

# ¿Cesárea innecesaria?: una mirada bioética a esta modalidad del nacimiento en Chile y Venezuela

## Unnecessary caesarean section?: A bioethical vision at this birth modality in Chile and Venezuela

José Ramón Urdaneta Machado<sup>1a,b</sup>, Cynthia Belén Vergara Maldonado<sup>2c</sup>,  
Nasser Saleh Baabel Zambrano<sup>3b</sup>

### RESUMEN

*La operación cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la humanidad y de las más practicadas, su ejecución ante el riesgo obstétrico ha logrado el éxito reproductivo en millones de embarazadas y sus neonatos. Sin embargo, en la actualidad el incremento exponencial en muchos países de los nacimientos mediante cesáreas es considerado un problema de salud pública, debido a que no es un procedimiento libre de riesgos y con complicaciones a corto y largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido; por lo que puede acarrear problemas éticos morales principalmente relacionados con los principios de autonomía y de beneficencia/ no maleficencia, sobre todo cuando su práctica no*

*está lo suficientemente justificada. Es por ello que, se propuso realizar una revisión narrativa, a fin de analizar el marco biojurídico y las consideraciones e implicancias bioéticas en la realización de la cesárea.*

**Palabras clave:** Autonomía; Beneficencia; Bioética; Cesárea, Nacimiento.

### SUMMARY

*The cesarean section is one of the oldest surgical interventions in humanity and one of the most practiced, which has managed to benefit millions of pregnant women and their newborns. However, currently, the exponential increase in births through cesarean sections in many countries is considered a public health problem because it is not a risk-free procedure and with short and long-term complications for both the mother and the newborn; therefore, it can*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.1.22>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6972-1522><sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8209-9304><sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-988X><sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Instituto de Anatomía, Histología y Patología. Universidad Austral de Chile.

<sup>2</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Facultad de Medicina - LUZ, Venezuela

<sup>3</sup>Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Austral de Chile.

**Recibido: 21 de diciembre 2023**

**Aceptado: 23 de enero 2024**

E-mail: doctorjrur@hotmai.com

E-mail: cynthia.vergara@uach.cl

E-mail: nasserbaabel@gmail.com

Autor de correspondencia: Dr. José Ramón Urdaneta Machado

E-mail: doctorjrur@hotmai.com

Edificio Anatomía. Instituto de Anatomía Histología y Patología.  
Universidad Austral de Chile. Campus Isla Teja. Valdivia.  
Región de Los Ríos.

*lead to moral and ethical problems mainly related to the principles of autonomy and beneficence/non-maleficence, especially when its practice is not sufficiently justified. For this reason, it was proposed to carry out a narrative review to analyze the biolaw framework and the bioethical considerations and implications of performing a cesarean section.*

**Keywords:** *Autonomy, beneficence, bioethics, cesarean section, birth.*

## INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas que conoce la humanidad, existiendo a lo largo de los siglos y controversial respecto a sus múltiples técnicas e indicaciones. El origen del procedimiento y su nombre, no son del todo conocidos, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones; siendo la más popular de todas se desprende del nacimiento de Cayo Julio César (101- 44 a.n.e), quien según Plinio el Viejo vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre; sin embargo, de acuerdo con la mitología griega, el nacimiento de Asclepio fue el primer parto por cesárea de la humanidad, mientras que también se cree que su nombre se origina de la llamada “Ley Regia o Ley César” de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 715 y 773 a.n.e. (1).

Recibe el nombre de cesárea la intervención quirúrgica mediante la cual se realiza la extracción de uno o varios fetos, la placenta y las membranas a través de una incisión en la pared uterina (histerotomía) y, en la mayoría de los casos, en la pared abdominal (laparotomía) (2); aunque se realiza con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada con el momento del nacimiento cuando el parto vaginal podría traer consigo complicaciones, dado a que es un procedimiento quirúrgico mayor no libre de complicaciones y que como tal está relacionado con lesiones que no se producen durante los partos vaginales (3). La operación cesárea es la intervención quirúrgica obstétrica más frecuente en la mayoría de los países, a pesar de que su morbimortalidad es mayor que la del parto normal (4); aunque desde 1985, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) establece que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 % y el 15 % (5), en los últimos 30 años la incidencia de la cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países occidentales, con valores que superan el 15 % al 35 % (3).

En Venezuela, se ha demostrado que el uso del acto quirúrgico en los años iniciales evolucionó de una cesárea por cada 20 pacientes, a una cesárea por cada dos o tres pacientes recientemente (6); específicamente en el Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” e la ciudad de Barquisimeto, para el año 2019 se reportó una tasa de cesáreas de 48,75 % (7). Por su parte, Chile para 2019 ocupaba el tercer puesto de los países con mayores tasas de cesáreas (47,7 x 100 nacimientos), por detrás de Turquía y México (8), ya en el año 2021 con un 59 % de cesáreas: 49 % en el sistema público, y 73 % en el privado (9); mientras que, en otros países de la región como Colombia, de cada dos colombianos, uno nace por cesárea y aunque la reducción en la morbilidad materna es un hecho, es posible que los científicos en salud no vislumbren el impacto de este tipo de fenómenos (10).

Este incremento en el número de cesáreas que se realizan en todo el mundo es consecuencia de múltiples causas todavía no del todo bien establecidas (11); pudiéndose mencionar un sin número de circunstancias entre las que se destacan el mayor acceso a intervenciones en salud, el nivel de educación o cultural de las madres y mayores réditos económicos al personal sanitario (12). Por su parte, factores como la disminución de los riesgos inherentes a su práctica por los avances registrados en anestesia, técnica quirúrgica y cuidados perioperatorios, la creencia de que ofrece mayor seguridad para el feto y evita problemas que se producen durante el parto como las disfunciones del suelo pélvico, el estrecho control del bienestar fetal intraparto, el aumento de embarazos gemelares como consecuencia del uso de técnicas de reproducción asistida, el miedo en relación con ciertos aspectos médico-legales o las exigencias de una población de pacientes cada vez más demandante (2); asimismo, las edades extremas de la vida reproductiva, la enfermedad hipertensiva del embarazo, así como la edad gestacional menor de 37 semanas o 42 semanas y más, incrementan significativamente la posibilidad de la cesárea (13).

Uno de los temas de salud más sonados en la esfera pública y que ha trascendido a la discusión ética es el referente al uso excesivo y en ocasiones no fundamentado de la operación cesárea, la cual, aunque debería ser una cirugía reservada únicamente a casos en los que el parto por vía vaginal sea riesgoso, en la actualidad se constituye como una alternativa que ya no toma de manera exclusiva y razonada el médico, sino que incluso es una opción que el mismo paciente elige (14). La cesárea innecesaria es un problema multifactorial relacionado con razones de carácter sociocultural, económico, demográfico, aspectos clínicos, o del desempeño de la práctica médica y de la organización de los servicios de salud (15).

La práctica excesiva e innecesaria de procedimientos quirúrgicos como la operación cesárea, debe combatirse desde el origen mismo de las creencias que respaldan la decisión de la futura madre de preferir este proceso al parto por vía vaginal, pues independientemente de la autonomía del paciente, es obligación del médico actuar siempre en favor y beneficio de su salud y bienestar (14). Un procedimiento innecesario puede tener un riesgo no medido o ser de peor efecto, sin embargo, existen aún condiciones clínicas y biológicas que requieren se siga realizando; por tanto, identificar la diferencia entre condiciones clínicas y no clínicas de la cesárea es una meta en los servicios dedicados a la obstetricia moderna (10).

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años, trayendo consigo un aumento significativo en la morbi-mortalidad materna y neonatal (16); la OMS propone caracterizar y clasificar los eventos y los resultados en la población atendida en relación con las cesáreas en cada unidad de partos para determinar su propia tasa y analizar qué factores están influyendo en el alto porcentaje de procedimientos, para intervenirlos en busca de reducir la frecuencia (5). La atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento ya que la violencia que viven las mujeres al atender sus partos se ha incrementado; al respecto, la práctica de cesáreas injustificadas es un ejercicio naturalizado de violencia obstétrica, la cual constituye una violación a los derechos humanos; por lo que el aumento de las cesáreas puede considerarse como un proceso en el que las

mujeres finalmente reciben menos información y menos opciones y en el que los obstetras se apropian del papel central del parto a expensas de las mujeres (17).

Ante la decisión de la intervención quirúrgica en manos de obstetras y ginecólogos, y el aumento desmedido de cesáreas innecesarias, es preciso otorgar una mirada que involucre la población de especialistas y las implicancias bioéticas que aportan desde su perfil profesional, lo que involucra el origen de su formación y el ejercicio en un contexto socio político y económico; cabe acotar que la ética médica puede cambiar a lo largo del tiempo y según el país en respuesta a los avances de la ciencia y tecnología médicas y los valores de la sociedad (18). Por otra parte, el aumento de la población inmigrante es un nuevo desafío a la atención médica en Chile, donde sus médicos destacan la falta de formación que les permita situarse adecuadamente al nuevo contexto y brindar una atención pertinente a las necesidades de la creciente población extranjera, cada vez más heterogénea en su composición (19).

En esta línea, Chile ha recibido entre 2005 y 2018 un total de 12 565 profesionales de solicitudes de residencias temporales por parte de médicos cirujanos y médicos especialistas extranjeros, de los cuales 5 158 corresponden a médicos venezolanos; los cuales migran a este país buscando un mejor futuro, dado a que es una nación estable con una economía sólida, una institucionalidad clara con instituciones democráticas respetadas que lo convierten en un país atractivo para la población migrante (20). Cabe destacar que para el año 2022, la superintendencia de salud chilena registraba 62 143 médicos cirujanos y 31 491 médicos especialistas, de los cuales 2 642 son reconocidos como especialistas en Obstetricia y Ginecología; aunque no se precisa la cantidad de médicos especialistas extranjeros, para el caso de los médicos cirujanos, 5 230 (20 %) de los que laboran en la red asistencial pública de salud se han titulado en el extranjero, siendo solo el 16,83 % médicos chilenos titulados en el extranjero y 85,14 % profesionales médicos titulados provenientes, principalmente, de Venezuela, Ecuador, Cuba y Colombia (21).

Ante estos nuevos escenarios de movilidad internacional, donde confluyen especialistas de

diferentes nacionalidades, se propuso revisar las consideraciones bioéticas involucradas en la realización de cesáreas tanto en Chile como en Venezuela, destacando cómo los principios bioéticos influyen en la práctica médica y la toma de decisiones de pacientes y profesionales de la salud; bajo la mirada del basamento biojurídico de ambas naciones.

### **Marco Jurídico y Ético-Deontológico**

El informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, en septiembre de 1994 (22), ha establecido que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; incluyendo el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

La autonomía de las pacientes en cuanto a la elección del modo de parto que fue discutida en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos Civiles y Políticos de la Mujer e incluida en el capítulo sobre el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y en el ámbito de la política de no discriminación, asociada al artículo 1 de la Convención para la Eliminación de las Formas de Discriminación contra la Mujer (23), de 1979; esta convención estipula que debe evitarse “toda distinción, exclusión o restricción por motivos de sexo que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, cualquiera que sea su estado civil, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, de los derechos humanos o de las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o cualquier otro ámbito”. Así, garantizar el derecho de las mujeres a elegir su modo de parto está en absoluto acuerdo con las propuestas contenidas en las declaraciones citadas, ya que las personas capaces tienen derecho a considerar sus opciones y tomar

sus propias decisiones, ya sea consintiendo o rechazando el tratamiento médico.

La Constitución Política de Chile (24) establece en su artículo 19 (No. 6) el derecho a las personas a la libertad de conciencia, mientras que en su artículo 19 (No. 4) señala el derecho a la protección de la vida privada de la persona; derechos que tienen inferencia en lo referente al consentimiento informado y a la autonomía reproductiva de la mujer. En esta línea, en abril del 2012, se dicta la Ley No. 20.584 (25), que declara los derechos y deberes de los pacientes mediante la regulación del consentimiento informado, proporcionando autonomía para decidir sobre un procedimiento médico; en su artículo 14 se reconoce que: “Toda persona tiene derecho a aceptar o no someterse a cualquier procedimiento o tratamiento relacionado con su atención médica, dentro de las limitaciones establecidas en el artículo 16”. Asimismo, expone que el consentimiento debe ejercerse libre y voluntariamente, expresado e informado; teniendo el profesional sanitario la obligación de proporcionar al paciente información oportuna, adecuada, suficiente y comprensible sobre el estado de salud, el posible diagnóstico, procedimiento quirúrgico a realizar, procedimiento anestésico requerido, opciones de tratamiento disponibles, riesgos de ambos procedimientos, resultados esperados y proceso posoperatorio predecible.

Con anterioridad a la promulgación de esta Ley no existía normativa nacional sobre consentimiento informado en materia de acciones de salud; sin embargo, el libro V del Código Sanitario (26), que regula el ejercicio de la medicina y demás profesionales del área de la salud, se cimenta en principios como la dignidad de las personas y su autonomía en la atención de salud y los derechos de las personas a decidir informadamente, los cuales tienen inferencia en este tema. De igual manera, el Código de Ética del Colegio Médico de Chile (27), en su título tercero “de las relaciones del médico con sus pacientes” establece en sus artículos 24 a 28 que el médico deberá informar a su paciente de manera veraz y en lenguaje comprensible y que toda atención médica debe contar con el consentimiento del paciente; recomendando sea consignado por escrito, estipulando el derecho de los pacientes a negarse y estableciendo la

actuación del médico a conciencia en los casos de urgencia médica impostergable o donde el paciente no estuviese en condiciones de otorgar su consentimiento (menores de edad, incapacitados o situaciones de urgencia) y no fuese posible obtenerlo de su familia.

Asimismo, la Norma técnica y administrativa: Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea del Programa Nacional de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud (28) dispone que a todas las mujeres se les debe entregar información acerca del motivo de la indicación de su cesárea, de los riesgos y posibles complicaciones; al mismo tiempo que especifica las diferentes indicaciones para la práctica de esta intervención (Cuadro 1). Por su parte, la circular No. 10 del Ministerio de Salud de Chile (29) instruye las directrices para la aplicación de la cesárea por requerimiento materno, estableciendo que debe realizarse a las 40 semanas de gestación, garantizar que la mujer haya recibido una consejería efectiva e información adecuada, y que debe primar en la decisión la *lex artis*, donde el principio de beneficencia para el binomio materno-fetal son prioritarios; de igual manera señala, que no debe justificarse por el deseo de esterilización quirúrgica, no debe estar originada en la falta de disponibilidad de tratamiento eficaz del dolor y no podrá realizarse si la mujer la solicita durante el trabajo de parto o aunque la haya solicitado ingresa a la consulta con trabajo de parto.

En relación con lo anterior, desde otra realidad país como Venezuela, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (30) establece en su artículo 76 que el Estado garantiza asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, parto y el puerperio; asimismo, el artículo 46, numeral 3, que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, por lo que ninguna persona puede ser sometida sin su libre consentimiento a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida. Por su parte, la Ley del Ejercicio de la Medicina (31) obliga a los médicos como deber principal el respeto a la vida y a la persona humana (artículo 24); así como a respetar la voluntad de los pacientes manifestada por escrito (artículo 25); en tanto que la Ley Orgánica de Salud (32) establece que los pacientes tienen

derecho a recibir en términos comprensibles la información prescindible para que puedan dar su consentimiento informado ante las opciones terapéuticas (artículo 69).

A su vez, el Código de Deontología Médica venezolano (33) establece en su artículo 1 que los médicos tienen como deberes el respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, mientras que en el artículo 15 los obliga a no exponer a sus pacientes a riesgos injustificados y a solicitar su consentimiento informado; asimismo, expresa que los enfermos tienen derecho a ser informados sobre los riesgos inherentes y recibir la información necesaria para dar un consentimiento libre, previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como a rehusar determinadas indicaciones terapéuticas siempre se trate de adultos mentalmente competentes (artículo 69).

A diferencia de Chile, donde apenas en el año 2023 entró a discusión en el senado Ley de parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica, conocida como “Ley Adriana”, en Venezuela desde el año 2007 se promulgó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (34), la cual tipifica en su artículo 19 tres formas de violencia contra la mujer relacionada con la atención médica: violencia ginecológica, esterilización forzada y violencia obstétrica, expresada esta última por una apropiación del cuerpo de la mujer, con abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; según esta norma practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, constituye una forma de violencia obstétrica, la cual conlleva una multa económica y procedimiento disciplinario por el respectivo colegio profesional (artículo 66).

Asimismo, la Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad, promulgada en 2007 y reformada en 2022, en su artículo 18 señala que el Estado desarrollará programas dirigidos a garantizar asistencia y protección integral a la maternidad y a la paternidad, de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la

ley (35). Con respecto a estos programas normas técnicas para la atención materna, el Ministerio del Poder Popular para la Salud publicó los Protocolos de atención en Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia (36) como

guía nacional para regir la atención materna y orientada a disminuir la mortalidad materna; en esta norma técnica se señalan las indicaciones para la realización de cesáreas, tanto electivas como de emergencia (Cuadro 1).

Cuadro 1. Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Chile y Venezuela

CHILE*	VENEZUELA**
<p><b>Causas Fetales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación transversa</li> <li>- Presentación podálica</li> <li>- Registro fetal no tranquilizador (anormal, ominoso, positivo o categoría III)</li> <li>- Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado</li> <li>- Macrosomía fetal</li> <li>- Malformaciones cuyo manejo se beneficie de interrupción por cesárea o que no puedan tener parto vaginal</li> </ul> <p><b>Causas ovulares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placenta previa</li> <li>- Corioamnionitis en tratamiento</li> <li>- Desprendimiento prematura de placenta normoinsera</li> <li>- Procidencia de cordón</li> <li>- Embarazo Múltiple (Indicación Absoluta: gemelos monomanióticos, siameses, presentación no cefálica del 1er gemelo; Indicación relativa: Presentación cefálica del 1er gemelo con presentación no cefálica del 2do gemelo)</li> </ul> <p><b>Causas Maternas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de dos o más cesáreas</li> <li>- Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables (Bishop &lt; 6) y/o con patología materna que amerite interrupción inmediata del embarazo</li> <li>- Antecedentes de cirugía vaginal previa</li> <li>- Transmisión vertical de infecciones materna (Mujeres VIH+ sin tratamiento antiretroviral en el embarazo o con carga viral mayor a 1000 copias, Embarazadas con Virus de la Hepatitis C, Infección primaria del Virus del Herpes Genital durante el III trimestre de gestación).</li> <li>- Madre muerta – Feto vivo</li> </ul> <p><b>Indicaciones según la situación clínica obstétrica - perinatal de cada caso clínico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preeclampsia Severa – Eclampsia – Síndrome de HELLP según condiciones obstétricas.</li> <li>- * Malformaciones fetales (Ejemplo: macrocefalia, mielomeningocele, encefalocele entre otras).</li> <li>- Registro no tranquilizador según condiciones obstétricas.</li> <li>- Falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa (dilatación estacionaria).</li> <li>- Prueba de trabajo de parto fracasada.</li> <li>- Inducción fracasada.</li> </ul>	<p><b>Causas Fetales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentaciones viciosas</li> <li>- Situación transversa</li> <li>- Embarazo múltiple</li> <li>- Malformación o tumoración fetal</li> <li>- Peso fetal estimado menor a 1 500 g o mayor a 4 000 g</li> <li>- Prevención de contaminación fetal por infección materna: VIH positiva, herpes, condilomatosis vaginal extensa.</li> </ul> <p><b>Causas Ovulares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placenta previa</li> <li>- Vasa previa</li> <li>- Acretismo placentario</li> </ul> <p><b>Causas Maternas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 o más cesáreas previas</li> <li>- Cirugías previas sobre el músculo uterino</li> <li>- Una cesárea previa y por desproporción feto-pélvica</li> <li>- Malformación o tumoración en algún segmento del canal del parto</li> <li>- Enfermedad materna severa</li> <li>- Neoplasia cervical, según criterio médico</li> <li>- Madre portadora de VIH</li> </ul> <p><b>Indicaciones de cesáreas de emergencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolapso o procidencia de cordón</li> <li>- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera</li> <li>- Placenta previa</li> <li>- Sufrimiento fetal agudo</li> <li>- Detención del trabajo de parto</li> <li>- Presentaciones viciosas</li> <li>- Inminencia de rotura uterina.</li> </ul>

\* Norma técnica y administrativa Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (28).

\*\* Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Ministerio del Poder Popular para la Salud (36).

### Consideraciones bioéticas

Según Vanegas y col. (37), los problemas ético-morales asociados con la operación cesárea pudiesen ser analizados desde varios enfoques. Así pues, bajo el modelo consecuencialista, el problema ético no estaría en realizar o no una cesárea, sino en el resultado; en cuyo caso, sería moralmente tolerable hacer el procedimiento en una mujer y niños sanos, sin complicaciones; por su parte, de acuerdo con la teoría kantiana el énfasis estaría en las motivaciones de una cesárea, por lo que mientras exista la posibilidad de una acción o interés subyacente diferente a lo establecido en los protocolos para una cesárea, esta no sería moralmente tolerable. Si se enfoca el problema en la ética de la virtud, se encontraría una posición de características individualistas, donde lo que sería bueno para una comunidad no lo sería para otra y por tanto, la preferencia por la cesárea estaría vinculada con factores relacionados con valores culturales; mientras que basándose en la teoría feminista se fortalece la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y estas tendrían derecho a decidir sobre un procedimiento de cesárea o un parto natural. No obstante, ninguno de estos enfoques racionales, u otros que se han propuesto, ha logrado una aprobación universal, tal vez una combinación de estos enfoques que incluya las mejores características de cada uno sea la mejor manera de tomar decisiones éticas racionalmente (18).

A continuación, se analizan las consideraciones bioéticas que se deberían tener en cuenta para poder tomar decisiones sobre la realización de una operación cesárea.

#### a) Autonomía del Paciente

Uno de los principios bioéticos centrales es la autonomía del paciente, que implica el derecho de una persona a tomar decisiones informadas y libres sobre su atención médica. Respecto a este principio, cuando la atención del nacimiento se centra en aspectos meramente biológicos del proceso de parto, desconociendo la participación activa de las pacientes en la toma de las decisiones inherentes a su salud; en el contexto de la cesárea, esto se traduce en el derecho de la madre a tomar una decisión informada sobre

el método de parto. Resulta difícil obtener un consentimiento informado cuando los beneficios y riesgos de un determinado procedimiento no son bien comprendidos, tal es el caso entre un parto vaginal, que es la vía natural y una cesárea; no queda claro si la paciente está asumiendo el derecho de autonomía o está eligiendo entre dos modos de resolver el parto (38).

Sin embargo, la asistencia clínica y la salud pública usan cada vez más medios coercitivos y paternalistas, donde el médico asume la toma de decisiones como un deber, en el lugar de la mujer, y el paternalismo estatal se compromete a garantizar la mejor atención, incluso utilizando medios coercitivos para proteger a las personas de sí mismas (37); ahora, considerando todos los factores de la *lex artis*, existe una incertidumbre o perplejidad legítima de la vía de parto, por lo que es adecuado considerar la autonomía de la paciente, la que siempre tiene que estar informada del curso de los acontecimientos (28).

El principio de la autonomía, que trata de garantizar a los pacientes decidir respecto a la aceptación o no de las intervenciones ofrecidas por el personal de salud, permite la solicitud de cesárea por parte de la gestante, la cual debe ser respetada, pero esta decisión debe ser consciente, en una paciente debidamente informada acerca de los beneficios y riesgos demostrados; recientemente, se ha incorporado el concepto de cesárea por solicitud materna, la cual se presume debe ser debidamente informada respecto a los beneficios y riesgos materno-fetales a corto y a largo plazo (39). Al respecto, existe amplio acuerdo internacional en que la autonomía de la mujer embarazada para tomar decisiones en concordancia con o contrarias a las recomendaciones de su obstetra u otros miembros de su familia, deben ser respetadas incluso en aquellos casos en que la decisión de la mujer pone en riesgo su vida o afecte su salud y la de su feto; más aún, existe consenso en que el uso de métodos coercitivos, la manipulación de la información y de la conciencia de la paciente, o la coacción en contra de la mujer, son éticamente inaceptables, aun cuando el objetivo que se persigue sea proteger su salud y/o la de su feto (40).

Sin embargo, la operación cesárea no debería ser una alternativa a disposición de la futura

madre sobre cómo llevar a término el parto, pues esto altera completamente el fin mismo del procedimiento, cuyas indicaciones fueron previamente señaladas, aunque, si la decisión llegase a recaer en la mujer, esta debe hacerse de un conjunto de creencias e información real y verdadera sobre los beneficios y riesgos de esta cirugía, y asegurar de esta manera que su decisión no solo es coherente, lógica y consistente, sino también lo más racionalmente posible, donde el médico busque el mayor bienestar de ella y la de su futuro hijo; el respeto a la autonomía solo puede configurarse cuando se pueda comprobar que el paciente cuenta con toda la información para tomar una óptima decisión, lo cual en la mayoría de los casos, no es así, cuando sólo se puede presumir de una verdadera autonomía si la elección racional del paciente llega a configurarse (14).

Aunque dentro de la obstetricia se viene experimentando una transformación que apuesta por garantizar la autonomía de la embarazada en las decisiones relacionadas con el parto basándose en información científica; para algunos autores que están en pro de la práctica de cesárea por solicitud materna, la pregunta es si los médicos deberían interferir con la libertad de las mujeres embarazadas de elegir su modo de parto, tratando de persuadirlas para que elijan el parto vaginal, cuando la medicina ha evolucionado para incluir cirugías obstétricas que son seguras y producen pocas complicaciones perioperatorias, especialmente cuando la cesárea se realiza a partir de las 39 semanas de edad gestacional. Estudios en primigestas brasileñas han demostrado que la cesárea electiva no presentaba mayor riesgo de complicaciones que el parto vaginal; lo cual garantiza la autonomía y el derecho del individuo a elegir la modalidad del nacimiento (41).

Tanto en Chile como en Venezuela, existe un marco jurídico y ético-deontológico que otorga a la mujer el derecho a tomar decisiones sobre su salud y expresar su autonomía por medio de un consentimiento informado; sin embargo, en Venezuela no se conoce sobre la existencia de alguna norma técnica que regule la práctica de las cesáreas por solicitud materna, tal como si ocurre en Chile. No obstante, dicha norma ha generado preocupación en la comunidad médica chilena debido a lo confuso de sus conceptos y a la incoherencia de sus planteamientos, lo cual

no sólo podría acarrear conflictos 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 (42). Al respecto, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) considera que la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente, dado a que no existen pruebas de que se obtengan unas ventajas netas (43).

El consentimiento informado es un proceso de comunicación basado en el diálogo entre el profesional y el paciente en el que éste decide libremente sobre las posibles intervenciones en su salud; el cual es aplicable al nacimiento por cesárea y siempre que cumpla una serie de condiciones ayudará a la mejora del proceso de humanización del nacimiento; no es un sustituto de la información que se le debe ofrecer al paciente, aunque se consiga no es válido si no se ha dado la información necesaria, pues la falta de información oral representa un problema tanto para el paciente como para el profesional, dado que la carencia de comunicación entre ambos puede provocar diversos conflictos hasta litigios legales (44).

De acuerdo con la FIGO la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado de una mujer antes de realizar cualquier intervención médica está basada en el respeto a sus derechos humanos fundamentales; sólo la mujer puede decidir si los beneficios que le proporciona un procedimiento, compensan los riesgos y molestias que pueda sufrir (43). Para el caso de los especialistas en Obstetricia y Ginecología venezolanos, les ha sido recomendado que en cada centro elabore una lista de los procedimientos posibles en los cuales sería preciso contar con el consentimiento informado, deben incluir, por lo menos, los procedimientos contemplados en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (la referencia es específica a la cesárea), así como aquellas intervenciones quirúrgicas que ameriten la aplicación de anestesia general o regional (45).

En esta línea, el consentimiento informado como expresión del principio de autonomía, debe sustentarse en valores como la intencionalidad,



comprensión de la información recibida y la ausencia de coacción para la toma de decisiones. La intencionalidad puede depender de motivaciones internas (experiencias traumáticas previas, baja tolerancia al dolor de parto, temor a complicaciones obstétricas, etc.) o externas (exigencia de la pareja, concepciones religiosas o culturales, etc.); en tanto, que la comprensión de la información recibida estaría determinada por el nivel de instrucción de la paciente, estímulos internos o externos que funjan como distractores, dificultades en la capacidad comunicacional y de transmisión de información en el personal sanitario, y sobre todo, por la relación médico-paciente (46). Los formularios en consecuencia deben ser diseñados para que se entiendan, no para eximir de responsabilidad y la explicación personalizada (así como los riesgos personalizados) ayuda en la relación médico-paciente (44).

Si bien la mujer puede decidir, siempre se le deben comunicar los riesgos que implica la cesárea y el establecimiento debe informar por escrito claramente sus posibles complicaciones, tanto para la salud materna como para el recién nacido, lo que debe constar en la ficha clínica (8). No obstante, resulta paradójico que la información que llega a la usuaria que se va a someter a una cesárea en un alto porcentaje no es oportuna, suficiente ni comprensible; muy por el contrario, el proceso no es más que la firma de un documento a adjuntar en la ficha clínica, dado a que no existen formularios de consentimiento informado específicos para cada procedimiento (37); en este sentido, de manera frecuente, las pacientes asumen la firma del documento de consentimiento informado como un trámite administrativo previo y necesario para la aplicación de un procedimiento o la atención de salud en general, y aceptan firmar de manera pasiva (47).

Al respecto, se sabe que una discusión temprana no sólo facilitará una mejor apreciación de los riesgos y la capacidad de juzgar las preferencias, sino que también brindará a las mujeres la oportunidad de considerar sus opciones y prepararse para eventualidades futuras; dado que el comunicar los riesgos de intervenciones como el fórceps o la cesárea, después de un parto retrasado o debido a una emergencia, no brinda a las mujeres la oportunidad de tomar una

decisión clara y razonada. Por tanto, el suministro de información precisa también ayudará a las mujeres a formarse expectativas razonables sobre el parto en sí y sus efectos posteriores, lo cual podría aumentar el empoderamiento de las mujeres y disminuir la incidencia de traumatismos durante el parto y el número de mujeres que sufren silenciosamente complicaciones posparto (43).

#### **b) Beneficencia y No Maleficencia:**

La beneficencia se refiere a la obligación de los profesionales de la salud de actuar en beneficio de los pacientes, mientras que la no maleficencia implica la responsabilidad de no causar daño. De acuerdo con Uzcátegui y Cabrera (38) se habla de ciertos beneficios para la madre con la cesárea hecha a petición de la mujer como serían la prevención de los trastornos del piso pélvico, disminución de la incontinencia urinaria y fecal y del prolapso de los órganos pélvicos; mientras que respecto al principio de no maleficencia la cesárea a repetición tiene riesgos para los futuros embarazos, como acretismo placentario e histerectomía o placenta previa y rotura uterina. En este contexto la decisión de realizar una cesárea debe basarse en una evaluación médica justa y equitativa de los riesgos y beneficios para la madre y el producto; los profesionales de la salud deben equilibrar el deseo de evitar daños potenciales con el objetivo de mejorar la salud de ambos, lo cual significa que una cesárea no debe realizarse simplemente por comodidad o preferencia personal, sino en situaciones donde el beneficio médico justifique el riesgo asociado.

Es importante considerar que independientemente de las obligaciones éticas de beneficencia del médico, con la mujer y con su feto, es la mujer gestante quien goza del derecho a autonomía corporal que rige tanto para su cuerpo como para el feto que gesta; por lo que cuando una mujer expresa su rechazo informado como corolario del proceso de deliberación de un consentimiento informado, la obligación ética del obstetra de respetar y proteger la autonomía de la mujer puede entrar en directo conflicto con el deseo y obligación ética de beneficencia en relación con el feto como paciente (40).

Con respecto a la vía de finalización del embarazo la evidencia es consistente en un

menor riesgo y mayor beneficio tanto materno como fetal en el parto con respecto a la cesárea; no obstante, para el caso de la cesárea electiva o por solicitud materna, después de la semana 39, aparentemente esta diferencia entre los beneficios y riesgos en relación con el trabajo de parto espontáneo parece equilibrarse, sin que a la fecha se tenga evidencia de buena calidad que permita al personal médico recomendar la cesárea en una forma contundente (29). No obstante, uno de las problemáticas actuales de la operación cesárea, es que existe una tendencia a la banalización de la misma, médicos, y sobre todo las pacientes, otorgan cada vez menos importancia a esta operación cesárea; aun cuando la morbilidad de las pacientes que se someten a una cesárea es claramente superior a la de pacientes que han dado a luz mediante parto vaginal y la mortalidad materna tras cesárea es aproximadamente 6 veces superior a la del parto vaginal (2).

El principio ético que debe orientar el actuar médico es la beneficencia de la madre y del feto/recién nacido (28). El apego al principio de beneficencia podría modificar claramente la percepción que tienen algunas futuras madres en torno a ciertas situaciones que se dan durante el parto; por ejemplo, el miedo al dolor del parto por vía vaginal puede ser incoherente en comparación con el dolor de un procedimiento quirúrgico o la comodidad de tener el control de agendar la operación cesárea puede ser contraproducente considerando la incomodidad de tener que pasar por un período postoperatorio (14). Cuando la operación cesárea es indicada correctamente, representa una intervención vital para la madre y su recién nacido; sin embargo, cuando no hay indicación médica, las cesáreas electivas implican un mayor riesgo de problemas de salud, tanto para la madre como para su recién nacido (48).

Las mujeres que se someten a cesáreas sin indicación son maltratadas, sufriendo falta de respeto y abuso en el momento del parto y el nacimiento; además de calificarlo como un acto violento contra las mujeres, es la violación de sus derechos humanos y reproductivos (49). La realización de cesáreas sin indicaciones justificadas de manera adecuada representa una vulneración en el proceso humanizado del parto; por lo que su uso debe ser ejecutado racionalmente y reducido significativamente, de modo que se eviten las complicaciones derivadas de la misma

y se garantice el respeto por la dignidad humana materna (50).

Por tanto, el abuso en el uso de la operación cesárea por motivos innecesarios conlleva a cuestionar el apego del actuar de los médicos al principio ético de beneficencia al que deberían estar obligados, pues buscar el bien de sus pacientes incluye brindarles toda la información necesaria para tomar una buena decisión y no simplemente quitarse la responsabilidad de su comportamiento a partir de un dudoso consentimiento informado; la postura del médico por realizar un procedimiento innecesario pudiera estar motivada por elementos que no se acercan siquiera a su bienestar, como los beneficios económicos extras que significan la operación cesárea o, incluso, la comodidad misma para el médico (14). En este sentido, se sabe que la planificación de la cesárea es un modelo conveniente para los profesionales que cambian la imprevisibilidad del parto normal por la programación de las cirugías; asimismo, el uso excesivo de las cesáreas se ha asociado a un mayor pago de honorarios profesionales por la cesárea, ahorro de tiempo y ligadura de trompas clandestina en el parto (51).

### *c) Justicia y Equidad*

El principio bioético de justicia exige que los recursos y servicios de salud estén disponibles y distribuidos de manera equitativa para todos los pacientes; en el contexto de la cesárea, esto plantea preocupaciones sobre el acceso equitativo a la atención obstétrica, dado a que las cesáreas pueden llevar a una distribución desigual de recursos y atención médica, con un acceso desigual a servicios obstétricos de calidad; convirtiendo las cesáreas sin fundamentación en un problema de equidad en la atención médica.

Con base en el principio de justicia se requiere que las personas en situaciones similares sean tratadas por igual y que cuando tratemos a las personas de manera diferente, sea por razones moralmente relevantes y justificables; por tanto, las mujeres que solicitan un parto por cesárea electiva no pueden distinguirse de la población que no hace tales solicitudes, puesto que de ninguna manera se justifica un trato diferente. Sin embargo, si se predica el acceso de una mujer

a la cesárea electiva a petición propia, negarles esta opción a las mujeres simplemente porque carecen de educación, información o la voluntad de pedírsela a sus médicos no es éticamente sostenible y no tiene justificación razonable en una sociedad y un sistema de atención de salud igualitarios (52).

De igual forma, la decisión de realizar una cesárea no debe verse influida por factores como la raza, la clase social o la ubicación geográfica; es fundamental garantizar que todas las mujeres tengan igualdad de acceso a una atención obstétrica de calidad y que las cesáreas no se realicen de manera injusta o desigual. En Estados Unidos de América, la mayor tasa de partos por cesárea entre las mujeres afrodescendientes e hispanas ha demostrado desde hace tiempo las desigualdades raciales en la atención obstétrica; país donde se ha venido considerando la raza como una variable a considerar para la predicción del parto vaginal después de una cesárea, cuando a lo que debería prestarse atención es a las formas explícitas e implícitas en que el racismo estructura el riesgo de una primera cesárea, la calidad de la atención posoperatoria y la disposición de los médicos a respetar las preferencias de atención de las mujeres (53).

Asimismo, la decisión no puede quedar a merced de un factor económico, en este contexto en Chile existe un sistema mixto de salud donde conviven la salud pública donde se atienden las personas de menores recursos y la salud privada a la que acceden las familias de mayor poder adquisitivo. En el caso de la salud pública, las mujeres afiliadas al Fondo Nacional de Salud en Chile (FONASA) excepto las del tramo A y que presenten 37 semanas de gestación con bajo riesgo pueden trasladar su atención al sector privado lo que conlleva una transferencia de fondos del sector público al sector privado, lo que conlleva una bonificación para ellos. En esta línea se evidencia que en algunos centros privados en Chile las cesáreas llegan al 90 % las que habitualmente se recogen a modalidad de libre elección o pago asociado a diagnóstico cuya ejecución implica el pago al sector privado (PAD) (9); esta transferencia considerable de recursos de salud pública al sector privado, se justifica en virtud de la atención de las gestantes y sus familias en las clínicas privadas y en gran parte de ocasiones corresponden a cesáreas por

solicitud materna, pasando por alto que estas no debieran superar el 10 %.

En cuanto al factor económico, cada punto porcentual de cesáreas aumenta el costo país (54). Bajo esta premisa es preciso recordar que en el año 2017, FONASA financió 56 mil nacimientos a través del PAD, lo que significó un gasto de aproximadamente \$60 mil millones de pesos, este representó el 51 % del total de gastos de todo el sistema PAD (que incluye 55 condiciones de salud) en ese año (9).

Por su parte en Venezuela, según Kizer (55) podrían existir diferencias en la relación médico paciente dependiendo si es de un hospital público o privado, donde las pacientes del sistema público pudiesen restringir sus solicitudes de cesárea porque no hay una relación directa con el médico ni económica; mientras que en el sector privado el médico es 100 % responsable de su ejercicio profesional, lo cual pudiese explicar que existan frecuencias menores de cesáreas en el sistema de salud público. Así pues, el porcentaje de cesáreas en centros de salud privada pudiese estar alrededor del 90 % y el 25 % en centros públicos, lo cual se traduce en que en el país entre 75 %-80 % de las mujeres dan a luz mediante una operación cesárea (6).

#### e) Decisiones óptimas en Cesáreas Electivas

Uno de los problemas en relación con la práctica de la operación cesárea en la actualidad, es la equiparación de esta intervención como alternativa casi fisiológica al parto vaginal, por lo que debe recordarse que el parto vaginal es un fenómeno fisiológico que ocurre de forma espontánea, mientras que la cesárea es una técnica quirúrgica ideada para extraer al feto en caso de dificultades para el parto por su vía natural. Las guías internacionales recalcan la idea de que la cesárea debe seguir considerándose una intervención destinada a solucionar algunas distocias o situaciones patológicas del embarazo, no una alternativa fisiológica al parto vaginal (2).

Hernández (50), ha señalado que una clave para la reducción de la creciente y alta tasa de cesáreas es intentar el parto vaginal después de una cesárea anterior; como también, cuando no existiesen indicaciones absolutas para su ejecución. En este caso, la decisión final la

tiene el profesional a cargo junto con la madre, de acuerdo con el contexto en que se presente individualizando a cada paciente y considerando riesgos y beneficios.

Por otra parte, también debería considerarse la práctica de una medicina defensiva, es decir, la toma de decisiones por temor a consecuencias legales y no por el beneficio de las pacientes, como una de las causas de las altas tasas de cesáreas. En países como Brasil, por ejemplo, se ha determinado que la percepción de un mayor riesgo de litigios contra los médicos obstetras ha influido en la práctica de una medicina defensiva, conllevando a un aumento de más de seis veces en las tasas de cesáreas en los especialistas con esta percepción en comparación con los especialistas que no creían que existiera la presencia de un mayor riesgo de litigios en obstetricia; por tanto, es importante considerar esta situación e incluirla en el desarrollo de políticas públicas para reducir las tasas de cesáreas (56). La práctica defensiva en Obstetricia perjudica a las mujeres al privarlas del poder de elegir el modo de nacimiento; el cual también se hace evidente cuando a las mujeres se les niega la oportunidad de optar por la cesárea por solicitud materna (57).

#### **f) Aspectos Culturales y Sociales**

La altísima cifra de cesáreas implicaría una cada vez mayor aceptación o normalización de dicha vía de parto en la población, lo cual se agrava por la repetición de cesáreas a mujeres que ya la han vivido; la excesiva medicalización del nacimiento y prácticas como la cesárea por repetición son factores no médicos de la atención, y por tanto resulta fundamental examinar las condiciones estructurales que permiten que el modelo se perpetúe; siendo importante reconocer que el contexto psicosocial del cuidado obstétrico revela un desbalance de poder a favor de los equipos médicos y en desmedro de las mujeres (58).

Pareciese existir una presión social para la realización de cesáreas a demanda, a la carta, por lo que a merced al principio de autonomía de la paciente, se recomienda aceptar su realización únicamente como una decisión libre y bien informada tras una correcta valoración de todos los aspectos por la paciente (2). En algunos

lugares, pueda que exista una presión cultural que tendría influencia sobre las altas tasas de cesáreas, lo cual puede acarrear problemas bioéticos dado a que las prácticas médicas basadas en preferencias culturales pueden generar una toma de decisiones no ética en relación con el parto y la vía de nacimiento.

Por otra parte, uno de los factores que inciden en el alto número de cesáreas es la baja aceptación y práctica del parto vaginal posterior a una cesárea, lo cual pudiese atribuirse a la existencia de diferencias culturales. En la mayoría de los casos la decisión final sobre el parto vaginal o la cesárea la toma los obstetras, con muy poca participación de las mujeres en el proceso de toma de decisiones; situación que difícilmente cambiaría si no se toman en consideración las barreras inherentes al entorno cultural de cada país, por lo que para mejorar la tasa de partos vaginales posterior a cesáreas, tanto los entornos de atención materna como los profesionales individuales deben adoptar una cultura común en pro de esta conducta médica y solo con base en una combinación del riesgo de complicaciones médicas y las características de la madre, los obstetras pudiesen tomar la decisión de realizar una cesárea incluso sin indicaciones médicas (59).

#### **Juicio ético y Cursos de acción**

Tal como señalan Hernández y col. (60), el cuerpo gestante no debe ser representado como si se tratase de máquina sobre la que se puede intervenir, desplazando la atención asistencial hacia las intervenciones y aparatos tecnológicos, mientras las madres quedan cosificadas en un útero gestante concebido desde coordenadas patológicas, cuando según la ética kantiana las madres deberían ser fines objetivos en sí mismas, y no medios al servicio de los intereses de terceros. Así pues, si bien la cesárea es un procedimiento quirúrgico que ha sido fundamental en la obstetricia moderna, permitiendo el nacimiento seguro de productos en situaciones de riesgo o complicaciones en el parto vaginal, su uso plantea importantes cuestiones bioéticas, convirtiéndose en un tema ético a discutir ante el exceso de tecnologías sanitarias que implican la vivencia en un mundo inmediato, donde los procesos fisiológicos suelen acelerarse ante la demanda

de las personas y la decisión médica, dejando a merced del criterio humano la evolución natural del nacimiento y el manejo integral del dolor más allá de la mera medicalización; en esta línea la formación profesional humanizada suele ser una respuesta para que las decisiones sean tomadas de manera informada y ajustada a las recomendaciones internacionales.

Indudablemente, en la actualidad entre estas dos naciones existen diferencias socio-políticas y económicas, hace tiempo Chile se encuentra dentro de un contexto neoliberal con un sistema de salud público y privado que invita a la demanda de las usuarias por acceder a una atención del parto en el sistema privado donde se concentran especialistas de cabecera e infraestructura adecuada y cuya modalidad de elección es posible gracias a la transferencia del sistema público al privado, esta elección puede relacionarse con los altos porcentajes de cesáreas por solicitud materna en el sistema privado. Lo anterior, deja a especialistas de Venezuela y Chile la reflexión acerca del aumento de cesáreas en el sistema privado y la invitación a buscar estrategias para cumplir las normativas y lograr un parto respetuoso, lo que recae en la formación de medicina en las casas de estudios, y en la capacitación permanente de los equipos de salud.

Los ginecólogos obstetras como profesionales que deben regir su quehacer profesional bajo principios éticos y deontológicos, deben garantizar que las cesáreas segmentarias que realicen sean basadas en decisiones éticas, respetando los principios fundamentales de la medicina y los derechos de las mujeres. Aunque el marco biojurídico y ético-deontológico vigente en ambas naciones, pareciera que no favorecen la práctica de la operación cesárea; este conjunto de leyes y normas reafirman la autonomía, la justicia y la libertad que tienen las mujeres de escoger la vía del parto, haciendo hincapié en el consentimiento voluntario y en el deber de las autoridades de salud a prestar el servicio y atención a las embarazadas.

Para ello es importante proceder a realizar en cada centro de salud público o en sus propias consultas privadas, una evaluación ética de las cesáreas segmentarias, dando respuestas a interrogantes como: ¿se respeta la autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre su parto?, ¿la práctica busca el bienestar materno y fetal,

evitando daños innecesarios?, ¿la distribución de cesáreas segmentarias es equitativa y no discriminatoria?, ¿se informa adecuadamente a las mujeres sobre los riesgos asociados con las cesáreas segmentarias?, ¿la realización de la cesárea segmentaria se justifica médicamente en cada caso?, ¿las mujeres reciben información clara y completa sobre las opciones de parto y los riesgos asociados?, ¿se obtiene el consentimiento informado de manera adecuada?.

Por tanto, respetar la autonomía de la paciente, equilibrar los riesgos y beneficios de la cesárea y garantizar un acceso equitativo a la atención obstétrica son esenciales para tomar decisiones éticas en este contexto; los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de guiar a las pacientes a través de un proceso de toma de decisiones informado y centrado en el bienestar de la madre y el feto, asegurando que se respeten los principios bioéticos en todas las circunstancias. Así pues, cada vez cobra más importancia el papel activo de las pacientes, quien debe participar en la toma de decisiones bajo la orientación y guía de la información recibida por parte de su médico, quien deja de tener un papel paternalista y deberá disponer de un consentimiento por escrito.

La importancia del consentimiento informado desde el control prenatal hasta el proceso de parto es crucial para entender los riesgos de una cesárea y tomar las decisiones de manera informada por parte de las mujeres, siendo esta decisión justificada bajo un trabajo de parto activo como un derecho de la mujer sabiendo los riesgos pero no a priori sin justificación. En esta línea es preciso que el consentimiento considere la información detallada en virtud de las cesáreas llamadas “electivas - por decisión médica antes de las 39 semanas”, sin otra patología asociada que la justifique, lo que implica una consejería consensuada entre el equipo médico y la mujer que detalle los riesgos neonatales y eventos adversos posibles con el fin de ofrecer la mejor vía de parto ante dicha demanda.

Otro aspecto que debe analizarse y tenerse en consideración son las actitudes de los ginecólogos obstetras hacia la práctica de la operación cesárea, la cual en algunos casos pueden no estar fundadas en pruebas médicas concretas sino en factores culturales, responsabilidad legal y las variables relacionadas con la organización

específica de atención perinatal; los cuales son determinantes difíciles de corregir y de comparar en la realización del procedimiento. Por tanto, ante la problemática del incremento del número de cesáreas segmentarias los sistemas de salud deberían protocolizarse la atención del parto, basándose en la evidencia científica disponible, y aplicarlos rutinariamente en las diferentes instituciones de salud; asimismo, debe fomentarse la práctica, en las medidas de las posibilidades, de la operación cesárea posterior a una cesárea previa o dar una oportunidad de trabajo de parto a las pacientes con indicaciones relativas de cesárea.

En este sentido, algunos de los cursos de acción que se plantean para reducir la tasa de cesáreas innecesarias y que estas intervenciones se realicen con indicaciones precisas y respetando tanto los derechos de las mujeres como los principios éticos que deben regir el acto médico, son los siguientes:

- (a) Fortalecer la educación prenatal: desarrollando programas de educación prenatal que informen a las mujeres sobre las diferentes opciones de parto y sus implicaciones.
- (b) Garantizar el consentimiento informado: debe asegurarse que el personal médico proporcione información detallada sobre las cesáreas segmentarias, permitiendo a las mujeres tomar decisiones informadas.
- (c) Revisar periódicamente los protocolos médicos: implica la evaluación y actualización de los protocolos médicos para garantizar que las cesáreas segmentarias se realicen únicamente cuando sean médicamente necesarias y no por razones fútiles o bajo criterios no éticos.
- (d) Monitoreo y revisión continua: estableciendo mecanismos de seguimiento y revisión para evaluar la efectividad de los cursos de acción propuestos, ajustándolos según sea necesario para abordar nuevas consideraciones éticas, legales y sociales.

Asimismo, es fundamental verificar que los cursos de acción propuestos cumplan con las leyes y regulaciones relacionadas con el consentimiento informado y la práctica médica; así como considerar la viabilidad y sostenibilidad de los cambios propuestos a lo largo del tiempo,

asegurando su adaptabilidad a avances médicos y cambios sociales. De igual manera, se hace prioritaria establecer campañas educativas en los centros de atención materna, que mediante una comunicación efectiva se garantice transmitir información veraz, precisa y equitativa sobre las opciones de parto, sus riesgos y beneficios; a fin de empoderar a las futuras madres en conocimiento que le permitan ejercer su autonomía y tomar decisiones con conciencia.

### Conclusiones y Recomendaciones

Tanto en Chile como en Venezuela, se evidencian tasas elevadas de cesáreas, lo cual plantea serias preocupaciones bioéticas relacionadas con aspectos como la autonomía de las pacientes, la beneficencia y la no maleficencia, la justicia y la equidad en la atención médica; además de factores económicos y culturales que pudiesen influir en la toma de decisiones. Las normativas deben guiar el juicio clínico y las acciones en salud, es posible que la experiencia del parto incluyendo métodos integrales para el alivio del dolor y la relación médico-paciente bajo el consentimiento informado en todo momento sean claves para una decisión respetando los derechos reproductivos de las mujeres y el nacimiento libre de riesgos; por tanto, es fundamental abordar estos cuestionamientos desde una perspectiva ética para garantizar que las decisiones en torno al nacimiento sean justas, seguras y basadas en la mejor evidencia clínica disponible, priorizando siempre el bienestar de la madre y su hijo.

En este sentido, la bioética exige que los médicos proporcionen información completa y equilibrada sobre los riesgos y beneficios de la cesárea y el parto vaginal, permitiendo que la madre participe activamente en la elección del procedimiento; de modo que respetar la autonomía del paciente es esencial para garantizar que la decisión sea verdaderamente informada y basada en las preferencias de las pacientes. Asimismo, resultaría conveniente que las instituciones sanitarias, enfatizaran la importancia de la formación y capacitación de los profesionales de la salud, desde la óptica de la bioética; la formación en deliberación clínica incluiría todo lo expresado para la toma de decisiones basadas en la evidencia y en el respeto por las decisiones

informadas de las pacientes, de modo, que una adecuada capacitación contribuya con la reducción de las tasas de cesáreas innecesarias.

### REFERENCIAS

- Sarduy MR, Molina LL, Tapia G, Medina C, Chiong D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2018;44(2):1-19.
- Sánchez DA, Salazar FJ, Soto EM, Martínez D, de la Fuente J, Hernández JJ. Operación cesárea. Una revisión histórica. *ARS Médica.* 2020;45(4):61-72.
- Ortiz RA, Moreno E, Mambuscay J, Muñoz J. Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el período comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(6):435-448.
- Guariglia D. Técnicas quirúrgicas en cesárea segmentaria. Revisión de evidencias. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2021;81(4):390-405.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/:jsessionidB C1B08D67E9A33F81F9ECB26CE548?sequence=1>
- Rodríguez-Palma A, Fayad-Hanna Y, Hernández-Formica D, Jiménez-Malavé R, Rodríguez-Roque S. Consecuencias del tipo de parto en gestantes con cesárea anterior. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2023;83(3):310-317.
- García D. Evolución del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea. *Rev Nac Cient Estud.* 2023;4(1):27-46.
- Olivares-Albornoz CM. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum.* 2021;35(3):99-103.
- Sadler M, Leiva G. Más cesáreas que nunca en Chile. Ciper. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>.
- Manrique-Abril FG, Herrera-Amaya GM, Bernal-Gomez BM, Cuevas OM, Manrique-Arismendy OV, Santos DM, et al. Cesárea hoy, riesgo vs protección materno fetal. *Rev Salud Hist Sanid On-Line.* 2017;12(3):15-28.
- Arroyo-Fernández FJ, Calderón-Seoane JE, Torres-Morera LM. Estrategias de tratamiento analgésico tras cesárea. Estado actual y nuevas alternativas. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2020;67(3):167-175.
- Gangotena-Valdez N, Simancas-Racines D, Pérez-Tasigchana F. Cesárea ¿Alternativa al parto vaginal? Consideraciones éticas. *Práctica Familiar Rural.* 2019;4(3):73-76.
- Iser OA, Romero MR. Factors of risk associated to the Caesarean operation primitive National Hospital Simao Mendes. Guinea Bissau. 2017. *Multimed.* 2019;23(3):447-459.
- Vázquez JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Rev Latinoam Bioet.* 2016;16(1):60-71.
- González G, Vega M, Cabrera C. Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara. Centro Univ Cienc Salud; 2011.
- Bernal-García C, Escobedo-Campos CN. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Rev Salud Quintana Roo.* 2018;11(40):28-33.
- Prado A. La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *Musas.* 2021;6(1):59-76.
- Williams JR. Manual de Ética Médica. 3ª edición. Cedex, Francia: Asociación Médica Mundial; 2015.
- Urrutia-Arroyo RH. Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile. *Rev Peruana Med Experim Salud Públ.* 2018;35(2):205-213.
- Thomazy G. Tendencias actuales y nuevos desafíos de los migrantes en Chile. *Acta Hispanica.* 2020;25(Supl. 2):409-421.
- Lampert MP. Formación y Dotación de Médicos Especialistas en Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria. No. 139.530. Septiembre 2023. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34986/1/BCN\\_medicos\\_especialistas\\_nacional\\_y\\_regional\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34986/1/BCN_medicos_especialistas_nacional_y_regional_FINAL.pdf).
- Naciones Unidas. El Cairo: Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994.
- United Nations. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women. New York, 18 December 1979. Resolution 34/180, Official Records of the General Assembly of the United Nations, Thirty-fourth Session, Supplement No. 46 (A/34/46), p. 193. Disponible en: [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903 %2005-18 %20AM/Ch\\_IV\\_8p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf)
- Constitución Política de la República. Gobierno de Chile Disponible en: [https://cdn.digital.gob.cl/filer\\_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf)

25. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 24 de abril de 2012. Chile: BCN; 2012. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
26. Código Sanitario. DFL no. 725 del Ministerio de Salud Pública, de 11 de diciembre de 1967. Diario Oficial de 31 de enero de 1968. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.
27. Colegio Médico de Chile. Código de Ética. Versión 2022. Disponible en: [https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2022/07/codigo-de-etica\\_FINAL-2022-2.pdf](https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2022/07/codigo-de-etica_FINAL-2022-2.pdf).
28. Programa Nacional de Salud de la Mujer. Subsecretaría de Salud Pública/Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Decreto exento N.º 41. Norma Técnica y Administrativa Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea. Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>
29. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Circular No. 10. Instruye directrices para aplicación de cesáreas por requerimiento materno. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Circular-N%C2%20-%B010-Cesareas-por-Requerimiento-Materno.pdf>.
30. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, No. 5.908 (Extraordinario) del 19 de febrero de 2009. Ediciones de la Asamblea Nacional: Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2011/04/CONSTITUCION.pdf>.
31. Asamblea Nacional de Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011. Disponible en: <https://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf>
32. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N.º 36.579 del 11 de noviembre de 1998. Disponible en: [http://www.fenasinpres.org/documentos/l\\_o\\_salud.pdf](http://www.fenasinpres.org/documentos/l_o_salud.pdf)
33. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de Marzo de 1985. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf>
34. Asamblea Nacional de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la república Bolivariana de Venezuela. No. 6.677 (extraordinario) del 16 de diciembre de 2021. Disponible en: [http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be\\_alex.cgi?Documento=T028700037619/0&Nombrebd=spgoin&CodAsocDoc=2756&TipoDoc=GCTOF&Sesion=992378199](http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be_alex.cgi?Documento=T028700037619/0&Nombrebd=spgoin&CodAsocDoc=2756&TipoDoc=GCTOF&Sesion=992378199).
35. Asamblea Nacional de Venezuela. Ley para protección de las familias, la maternidad y la paternidad. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 6.686 (extraordinario) del 15 de febrero de 2022. <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-ref-20220328141734.pdf>.
36. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. 1era Edición. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
37. Vanegas JJ, Pávez A, Muñoz P. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. *Acta Bioethica*. 2021;7(1):119-126.
38. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010;70(1):47-52.
39. Fonseca-Pérez JE. Cesárea por solicitud materna (CPSM). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(1):7-11.
40. Ética Comité de, Publicas Políticas. El proceso de consentimiento informado y autonomía de la mujer embarazada. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022;87(6):365-368.
41. Mascarenhas-Silva CH, Soares-Laranjeira CL, Barros de Melo CS, Brandão LV, Oliveira GC, Brandão AHF, et al. Perinatal complications of the maternal-Fetal dyad in primiparous women subjected to vaginal delivery versus elective cesarean section: A retrospective study of clinical results associated with bioethical precepts. *PLoS One*. 2023;18(10): e0292846.
42. Besio-Rollero M. Operación cesárea a requerimiento materno. Análisis de la circular N.º 10 del Ministerio de Salud y una propuesta alternativa. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2023;88(2):110-115.
43. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana. 2012. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/202007/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>.
44. Castaño MA, Carrillo F, Pastor LM. Consentimiento informado en la humanización de la cesárea: un estudio preliminar. *Cuad Bioét*. 2016;27(2):249-254.
45. Uzcátegui O, Toro-Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(1):1-4.
46. Delgado-Ocampo AB. Percepciones sobre la aplicación de principios bioéticos en mujeres puérperas en un



## ¿CESÁREA INNECESARIA?

- Hospital público del Ecuador. *Gac Méd Espirit.* 2023;25(3).
47. Irvine K, Brown RC, Savulescu J. Disclosure and consent: ensuring the ethical provision of information regarding childbirth. *J Med Ethics.* 2023;0:1-8.
  48. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(1):1-5.
  49. Cardoso VK, da Silveira LG, Bentes P, do Rêgo AC. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. *Rev Recién.* 2017;7(19):83-91.
  50. Hernández-Espinosa CJ. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *Méd UIS.* 2019;32(1):9-12.
  51. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascerno Brasil: presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saude Publica.* 2018;52:1.
  52. Ralston SJ, Farrell RM. The Ethics of Access: Who Is Offered a Cesarean Delivery, and Why?. *Hastings Center Report.* 2015;45(6):1-5.
  53. Rubashkin N. Why Equitable Access to Vaginal Birth Requires Abolition of Race-Based Medicine. *AMA J Ethics.* 2022;24(3):e233-238.
  54. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367(9525):1819-1829.
  55. Kizer S. Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Méd Caracas.* 2011;119(1):12-21.
  56. Rudey EL, Leal MDC, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine.* 100(1):e24176.
  57. Romanis EC. Addressing Rising Cesarean Rates: Maternal Request Cesareans, Defensive Practice, and the Power of Choice in Childbirth. *Internat J Femin Approac Bioeth.* 2020;13(1):1-26.
  58. Sadler M, Leiva G, Perelló A, Schorr J. Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la región metropolitana de Chile. *Rev Instituto Salud Publica Chile.* 2018;2(1):23-29.
  59. Lundgren I, Morano S, Nilsson C, Sinclair M, Begley C. Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates — A hermeneutic study. *Women and Birth.* 2020;33(4):e339-e347.
  60. Hernández-Garre JM, Echevarría-Pérez P, Gomariz MJ. ¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo. *Acta Bioeth.* 2017;23(1):161 - 170.