

## LIGADURA TUBARIA. ASPECTOS BIOÉTICOS.

### INTRODUCCIÓN

El propósito de esta presentación, y luego del debate interno en el Comité, es problematizar el concepto de salud como un concepto amplio de bienestar físico, mental y social y no sólo como un concepto de salud organicista, donde el paradigma de la discusión sea el derecho a la salud y no la mirada desde la enfermedad. En este sentido pensar el derecho a la *Salud sexual y reproductiva en especial en el caso de Ligadura Tubaria*, implica poner en conflicto el derecho inalienable del individuo, el concepto de indicación terapéutica por parte del equipo de salud y la relación entre la legitimidad del ejercicio del derecho al propio cuerpo y la legalidad de la prestación de la Ligadura Tubaria, es decir a la relación entre la persona demandante, el equipo de salud y el ambiguo marco legal o en palabras de V. Garrafa, “trabajar en situaciones de frontera entre lo legítimo y lo legal”.

### LA SALUD Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

El primero de los llamados “DERECHOS NATURALES” constitutivos del individuo que permite entablar relaciones discriminadas con los otros y que instala la posibilidad de un orden social contractual, en el derecho a la disponibilidad del propio cuerpo (coextensivo con el derecho a la vida y a la libertad). En este marco general se inscriben las políticas públicas sobre derechos reproductivos y sexuales, que, como toda intervención social del Estado, condiciona la vida de la población e influye en sus opciones de vida.

La carencia de medios de muchas mujeres de nuestro país para ejercerlos debería dar lugar a acciones del Estado para suplirla. La privación del acceso a los recursos materiales, culturales y simbólicos mediante los cuales hacer efectivo su derecho a

disponer de su cuerpo, configura una injusta violación de sus derechos que debe ser urgentemente remediada.

La O.M.S. entiende que los derechos reproductivos y sexuales son el derecho a:

- Disfrutar de una sexualidad, no necesariamente procreativa.
- Decidir sí tener hijos, su número y oportunidad.
- Tener conocimientos que permitan decidir informada y libremente.
- No ser discriminado social o laboralmente por tener hijos.
- Contar con protección médica, jurídica y legal contra la violencia y los abusos sexuales, médicos y tecnológicos en materia de salud reproductiva.
- Que la sociedad asegure una atención de calidad en salud reproductiva y sexual: servicios de asistencia en el embarazo, parto, puerperio, de anticoncepción, de prevención y tratamiento de la infertilidad, de prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, de salud integral de las mujeres.

Sabemos que el acceso a estos derechos depende en gran medida de las condiciones económicas y sociales en que se toman las decisiones.

A partir de la dualización de la sociedad operada por las políticas neoliberales, los standard de ciudadanía y de salud conviven en el país. Para muchos y muchas de nosotros, la descripción de los derechos reproductivos y sexuales remite a prácticas incorporadas desde hace mucho a la vida cotidiana casi naturalizada. Es que estos derechos son de hecho un privilegio de los/as que poseen los medio económicos y culturales que le permiten apropiárselos.

También el derecho a la salud integra el conjunto inseparable de los Derechos Humanos: toda persona tiene derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud físico y mental. Sin embargo los datos recibidos respecto de la elevada mortalidad materna y aborto y causas obstétricas directas, mortalidad perinatal, etc., nos hablan de las falencias de las políticas dirigidas a garantizar el derecho a la salud para todos/das. Está claro que si bien las políticas de salud integrales gestionadas democráticamente, pueden aliviar significativamente algunos problemas muy graves, ninguna política de salud biológica, focalizada, asistencialista y de gestión autoritaria puede solucionar consistentemente padecimientos de las mujeres, cuyas causas son tan complejas. Mucho menos cuando la salud pública garantizada por el Estado queda reducida por la contracción del gasto en salud y el subsiguiente deterioro progresivo de la sanidad, a la atención de los indigentes, con normativas ambiguas, sujetas a la buena voluntad de los equipos médicos, sin recursos y sobrepasados de demanda. Esto nos ubica muy lejos del acceso a la salud como derecho de ciudadanía y parte constitutiva de los derechos humanos. La vulnerabilidad de un sector de nuestra población, especialmente mujeres es aparente.

El concepto de Derechos Reproductivos nace en los hechos concretos de las mujeres por ganar autonomía y protagonismo en las decisiones que afectan sus vidas. Al considerar a los sujetos de derecho como seres sexuados, los derechos reproductivos introducen la cuestión de la diferencia sexual en el campo supuestamente neutro de la ciudadanía. Cuestionan el concepto moderno de igualdad civil y político que ha vehiculizado históricamente enormes exclusiones (genero, raza, clase) y presiona para la realización plena de sus implicaciones democráticas. V. Garrafa definió la disciplina bioética como un nuevo instrumento metodológico para mejorar las condiciones de la ciudadanía. De allí que consideramos estos espacios de debate como una herramienta que facilite la decisión reflexiva.

Al ubicar en el ámbito de los derechos la libertad de decidir, correlativa de la obligación de responsabilizarse de las consecuencias de los actos sexuales, derechos y responsabilidades inherentes a la ciudadanía de hombres y mujeres en el ejercicio de su

sexualidad, contribuyen a reformular la división tradicional entre un espacio público androcéntrico-generador de leyes universales – y un espacio privado aparentemente ginecocéntrico, generador de estilos emocionales y valores de uso.

Estos roles asignados socialmente y asumidos acriticamente, son subvertidos por prácticas de la sexualidad cada vez más necesitadas de un control consiente para no vacilar hacia una pendiente mortífera.

Las ideas morales son históricas, han cambiado las definiciones de persona, de crimen, de pecado, de valores, de lo tolerable o no para una sociedad. También cambia la definición de maternidad, “de deber maternal”: las evoluciones de las pautas familiares psicológicas, de educación, de higiene y alimentación lo reformulan constantemente. Cada dispositivo moral configura sus propios sistemas de exclusión y recíprocamente la acción de cada sujeto excluido.

Los derechos reproductivos se refieren también a esta dinámica, a esta lógica. Representa una demanda igualitaria de derechos sobre los que ya es una práctica habitual de los sectores sociales de mayores recursos materiales y simbólicos. Igual atención pre y pos natal, de la gestación, acceso a la anticoncepción, al aborto seguro, a la salud y a la satisfacción de las necesidades básicas para que la crianza de hijos sanos no signifique pérdida de oportunidades, derecho a la actividad sexual sin discriminación. Rechazo de un sistema en el que para la mayoría de las mujeres es tan difícil evitar la maternidad como criar bien a sus hijos.

Estos derechos reproductivos serían abstractos y sin valor real, si no estuvieran ligados a un espectro amplio de condiciones sin las cuales la mayoría de las mujeres especialmente las más pobres no podrían ejecutarlas.

Estas condiciones habilitantes se posibilitan con el acceso igualitario a la salud reproductiva.

Según la O.M.S. la salud reproductiva, no es solamente la ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo sino que tiene que ver con que este proceso se lleve a cabo en un estado de bienestar físico, mental y social – con un sentido de promoción de la salud. La O.M.S. define la salud reproductiva en el logro de cuatro objetivos:

1. Que todas las parejas tengan la posibilidad de regular su reproducción y fecundidad.
2. Que toda mujer pueda gozar de un embarazo y un parto con total seguridad de salud.
3. Que su resultado tenga éxito en términos de sobrevivencia como del bienestar de la madre y el niño.
4. Que todas las parejas puedan gozar de una sexualidad libre, sin miedo a un embarazo no deseado o a contraer enfermedades.

Para finalizar quisiéramos citar la Plataforma de Beijing, Párr.96: “Los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho a tener control a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad, incluidos su salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia. Corresponde a todos los gobiernos, de todo nivel, tomar las medidas (leyes, políticas y programas) que permitan garantizar estos derechos.

## LA LIGADURA TUBARIA EN EL MARCO DE LA DISCUSIÓN BIOÉTICA.

En los últimos años la sociedad civil y en ella el equipo de salud en el ámbito público se han visto impactados por la gran cantidad de mujeres que manifiestan su falta de deseo en seguir procreando, su imposibilidad social y económica para seguir teniendo hijos, solicitan una solución definitiva para este problema personal e individual pretendiendo que se les realice una LT.

Cabe señalar que al plantearse la demanda en el hospital público, esta deja de ser un acuerdo privado, interpersonal y secreto para convertirse en un asunto de manejo público al tomar participación en el tema terceras instancias, ya sea la institución sanitaria o la justicia.

En este sentido el hablar de instituciones nos remite al concepto de reglas de juego o leyes vigentes que actúan como organizadores de la práctica. De este modo las instituciones definen y limitan el conjunto de elecciones de los individuos a partir de la operación de diferentes reglas: las formales, leyes y normas expresamente sancionadas y establecidas que incluyen lo que se prohíbe hacer y las condiciones en que ciertas actividades se permiten. por otro lado las reglas informales, que se expresan en los acuerdos y códigos de conducta.

Es ejemplo del primer tipo de regla la Ley de Ejercicio Legal de la Medicina (Ley 17132) que prohíbe “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”. Y es ejemplo de los reglas informales los conceptos vigentes de salud, de organización de los servicios; y las zonas grises referidas a la orientación que el profesional brinda al paciente y que permite ver en los prestadores las distintas posturas previamente tomadas en torno al tema, o más subyacentemente la perspectiva implícita en las currículas de las carreras de salud.

Así la problemática remite a aspectos jurídicos y legales, a reglas formales e informales que ponen en cuestión aspectos bioéticos respecto al ejercicio de los

derechos fundamentales. En un intento no exhaustivo y seguramente incompleto señalaremos algunos aspectos a debatir:

\* Es frecuente escuchar y en nuestro imaginario está presente, que la ligadura es un método de esterilización, cuando en realidad es un método de infertilización por cuanto la anastomosis de las terminales de las trompas de Falopio, seccionadas durante la ligadura, posibilita entre un 70 y 80 % de posibilidades de volver a engendrar. es decir que los efectos de la intervención no son definitivos. Sin embargo como en la totalidad del debate respecto a la salud sexual y reproductiva, la pregunta posible de hacer es ¿quienes tendrán el acceso a métodos para revertir la LT?

\* la LT debe realizarse previa prescripción médica y con fines terapéuticos en los cuales un nuevo embarazo pondría en serio peligro la salud de la paciente. En algunos fallos jurídicos se entiende el concepto de salud integralmente señalando que “se torna necesario que respetándose todos los derechos de los pacientes, se entorpezca lo menos posible la última solución disponible para prevenir el mal que un nuevo embarazo significaría”. Si volvemos al concepto de reglas informales vemos que en los profesionales de salud y de la justicia conviven distintos conceptos de salud, uno más organicista donde las causas autorizables refieren sistemáticamente a causales orgánicas; y otro que es al que apelamos, donde son causales de “serio riesgo de salud” aquellas vinculadas a condiciones sociales y psicológicas de vida. La pregunta ¿cuando es terapéutica la indicación de LT? remite nuevamente a los paradigmas de salud.

\* Es regla general que además de la indicación terapéutica se solicite CI para validar esta práctica, consentimiento que se construye desde el momento de la solicitud. Detrás de esta concepción se encuentra el concepto de autonomía de la voluntad del paciente, espacialmente el derecho a la autodeterminación en cuanto a la integridad psicofísica. La autonomía siguiendo a Beauchamps y Childrens, remite a intencionalidad, comprensión y libertad. en este sentido no debe ser una decisión forzada, deben existir otras opciones reales y la información disponible debe ser relevante. Cabe plantear en este punto de “opciones reales” que para muchas mujeres la LT no es la última opción como lo plantea la legislación sino que pasa a ser la “única opción disponible” en el marco de las carencias, donde la ausencia de provisión y accesibilidad a otros métodos anticonceptivos es tan errática que la seguridad la brinda la LT. Como ejemplo solo pensemos cuantos meses han transcurrido con el cartel de no hay anticonceptivos en distintos efectores públicos.

\* continuando con el derecho de autodeterminación, existiendo indicación terapéutica y CI, no se requiere de un nuevo requisito que aparece en las prácticas vigentes en el ámbito público, como son la autorización del cónyuge o del poder judicial, pues vulnera la autodeterminación y es discriminatorio en dos sentidos: uno porque afecta el derecho humano al considerar subordinación por el género, y en segundo lugar discrimina por clase social o lugar de prestación pues no es igual el requisito que se vincula con esta práctica en el ámbito privado.

\* en relación con las prácticas señaladas se puede observar un doble estándar ético según el lugar de ejercicio del derecho por cuanto difieren las prácticas en el ámbito público y privado o según la capacidad de pago.

Desde el punto de vista jurídico encontramos dos posturas vigentes respecto a LT, que implica distintos aspectos bioéticos: a) autorizar la LT en base al principio de autonomía entendido como libertad irrestricta, en base al derecho a disponer del propio cuerpo como así también en el derecho a la privacidad en el sentido de asegurar la soberanía en la toma de decisiones. b) autorizarla con prescripción médica y consentimiento de la mujer pues implica grave daño y atenta contra la doctrina de inviolabilidad del cuerpo. Por lo tanto quedan en entredicho dos aspectos: para la mayor parte de la doctrina jurídica existente la indisponibilidad del propio cuerpo es una regla inviolable. Sin embargo se reconoce como un derecho personalísimo su propiedad. Estas implicancias se agregan a los debates sanitarios respecto a cuando y en que condiciones cabe petitionar una LT. Pasar la discusión del ámbito sanitario al de la justicia solicitando autorización para la LT no resuelve el conflicto, sólo lo deslinda.

Cerrando con el tema queremos señalar como alternativa de trabajo la creación o consolidación de espacios de capacitación como herramientas para ampliar la discusión de la temática, despejar algunas áreas grises y acercar espacios de discusión entre salud y justicia para construir propuestas conjuntas, al igual que entre los ámbitos de formación y práctica. asimismo permitirnos la desburocratización de la práctica “usando” los comités de bioética y las comisiones de salud sexual y reproductivas como facilitadores de la prestación para no tener que judicializar el ejercicio de un derecho.