

Resumen:

La circular N° 10 de la subsecretaría de la Salud busca aclarar y dar precisión a la Norma Técnica y Administrativa del Ministerio de Salud de Chile del año 2021, sobre vigilancia de la operación cesárea, específicamente sobre la llamada cesárea a requerimiento materno. Esta es definida en ambos documentos como *“aquella que se realiza sin inicio de trabajo de parto y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales”*.

Esta normativa ha causado preocupación en los servicios de Obstetricia por una fundamentación insuficiente y errada, la incoherencia de sus planteamientos, el eventual riesgo para los pacientes y para la profesión médica.

Intenta fijar una pequeña “ventana” de total autonomía para la persona gestante, que le permitiría decidir que un médico le realice una operación quirúrgica, en este caso una cesárea. Esta “ventana” sería en la semana 40 de gestación.

No se entiende la razón para que esa prerrogativa sea sólo en ese momento de la gestación, ni tampoco la razón que no sea indispensable el juicio clínico del médico tratante para la decisión de una intervención quirúrgica.

Finalmente, se propone una alternativa que asegura una relación médica-paciente armónica, respetando todas las autonomías y preservando el acto médico adecuado.

Palabras claves:

Autonomía personal, cesárea, toma de decisiones, derechos sexuales y reproductivos, ética médica.

Abstract:

Circular No. 10 of the Health secretary seeks to clarify and give precision to the Technical and Administrative Regulation of the Chilean Ministry of Health for the year 2021, on surveillance of the cesarean section, specifically on the so-called cesarean section at maternal request. This is defined in both documents as "that which is performed without the onset of labor and in the absence of traditional maternal or fetal indications".

This regulation has caused concern in Obstetrics units due to an insufficient and erroneous foundation, the incoherence of its approaches, the eventual risk for patients and for the medical profession.

It tries to set a small "window" of total autonomy for the pregnant person, which would allow to decide that a doctor performs her a surgical operation, in this case a caesarean section. This "window" would be in the 40th week of gestation.

The reason why this prerogative is only at that moment of gestation is not understood, nor is the reason why the clinical judgement of the attending physician is not indispensable for the decision of a surgical intervention. Finally an alternative is proposed that ensures an harmonious medical-patient relationship, respecting all autonomies and preserving the appropriated medical act.

Personal autonomy, cesarean section, decision making, reproductive rights, medical ethics

Introducción.

La circular N° 10 de la subsecretaría de salud, fechada el 23 de Noviembre del 2022 (1), que instruye directrices para la aplicación de cesáreas a requerimiento materno y que busca aclarar el contenido de la Norma Técnica y Administrativa del año 2021 (2) ha generado preocupación tanto en los servicios de Obstetricia como en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, debido a lo confuso de sus conceptos y a la incoherencia de sus planteamientos. Esta preocupación abarca no sólo el conflicto que puede ocurrir entre el juicio clínico del médico tratante y los deseos de la persona gestante por un mayor riesgo para sus pacientes, sino que genera un embrollo en los eventuales derechos que tendrían las pacientes y que en realidad enmascaran y atentan contra el sentido de los reales derechos que las pacientes tienen. Además de arriesgar gravemente el objeto de la profesión médica.

En definitiva la norma y la circular determinan sólo lo siguiente: “la cesárea por requerimiento materno se debe realizar en la semana 40 de gestación” e inscriben una definición: cesárea a petición sería “aquella que se realiza sin inicio de trabajo de parto y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales”. Se debiera entender entonces que estaría permitido o ¿sería obligatorio? para el médico tratante, realizar esa intervención quirúrgica sólo a petición materna, siempre que sea en la semana 40 y sin trabajo de parto. En ninguna parte de la norma se realiza una fundamentación que justifique esa ¿norma? ¿directriz? o ¿recomendación? que puede tener consecuencias serias para el ejercicio de la medicina y por ende a la seguridad de los pacientes.

Razonabilidad de la “norma”.

Sólo la circular N° 10 señala una serie de antecedentes que justificarían la razonabilidad de la directriz:

- En primer lugar señala que “La tipificación de la preferencia de la vía de parto por requerimiento materno se ajusta a la interpretación de los derechos reproductivos y su autodeterminación; en donde la mujer tiene derecho en forma libre a tomar decisiones en sus aspectos reproductivos” y cita la fuente de donde se habría obtenido esta aseveración (3). Sin embargo, al revisar ese documento se advierte en la página 132, que señalando que “las personas tienen derecho a decidir en sentido positivo o negativo sobre su reproducción” también dice que “el derecho a la procreación no es ilimitado, como no lo es ningún derecho subjetivo; su límite esencial está en el derecho de los demás, especialmente en los potenciales derechos del niño a procrear”. Además, la circular N° 10 reconociendo que “la autonomía reproductiva no se encuentra explícita en la normativa nacional”, asevera que se puede asimilar esa autonomía reproductiva al derecho de las personas a la libertad de conciencia y a la protección de la vida privada, asimilación de nula pertinencia para el caso que nos ocupa. De hecho, la libertad de conciencia está tratada en la Constitución Política de nuestro país en el artículo 19 N° 6, refiriéndose a la libertad de creencias y al ejercicio de todos los cultos. La protección a la vida privada y pública se trata en el mismo artículo 19 N° 4, refiriéndose a la protección a la vida privada, a la honra de la persona, de su familia y a sus datos personales y el N° 5 que se refiere a la inviolabilidad del hogar y de las comunicaciones privadas (4). Además, se menciona como antecedente que justificaría la norma, el artículo 16, letra e, de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), pero si se revisa ese artículo éste dice algo que no tiene relación con lo asegurado: “Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la

información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”(5).

Además, señala que en el mismo sentido la ley chilena 20.584 (6) en su artículo 14 expresa el derecho de la persona a otorgar y denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención en salud. Pero se olvida que una cosa es otorgar o denegar su voluntad para someterse a un tratamiento, y otra cosa muy distinta es exigir un procedimiento o tratamiento. Luego en nuestra reglamentación sanitaria ningún paciente puede exigir alguna intervención médica. Si se legitima el derecho a reclamar una intervención, sólo quedaría aceptarlo como un adecuado acto médico, con toda la gravedad que ello representaría o recurrir a la objeción de conciencia o de ciencia.

Acto médico y autonomía.

Se podrá decir que sí tendría cualquier paciente la posibilidad de optar entre algunos tratamientos. Aunque no está eso en la ley, pareciera razonable, y en nuestro caso se pudiera entender que la alternativa de un parto normal o una cesárea sería una alternativa de tratamientos. Pero ello siempre que se comprenda la atención de un parto normal como un tratamiento y eso no es así. Ni el control de un embarazo normal ni la atención de un parto normal son intervenciones médicas. De hecho, son las matronas las profesionales que tienen esa responsabilidad. Podrían serlo, eso sí, la aplicación de un fórceps o una cesárea.

Además, desde el punto de vista ético, si se les da a las personas gestantes esa posibilidad de exigir y que se les otorgue una intervención médica, nada impediría que esa posibilidad también se les otorgue a todo paciente, independientemente de su sexo o género, ya que no se ve que esa prerrogativa deba ser exclusiva sólo para personas gestantes. Pensemos qué ocurriría con la reflexión ética, con la reflexión sobre lo correcto o incorrecto de una acción, si en nuestro caso sólo debiésemos ser consejeros, mostradores de evidencia médica y finalmente solo acatadores de las decisiones de los pacientes. La medida de la corrección de una acción médica sería sólo la decisión de cada paciente. Recordemos que el Código de Ética del Colegio Médico de Chile en su artículo 17 señala : “El médico atenderá profesionalmente a su paciente en una relación de confianza y respeto, que garantice la libertad y autonomía de ambos” y en su artículo 20: “El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo” (7). De acuerdo a la circular N°10, el acceder a una exigencia de tratamiento sería la acción médica adecuada, eliminando el juicio clínico del profesional que se ha preparado para efectuarlo.

El problema de la evidencia.

Llama fuertemente la atención que instituciones respetadas como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (8) y el Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) (9) insistan, al proponer como lícita la cesárea a petición a partir de la semana 39, que existiría una cierta “indiferencia” de resultados entre parto vaginal y cesárea, a pesar que en sus documentos de información a las pacientes señalen las ventajas del parto vaginal, y a pesar que la OMS insiste en el objetivo de disminuir las tasas de cesáreas (10).

Pero, concediendo que sea cierto que “la evidencia científica médica no ha logrado establecer diferencias en términos de salud para la persona gestante y el gestado entre el parto normal y la cesárea”, aún así no se resuelve nuestro problema.

No se resuelve debido a que las decisiones clínicas son siempre sobre casos particulares y la evidencia nunca es evidencia sobre casos particulares, sino que sobre la suma y de una abstracción de ellos. No existirá nunca evidencia sobre qué es mejor en el caso particular de Juanita Pérez en tales condiciones de embarazo, porque ¿qué importa saber que a nivel global no hay diferencias entre el parto normal y la cesárea, si Juanita Pérez es una multípara de 2 con un embarazo de 39 semanas de curso normal? o ¿si Juanita tiene 39 semanas de gestación con una estimación de peso fetal sobre 4.500 gr. ¿podríamos decir que basados en la mejor evidencia científica disponible es razonable que Juanita decida un parto normal o una cesárea, en cualquiera de esas dos situaciones y fuese eso indiferente para nosotros los médicos? Recordemos que el juicio clínico siempre es sobre casos particulares.

Es rescatable, eso sí, el esfuerzo para obtener evidencia. Con todo lo que eso implica, la búsqueda nos revela que aun el tema de la salud de nuestros pacientes es importante para nosotros.

El concepto.

Lo que se entiende por cesárea a requerimiento no es banal, y tendrá mucha importancia al momento de proponer espacios para compatibilizar posturas.

La circular N° 10 la define como “*aquella que se realiza sin inicio de trabajo de parto y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales*”. La ACOG señala que “el parto por cesárea a petición, no es una entidad clínica bien reconocida o identificada (well-recognized) (8). Concordando con lo señalado por la ACOG, intentaré describir lo relevante que es tratar de concordar sobre qué vamos a entender por esa indicación de cesárea.

Fijémonos en la norma ministerial y en la circular N° 10: parten señalando que es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto. Es evidente que se trata de acotar su empleo, y si se trata de acotar su utilización, debe ser por alguna razón. Al Minsal no le gusta que se “libere” el derecho de una persona gestante a decidir ella un tratamiento, y opta por acotarlo lo más posible.

¿Qué razón podría existir para que una persona gestante no pudiera ejercer su autonomía durante el trabajo de parto? y solicitar ahí una cesárea. Es de todo imaginable que las únicas razones para que un sistema de salud lo acote, serían razones de salud. Podría existir esa evidencia. Parece probable que las complicaciones en una cesárea de urgencia sean mayores que en las electivas. Pero ¿qué pasa con la decisión informada de una paciente capaz de asumir libremente los riesgos? ¿No parece el discurso de la autonomía o autodeterminación como algo solamente cosmético? Por otro lado, ¿qué razón podría existir para que una persona gestante no pudiera ejercer su autonomía y exigiera por ejemplo, una inducción de su parto a las 39 o 40 semanas?

Veamos ahora la condición de ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales. Esto se puede entender como la ausencia de las típicas indicaciones maternas y fetales descritas en todos los libros de Obstetricia. En ese sentido, cualquier solicitud de cesárea no incluida en esas condiciones cumpliría el concepto.

Sin embargo. ¿es lo mismo la petición de cesárea por razones sociales o de comodidad, al compararla con la petición de cesárea por un miedo difícil de superar al parto normal?

Ambas carecerían de indicaciones tradicionales, y ambas estarían incluidas en la circular N°10. Pero parecen bastante diferentes, y la diferencia está en que sólo una estaría condicionada o condicionando un problema de salud, al cual un médico no puede dejar de considerar. Ni la norma ministerial ni la circular dicen nada de esto y caerían ambas indicaciones en el ítem cesárea a petición; cuando desde el punto de vista médico, una tiene suficiente peso para constituirse en una real indicación médica, y la otra no. Parece que estos puntos también debieran ser relevantes para nuestra consideración.

Antes del inicio del trabajo de parto.

Es evidente que la decisión de la semana 40 es tratar que la mayor cantidad de las gestantes pierdan la posibilidad de elegir una cesárea e inicien el trabajo de parto espontáneo. La propuesta de la ACOG y del RCOG es 39 semanas, lo que aumenta en una semana la posibilidad de que una mujer acceda a una cesárea por su sólo deseo.

Pero ¿de qué se trata todo esto? Existen muchos hechos tanto en la circular N°10, en las recomendaciones de la ACOG y del RCOG que muestran con fuerza algo que a los médicos nos parece muy relevante:

1. En todos esos documentos, se limita la decisión de la persona gestante, en el sentido que ella no puede decidir sobre la vía de parto, salvo en momentos muy acotados.
2. Tanto en las recomendaciones de la ACOG como del RCOG, se enfatiza la información a las pacientes en el sentido que el parto vaginal tiene menos riesgos que la cesárea. Es muy llamativo en las recomendaciones de la ACOG que esa información incluye los potenciales riesgos a futuro tales como placenta previa, acretismo e histerectomía en futuros partos, de una manera francamente intimidatoria (8).
3. En todos los documentos se evidencia una contradicción, pues a lo recién visto en el número anterior, se intenta también de alguna manera apelar a la evidencia de que desde el punto de vista de salud, sería indiferente la vía de parto, antes de aceptar la cesárea a requerimiento.
4. Tanto en la Norma ministerial, en la circular N° 10, como en los documentos de la ACOG y RCOG, se limita la posibilidad de cesárea a petición, a una edad gestacional donde los riesgos de prematuridad son mínimos.

Existe entonces un hecho que debiésemos enfrentar y reconocer: habría una especie de conflicto entre nuestra reponsabilidad como médicos, los fines de la medicina y nuestros hábitos profesionales, con eso de que una persona puede no sólo decidir por su cuenta, sino que además exigirle a otro que implemente su decisión. El problema es entonces más profundo que el espacio temporal de una semana entre la propuesta del Minsal e instituciones como la ACOG o el RCOG, y que no se resuelve con darle estatuto de acción médica correcta, a una intervención que se inicia por una exigencia de un paciente y que nuestra experiencia nos puede mostrar como de mayor riesgo para nuestros pacientes.

Recapitulación.

La circular N° 10 del Ministerio de Salud, instruye directrices para la aplicación de cesáreas por requerimiento materno. Las únicas justificaciones son una serie de antecedentes, que tal como vimos anteriormente, carecen de la mínima verosimilitud y pertinencia que sirvan como fundamentación para justificar un cambio en la relación médico-paciente y que puede traer riesgos muy relevantes para la profesión médica. No sólo eso, también las directrices de la circular introducen incoherencias tan importantes, que es difícil que las personas gestantes puedan ni siquiera pensar que existe en ellas un respeto real a su autonomía y autodeterminación. Esto sin duda generará una sensación de incompreensión para las

pacientes y también para los movimientos que legítimamente buscan un reconocimiento a la autonomía y autodeterminación de las mujeres.

Veamos las incoherencias: En la circular N° 10 se describen las consideraciones que el médico tratante debe ponderar antes de realizar una cesárea a requerimiento materno. Todas ellas se refieren a que debe primar la *lex artis*, que se debe priorizar la beneficiencia para la madre y el feto, que la cesárea debe “recomendarse” como única alternativa médicamente razonable, si y sólo si en el juicio clínico la cesárea es clínicamente mejor que el parto vaginal, que se debe educar a la gestante en que el parto vaginal es mejor que la cesárea y que nunca se justifica una cesárea por la necesidad de esterilización. Sin embargo, después de todas estas aseveraciones que van en la línea de respetar el juicio clínico, buscar lo mejor para la madre y el feto y dejar a la cesárea sólo si clínicamente es mejor que el parto vaginal, aparece de la nada que “la cesárea por requerimiento materno se debe realizar en la semana 40 de gestación” ¿cómo se entiende esta incoherencia? ¿dónde está la fundamentación de esta directriz, norma, o sugerencia?

Propuesta.

En la circular N°10, aparece, sin justificación ni fundamentación, la directriz hacia los médicos obstetras de realizar una intervención quirúrgica (propia de la Medicina), teniendo frente a ellos la sola decisión de una paciente. Le entrega a la paciente una pequeña “ventana” temporal en donde su voluntad se debe respetar absolutamente. Algunos han ampliado esa “ventana” en sólo una semana más (ACOG y RCOG), pero no durante todo el curso del embarazo y del trabajo de parto. Además, para legitimar esas intervenciones respecto a nuestra responsabilidad profesional, se apela a una cierta indiferencia de resultados clínicos, que serían evidentes de manera global, pero que en ningún caso son suficientes para resolver los casos particulares, que son los que nos toca resolver como clínicos.

Esa legitimación solamente sería válida cuando en una situación particular, el clínico tenga una honesta perplejidad sobre cual curso de acción sea mejor para sus pacientes (11), y esa situación pudiera ocurrir en todo el curso del proceso de embarazo y parto y no sólo en una ventana temporal. Estamos tratando de legitimar una acción médica a requerimiento, siempre cuando sea compatible con la obligación médica, tal como lo expresa la misma circular N°10: “A priori, la decisión médica siempre está centrada como un acto clínico que no debe producir daño y más aún debe prevenirlo (*primun non nocere*)”. Para ello acudimos a la evidencia, pero ella es esquivia; más aún, es insuficiente para reemplazar el juicio clínico particular. El riesgo es muy grande para nuestra profesión; llegar a considerar como actos médicos verdaderos y legítimos, aquellos solicitados por los pacientes sin un juicio clínico en cada caso particular.

¿Qué sería mejor? Seguir la propuesta de la circular N°10, ampliando sólo en una semana la ventana de respeto incondicional a la voluntad de una paciente? o buscar otra solución que permita realmente compatibilizar el juicio clínico con los deseos de la persona gestante?

La primera solución parece insuficiente, debido a que entrega una autonomía muy limitada y tiene varios riesgos no menores. El primero de ellos es que genera incompreensión frente a esa política de salud. No se ve cómo una mujer va a encontrar razonable que se le permita total libertad para solicitar y exigir un tratamiento, —independientemente de razones médicas— sólo en algunas situaciones y no en otras.

El segundo es que instala una visión de la relación médico-paciente como una confrontación. Tercero, arriesga seriamente un mal resultado médico debido a eventuales intervenciones que van en contra de la *lex artis*, y cuarto, posibilita que la exigencia por intervenciones médicas

sin indicaciones reales, conviertan a los médicos en meros operadores de las decisiones de los pacientes, arriesgando el objeto de nuestra profesión.

Todos perdemos; las pacientes pierden la oportunidad de ser evaluadas y tratadas por un profesional que se ha capacitado para ello, comprometiéndose a entregar toda su experiencia clínica para que el embarazo termine con el mejor resultado, y los médicos perdemos esa oportunidad para la cual nos hemos preparado, el involucrarnos en hacer lo mejor para los pacientes —considerando en nuestras decisiones no sólo el conocimiento médico sino que también los deseos de los pacientes— quedándonos sólo con la ejecución de una intervención en la que quizá no estemos de acuerdo y que puede violentar nuestro ethos profesional.

Parece que tenemos una oportunidad de aportar a nuestros colegas una visión de nuestra especialidad, que respete la autonomía de nuestros pacientes y a la vez nuestra responsabilidad como médicos.

Tenemos que lograr una solución que: respete seriamente los deseos de las pacientes, que sea válida en cualquier situación particular (en nuestro caso en todo el proceso de embarazo y parto), que asegure el mejor resultado para los pacientes y que respete todas las autonomías involucradas. Con eso superaremos a la circular N° 10 y a las recomendaciones del ACOG y del RCOG y tendremos la mejor satisfacción por nuestro trabajo de parte de nuestras pacientes.

Se propone en definitiva, el siguiente concepto o definición de cesárea a requerimiento materno:

“Aquella que se realiza a petición de la persona que gesta en cualquier momento de su embarazo y parto, cuando el clínico duda cual vía de parto es mejor en términos de salud para sus pacientes”

Esta definición tendría las siguientes ventajas:

1. Permite que la persona gestante pueda solicitar una cesárea en cualquier situación clínica donde se plantee la alternativa de la vía de parto, incluyendo el trabajo de parto. Y no solamente en una ventana temporal.
2. Permite compatibilizar de manera adecuada lo que todos buscamos: una armonización entre el “correcto acto médico” y el respeto a la autonomía de la persona gestante.
3. No implica una confrontación entre la responsabilidad médica y los deseos de la persona gestante.
4. No implica riesgos para ninguno de los pacientes. La vía de parto se determinaría de acuerdo a los deseos de la paciente en todas aquellas situaciones donde el juicio clínico del médico esté en un estado de duda.
5. Se reemplaza el criterio de la evidencia clínica considerada globalmente, por el juicio clínico en cada caso particular.
6. Permite incluir en la toma de decisión, no solo aquellas indicaciones maternas o fetales tradicionales. Al ser un juicio clínico, se incorporan a la deliberación todas aquellas situaciones que, sin tener un sustrato orgánico, puedan constituir un impedimento de índole personal para el parto vaginal.
7. Se evita el riesgo de convertir a los médicos en meros ejecutantes de las decisiones de los pacientes.

Referencias:

- 1.- Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Instruye Directrices para la Aplicación de Cesáreas por Requerimiento Materno. 2022. Disponible en : <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Circular-N%C2%B010-Cesareas-por-Requerimiento-Materno.pdf>. Consultado 24 de Enero, 2023.
- 2.- Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría de Salud Pública/Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Decreto exento N°41. Norma Técnica y Administrativa Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea. 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>. Consultado 24 de Enero, 2024.
- 3.- Ceballos A, López H. Derechos sexuales y reproductivos. Cuadernos Jurídicos de la Academia Judicial. DER Ediciones. Santiago, Chile, 2021.
- 4.- Constitución Política de la República: Disponible en : https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf. Consultado 22 de Enero 2023.
- 5.- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>. Consultado 20 de Enero 2023.
- 6.- Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>. Consultado 19 de Enero 2023.
- 7.- Colegio Médico de Chile. Código de Ética. Disponible en: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2022/07/codigo-de-etica_FINAL-2022-2.pdf. Consultado el 20 de Enero 2023.
- 8.- ACOG Committee Opinion. Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol. January 2019; 133 N°1: 73-77.
- 9.- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Planned Cesarean Birth. Consent advise N° 14. August 2022. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/33cnfvs0/planned-caesarean-birth-consent-advice-no-14.pdf>. Consultado el 19 de Enero 23.
- 10.- WHO. WHO recommendations not clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. World Health Organization. Geneva, 2018.

[REDACTED]

.

