

LA VISIÓN FICCIONALIZADA DE PINTORES Y OBRAS PICTÓRICAS EN LA *RECHERCHE*¹

Susana E. Sommer; María Victoria Costa

*Universidad de Buenos Aires
Universidad Nacional de La Plata*

1. La autonomía y el consentimiento informado en el debate bioético actual

En la literatura bioética actual, el principio de respeto por la autonomía de las personas ocupa un lugar prominente, en particular como fundamento de la doctrina legal y moral del consentimiento informado. La mayoría de los bioeticistas consideran que la noción de respeto por la autonomía constituye una valiosa herramienta moral con la cual se pueden defender los intereses y los derechos de los hombres y de las mujeres como pacientes y también como participantes de las investigaciones biomédicas. Pese a su amplia aceptación, recientemente esta noción ha sido objeto de diversas críticas.

Algunas de estas críticas se dirigen a la aplicación de la noción de respeto por la autonomía en las prácticas de consentimiento informado en distintos países, y ponen el acento en el hecho de que las prácticas reales distan mucho de las recomendaciones ideales. En particular, se ha señalado que la práctica del consentimiento informado tiende a ser influida por los patrones existentes de poder y autoridad dentro del contexto médico, y de la sociedad en su conjunto, los que pueden llegar a impedir que los pacientes den un consentimiento que verdaderamente sea válido.² Ahora bien, estas críticas no justifican que abandonemos las ideas de respeto por la autonomía y de consentimiento informado. Por el contrario, deberían inducirnos a desarrollar estrategias para rediseñar la manera en que tiene lugar el consentimiento informado, para que responda en forma más adecuada a los intereses de los pacientes.

Otras críticas sostienen que el principio de respeto por la autonomía no es apropiado para su empleo en la práctica médica en sociedades como las latinoamericanas, donde se supone que los hombres y las mujeres no están acostumbrados a ser informados o a ejercer sus capacidades para la toma de decisiones, o bien no desean serlo o hacerlo.³ Podría parecer que esas críticas reciben apoyo empírico del hecho de que el consentimiento informado no es una práctica común en nuestras sociedades, más allá de su empleo para cirugías o algunos tratamientos de alta

complejidad. Arleen Salles ha discutido en detalle distintas versiones de esas críticas y ha mostrado con claridad sus falencias.⁴ En vez de examinarlas, retomaremos una aseveración importante que ella realiza y con la cual concordamos. No es cierto que todos los pacientes no desean ser informados ni desean tomar decisiones médicas y, por este motivo, la práctica actual no es aceptable desde el punto de vista moral. En otras palabras, la falta de procedimientos de consentimiento informado desconoce en forma injustificada las demandas legítimas de algunos latinoamericanos y latinoamericanas - entre quienes nos incluimos - de ejercer su autonomía y tomar decisiones acerca de la atención de su salud.

En las páginas que siguen, ofreceremos una defensa de la noción del respeto por la autonomía, poniendo énfasis en su potencial contribución para el diseño de las políticas públicas más apropiadas, en especial desde el punto de vista de los derechos, los intereses y las experiencias de las mujeres como pacientes. Nuestro método de trabajo consistirá en una discusión de la práctica de la anticoncepción y de la ligadura de trompas en Argentina, incluyendo una breve revisión de las leyes y reglamentaciones recientes y de las características de las prácticas médicas actuales.⁵ En nuestra discusión de la anticoncepción y de la esterilización voluntaria en la Argentina, identificaremos ciertos obstáculos claves para el empoderamiento de las mujeres, obstáculos que consideramos podrían superarse a través de un reconocimiento más amplio del principio del respeto por la autonomía. Eso, a su vez, permitiría aumentar el control personal que las mujeres tienen sobre sus decisiones en materia reproductiva, y mejorar la calidad de sus vidas.

2. Políticas públicas y acceso a la anticoncepción

A fines de los años noventa, se discutió en nuestro país un proyecto legislativo sobre "Procreación Responsable" a nivel nacional, pero debido a la oposición de ciertos grupos católicos la ley no pudo ser promulgada. Los legisladores católicos presionaron para incluir diversas restricciones en la ley. Las principales restricciones propuestas fueron: el reconocimiento de una objeción de conciencia para los médicos que no desean proporcionar servicios anticonceptivos que su religión prohíbe; el requerimiento del consentimiento de los padres, o al menos la notificación a éstos, en el caso de adolescentes que solicitan información y anticonceptivos; y la exclusión de los dispositivos intrauterinos (DIU), basada en la aseveración de que se trata de un método

abortivo. Finalmente, el proyecto de ley no contó con suficiente apoyo para ser promulgado. En cambio, varios proyectos de ley sobre la “Procreación Responsable” o la “Salud Reproductiva” se han convertido en ley en la ciudad de Buenos Aires y en algunas provincias -La Pampa, Río Negro, Córdoba, Chaco, Neuquén, Mendoza y Buenos Aires. Asimismo, se están discutiendo proyectos de ley similares en otras provincias y municipios en diferentes partes del país.⁶ Los debates públicos que se han llevado a cabo acerca de esos proyectos de ley han tenido características bastante similares – se presentaron el mismo tipo de argumentos a su favor y en su contra - de manera tal que comentaremos sólo algunos ejemplos recientes a modo de ejemplo.

En la ciudad de Buenos Aires en junio de 2000, se promulgó una ley sobre la “Salud Reproductiva y la Procreación Responsable”, pese a manifestaciones públicas realizadas por asociaciones católicas que afirmaban que la ley era “pro-aborto” y en contra de “los derechos de los padres de familia”. De hecho, la ley no tenía nada que ver con el aborto. Entre las otras objeciones a la ley, figuraba el hecho de que ésta no requería que los adolescentes obtuvieran el consentimiento de sus padres a fin de recibir información y/o anticonceptivos, y se sostenía que esa política violaba los derechos de custodia de los padres. Pero esa aseveración es exagerada, puesto que la ley solamente decía que los hospitales públicos proporcionarían información, anticonceptivos y servicios médicos a las personas en edad reproductiva que los solicitaran. La ley no creaba un nuevo derecho legal para los adolescentes porque actualmente no se requiere el consentimiento de los padres para quien se atiende en una institución privada y puede costear los servicios de la misma. Además, dicha objeción presupone que los padres tienen un derecho de controlar el comportamiento sexual y reproductivo de sus hijos adolescentes, y pasa por alto los derechos de los mismos adolescentes a tomar decisiones informadas. Otras objeciones se dirigían a la inclusión del DIU entre los métodos que serían ofrecidos en los hospitales y a que no había una cláusula sobre la objeción de conciencia de los médicos.⁷ Pero no es cierto que el DIU sea abortivo. Por otra parte, el DIU ha sido aprobado legalmente y ha estado disponible en el mercado argentino desde los años setenta, de manera tal que el único cambio introducido por la ley consistiría en hacerlo más accesible para las mujeres de bajos ingresos.

El Senado de la Nación acaba de aprobar (el 30 de octubre de 2002) una ley de salud sexual y reproductiva, a pesar de las objeciones de la iglesia católica, que obliga a los centros de salud tanto estatales como privados a proveer de métodos anticonceptivos a quienes lo demanden.

3. La elección informada de métodos anticonceptivos

Como ya hemos mencionado, el consentimiento informado no es una práctica generalizada en nuestro país.⁸ Eso significa que, por lo general, los médicos no han recibido durante su formación profesional una capacitación acerca del ejercicio del consentimiento informado y sus implicancias para la anticoncepción. Los médicos deberían dedicar tiempo a analizar qué método anticonceptivo es el más adecuado para una mujer, o una pareja determinada, según sus circunstancias particulares, a fin de que haya un consentimiento verdaderamente informado. Más bien, los médicos tienden a confiar demasiado en sus propios conocimientos para decidir acerca de lo que les conviene más a sus pacientes. Además, algunos médicos omiten ciertos métodos como una opción debido a sus creencias religiosas, como en el caso del DIU y de la anticoncepción de emergencia.⁹ En los hospitales públicos, otros factores - tales como una escasez de métodos anticonceptivos alternativos disponibles en forma gratuita, o un número insuficiente de personal médico, que resulta en poco tiempo para atender a cada paciente - tienen un claro impacto sobre las recomendaciones hechas por los médicos y sobre la "elección" final de un método por las pacientes. Por último, vale la pena mencionar la existencia de limitaciones derivadas de la disponibilidad de los productos en el mercado argentino - por ejemplo, el condón femenino es bastante costoso y difícil de obtener.

En nuestra opinión, una discusión de las limitaciones existentes para la elección anticonceptiva y las causas de las mismas permite ilustrar la importancia de lograr una mayor aceptación por parte del público de la idea del respeto por la autonomía de las mujeres. Algunas de las limitaciones sobre la elección anticonceptiva provienen de la falta de un financiamiento público adecuado para los servicios de anticoncepción, lo cual, a su vez, en parte es resultado de la influencia de creencias religiosas sobre las leyes en materia de salud pública, creencias que niegan la autoridad de las mujeres para decidir respecto a su propia sexualidad y reproducción. Otras limitaciones se derivan de una tradición médica paternalista que se ha desarrollado en el contexto de una sociedad que apenas muy recientemente empezó a reconocer la importancia de los derechos individuales. Por una parte, los médicos no se preocupan lo suficiente por discutir las alternativas con sus pacientes y, por otra, éstos no siempre conocen su propio derecho de ser informados. Eso ayuda a explicar por qué la práctica del consentimiento informado es tan limitada.

4. La ligadura de trompas

La ligadura de trompas no es un procedimiento común en nuestro país. Las mujeres enfrentan una serie de limitaciones respecto del acceso a la misma, en particular las de menores recursos. Hay que confesar que en esta materia la situación de Argentina es bastante especial, puesto que en otros nueve países latinoamericanos la esterilización femenina es el método anticonceptivo más común entre mujeres con una pareja estable.¹⁰ Mientras que en otros países latinoamericanos se han reportado abusos que involucran la esterilización involuntaria de personas, en la Argentina ha tenido lugar un abuso diferente: la negación del derecho legal al acceso a la ligadura de trompas. Hacer que la ligadura de trompas voluntaria sea más accesible para las mujeres pobres, quienes dependen de los servicios proporcionados por los hospitales públicos, ha sido otra meta de los grupos feministas en nuestro país. En los siguientes párrafos, comentaremos sobre un logro reciente en ese respecto.

Después de que varias mujeres tuvieron que conseguir una autorización judicial para que se les ligaran las trompas, se presentó una solicitud de asesoría a la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires. Esas mujeres eran pobres, con muchos hijos, y su salud peligraría mucho si volvieran a embarazarse. La Defensora del Pueblo decidió reunirse con representantes de diferentes sectores a fin de lograr un consenso acerca de la regulación de la práctica de la ligadura de trompas. El objetivo era enviar las recomendaciones al Departamento de Salud de la Ciudad, de modo que cuando en el futuro se necesitara practicar una ligadura de trompas en los hospitales públicos de la ciudad y hubiera un consentimiento informado válido, la cirugía podría realizarse sin impedimentos innecesarios.

Los principales puntos del documento emitido por la Defensoría del Pueblo son los siguientes:

1) Los derechos reproductivos son derechos humanos. El derecho al acceso a la ligadura de trompas debe ser analizado en relación con el requerimiento de respeto por la autodeterminación establecido en la Constitución Nacional.

2) La salud es un derecho humano fundamental, y se define como un estado de bienestar biológico, psicológico y social. El Estado tiene la obligación de asegurar que cada ciudadano reciba una atención para la salud apropiada.

3) La ligadura de trompas es una opción excepcional, a la que se debe recurrir siempre y cuando los otros métodos anticonceptivos no sean adecuados - debido a

razones físicas, clínicas, psicológicas o sociales. Un médico o un equipo multidisciplinario tiene que emitir la prescripción para una ligadura de trompas cuando se especifica claramente que existen riesgos para la vida o la salud de la paciente.

4) El consentimiento informado de la mujer es un requisito necesario para realizar la ligadura de trompas. Ella debe recibir información a fin de evaluar los riesgos de esta decisión, y la decisión que tome debe ser respetada.

5) Es preciso informar y escuchar a las menores de edad y a las incompetentes, así como a sus tutores.

6) No se necesita la autorización ni el consentimiento del marido, dado que esta decisión pertenece a la esfera personal de la mujer.

7) Se respetará la objeción de conciencia de los médicos, tanto en la práctica pública como en la práctica privada de la medicina. Sin embargo, no se puede utilizar tal objeción como un modo de privarles a las mujeres el ejercicio de este derecho.

8) La ley nacional acerca de las obligaciones de los profesionales de la salud debería ser revisada en lo que respecta a esta cuestión.

El propósito del documento arriba mencionado consiste en promover el desarrollo de un reglamento interno, por parte del Departamento de Salud de la ciudad de Buenos Aires, para facilitar la práctica de la ligadura de trompas en los hospitales públicos para aquellos casos que entran dentro de la ley actual. En el futuro, los Ministerios de Salud de distintas provincias del país podrían seguir el ejemplo y adoptar reglamentaciones similares.

5. Conclusiones

Los ejemplos de las luchas políticas encaminadas a promover leyes y reglamentos internos que garanticen los derechos de las mujeres a tener acceso a la anticoncepción y a la esterilización voluntaria en nuestro país podrían llevarnos a una lectura optimista atendiendo a los logros recientes, pero también a una lectura pesimista, dada la naturaleza de los obstáculos que aún quedan por sortear.^{xi} En la actualidad, ya no se escuchan argumentos a favor de políticas pronatalistas de los gobiernos dictatoriales de los setenta y los ochenta que defendían la restricción al acceso a la anticoncepción basándose en el supuesto de que el país “necesita” incrementar su población. Pero la influencia de las doctrinas religiosas sobre la legislación, y sobre las políticas públicas en general, sigue siendo muy grande, y esta influencia tiene como consecuencia una seria

limitación de los derechos básicos de las mujeres. Entre esos puntos de vista figuran la idea de que las relaciones sexuales sólo deben realizarse para fines reproductivos, y que los embriones deben ser prácticamente venerados y considerados como personas desde el momento de la concepción. En parte como resultado de esos puntos de vista, la legislación sobre el aborto es sumamente restrictiva en Argentina, mientras que no existen leyes sobre la reproducción asistida, pese al hecho de que desde 1990 se han estado discutiendo varios proyectos de ley. Por otra parte, ha habido ciertas dificultades para introducir campañas informativas para la prevención de la infección por HIV, y para la incluir la educación sexual como contenido obligatorio en las escuelas. En el contexto de la atención para la salud, otro obstáculo consiste en la tradición médica paternalista que tiende a pasar por alto las opiniones y preferencias de las pacientes. En vista de esos obstáculos, hemos sostenido que la noción de respeto por la autonomía es útil para defender “un derecho con la que cuenta toda persona responsable, un derecho de tomar decisiones por sí misma sin una interferencia indebida por parte de otras personas”.¹¹ En nuestra opinión, la idea de respeto por la autonomía es útil para promover el control que las mujeres puedan tener sobre sus decisiones reproductivas, garantizándoles autoridad para decidir por sí mismas sobre esas cuestiones. Puesto que no es fácil superar los problemas de la falta de pluralismo y de respeto por los distintos puntos de vista personales, se deberían hacer esfuerzos por asegurar que las nociones de autonomía y consentimiento informado sean más familiares para los médicos y para el público en general. Consideramos que una aceptación más generalizada de la idea del respeto por la autonomía y de los requisitos del consentimiento informado podría mejorar de manera significativa la práctica médica y volverla más sensible a los valores y a las necesidades de las mujeres.

1 Este trabajo forma parte de una investigación más amplia, realizada en el marco del proyecto sobre “Justicia en salud: genética, sida y derechos reproductivos” dirigido por María Julia Bertomeu y co-dirigido por Graciela Vidiella y radicado en la Universidad Nacional de La Plata.

2 Véase Susan Sherwin (1998), “A relational approach to autonomy in health care” en Susan Sherwin, *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia, Temple University Press. También Anne Donchin (1998), “Understanding autonomy relationally: Toward a reconfiguration of bioethical principles”, *Journal of Medicine and Philosophy* 23 4. Además de señalar limitaciones de las prácticas de consentimiento informado, Sherwin y Donchin realizan una crítica de las teorías predominantes de la autonomía empleadas por los bioeticistas.

3 Diego Grazia sostiene tesis similares acerca de la cultura latina en general. Véase Diego Grazia (1995) "Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today", *Bioethics* 9; y Grazia (1993) "The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries", *Bioethics* 7.

4 En Arleen Salles (2002), "Autonomy and culture: The case of Latin America" en Arleen Salles y María Julia Bertomeu (eds.), *Bioethics: Latin American Perspectives*, New York, Rodopi.

5 Hemos analizado con mayor detalle las leyes argentinas relativas a cuestiones reproductivas en María Victoria Costa y Susana E. Sommer (2002), "Women's reproductive rights and public policy in Argentina" en *Bioethics: Latin American Perspectives*, *op. cit.*

6 Véase Mabel Bianco et al. (1998), *Mujeres sanas, ciudadanas libres*, Buenos Aires, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, CLADEM, FNUAP.

7 La propuesta de incluir en las leyes y regulaciones públicas una cláusula de objeción de conciencia socava en esencia el requisito de proporcionar información completa sobre tratamientos y alternativas implícito en la doctrina del consentimiento informado. Promover este tipo de cláusulas es desconocer los derechos de las mujeres a seleccionar el método anticonceptivo más adecuado, permitiendo la discrecionalidad de los médicos con la excusa de la objeción de conciencia.

8 Para investigación empírica acerca de las actitudes de los médicos véase Elsa López y Liliana Findling (1998), "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva", en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP.

9 Véase Zulema Palma (1998), "La anticoncepción de emergencia, un aporte para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres", en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, *op. cit.*

10 Aurelio Molina (1999), "Anticoncepción, salud reproductiva y ética", en Lucila Scavone (ed.), *Género y salud reproductiva en América Latina*, Cartago, Libro Universitario Regional, p. 89.

11 Sommer, Susana E. (1997) "Introducción", en, Seminario: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas; propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos.

12 Hill, Thomas E. (1987), "The importance of autonomy", en Eva Feder Kittay y Diana T. Meyers (eds.), *Women and Moral Theory*, New York, Rowman & Littlefield, p. 133. Vale la pena mencionar que entendemos el derecho a ser informado y a tomar decisiones en el contexto de la atención para la salud como algo que abarca más que un mero derecho a la no-interferencia. Véase Rhonda Copelon (1990), "From privacy to autonomy: The conditions for sexual and reproductive freedom", en Marlene Gerber Fried (ed.), *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, Boston, South End.