

EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTONOMÍA DE LA MUJER EMBARAZADA.

Comité de Ética y Políticas Públicas

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología

02, noviembre 2022

Antecedentes

El directorio de SOCHOG solicitó a este comité, dar recomendaciones a obstetras y ginecólogos/as que pueden verse enfrentados al rechazo de una gestante a consentir en el uso de intervenciones médicas que de acuerdo con la evidencia científica, estarían destinadas a proteger su salud y/o la del feto. Esta solicitud se origina a partir del caso de una gestante que, cursando un embarazo de 41 semanas, rechaza formalmente la indicación médica de inducción de trabajo de parto, lo que finalmente se complicó con un sufrimiento fetal grave.

Si bien éste es un caso específico, en que desde una perspectiva técnica, la indicación médica de inducción de parto, está bien descrita y normada en la “Guía Perinatal “del año 2015, del Ministerio de Salud (página 300-309), existen numerosas otras patologías propias o asociadas a la gestación, en las que la evidencia científica hace recomendable intervenciones médicas para beneficio de la gestante y /o de su feto; y que por cierto, requieren de consentimientos explícitos para ser implementadas.

Este documento provee orientaciones generales a obstetras y ginecólogos/as sobre como proceder cuando la persona gestante rehúsa, con diferentes fundamentos, llevar a cabo tratamientos médicos destinados a proteger su salud y la de su feto, generando en el personal médico serios conflictos éticos.

Para efectos de este documento, las palabras “mujer o paciente” harán referencia a todas las personas con capacidad de gestar; independientemente que se identifiquen como mujer, hombre o persona no binaria.

Sobre el consentimiento informado

El proceso de consentimiento informado (CI) constituye la aplicación práctica sobre la cual se fundamenta el principio bioético que considera al “otro” como un igual; siendo una expresión de ello, el respeto a su autonomía. El CI no es un fin en sí mismo; es un proceso que por una parte hace posible, y por otra parte, pone en evidencia, la participación activa de la paciente en su atención de salud. En la práctica, un proceso de decisiones compartidas, nivela la relación asimétrica que suele ocurrir entre el proveedor o proveedora de salud y la persona que solicita su atención. El derecho a la autonomía, en este caso de la persona gestante, junto a la beneficencia, no maleficencia y justicia, constituyen 4 pilares básicos sobre los que se sustenta la bioética. Para el mundo moderno y democrático, el derecho a la autonomía de las personas, reconocida en el Artículo 11 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos tiene especial valor. Si bien, lo deseable es que los cuatro pilares mencionados, actúen en conjunto, sin autonomía los otros principios bioéticos pierden sustento.

A diferencia de otras disciplinas de la medicina, en el caso específico de la obstetricia, la relación médico-paciente es aún más compleja por la existencia del feto que, si bien requiere de cuidados como paciente independiente, éstos, sólo puede ejercerse a través de la persona embarazada. Si la persona gestante es “capaz”, es decir, tiene la aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones, ella es la única autorizada para interactuar y tomar decisiones junto al médico o médica tratante, que involucren su salud, así como la salud del feto que gesta.

Existe amplio acuerdo internacional 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. Mas 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.

Los equipos profesionales deben buscar por todos los medios, comprenderse con la cultura, idiosincrasia y creencias de sus pacientes; y a su vez implementar programas educacionales en los consultorios, que a lo largo de la gestación preparen a las mujeres para tomar decisiones en conjunto con el equipo profesional guardando el debido respeto a sus valores, principios y creencias personales y con la evidencia que deriva de la ciencia médica.

El derecho a rechazar una indicación médica.

Uno de los dilemas más complejos a los que se enfrentan los médicos, especialmente las y los gineco obstetras se dan cuando la paciente se niega a seguir las indicaciones dirigidas a protegerla a ella y/o a su feto. Cuando una mujer expresa su “rechazo informado” como corolario del proceso de deliberación de un consentimiento informado, la obligación ética del/la 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. Esto puede ocasionar serios conflictos morales a los profesionales responsables del cuidado de la mujer y su feto. A pesar de ello, forzar a una mujer a seguir una indicación terapéutica, ya sea legalmente o mediante coerción, manipulación de conciencia o de la fuerza, constituyen atentados que van en contra de derechos humanos propios de las pacientes, así como lo establecido en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las y los pacientes en Chile. Una parte fundamental de estos derechos están dirigidos a preservar la autonomía de la mujer, evitando vulnerar su integridad psicológica y corporal a través del ejercicio del poder del profesional. Es importante considerar que independientemente de las obligaciones éticas de beneficencia del o la obstetra, con la mujer y con su feto, la mujer embarazada es quien goza del derecho a autonomía corporal que rige tanto para su cuerpo, como para el feto que gesta.

Estrategias y actitudes del equipo médico frente al rechazo informado.

Frente al dilema que se genera cuando una mujer, en ejercicio de su autonomía, rechaza una indicación terapéutica destinada a protegerla a ella y/o a su feto, es importante tener presente

que en general, tanto la paciente como su médico/a comparten los mismos fines; ambos quieren lo mejor para sí y para la persona que ha de nacer. Por ello, la negativa a seguir una indicación médica no tiene como propósito buscar un perjuicio sino más bien, una diferente perspectiva de cómo lograr un beneficio.

En este proceso influyen múltiples factores que tienen que ver con la historia personal y familiar de la mujer, con visiones particulares de lo que es bueno para ella y para su feto, con creencias populares, culturales o religiosas y con la manera de visualizar o experimentar la evidencia científica y la información médica relativa a la magnitud de los potenciales riesgos. Sin ir más lejos, un 10% de chance de morbilidad perinatal constituye un riesgo muy elevado de patología perinatal; pero un 90% de bienestar neonatal es asumido casi como un 100% de éxito para la mayor parte de las pacientes.

Por otra parte, son muy pocas las condiciones médicas en Obstetricia donde los resultados son binarios, es decir, donde una determinada intervención genera salud y vida y su ausencia genera necesariamente enfermedad o muerte. La complejidad de estos procesos es lo que hace que el conocimiento profundo de la persona embarazada y de su entorno, así como una educación progresiva y dirigida a lo largo de los controles prenatales sea lo que mejor garantiza que las intervenciones médicas sean el resultado de un proceso participativo entre la mujer y el equipo médico y que culmine con un consentimiento informado donde se acepta la recomendación del profesional sanitario. Sin embargo, aún en presencia de un proceso participativo gradual, habrá situaciones médicas y sociales en que la mujer ejercerá su derecho al rechazo informado generando los ya comentados conflictos éticos y morales en el o la obstetra. En ocasiones, el rechazo a lo que debiera considerarse una buena práctica médica, resulta de problemas de comunicación entre la mujer y el equipo de salud, al temor de la mujer a intervenciones médicas, a la rotación de profesionales que la atienden y a la pérdida de confianza en el equipo de salud; o problemas sociales como el deber de cuidado de otros hijos que le impiden hospitalizarse y desatender sus obligaciones familiares. Cualesquiera sean las causas para rechazar una justificada intervención médica, él o la gineco obstetra están

obligados a proveer a la mujer y su feto del mejor cuidado posible. Es éticamente inaceptable abandonar a la mujer por el hecho de no adscribir una determinada indicación médica. El o la profesional están obligados a proveer a la paciente del mejor cuidado posible considerando sus preferencias; independientemente que no sea una intervención terapéutica considerada de primera línea. Por cierto, seguir la decisión elegida por la paciente debe considerar las habilidades y experiencia que tenga el o la gineco obstetra en el tratamiento elegido. El o la profesional no están obligados a realizar intervenciones para los que no se sienten preparados y así debieran expresárselo a la paciente.

Sin duda, el camino preferido es intentar , persuadir a la persona gestante mediante una reflexión fundamentada, de la mejor opción para ella y su feto, abriendo la posibilidad de mayor discernimiento, incorporando a otros profesionales en el proceso de deliberación, como expertos neonatales, bioeticistas o incluso familiares, si ella lo acepta. Sin duda, este camino es el más deseado y para que ello ocurra es fundamental mantener una relación respetuosa y balanceada entre todo el equipo de salud y la mujer. Este proceso debe ser buscado y querido dentro de la estructura de salud a lo largo de los controles tanto en atención primaria como en el nivel terciario.

Conclusiones y sugerencias.

En concordancia con la mayor parte de la literatura proveniente de países democráticos y la legislación vigente en Chile, en especial la Ley 20.584, el CEPP reafirma que la autonomía de la mujer embarazada para tomar decisiones respecto de si misma y del feto que gesta, deben ser respetadas por las y los gineco obstetras, aunque ésta pueda ser contraria a las recomendaciones de la buena práctica médica y/o de otros miembros de su familia. El principio de autonomía de la mujer embarazada, debe respetarse, aunque al hacerlo, se ponga en riesgo su salud y la de su feto. El uso de métodos coercitivos o el uso de la fuerza son éticamente inaceptables, aun cuando el objetivo que se persiga sea proteger la salud de la mujer y el feto. Frente a una controversia entre la obligación profesional de beneficencia en favor de la mujer y del feto y la obligación de respetar la autonomía de la mujer embarazada, corresponde preguntarse:

¿cómo construir una buena relación médico/a- paciente que evite o minimice los conflictos morales que pueden generarse al implementar una buena y bien fundamentada intervención médica?

La relación médico-paciente no debiera entenderse como una confrontación entre dos autonomías; una que ofrece lo que está dispuesta a hacer y otra que acepta o rechaza lo ofrecido. Es mas bien una relación que se construye mediante la cooperación entre una mujer que necesita ayuda para sí misma y para su feto y un/una profesional que se ha preparado y se ha comprometido frente a la Sociedad para brindar esa ayuda. La relación médica/paciente, debe ser una relación de cooperación, en la que ambos intercambian conocimiento, experiencias y anhelos; en el entendido que cada persona es un universo conformado por proyectos de vida, sueños, aspiraciones y metas que le son únicas y que le hacen relacionarse con su medio de una manera también particular. Es el reconocimiento, por parte del médico/a, de esa compleja individualidad lo que hace que la aplicación de normas y guías terapéuticas deban adaptarse, a una multiplicidad de aspectos personales y culturales; y que cualesquiera decisión terapéutica deba considerar a la paciente como un todo. A lo anterior, se suma la responsabilidad que tiene el/la gineco obstetra de simultaneamente velar por el bienestar del feto procurando un equilibrio terapéutico entre estos dos pacientes. Es razonable asumir que el deseo de tener un hijo sano es igualmente compartido por la futura madre y por el/la gineco obstetra. Buscar las semejanzas y las potenciales diferencias en las estrategias para lograrlo es obligación prioritaria del equipo de salud. Así, el respeto por la autonomía de la paciente, no debe entenderse como un mandato irreflexivo que debe ser ejecutado como un acto meramente técnico. Así, las guías y normas terapéuticas deben implementarse o sugerirse conociendo las características propias de cada paciente. Entender a la mujer embarazada como sujeto único y original, es lo que finalmente permitirá arivar a un acuerdo que la beneficiará a ella y su futuro hijo.

Los equipos profesionales deben buscar por todos los medios posibles compenetrarse en la cultura, idiosincrasia y creencias de sus pacientes; y a su vez implementar programas educacionales en los consultorios, que a lo largo de la gestación preparen a las mujeres para

tomar decisiones en conjunto con el equipo profesional guardando el debido respeto a las creencias y realidades personales y las evidencias que derivan de la ciencia médica.

Dado que diferentes realidades geográficas, étnico culturales y sanitarias requieren de diferentes estrategias educacionales, los documentos e intervenciones destinadas a este fin, debieran ayudar a armonizar la buena práctica medica con las expectativas y aspiraciones de las personas embarazadas.

Lecturas sugeridas

- 1) Gobierno de Chile. *Ley de Deberes y Derechos del Paciente No 20.584*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- 2) L.B. McCullough, J.H. Caverdale, F.A. Chavernak, en *Professional Ethics in Obstetrics and Gynecology*. Cambridge University Press, 2020
- 3) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Refusal of Medically recommended treatment during pregnancy. Committee Opinion Number 664* June 2016. Reaffirmed 2019.
- 4) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Informed Consent and shared decision making in obstetrics and gynecology. Committee Opinion Number 819*. Obstetrics & Gynecology 2021, Vol 137, 2
- 5) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetric care consensus. Perivable birth. Obstetrics & Gynecology 2017*. Vol 130, 4
- 6) The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Maternal-Fetal intervention and fetal care centers*. Committee Opinion Number 501, Reaffirmed, 2017
- 7) Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical Governance Advise No 6, 2015. *Obtaining valid consent*. <https://www.rcog.org.uk/guidance/consent/>
- 8) Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), 1978.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>