

Autonomía en la elección de métodos anticonceptivos: una panorámica histórica

Analuze Mussel Dunley Santos¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumen

La anticoncepción es el conjunto de métodos utilizados para prevenir el embarazo. Para reducir el número de embarazos no planificados, es fundamental que haya acceso a estos métodos y, a la vez, respeto por la autonomía de elección. Un alto índice de embarazos no planificados revela un fracaso en el control del proceso reproductivo y constituye un problema de salud pública, acarreando una serie de complicaciones relacionadas con la salud reproductiva materna y perinatal. Esta revisión integradora cualitativa seleccionó artículos sobre bioética principialista y de protección con el fin de analizar conceptos como autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y protección. Este estudio resalta la importancia de la bioética en la planificación reproductiva, ya que respetar las voluntades es proporcionar adhesión y eficacia al método anticonceptivo. En la antigua ley que regulaba la planificación familiar, existía una gran limitación en la elección de la anticoncepción definitiva por parte de las mujeres embarazadas, hecho que será analizado en este artículo.

Palabras clave: Autonomía. Derechos sexuales y reproductivos. Justicia social. Bioética. Planificación familiar. Política de salud.

Resumo

Autonomia na escolha pela contracepção: visão histórica

Contracepção é o conjunto de métodos utilizados para prevenir a gravidez. Para reduzir o número de gestações não planejadas, é imprescindível que haja acessibilidade a esses métodos e, ao mesmo tempo, respeito à autonomia de escolha. Um alto índice de gravidez não planejada revela falha no controle do processo reprodutivo e é um problema de saúde pública, acarretando uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. Esta revisão integrativa qualitativa selecionou artigos sobre bioética principialista e de proteção a fim de analisar conceitos como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e proteção. Este estudo destaca a importância da bioética no planejamento reprodutivo, pois respeitar as vontades é proporcionar adesão e eficácia ao método contraceptivo. Na antiga lei que regulamentava o planejamento familiar, havia grande limitação na escolha da contracepção definitiva pelas gestantes, fato que será analisado neste artigo.

Palavras-chave: Autonomia. Direitos sexuais e reprodutivos. Justiça social. Bioética. Planejamento familiar. Política de saúde.

Abstract

Contraceptive autonomy: a historical overview

Contraception is the set of methods used to prevent pregnancy. To reduce the number of unplanned pregnancies, access to these methods is essential, as is the respect for contraceptive autonomy. High unplanned pregnancy rates reveal a failure to control the reproductive process and points to a public health problem, leading to a series of problems related to maternal and perinatal reproductive health. This qualitative integrative review selected articles on principlism and protection bioethics to analyze concepts such as autonomy, beneficence, non-maleficence, justice and protection. This study highlights the importance of bioethics in reproductive planning because respecting the individual's decisions means providing adherence and efficacy to the contraceptive method. There was a great limitation in the choice of definitive contraception by pregnant women in the old law that regulated family planning, a fact that will be analyzed in this article.

Keywords: Autonomy. Reproductive rights. Social justice. Bioethics. Family development planning. Health policy.

La autora declara que no existe ningún conflicto de interés.

Visión histórica: autonomía en la elección de la anticoncepción

En este artículo, nos proponemos analizar, a la luz de la bioética de la protección y del principio de Beauchamp y Childress, si en Brasil ha habido respeto a los principios básicos de la bioética en lo que se refiere a la elección del método anticonceptivo por las mujeres en conformidad con la Ley 9.263/1996¹. Lo que me impulsó a analizar este tema fue mi vivencia personal: como médica que trabaja desde hace varios años en el servicio público, más específicamente en la clínica ambulatoria de planificación reproductiva, siempre me preocupó mucho la discrepancia entre lo que realmente se ofrece a las usuarias del SUS con relación a la elección de un método anticonceptivo y lo que se considera ideal.

En mi tesis de maestría, evalué el acceso de las pacientes al dispositivo intrauterino (DIU) en el servicio público, y el resultado fue que, en gran parte de los municipios brasileños, aún es bastante restringido. No todos los centros de salud están capacitados para ofrecer la inserción del DIU, lo que requiere material adecuado y un profesional técnicamente calificado. En algunos centros de salud, ni siquiera hay profesionales médicos para atender a la población y los equipos están incompletos y sufren cambios constantes, lo que dificulta la capacitación. Además, aunque el DIU es uno de los anticonceptivos más eficaces, su demanda entre las usuarias no es tan grande, quizá por cuestiones culturales o incluso por falta de conocimiento y de presentación del método por parte de los equipos de salud.

La primera ley creada para regular la planificación reproductiva en Brasil estuvo en vigor desde enero de 1996 hasta marzo del 2023 y se mantuvo básicamente sin ninguna modificación durante casi 30 años. Ciertamente, en esa época el conocimiento sobre bioética era bastante limitado, ya que el campo comenzó a ganar impulso en Brasil en la década de 1990 y solo en 1995 se creó la Sociedad Brasileña de Bioética (SBB), así como los cursos de posgrado.

La tendencia actual es reemplazar el término “planificación familiar” por los términos “planificación parental” o “planificación reproductiva”, ya que no siempre estamos lidiando con una familia,

sino con la vida reproductiva de cada individuo. La planificación reproductiva es un derecho constitucional, definido como *el conjunto de acciones educativas y preventivas que aseguran la información, los medios, los métodos y las técnicas disponibles para la regulación de la fecundidad, asegurando la libertad de elección del método*¹. El artículo 2 de la Ley 9.263/1996 establece que *se entiende por planificación familiar el conjunto de acciones de regulación de la fecundidad que asegure derechos iguales de constitución, limitación o aumento de la descendencia a la mujer, al hombre o a la pareja*¹.

El objetivo principal de la planificación reproductiva es facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos del individuo, para que este pueda decidir el momento ideal para la llegada de los hijos y el número deseado. Este artículo propone una reflexión histórica sobre la autonomía de la mujer en la elección de un método anticonceptivo.

Método

El método aplicado para la composición de este artículo fue la investigación bibliográfica exploratoria con enfoque cualitativo, con revisión integradora de la literatura, con recopilación sistemática de datos, basada en fuentes secundarias, utilizando la lectura para sintetizar artículos científicos con el objetivo de condensar los resultados.

Se utilizaron palabras clave y claves de búsqueda tomadas de la base de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). La revisión bibliográfica se llevó a cabo por medio de: libros, sitios web del gobierno, entidades internacionales —Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (Opas)—; bases de datos —PubMed, Philosopher’s Index, Bioethics Literature Database (Belit), EthxWeb, JSTOR, Scopus, Google Scholar—; y bibliotecas digitales. Se incluyó literatura que abordó cuestiones bioéticas según los principios básicos de Beauchamp y Childress —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— y la bioética de protección, y se excluyeron los artículos que abordaban la planificación familiar exclusivamente masculina.

La revisión integradora recorrió las siguientes etapas: 1) elaboración de la pregunta rectora, 2) búsqueda o muestreo en la literatura, 3) recopilación de

datos, 4) análisis crítico de los estudios incluidos, 5) discusión de los resultados; y 6) presentación de la revisión integradora. El contenido se separó en categorías, y el resultado se obtuvo mediante el análisis temático del contenido según lo propuesto por Laurence Bardin.

Embarazo no planificado y salud pública

Aún hoy, el número de embarazos no planificados e incluso no deseados es elevado, especialmente entre adolescentes en mayor vulnerabilidad social, lo que representa un grave problema de salud pública². Un embarazo no planificado puede definirse como cualquier embarazo que no fue programado por el individuo; a su vez, un embarazo no deseado es aquel que va en contra de sus deseos y expectativas, es inoportuno, ocurre en un momento considerado desfavorable y es responsable de numerosos problemas vinculados a la salud reproductiva materna y perinatal.

La principal causa del embarazo no planificado es el bajo índice de uso de métodos anticonceptivos, hecho evidente en países poco desarrollados y que se asocia a las dificultades de acceso a los servicios de salud y a la falta de organización de estos³. A su vez, el embarazo no deseado se considera un indicador de fallo en el control del proceso reproductivo, razón por la cual el término se utiliza mucho en programas de planificación reproductiva para evaluar la demanda no satisfecha de anticoncepción. Esto incluye la falta de información y de acceso a todos los métodos anticonceptivos, el fallo de los métodos y la no disponibilidad, en la red pública de salud, de todos los anticonceptivos³.

Cada año, al menos 80 millones de mujeres en todo el mundo experimentan un embarazo no planificado, y este número ha ido creciendo en las últimas décadas. Este hecho es responsable del aumento del número de abortos inducidos, principalmente clandestinos, lo que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad en las mujeres que se someten al procedimiento. En Brasil, en 1996, el número estimado de abortos en jóvenes entre 10 y 19 años fue de 241.392 casos⁴. En América del Sur, el número de abortos clandestinos ronda los 4 millones al año⁵. El embarazo no planificado es un grave problema de salud pública, ya que es responsable de:

- un 75% de abandono escolar entre mujeres jóvenes embarazadas;
- muerte y complicaciones causadas por abortos clandestinos y atención prenatal inadecuada;
- agravamiento de la tasa de empobrecimiento y vulnerabilidad social de familias ya vulnerables;
- abandono de bebés, con hacinamiento en los centros de acogida y futuros problemas psicológicos y sociales;
- complicaciones durante el parto; y
- aumento del gasto público en atención prenatal, parto y hospitalizaciones debido a complicaciones derivadas del embarazo y el parto.

Un estudio llamado “*Nascer no Brasil*” (Nacer en Brasil), realizado por la Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), de la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), promovió una investigación nacional sobre parto y nacimiento y realizó el seguimiento de 23.984 mujeres en maternidades y a sus bebés entre febrero del 2011 y octubre del 2012, en 191 municipios de Brasil. Entre los diversos resultados destacan algunas cifras sobre planificación reproductiva⁶:

- solo el 45% de las mujeres entrevistadas habían deseado ese embarazo;
- el 9% estaba insatisfecha con el embarazo;
- el 2,3% manifestó haber intentado interrumpir el embarazo; y
- dos tercios de las adolescentes dijeron que no querían quedar embarazadas.

Según el estudio, el 55% de las mujeres y casi el 70% de las adolescentes brasileñas no deseaban el embarazo, números que superan el promedio mundial de embarazos no deseados, que, según las Naciones Unidas, es del 40%⁷. Se observa que la eficiencia de la planificación reproductiva puede ser un indicador importante del IDH, ya que está intrínsecamente relacionada con varios aspectos del desarrollo humano, como la salud, la educación y el bienestar económico.

Otro aspecto muy preocupante es la gran frecuencia de precocidad reproductiva entre jóvenes, especialmente aquellas con mayor vulnerabilidad social⁸. En una sociedad pluralista, es importante que los hijos nazcan planificados y de padres que estén preparados⁹. Para ello, la accesibilidad y la elección de los métodos anticonceptivos son esenciales y, por lo tanto, constituyen un problema de salud pública.

Breve historia de la anticoncepción

Se entiende por anticoncepción o contracepción el conjunto de métodos utilizados para controlar la fertilidad mediante acciones, dispositivos o medicamentos capaces de evitar el embarazo¹⁰. La provisión de métodos anticonceptivos es esencial para reducir los índices de embarazos no deseados.

Brasil es un país vasto, tanto en extensión geográfica como en diversidad cultural y moral, esta última resultante de la presencia de pueblos indígenas originarios, de la colonización portuguesa —que trajo consigo la esclavitud africana—, además de la inmigración de italianos, alemanes, japoneses, árabes, etc. Así, el país también acoge una multiplicidad de prácticas religiosas, desde el catolicismo, traído por los colonizadores portugueses, hasta religiones de matriz africana, como la umbanda y el candomblé. Durante mucho tiempo, el Estado y la Iglesia desempeñaron un fuerte papel en el control social, y esta última tuvo un papel importante en la castración de la sexualidad femenina.

Estos aspectos culturales, religiosos, sociales e individuales, entre otros factores, influyen en la elección del método anticonceptivo ya que pueden provocar conflictos entre los valores morales y la necesidad de prevenir el embarazo, es decir, pueden generar complejos dilemas éticos y emocionales. Dado que el pluralismo cultural y la diversidad moral ejercen una influencia significativa en la elección del método anticonceptivo por parte del individuo, reconocer y respetar la diversidad es esencial para asegurar la igualdad de acceso a los servicios de salud reproductiva y promover decisiones informadas y autónomas sobre la anticoncepción.

En 1957 se lanzó en Estados Unidos un medicamento para tratar los trastornos del ciclo menstrual, que advertía en su prospecto sobre la suspensión temporal de la fertilidad, y no tardó mucho en empezar a utilizarse con este mismo efecto secundario como objetivo. Su venta como anticonceptivo oral fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) en 1960, y así nació la píldora anticonceptiva, una de las grandes responsables de la liberación sexual femenina. A partir de entonces, las mujeres rompieron con el papel tradicional de “reina del hogar” y comenzaron a desempeñar un papel más expresivo en la sociedad.

Aunque el uso de formas de anticoncepción se remonta a la antigüedad, la emancipación femenina solo se produjo después de que se inventó la píldora anticonceptiva, ya que era una forma eficaz y segura de prevenir el embarazo y, de esta manera, otorgaba autonomía a la mujer para decidir el momento ideal para la maternidad y el número de hijos que tendría. Como resultado, la mujer comenzó a ejercer el derecho sobre su cuerpo, sin tener que compartir sus decisiones y deseos ni requerir la intervención de terceros. Fue un avance muy importante.

En Brasil, durante muchos años, la anticoncepción oral, o píldora, fue prácticamente sinónimo de anticoncepción. Actualmente, existen varios métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, los cuales se agrupan según su efectividad¹¹:

- Primera línea: son métodos altamente efectivos, fáciles de usar, no requieren mucha motivación o intervención por parte de la usuaria, tienen una tasa de embarazo no deseado inferior al 2% durante el primer año de uso, requieren menos citas de seguimiento y aseguran una mayor duración del efecto anticonceptivo. Estos métodos incluyen los implantes anticonceptivos, la esterilización masculina y femenina y los DIU.
- Segunda línea: incluye anticonceptivos hormonales sistémicos (orales, anillos vaginales, parches transdérmicos e inyectables). Este tipo de anticoncepción depende de la motivación e intervención de la usuaria y, en comparación con los métodos de primera línea, presenta mayores tasas de fracaso, con una tasa de embarazo no deseado de entre el 3% y el 9% en el primer año. Es probable que esta alta tasa de fallos se deba a olvidos y cambios en los horarios de ingesta, es decir, a un uso inadecuado por parte de la usuaria.
- Tercera línea: métodos de barrera femeninos y masculinos, conocidos como métodos de consciencia corporal o métodos conductuales. En cuanto al nivel de dependencia, los métodos de tercera línea dependen enteramente de la motivación e intervención del usuario, y por lo tanto presentan índices de fracaso bastante elevados, con un promedio del 10% al 20% en el primer año. Podemos incluir en este grupo la tabla del ciclo menstrual, los condones femeninos y masculinos y el diafragma.

- Cuarta línea: son los espermicidas, que al igual que los métodos de segunda y tercera línea, dependen de la motivación del usuario y, por lo tanto, presentan índices de fracaso muy elevados, en torno al 21% al 30% en el primer año de uso.

Se puede concluir que la efectividad de un método es directamente proporcional a su facilidad de uso e inversamente proporcional a la intervención del usuario.

El DIU es un método bastante eficaz, aunque aún no se utiliza ampliamente. La distribución mundial de las usuarias de DIU no es uniforme: varía desde menos del 2% en algunos países, como Brasil, hasta más del 40% en otros, como en el caso de los países de Asia Central¹¹. En Brasil, específicamente, todavía existen muchos mitos en torno al DIU, según los cuales, por ejemplo, es un método abortivo o provoca malformaciones fetales en caso de embarazo concomitante a su uso. Por esta razón, la gran mayoría de las usuarias del sistema público de salud brasileño aún opta por métodos hormonales, principalmente la píldora, cuando quieren mantener la fertilidad, o la ligadura de trompas, cuando ya tienen descendencia establecida y desean un método seguro e irreversible.

Creación de la Ley 9.263/1996

Con base en la revisión histórica realizada, se observó que, desde la década de 1970, hubo un gran número de esterilizaciones entre mujeres brasileñas, lo que representa el 44% de todos los métodos anticonceptivos. Se constató que, en su mayoría, las mujeres que se sometieron al método eran negras, con bajos ingresos y algunas eran sumamente jóvenes¹². Algunas desconocían el carácter irreversible de la cirugía y optaron por la esterilización creyendo que su fertilidad volvería si así lo deseaban¹².

La sospecha de que se trataba de un control demográfico, lo cual no está permitido en nuestra Constitución, llevó a la creación de una comisión parlamentaria mixta de investigación, integrada por diputados y senadores, para estudiar los casos y posteriormente elaborar una ley de planificación reproductiva. La solicitud de creación de la comisión se debió precisamente al hecho de que la esterilización de las mujeres era, en esa

época, el método anticonceptivo más utilizado en Brasil. Las estadísticas divulgadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) respecto a la esterilización indican lo siguiente: El 71% de las mujeres casadas o en pareja entre 15 y 54 años utiliza algún método anticonceptivo, de las cuales el 33% utiliza la esterilización y el 38% otros métodos. Si consideramos los métodos utilizados por las mujeres en edad fértil en Brasil, veremos que la esterilización representa el 44% y es el más utilizado, seguido de la píldora, con un 41%. A modo de comparación, en los países desarrollados, donde el 70% de las mujeres utiliza algún tipo de método anticonceptivo, la esterilización representa el 7%. En los países menos desarrollados, el porcentaje asciende al 15%. En Italia es del 1%, en el Reino Unido es del 8% y en Bélgica es del 5%¹².

En 1996, se promulgó la Ley 9.263¹, la primera con el objetivo de regular la planificación reproductiva. Consta en el artículo 2 de la ley que la planificación reproductiva es el *conjunto de acciones de regulación de la fecundidad que garantiza derechos iguales para la constitución, limitación o aumento de la descendencia por parte de la mujer, el hombre o la pareja*¹. En su artículo 4 se establece que *la planificación familiar se orienta por acciones preventivas y educativas y por la garantía de la igualdad de acceso a la información, medios, métodos y técnicas disponibles para la regulación de la fecundidad*¹. El artículo 9 garantiza *la libertad de elegir el método*¹. Resalto aquí los términos “igualdad de derechos”, “igualdad de acceso” y “libertad de elección”, que serán analizados más adelante desde una perspectiva bioética.

La ley, creada para proteger a los “vulnerables” de la “esterilización masiva” y asegurar los derechos reproductivos, la restringió a algunas mujeres, especialmente durante el embarazo y el puerperio, independientemente de la vulnerabilidad, del deseo de la mujer o del número de hijos. Además, la realización de una cirugía de ligadura de trompas durante estos períodos, si no se realizara en conformidad con la ley, podría suponer un factor agravante de pena para el profesional que la practicara.

Los defensores del método cuestionaban si el parto no sería el momento ideal para realizarla, una vez que la mujer ya estaba hospitalizada, lo que minimizaría los problemas de acceso y de gastos públicos de una nueva hospitalización. Sin embargo, según la ley, para poder realizar la

ligadura de trompas, esta mujer tendría que regresar a su domicilio y proceder a una nueva hospitalización después del puerperio, es decir, a los 42 días de haber dado a luz, ya sea por parto normal o por cesárea. La gran mayoría de las mujeres no regresaba por problemas de acceso o incluso porque no tenía con quién dejar a sus hijos pequeños. Y muchas de ellas, cuando regresaban a la clínica de planificación reproductiva, ya estaban nuevamente embarazadas y una vez más impedidas de someterse a la cirugía de ligadura de trompas. Este fallo en la regulación de la reproducción puede estar asociado a múltiples factores de la situación de la mujer: sexo sin protección, uso incorrecto de métodos anticonceptivos, intolerancia a ciertos métodos, fracaso al negociar con la pareja el uso del preservativo, no usarlo por estar en espera de la esterilización, entre otros³.

Bioética en la planificación reproductiva

La relevancia de la bioética para las políticas públicas es hoy reconocida en la mayoría de los países. En la actualidad, existe una necesidad continua de integrar la bioética en los procesos de desarrollo de políticas públicas con miras a promover decisiones más éticas y justas para la sociedad en su conjunto. Algunos países tienen comités de bioética permanentes e influyentes¹³.

La implementación de principios y normas morales debe tener en cuenta factores como la viabilidad, la eficiencia, el pluralismo cultural y los procedimientos políticos. Cuando se utilizan normas morales para formular o criticar políticas públicas, se está evaluando si las leyes o políticas son moralmente aceptables o no. Cuando se aplican criterios morales para analizar políticas públicas, se examina si estas políticas están en línea con los principios éticos fundamentales. Este enfoque puede conducir a una evaluación más integral y profunda de las políticas públicas, es decir, un enfoque que considere, más allá de la mera legalidad, si las políticas públicas y la ley promueven el bienestar y la justicia para todos los miembros de la sociedad.

No siempre hay un consenso absoluto sobre lo que es moralmente correcto. Diferentes sistemas de valores pueden llevar a interpretaciones

conflictivas de la moralidad de una determinada ley o política pública.

Principios bioéticos de Beauchamp y Childress

El principialismo de Beauchamp y Childress, una de las corrientes bioéticas más influyentes, citadas y estudiadas en la investigación bioética, ofrece un conjunto de cuatro principios éticos fundamentales que pueden aplicarse al análisis y a la toma de decisiones en contextos biomédicos y de salud¹⁴.

1. Autonomía: este principio reconoce la importancia de la capacidad de una persona para decidir lo que considera mejor para sí misma. Respetar la autonomía significa respetar las decisiones y preferencias del paciente, siempre que se hagan libremente, de forma informada, con base en la razón y respeten la dignidad y la libertad de los demás y de la colectividad.
2. Beneficencia: se refiere al deber de actuar en el interés superior de los pacientes y promover su bienestar. No se trata solo de evitar el daño, ya que la beneficencia es un acto positivo, es decir, presupone acción. Abstenerse de hacer el mal no es practicar la beneficencia; a eso lo llamamos no maleficencia.
3. No maleficencia: es el deber de no causar daño intencionalmente al paciente, es decir, evitar daños innecesarios y minimizar los riesgos.
4. Justicia: el principio de justicia se refiere a la justicia distributiva, es decir, a la distribución equitativa de los recursos, e implica tratar a los individuos de manera justa e imparcial, asegurando que todos tengan acceso adecuado a los cuidados de salud y que las decisiones se tomen de manera justa y transparente.

Es importante recordar que no existe hegemonía entre los principios. El modelo principialista es bastante relevante para la bioética clínica, sin embargo, según Schramm, no se aplica a los dilemas de salud pública, ya que se basa en la moralidad de las interrelaciones médico-paciente¹⁵.

Bioética de la protección

La bioética de la protección, movimiento bioético creado por los profesores Fermin Roland Schramm

y Miguel Kottow, corresponde a un instrumento reflexivo que se basa en la observación y en el análisis de la asimetría entre los ciudadanos. Surgió de un intento de adaptar la aplicación de la bioética a los conflictos de salud pública en América Latina, marcados por problemas que violan el principio de justicia. En Brasil, en particular, aún hay muchos problemas de asignación de recursos y de exclusión social, con millones de desasistidos y profundas desigualdades sociales.

Según Schramm, existe una diferencia significativa entre “vulnerables” y “vulnerados”. Cualquier ser humano está sujeto a vulnerabilidades momentáneas, es decir, puede necesitar apoyo y protección como resultado de trastornos físicos, emocionales o psicológicos. La bioética de protección no se aplica al individuo momentáneamente vulnerable, sino a la población de vulnerados, que son sujetos que no tienen capacitación (*capability*) para realizar sus proyectos y lograr una vida digna, que carecen de las condiciones mínimas para cuidar de su propia vida por sí mismos, que no cuentan con los recursos necesarios para ejercer su plena autonomía¹⁵.

En sentido estricto, al priorizar a los vulnerados, la bioética de protección pretende aplicar la equidad para lograr la igualdad y, así, respetar el principio de justicia. La bioética de protección abarca dos conceptos:

1. Bioética: significa “ética de la vida” y busca orientar la conducta moral y las políticas públicas en el ámbito de la salud con el fin de asegurar el respeto a los derechos humanos, la dignidad y la integridad de las personas.
2. Protección: significa brindar apoyo a quienes lo necesitan, es decir, proteger a los vulnerados.

Algunos aspectos de la bioética son importantes, como el ejercicio de la autonomía personal, siempre que no afecte la vida de los demás. La bioética de protección es una propuesta reciente en el campo de la bioética y se refiere a problemas morales relacionados con la vulneración humana. La pobreza extrema puede convertir a las personas en rehenes y víctimas de violaciones de otras libertades necesarias para llevar adelante proyectos de vida, es decir, puede privarlas de la capacidad de tener una vida objetiva y subjetivamente digna¹⁵.

En la bioética de protección, se ofrecen medidas protectoras que pueden o no ser aceptadas

por los vulnerados. Se protege a los afectados para que puedan desarrollar sus potencialidades y capacidades hasta que ya no necesiten esta protección. Por lo tanto, no debe confundirse la protección con el paternalismo. La protección no se impone; el vulnerado la acepta si quiere. El paternalismo, en cambio, es autoritario, impone medidas de protección y puede, en nombre del supuesto bienestar del otro, asfixiarlo, impidiendo su capacitación para que tome sus propias decisiones, manteniéndolo dependiente de las decisiones ajenas. La bioética de protección defiende pues el derecho a la autonomía personal y prepara al individuo para ejercerlo y ser responsable de sus actos.

Consideraciones finales

La Ley 9.263/1996¹ fue la primera ley creada para regular la planificación reproductiva y fue de gran importancia para su implementación y organización en la salud pública. Los servicios públicos comenzaron a ofrecer varios métodos de concepción y anticoncepción científicamente aceptados, garantizando el derecho a la libertad de elección. Para ello, tuvieron que adaptarse y brindar atención para el tratamiento de infertilidad, colocación de DIU y la promoción de la ligadura de trompas.

Aunque la ley supuso un gran avance, contenía una importante limitación para la realización de la ligadura de trompas, especialmente durante el parto o el puerperio. Cabe resaltar que, en Brasil, con más de 50 millones de vulnerados, existe una enorme desigualdad social. Cuando a una mujer pobre, vulnerable y, a menudo, vulnerada se le impide someterse a una cirugía de ligadura de trompas simplemente porque está embarazada, es necesario preguntarse si no se está violando su autonomía, si no se está dejando de practicar la beneficencia y cometiendo una injusticia.

Desde la perspectiva de la bioética de protección, se cuestiona si no se está dejando de proporcionar algo necesario y beneficioso y dejando de proporcionar protección a un vulnerado. El juicio de que un acto es moralmente aceptable no implica que la ley deba permitirlo¹⁴. Sin embargo, la propia Ley 9.263/1996¹ utiliza las expresiones “igualdad de derechos”, “igualdad de acceso” y “libertad de elección”, y es con base en ella que se plantean tales cuestionamientos respecto a las

mujeres embarazadas, quienes durante muchos años vieron violados sus derechos simplemente por el hecho de estar embarazadas.

Además, al haber sido promulgada en una época en la que no existían conocimientos de bioética, la ley podría violar varios de sus principios. La actual ley de planificación familiar, Ley 14.443¹⁶, que entró en vigor en marzo del 2023, lo ilustra en la medida en que se caracteriza por un mayor respeto a la autonomía de la mujer a la hora de elegir la anticoncepción definitiva. La ligadura de trompas ahora está permitida en el momento del parto y en el puerperio en mujeres mayores de 21 años o en aquellas que tengan dos o más hijos vivos. El método irreversible debe elegirse al menos 60 días antes del parto: al tratarse de una elección definitiva, es importante que haya un período para que el deseo se consolide. La nueva ley elimina la necesidad del acuerdo y firma del cónyuge para

realizar el procedimiento, para ello es suficiente la voluntad individual.

Como profesionales de la salud, nuestro deber es ofrecer diversos medios de anticoncepción y facilitar el acceso a ellos, así como desaconsejar la ligadura de trompas precoz y, en caso de opción por la cirugía, explicar detalladamente que el método es irreversible, que no está exento de riesgos y que la mayor complicación es el arrepentimiento; sin embargo, una vez hecho esto, nos corresponde respetar la autonomía individual y no actuar de forma paternalista. La nueva ley se está cumpliendo y actualmente hay una gran demanda de ligadura de trompas. Quizá sea necesario realizar estudios futuros para evaluar el efecto de la nueva ley sobre el número de embarazos no deseados y sobre la tasa de arrepentimiento respecto a la opción del método irreversible.

Referencias

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 jan 1996 [acesso 2 set 2024]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
2. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 [acesso 2 set 2024];27(10):1906-16. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001000004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>
4. Carvalho SM. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso 2 set 2024]. Disponível: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25481_FINAL_SIMONE_2.pdf
5. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Temas de actualidad / Current topics [Internet]. 2002 [acesso 2 set 2024];11(3):192-205. Disponível: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
6. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, da Gama SGN, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey 2011/2012. Reprod Health [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2024];17:13(Suppl 3):118. DOI: 10.1186/s12978-016-0227-8
7. Dantas C. Mais de 55% das brasileiras com filhos não planejaram engravidar. G1 [Internet]. Bem Estar; 1 dez 2016 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-55-das-brasileiras-com-filhos-nao-planejaram-engravidar.ghtml>
8. Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2006 [acesso 2 set 2024];22(7):1447-58. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000700009.

9. Sanches MA, Simão-Silva DP. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2024];24(1):73-82. DOI: 10.1590/1983-80422016241108
10. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico [Internet]. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
11. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Brasil. Congresso Nacional. Relatório nº 2, de 1993 – CN: relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília: Congresso Nacional; 1993 [acesso 2 set 2024]. Disponível: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
13. Schramm RF, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saude Publica [Internet]. 2001 [acesso 2 set 2024];17(4):949-56. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DxJCCf8XTBmbQzG6NYNdKhP/?format=pdf&lang=es>
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
15. Schramm RF. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2008 [acesso 2 set 2024];16(1):11-23. Disponível: <https://www.ghc.com.br/files/BIOETICA%20DE%20PROTECAO.pdf>
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 set 2022 [acesso 11 set 2024]. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm

Analuce Mussel Dunley Santos – Estudante de doutorado – analucemussel@gmail.com

 0009-0003-7368-2145

Correspondencia

Analuce Mussel Dunley Santos – Rua Alencar Lima, 35, sala 1014, Centro CEP 25620-050. Petrópolis/RJ, Brasil.

Recibido: 18.3.2024

Revisado: 16.10.2024

Aceptado: 21.10.2024