al cuerpo en todas las áreas decisivas —alimentación, dormir, dolor, secreciones, excreciones—; no dañar ni física ni psíquicamente, sino cooperar con la naturaleza biológica y asistir en la vida espiritual; fomentar las decisiones autónomas basándose en los afectos y empatía humanas; indagar en los sentimientos, necesidades, deseos, aspiraciones, sentido de vida, para tener más antecedentes que ayuden a dirimir en situaciones de incertidumbre; utilizar un lenguaje relacional que favorezca la reciprocidad e intimidad antes que uno utilitario, destinado a obtener metas y rendimientos; usar juicios ponderados contextuales más que aseveraciones prescriptivas; aceptar el carácter moral del ser humano y promover la calidad de vida del paciente y no solamente la cantidad de vida o ausencia de síntomas(39).

Esta bioética del cuidado, de impronta femenina, parece retomar aquel ámbito que Foucault encontró a través de toda la historia de occidente, ubicado en un discreto segundo plano pero siempre presente, que no obedece a las técnicas instrumentales o utilitarias sino a aquellas que denominó “tecnologías del yo”: “aquellas técnicas que permiten efectuar un cierto número de operaciones en sus propios cuerpos, en sus almas, en sus pensamientos, en sus conductas, y ello de un modo tal que los transforme en sí mismos, que los modifique, de tal modo de alcanzar un cierto estado de perfección, o de felicidad, o de pureza...”(40,41).

Sin embargo, hay algo más. Ricoeur enfatiza que la difícil identidad de la mujer —y del varón—, jamás definitiva, jamás permanente, jamás consumada, buscada como un ideal que siempre está más allá de los deseos, requiere cohesión, armonía, integridad, firmeza e individuación. Esta identidad se va desarrollando desde la más tierna infancia gracias al amparo de su progenitor inmediato, siempre que este progenitor esté invariablemente listo a responder (*responsive self*) a través de la empatía, la resonancia (*attunement*) y conso-

nancia (*consonance*)⁽⁴²⁾. Algo semejante intenta la mujer en el cuidado del enfermo, entregar sostén-amparo-cuidado para ayudarlo, acompañarlo y cobijarlo en la difícil realización de su proyecto de paciente cohesivo, integrado, individuado.

Conclusiones

- 1) La identidad de la persona se encuentra en profundo cuestionamiento a partir del siglo XX. De ahí que la identidad de la mujer, al igual que la del hombre, no posee una esencia en sí, una naturaleza última, una verdad definitiva, una realidad inequívoca, sino histórica, mutable, contradictoria, quebrada, socialmente establecida y legalmente exigida.
- 2) El “conocerse-a-sí” ha prevalecido sobre el “cuidar-de-sí” durante toda la historia de occidente, supuesto que ha condicionado a la medicina desde su nacimiento y con ello a la bioética, que ha propendido al saber acerca del enfermo antes que al cuidar del individuo.
- 3) La bioética nació sin cuestionarse por la identidad de género, aunque en las últimas décadas ha realizado estudios y avances en los ámbitos clínico, terapéutico y conceptual, pero ha dejado sin preguntar ni menos proponer respuestas por sus fundamentos a la base.

4) La bioética de la responsabilidad y del cuidar-de-sí han sido preferentemente femeninas, así como la bioética de la convicción y de conocer-de-sí masculinas. Esto no significa que no existan intercambios, transformaciones y creatividad permanentes; esto es, mujer y varón disponen de una u otra posibilidad, y se apropián y ejecutan la una o la otra según las circunstancias, consecuencias y proyectos propios.

5) La bioética de los cuidados paliativos ha experimentado una eclosión sin precedentes, y la mujer está mostrando con vigor sus virtudes, fortalezas y vocación al enfrentar y responder al desafío, otorgándole el valor de ineludible e impostergable. Su fundamento reside en que la meta del actuar terapéutico paliativo es la calidad de vida físico-moral-espiritual del ser humano frágil, vulnerable, siempre referido a la muerte. Esto significa que, en medicina, la bioética, al incorporar la vertiente femenina, intenta hoy convertirse en una bioética sensible al género, vale decir, aunar los esfuerzos de la mujer y del varón teniendo al ser doliente como su meta última y la razón primaria de su proceder. Pero no hay que pasar por alto que la bioética de orientación feminina que está predominando hoy cambiará a poco andar en el futuro y se construirá y realizará de otras maneras, quizás más creativas, quizás más apropiadas a nuestra condición desamparada.

Referencias

1. Weber M. *Politik als Beruf. Studienausgabe. Schriften und Reden*. Tübingen: Mohr Siebeck; 1994: 23-97.
2. Descartes R. *Méditations métaphysiques*. Paris: Garnier-Flammarion; 1979.
3. Ortega y Gasset J. Las dos grandes metáforas (en el segundo centenario del nacimiento de Kant). *Obras Completas II*. Madrid: Revista de Occidente; 1963: 387-401.
4. Ortega y Gasset J. Unas lecciones de metafísica. *Obras Completas 12*. Madrid: Alianza Editorial/Revista de Occidente; 1983: 11-143.
5. Nietzsche F. Zur Genealogie der Moral. *Werke in drei Bänden. Zweiter Band*. München: Hanser; 1966: 761-900.
6. Nietzsche F. Aus dem Nachla der Achtzigerjahre. *Werke in drei Bänden. Dritter Band*. München: Hanser; 1966: 415-925.
7. Rodríguez R. *Del sujeto y la verdad*. Madrid: Síntesis; 2004.
8. Heidegger M. Brief über den Humanismus. *Gesamtausgabe 9*. Frankfurt: Klostermann; 1976: 313-364.
9. Cerezo P. De la existencia ética a la existencia originaria. En: Duque F, comp. *Heidegger: la voz de tiempos sombríos*. Barcelona: Serval; 1991: 11-79.
10. Rodríguez R. *Hermenéutica y subjetividad*. 2ª Ed. Madrid: Trotta; 2010.
11. Wolf S. *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press; 1996.
12. Feito L. Bioética en perspectiva femenina. En: Beca JP, Astete C. *Bioética clínica*. Santiago: Mediterráneo; 2012: 105-116.

13. Crick F. *The astonishing hypothesis. The scientific search for the soul*. London: Simon & Schuster; 1994.
14. Figueroa G. Neuroethics: the pursuit of transforming medical ethics in scientific ethics. *Biol Res* 2016; 49: 11.
15. Aristóteles. *Metafísica*. 2 volúmenes. Madrid: Gredos; 1970.
16. Trachmann P. *Michel Foucaults Nietzsche-Rezeption*. Die genealogischen Begriffe "Ursprung", "Herkunft" und "Entstehung". Stuttgart: Grin; 2006.
17. Foucault M. *Technologies of the self*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1988
18. Foucault M. *L'herméneutique du sujet*. Cours au Collège de France 1981-1982. Paris: Seuil/Gallimard; 2001.
19. Ortega y Gasset J. Historia como sistema. *Obras Completas VI*. Madrid: Revista de Occidente; 1964: 11-49.
20. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil; 1990.
21. Freud S. Die endliche und unendliche Analyse. *GW XVI*; 1937: 57-99.
22. Ricoeur P. *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Stock; 2004.
23. Sartre J-P. *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard; 1943.
24. Figueroa G. Los cuestionamientos de Jean-Paul Sartre a Freud ¿son aún válidos? Filosofía y psicoanálisis en el nuevo siglo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52: 185-212.
25. Heidegger M. *Sein und Zeit*. 10. Auflage. Tübingen: Niemeyer; 1963.
26. *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington DC: Government Printing Office. DHEW Publication; 1978.
27. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
28. Cortina A. *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. 3^a edición. Madrid: Tecnos; 1992.
29. Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 8th ed. New York: McFraw Hill; 2015.
30. Foucault M. *Subjectivité et vérité*. Cours au Collège de France (1980-1981). Paris: Seuil/Gallimard; 2014.
31. Platón. Alcibíades o Sobre la naturaleza del hombre. *Diálogos. Dudosos. Apócrifos. Cartas*. Vol. 7. Madrid: Gredos; 1992; 23-86.
32. Figueroa G. La bioética actual: las interrogantes de Heidegger. *Rev Méd Chile* 2011; 139: 1377-1382.
33. Foucault M. About the beginning of the hermeneutics of the Self. *Political Theory* 1993; 21: 198-227.
34. Foucault M. *Du gouvernement des vivants*. Cours au Collège de France (1979-1980). Paris: Seuil/Gallimard; 2012.
35. Benhabib S, Cornell D, eds. *Feminism as critique: essays on the politics of gender in late-capitalist societies*. London: Basil Blackwell; 1987.
36. López Piñero JM. *La medicina en la historia*. Madrid: La Esfera de los Libros, 2002.
37. Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit* 1996; 29: 21-33.
38. Bowden P. *Caring: gender-sensitive ethics*. London: Routledge; 1997.
39. Couceiro A. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2004.
40. Foucault M. *Histoire de la sexualité 3: Le souci de soi*. Paris: Gallimard; 1984.
41. Foucault P. *Le gouvernement de soi et des autres*. Cours au Collège de France (1982-1983). Paris: Seuil/Gallimard; 2008.
42. Ricoeur P. The self in psychoanalysis and in phenomenological philosophy. *Psychoanal Inq* 1986; 3: 437-458.

Recibido: 5 de febrero de 2017

Aceptado: 10 de marzo de 2017