



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado
Modalidad: monografía**

Autonomía reproductiva de las mujeres: el caso de las cesáreas.

**Autora: Camila Balaguer Brit
Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías
Revisora: Prof. Adj. Anabel Beniscelli**

Montevideo, Julio, 2022

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 - Derechos sexuales y reproductivos	7
CAPÍTULO 2- Género y Maternidad	11
CAPÍTULO 3 - Autonomía y consentimiento	15
3.1- Autonomía: conceptos y proceso histórico	15
3.2 Consentimiento informado dentro del sistema de salud	17
3.3- Autonomía reproductiva	22
CAPÍTULO 4- Cesárea por petición materna y cesárea forzada	26
4.1- Cesárea a petición materna	27
4.2- Cesárea forzada	30
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	38

RESUMEN

Este trabajo aborda la temática de los Derechos sexuales y reproductivos, los cuales tienen como objetivo que las mujeres puedan vivir su salud sexual y reproductiva de una forma segura y libre.

Tiene cómo objetivo, explorar el tema de la autonomía de las mujeres en su salud reproductiva, por lo que trabajaremos con los Derechos sexuales y reproductivos para obtener un marco legal sobre la temática, así como también los mandatos sociales que impactan en la maternidad limitando la autonomía de las mujeres.

Se plantea el consentimiento informado como una herramienta dentro del sistema de salud para generar autonomía en las decisiones de los pacientes, para luego enfocarnos en cómo repercute esta herramienta en las mujeres en relación a su salud reproductiva.

Por último, analizaremos dos casos donde se cuestionan las decisiones de las madres dentro del sistema de salud, la cesárea por petición materna y la cesárea forzada. Esto nos aportará el peso de las decisiones del médico tratante en la autonomía de las madres, la información con la que cuenta la paciente, así como también el posible aporte de la psicología a esta problemática.

PALABRAS CLAVES: psicología, maternidad, autonomía, consentimiento.

ABSTRACT

This work addresses the issue of sexual and reproductive rights, which have the goal to ensure that women can live their sexual and reproductive health in a safe and free manner.

The objective is to explore the issue of women's autonomy regarding their reproductive health, therefore we will address sexual and reproductive rights to set a legal framework on the subject, as well as the social mandates that impact motherhood by limiting the autonomy of women.

Informed consent is proposed as a tool within the health system to generate autonomy in patients' decisions, so then we can focus on how this tool affects women in relation to their reproductive health.

Finally, we will analyze two cases where the mothers' decisions within the health system are questioned, the cesarean section by maternal request and the forced cesarean section. This will provide us the weight of the treating physician's decisions in the autonomy of the mothers, the information that the patient has, as well as the possible contribution of psychology to this issue.

Key words: psychology, maternity, autonomy, consent.

INTRODUCCIÓN

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se propone revisar y analizar la bibliografía existente sobre la autonomía con la que cuentan las mujeres en el sistema de salud a la hora de transitar su embarazo y parto.

A nivel mundial podemos visualizar un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos que han generado un aumento en la autonomía de las mujeres en relación a su vida reproductiva, aún así debemos cuestionarnos si las mujeres cuentan con la información necesaria para ejercer esta autonomía de una forma segura. La elección del tema, “Autonomía reproductiva de las mujeres: el caso de las cesáreas” apunta a cuestionar si esta autonomía es real o la mujer no cuenta con la información y apoyo del sistema de salud a la hora de decidir sobre su vida o la del feto.

En un momento histórico donde las cesáreas han alcanzado altos porcentajes a pesar de las recomendaciones de la OMS, y donde uno de los motivos de este número elevado es la elección materna, es necesario cuestionar si esta elección no es a consecuencia de contar con escasa información, de no tener un apoyo del sistema de salud, o de los escasos estudios que hay sobre el impacto de este procedimiento a nivel emocional y psicológico. Contamos con una gran cantidad de estudios en relación a las ventajas o desventajas de la cesárea aportados por la medicina, pero hay una escasez de artículos que contemplen los impactos que genera la cesárea a nivel psicológico y emocional. La idea principal de este TFG es analizar si esta autonomía es real, o si las fallas del sistema de salud generan decisiones que pueden perjudicar a la mujer tanto emocional como físicamente.

Se considera de relevancia esta temática para el ámbito de la Psicología, principalmente para la Psicología de la Salud, la cual tiene como objetivo la promoción de salud y prevención de enfermedades físicas o mentales. La limitación en la autonomía de las mujeres por forzarlas a tomar decisiones en situaciones vulnerables, o por brindarles escasa información y acompañamiento, son formas de violencia que afectan a mujeres gestantes y debemos ser conscientes del impacto que esto genera en la subjetividad de estas personas.

El trabajo será diagramado en cuatro capítulos, para lograr un mayor entendimiento sobre la temática. En el primer capítulo se profundizará en los Derechos sexuales y reproductivos, los cuales aportan un marco legal a la temática ya que uno de sus objetivos es que la mujer goce de autonomía en su salud reproductiva.

En el segundo capítulo se plantea el concepto de maternidad, el cual es formado por distintos mandatos sociales que se basan en el género para determinar distintas normas y críticas a las mujeres que la ejercen. La desigualdad de género genera que la sociedad reproduzca distintos discursos sobre cómo debe ser vivida la maternidad, limitando así la autonomía de las mujeres en sus decisiones con respecto a esta.

En el tercer capítulo se cuestiona el término de autonomía, para poder entender el significado real de este concepto y de donde proviene, se analiza cómo este se aplica al sistema de salud y específicamente cómo repercute en los derechos reproductivos. Se plantea al consentimiento informado como un generador de autonomía a nivel de sistema de salud, el cual parte de diferentes tipos de normas para ser tomado como válido, y cuenta con el objetivo de brindar información a las mujeres a la hora de enfrentarse a la toma de distintas decisiones.

Por último se exponen dos casos que sirvieron de ejemplo para poder analizar la autonomía que presentan las mujeres en el sistema de salud, el primero es la cesárea por petición materna y el segundo la cesárea forzada. En ambos podemos visualizar distintas posturas sobre el grado de autonomía con el que las mujeres cuentan, así como también observar cómo repercute la escasez de información y acompañamiento a esta.

CAPÍTULO 1 - Derechos sexuales y reproductivos

Este trabajo toma como punto de partida a los derechos humanos, para poder introducirnos en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Rodriguez (2015) define a los derechos humanos como las libertades y derechos básicos de todos los individuos, sin importar raza, género, sexo, religión, nacionalidad, u otra condición. Al mismo tiempo destaca como aspecto positivo el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos dentro de los Derechos Humanos. Estos derechos son reconocidos tanto en hombres como mujeres, ya que involucra aspectos relacionales y sociales de la sexualidad y reproducción. Afirma que son derechos humanos básicos, sin importar el sexo ni género de la persona, aunque hayan sido las mujeres la prioridad dentro de esta temática.

Los derechos reproductivos planteados por el feminismo se remontan a la década del sesenta, pero la formalización de estos es más reciente. El recorrido de los derechos sexuales y reproductivos es extenso, ya que inicia con la descriminalización del aborto y el acceso a los métodos anticonceptivos, para posteriormente centrarse en la reproducción como un derecho. Alemán, N (2018) cita a Gutierrez (2004, p. 132) para definir los derechos reproductivos y establecer que "(...) sus bases ideológicas se encuentran en los conceptos de integridad corporal y autodeterminación sexual, característicos del feminismo de la segunda ola".

Como fue mencionado anteriormente, el proceso histórico de estos derechos ha sido extenso a lo largo de la historia. En 1984 se realiza la Declaración de la Fortaleza donde se reunieron la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud para realizar una conferencia sobre diversos aportes en la tecnología que era necesaria y apropiada para el momento del parto. En este suceso se presentan diversas recomendaciones en relación al nacimiento, entre ellas, que *"toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención"* (OMS, 1985).

Una década después, La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, coloca sobre la mesa los derechos

sexuales y reproductivos de la mujer, considerando como aspectos principales la libertad de decisión y la ausencia de violencia. A partir de allí, se comienza a otorgar mayor relevancia al análisis de la “salud de la mujer” a partir de propuestas e iniciativas de entidades como las Naciones Unidas, que abandonan la idea de únicamente centrarse en el control de la población (década de los cincuenta y sesenta) para tomar como prioridad la calidad de vida de las mujeres como actoras y gestoras con el derecho de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos (Lafaurie, 2009).

Por su parte, Montero (2009) (citada por Lafaurie 2009) plantea que dentro de los derechos reproductivos podemos destacar dos principios, por un lado el derecho a la autodeterminación reproductiva y por otro el derecho a la atención en salud reproductiva. Estos se basan en tener el derecho a vivir libres de cualquier forma de violencia en relación a la vida sexual y reproductiva de la mujer, y de decidir y planificar sobre la propia vida sin opiniones ni entrometimiento de terceros en relación a decisiones reproductivas. Total libertad a la hora de decidir si desea tener hijos/as, la cantidad y el intervalo de tiempo entre embarazos. Montero también explica como derecho fundamental el acceso a la información, y contar con los medios necesarios y esenciales para poder llevar adelante su vida reproductiva.

Un aspecto importante para que estos derechos puedan ser ejercidos, es que se produzca una correcta atención de la salud reproductiva la cual es definida por Lafaurie (2009) como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”, (p 177). Para ello, es necesario que la accesibilidad sea dada de forma adecuada, el poder eliminar las diversas barreras que puedan generar cualquier tipo de limitación en el cumplimiento de estos derechos. Estas barreras pueden ser perjudiciales para las mujeres a la hora de concurrir a su centro médico, ya sea por falta de comprensión por parte de los profesionales, el que se utilice un lenguaje que no sea accesible para todas las personas, así como la falta de información en relación a su propio cuerpo o sobre estudios necesarios que se debe realizar la persona, o también procedimientos que no son explicados anteriormente. Estos aspectos vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2013) plantea en sus consideraciones que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos, y para generar que estos se cumplan es indispensable el goce de otros derechos esenciales así como lograr el desarrollo para nuestro país y la eliminación de la pobreza. Colocan como meta el acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos, y aseguran que esta no fue alcanzada. Consideran que el poder cumplir con esta meta viene de la mano de la educación y la calidad de la atención en la salud, sin mejoras en estos puntos es muy difícil el avance en los derechos sexuales y reproductivos. Como ejemplo de esto se plantea la mortalidad en la maternidad, el derecho a la vida sería afectado cuando la mayoría de las muertes de mujeres en partos sean evitables.

En Uruguay, desde la promulgación de la Ley de Defensa del Derecho a la Sexual y Reproductiva N° 18.426 en 2008, se comenzaron a aplicar diversas normas, programas y políticas para reconocer los derechos nombrados anteriormente. Los derechos Sexuales y Reproductivos en nuestro país son considerados Derechos Humanos para todas las personas dentro del territorio nacional. Esta ley dicta que “El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas...” (Art 1). Por su parte, plantean los siguientes objetivos para garantizar el ejercicio de DDSSRR: promover una maternidad y paternidad deseada y planificada, el acceso a los distintos tipos de anticonceptivos, universalizar en el primer nivel de atención para que se pueda atender la salud sexual y reproductiva (fortaleciendo la calidad, la infraestructura, y compromiso de los funcionarios). Así también, se entiende cómo fundamental, respetar la confidencialidad de los pacientes, un trato respetuoso por parte del funcionario de salud y el saber comunicar e informar al usuario. Un punto esencial que destaca es incorporar la perspectiva de género en todas las acciones realizadas, aportando así a que las decisiones tanto de las mujeres como de los varones sean libres. En cualquier situación se debe respetar y considerar a los Derechos Sexuales y Reproductivos, promover también la prevención y promoción

de salud (para poder evitar enfermedades) en la población, así como el acceso a la información.

Si bien el Ministerio de Salud Pública (2019) considera a nuestro país a la vanguardia a nivel continental con las políticas realizadas para el cumplimiento de los DDSSRR, afirma por otro lado que aún queda un largo camino por recorrer para que sean una realidad para todas las personas, en especial poblaciones consideradas como minorías o vulnerables (adolescentes, población LGBTIQ, población afrodescendiente, personas con distintas discapacidades), que hasta la actualidad siguen teniendo barreras socioeconómicas que les limitan poder tener un goce pleno de sus derechos.

CAPÍTULO 2- Género y Maternidad

Es necesario a la hora de hablar de maternidad hacerlo desde una perspectiva de género, y colocar el foco en las construcciones sociales y culturales que generan fuertes mandatos en esta.

El ideal romántico de la maternidad que podemos visualizar hasta la actualidad, tiene sus inicios en el siglo XVIII, durante el período de la Ilustración y Revolución Industrial. En el momento en el cual se realiza la división en el área laboral a partir del sexo de la persona, y como consecuencia se genera una extrema división entre las esferas pública y privada. Los hombres fueron asignados al ámbito público, como único proveedor de la familia, mientras que a las mujeres se le determinó el ámbito privado, donde debían dedicarse exclusivamente a la crianza de los niños, cuidado de familiares y tareas domésticas (Durand, 2019).

Para comenzar a desarrollar esta temática es esencial destacar que la maternidad es un fenómeno formado por discursos y prácticas de carácter social que producen un imaginario complejo de la idea de maternidad, y se basa en el género. Este imaginario presenta dos grandes elementos que determinan el impacto que genera la maternidad en las mujeres, por un lado encontramos el “amor materno” y por otro el “instinto maternal”. A nivel social un discurso o idea que se diferencie del instinto maternal o lo niegue, es considerada como “anormal” o “enfermo”.

Si bien el mandato sobre la maternidad está instaurado en la sociedad desde un saber común, presentándose con un único significado, las historiadoras feministas hace años que cuestionan esta idea. Se destacan a Badinter, Knibehler, Boudou, entre otras, las cuales han demostrado que el concepto de maternidad es de carácter social (Palomar, 2005).

Por su parte, Silvia Caporale (2004) (citada en Torres 2010) afirma que parir es una capacidad biológica de las mujeres, pero el hecho de que socialmente se considere como un aspecto esencial en la vida de estas y se afirme que es el único camino posible para “realizarte como mujer”, es meramente cultural. Si bien en la actualidad

esta diferenciación se encuentra más aceptada, muchas veces es omitida por instituciones, profesionales y mujeres, generando una mayor desigualdad de género.

La maternidad es una experiencia cargada de mandatos sociales, los cuales colocan toda la responsabilidad en la mujer, no permitiendo el proceso reflexivo de lo que conlleva la decisión de vivirla. Al mismo tiempo se habla de un deseo maternal, el cual no permite cuestionamientos, y mantiene la idea de que “todos sabemos” que es ese deseo y que se siente tenerlo. Al negar esta reflexión tampoco se permite visualizar los costos o problemas que implica continuar afirmando estas ideas. Nadie puede negar los datos biológicos sobre la maternidad, es decir la capacidad de la mujer de poder tener hijos/as, pero al mismo tiempo la sociedad la vive desde tradiciones y costumbres que se mantienen al pasar los años, que afecta a las mujeres y su experiencia al decidir la maternidad. Por otra parte, va a depender de el género de la persona como le va determinar y afectar a la hora de tener o no tener hijos/as así como también del momento histórico en el que te encuentres (Verea, 2004).

Como mencionamos anteriormente, el momento histórico determina los mandatos sociales que están implicados a la hora de maternar, pero Torres (2010) plantea que en todas las sociedades a lo largo de la historia la maternidad fue y es considerada como la condición femenina, lo que te define como mujer. Estas creencias culturales siempre se afirmaron en condiciones biológicas, por el simple hecho de que la mujer pueda vivir un embarazo. Así como también, en la lógica del sistema patriarcal se fueron desarrollando diferentes argumentos para crear en las madres la actitud “instintiva”, colocando como una de las principales justificaciones a la lactancia, ya que la ciencia argumentó esta característica “instintiva” de la mujer basándose en que es la correcta forma de nutrir a sus hijos/as (Saletti, 2008).

A lo largo de la historia se ha conservado la idea del instinto materno universal. Esta afirmación únicamente ha generado consecuencias negativas en las mujeres, ya que se genera una presión en la decisión de ser madre. Esta afirmación transforma la maternidad biológica en maternidad sociológica, fomentando las diferencias biológicas entre los sexos. La autora afirma que el mito del instinto maternal, que se

describe como natural e intrínseco en las mujeres, no da otra opción que el parir para luego dedicarse al cuidado del hijo/a. Este mandato social pone su foco en la mujer, dejando por fuera al hombre como padre y cuidador (Saletti, 2008; Torres, 2010).

El embarazo, el parto y la crianza de un hijo/a es una experiencia realmente muy intensa, y más aún cuando es sin haberlo planeado o deseado, sin saber cómo enfrentarlo o con escasos recursos para hacerlo, pudiendo generar por esta experiencia situaciones violentas y dolorosas. Si bien a lo largo de la historia el cuidado del hijo/a fue tarea y obligación de la madre, actualmente las mujeres han logrado ingresar al mercado laboral, generando así las dobles jornadas de trabajo. Este logro ha favorecido en numerosos puntos a las mujeres (ej: independencia económica) pero ha aumentado la cantidad de tareas diarias de estas (Verea, 2004).

Refiriéndonos a la ideología de maternidad, Torres (2010) aporta la idea de que fue construida con una base en la exigencia y reclamo del sacrificio, y coloca como idea central de esta ideología el hecho de poner en primer plano el bienestar familiar, contribuyendo así la opresión de la mujer en el ámbito doméstico, privado y público. Destaca al mismo tiempo a esta ideología como un tipo más de violencia en relación a la salud sexual y reproductiva, así como lo es el abuso sexual, abortos inducidos, mutilación genital femenina y embarazos forzados. Como mencionamos en el capítulo anterior los derechos sexuales y reproductivos velan por la libertad de la mujer a la hora de decidir tener hijos/as, la cantidad que desea tener y el momento.

Si bien la maternidad muchas veces es considerada esencial en la vida de la mujer por la sociedad, esta debe cumplir con ciertas normas para no ser cuestionada. Es decir, en la actualidad, no es suficiente con ser madre para que la sociedad no te juzgue. La maternidad está cargada de normas y mandatos de cómo se debe transitarla, es decir, tener cierta edad, contar con una pareja de sexo masculino, encontrarnos en una situación económica estable, etc. En caso de que no cumplas con estos “requisitos” no será una maternidad aceptada para la sociedad. A esto se debe sumar el hecho de la presión que viven las mujeres desde su infancia sobre la decisión de ser madres, también encontramos una gran cantidad de exigencias y

mitos sociales sobre cómo debe ser el puerperio y crianza del niño/a. Saletti (2008) argumenta este punto, refiriéndose a las mujeres acusadas como “malas madres”, cuando no demuestran las formas de amor que espera la sociedad.

Como último punto, Alzard (2019) plantea que la maternidad en la actualidad se ha convertido en un catálogo con los pasos a seguir para ser una “buena madre” . Ser madre en el siglo XXI implica dejar de lado al “yo” para volcarse en el placer del otro ser. Para cumplir con este mandato de “buena madre” se debe reconfigurar las prioridades, y pasar a un segundo plano.

CAPÍTULO 3 - Autonomía y consentimiento

En relación a lo mencionado en los anteriores capítulos podemos destacar que los derechos sexuales y reproductivos avalan a las mujeres a vivir su salud reproductiva de forma más segura y libre. Si bien estos derechos tienen como intención principal garantizar esta seguridad y libertad seguimos encontrando que la maternidad está cargada de mandatos y construcciones sociales que limitan el cumplimiento total de estos objetivos.

Ante esto es que en el siguiente capítulo pasaremos a exponer el concepto de autonomía, y su relación con las vivencias singulares de maternidad.

3.1- Autonomía: conceptos y proceso histórico

Martinez (2007) considera que si bien el concepto de autonomía ya era relevante en la modernidad, fue Kant el que se encargó de delimitarlo y explicitarlo. Kant formula el concepto de autonomía afirmando que

la autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes conforme a ellas; toda heteronomía del albedrío, en cambio, no sólo no funda obligación alguna, sino que más bien es contraria al principio de la misma y de la moralidad de la voluntad.(p. 718)

Centrándonos en la teoría de Kant, menciona que el ser humano es un ser racional, y sus acciones no son reguladas por leyes externas que han sido impuestas, sino que se regulan por su propia legislación. Según Kant lo mencionado anteriormente es lo que determina que el ser humano es un ser racional y lo diferencia con el resto de seres vivos. Al determinar esto por consecuencia considera que la voluntad del individuo es autónoma, por lo que siempre debe visualizarse como un fin y no como un medio. Esto determina la existencia de una ley moral, que permite al ser humano auto-legislarse, por eso considera que el único ser vivo con moralidad es el humano (Urán, 2008).

La idea kantiana sobre la autonomía en relación a que este es el principio por medio del cual la voluntad se encuentra en la moralidad. En los casos en los que la

voluntad de las personas se ve afectada por opiniones externas que lo limitan o determinan, estaría actuando mayoritariamente por intereses subjetivos y no por la moralidad propia. En síntesis el filósofo plantea que hay una ley moral que tiene como característica ser universal, y es lo que da la oportunidad al ser humano de auto-legislarse, basándose en esa ley (Urán, 2008).

Sieckmann (2008) por su parte plantea que diversos autores negaron las ideas de Kant, rechazando el postulado de que existan normas morales universales, como ejemplo de esto menciona a Radbruch, el cual plantea una concepción de la libertad que únicamente permite justificar las normas de la propia conciencia de uno, pero no con normas vinculables.

Por su parte, Álvarez (2015) se basa en distintos autores para determinar que la autonomía está ligada a la capacidad de las personas para tomar decisiones de su preferencia, es un concepto fundamental de la filosofía política, filosofía moral, del derecho y las teorías feministas. La autora coloca como opuestos al término de autonomía a la dominación, opresión, la imposición heterónoma de principios y normas, la dependencia y el autoritarismo. Al ser la autonomía una capacidad de los individuos, podemos evidenciar que ciertos elementos pueden condicionar su ejercicio, por lo que dificulta el poder considerar que una persona tiene una autonomía limitada o una gran autonomía. Esta dificultad es a partir de factores que inciden en la persona a la hora de tomar decisiones, los cuales pueden ser de carácter externo o interno al ser humano, un ejemplo de esto es la independencia, la cual es interna ya que se relaciona a la capacidad del individuo a distanciarse de opiniones ajenas, pero también es externa ya que puede ser afectada por deseos y preferencias de otras personas. La autora determina que hay varios aspectos de la vida de las personas que son condicionados por el exterior, y destaca como ejemplo las características físicas, es decir, sexo, color de piel, etnia, etc. Estas características pueden condicionar de gran manera las decisiones de los sujetos y es difícil para este independizarse de ellos. Ser independiente no es aislarse del entorno, ni de las personas que nos rodean, sino considerar el entorno pero definirnos y decidir cuál es nuestra propia decisión o idea .

Álvarez (2015) cita a Joseph Raz (1986) el cual considera que para determinar que una persona se encuentra en una situación de autonomía debe contar con una

gama de posibilidades, es decir, estas no pueden ser delimitadas por la cantidad de opciones o por encontrarse en una situación de urgencia. La autonomía tiene como condición principal que la persona pueda tomar una decisión que afectará su vida basándose en sus preferencias, y no ser limitado por el exterior.

3.2 Consentimiento informado dentro del sistema de salud

Pasaremos a analizar el concepto de autonomía dentro del sistema de salud, el cual ha ido variando a lo largo de la historia, y donde podemos encontrar ciertas características mencionadas anteriormente que pueden ser limitadas para esta. El consentimiento informado permite que los usuarios del sistema de salud tengan mayor seguridad y autonomía a la hora de tomar decisiones.

Cañete (2012) coloca el enfoque de su investigación en los avances y mejoras de los servicios de salud, lo cual ha generado una mayor atención en los aspectos éticos del vínculo médico-paciente: ... “se evidencia en la relación médico-paciente: la relación entre un individuo con necesidades de salud y otro u otros con herramientas y conocimientos para satisfacer esas necesidades” (p. 122).

Centrándonos en el cambio del vínculo médico-paciente, podemos visualizar como una modificación relevante fue el abandono del modelo de paternalismo que caracterizó esta relación para pasar al principio renacentista de la “tolerancia”, y posteriormente convertirse en el principio de autonomía (Nuñez, 2013). El vínculo paternalista se caracterizaba por centrarse en el médico y sus decisiones, mientras que en la actualidad podemos hablar de un vínculo más participativo, en el cual el individuo exige contar con la información en relación a su salud. Esto genera una mayor atención en los aspectos éticos de este cambio, y se considera lo esencial que es el consentimiento informado a la hora de encontrarse en una situación donde se deba tomar una decisión con respecto a la salud. Un aporte de gran relevancia en la modificación de este vínculo la podemos identificar en que los modelos anteriores se consideraba que cuando el paciente no manifestaba su desacuerdo

con el personal de salud era porque aprobaba la decisión de estos, es decir, bastaba con un consentimiento tácito (Berro Rovira, 2013).

La teoría del consentimiento informado es el corazón mismo del nuevo modelo que pone el acento en la autonomía del paciente y dice del derecho que el paciente tiene a decidir lo que puede o no puede hacerse sobre sí. (p.19).

El objetivo principal del consentimiento informado es proteger la autonomía del paciente, permitiendo así a los individuos a decidir sobre su vida, su salud y felicidad (Hernandez, 2015). Este protege la autonomía del paciente ya que le informa cualquier tipo de procedimiento que se realizará en su cuerpo así como los riesgos que esto conlleva y las posibles alternativas. El documento debe contar con: información, comprensión, voluntariedad, competencia y consentimiento. Se puede observar que hasta la actualidad se continúan realizando prácticas médicas sin cumplir con estas condiciones (Nuñez, 2013).

A partir de un caso de violencia obstétrica ocurrido en Bolivia en el cual a una madre le realizaron una ligadura de las trompas de Falopio sin su consentimiento durante su cesárea fue que la Corte Interamericana en 2016 plantea la problemática de la inexistencia de un consentimiento previo, libre, pleno e informado. Estas características nos otorgan la posibilidad de generar mejoras y fortalecer el modelo de atención sanitaria que se basa en la autonomía de los individuos, basándose en el goce de la dignidad humana (Blengio,2021).

La Corte Interamericana a partir del caso previamente mencionado plantea lo siguiente:

El consentimiento informado consiste en una decisión previa de aceptar a someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coacción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado. Todos estos elementos se encuentran interrelacionados ya que no podrá haber un consentimiento libre y pleno si no ha sido adoptado luego de obtener y entender un cúmulo de información integral. Estos elementos característicos de un

consentimiento válido ya se encontraban presentes en el campo de la medicina y los derechos humanos desde el Código de Ética Médica de Nuremberg de 1947 y se han mantenido como centrales en el desarrollo de la Bioética y el Derecho. (pp 94-95)

Lo expuesto por la Corte Interamericana nos da la pauta para visualizar los requisitos necesarios que debe contener la manifestación de voluntad de la persona cuando se encuentra en el acto médico. En el principio del texto podemos observar que define el acto médico, donde incluye cualquier tipo de acción que se relacione con el cuerpo del paciente. Cuando el paciente da su consentimiento, debe contar con toda la información previa e integral sobre el procedimiento que se va a realizar, es decir, no se puede determinar el consentimiento si la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad a la hora de darlo. Plantean la importancia de considerar las características del consentimiento informado para que este sea tomado como válido, lo primero es que debe estar por escrito, previamente explicado y entendido por el paciente, el cual debe acreditar que comprendió la información. El consentimiento informado es considerado como un proceso de interacción entre profesional de la salud y paciente, que debe ser descriptivo y comprensivo. Este proceso mencionado en la Corte Interamericana genera que no se vea al consentimiento como un trámite, o un acto formal de responsabilidad del médico con su paciente.

En Uruguay el consentimiento informado es regulado por la Ley de Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, Ley N° 18335 la cual dicta lo siguiente:

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. (Art 11)

En Uruguay, el consentimiento informado se basa en los derechos humanos, colocando como objetivo el respeto pleno a la dignidad de los pacientes. Gracias a

este documento es que el sujeto puede ejercer su autonomía. Hay ciertas circunstancias donde nuestra ley exime al profesional de utilizarlo, ya sea porque el paciente se encuentra en una situación de urgencia, o porque no se puede demorar la intervención ya que corre riesgo la vida del usuario, o cuando nos encontremos frente a patologías que puedan generar un riesgo para la sociedad. Estas condiciones son establecidas en el artículo 22 de la Ley N° 18335, anteriormente referida. En casos como los mencionados anteriormente en los cuales no se pueda obtener el consentimiento del paciente, se debe aclarar en la historia clínica cualquier tipo de intervención que fue realizada. En ciertos casos el paciente se encuentra en una situación de gran dolor o angustia, donde su decisión muchas veces no tiene validez, por lo que el profesional opta por salvar la vida del paciente sin obtener su consentimiento previamente. De igual manera se recomienda que en casos donde no se puede obtener la aprobación de forma directa con el paciente, se debe recurrir a su acompañante o a su representante legal, o, en última instancia a la justicia (Berro Rovira, 2013).

En la Ley N° 18335, art. 17, se detallan los derechos que tiene el paciente en relación al vínculo con el médico: ser respetuoso, ser conocido por su nombre, que se evite el dolor físico y emocional de la persona en cualquier acción médica, negarse a que su patología se utilice para futuros estudios docentes, estar acompañado de sus seres queridos, etc. Estos puntos tienen como objetivo velar por el bienestar del paciente. En la Ley referida anteriormente se presenta la idea de explicar si el procedimiento es diagnóstico o terapéutico, ya que no siempre el objetivo es curar, en ciertas ocasiones se está buscando aliviar el sufrimiento (ejemplo: cuidados paliativos). Es importante explicarle al paciente si el tratamiento que se va a utilizar ha sido probado con anterioridad y sus antecedentes, o si es experimental. Por último, se destaca la importancia de que el paciente sepa si es un procedimiento invasivo o no, cuanto dura este, dónde se llevará a cabo, si es necesaria la anestesia, las partes del cuerpo que pueden ser afectadas, y compararlo con procedimientos más conocidos para facilitar la comprensión.

El autor plantea el debate de qué sucedería en caso de el rechazo al consentimiento, si siempre se debe respetar o no. El primer punto que destaca es que no hay duda de que el personal de salud tiene la obligación de aceptar cuando

la decisión es racional y la situación no es de extrema urgencia. Pero plantea como ejemplo, casos en los cuales los padres deciden sobre los menores y dan una negativa irracional. Se pregunta si en esas circunstancias amerita comunicarse con un/a juez/a de familia y lograr así una autorización judicial. Se debe analizar cada caso, pero en ciertas ocasiones se ha tenido que recurrir a la justicia.

La Convención de los Derechos del Niño aportó un cambio sustancial de paradigma, ya que se abandonó la idea de visualizar a los niños desde la perspectiva tutelar, para adoptar una perspectiva donde se tenga como objetivo la protección integral de los derechos del niño. En la actualidad no puede prevalecer el ideal de no tomar en cuenta la opinión de los niños, ya que estos son un sujeto de derechos. Si es necesario realizar una evaluación de grado de madurez, más aún en los mayores de 12 años cuando nos referimos a autonomía en la salud (Berro Rovira, 2013; Viola, 2012).

En la Convención mencionada anteriormente fue planteado el concepto de autonomía progresiva, es decir, que no se debe considerar que los derechos de los niños se encuentran en expectativa esperando a cumplir cierta edad que les permitan ejercerlos. Estos derechos son completos, y deben ser gozados en relación a la etapa evolutiva en la que se encuentran. Considerando que los niños en ciertas ocasiones necesitan un adulto para ejercer sus derechos, se coloca en este último la obligación de generar las condiciones necesarias para que sus hijos/as puedan alcanzar el mayor grado de autodeterminación posible (Viola, 2013). Se deben tener en cuenta ciertos puntos cuando hablamos de autonomía progresiva en la infancia en nuestro país, como es el anteriormente mencionado sobre el nivel de maduración de cada niño, niña o adolescente. Aunque sean considerados incapaces legales absolutos o relativos, no puede esto constituirse como una barrera para la toma de decisiones en relación a su salud (Barcia, 2019).

Barcia (2019) cita a Galán Cortés (2001):

cuando se trate de menores que reúnan condiciones de madurez suficiente y en los que, por tanto, su capacidad de juicio y entendimiento les permita conocer el alcance del acto médico para su propio bien jurídico, deben ser ellos mismos quienes autoricen la intervención médica (p. 149)

Cuando un menor presenta la capacidad cognitiva de comprender y procesar información, considerar los pros y contras y logra fundamentar su decisión mediante procesos lógicos, se considera como un punto fundamental para evaluar si alcanza un nivel de madurez suficiente para tomar decisiones en relación a su salud.

3.3- Autonomía reproductiva

La sexualidad y la reproductividad humana son un aspecto esencial del conocimiento de las ciencias de la salud, en el cual debe considerarse como una situación cargada de sensibilidad y en ciertos casos de vulnerabilidad. En los últimos años este campo de estudio ha contado con grandes avances de la tecnología científica, como por ejemplo, tratamientos de enfermedades gineco obstétricas, métodos anticonceptivos, reproducción in vitro, etc. Además de estos aspectos también se han visualizado avances en relación a aspectos psicológicos y sociológicos, generando un reto en el ámbito ético legal de su aplicación. Estos acontecimientos abrieron un gran debate en casi todos los países del mundo, donde se pudieron visualizar diversas posturas (desde religiosas, científicas y hasta políticas), en el cual se plantearon objetivos principales basados en los derechos sexuales y reproductivos como la maternidad segura, el derecho a la planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la adolescencia, el virus de papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, así como violencia doméstica y sexual (Benavides, 2009).

La autonomía reproductiva es el grado de decisión y libertad que tienen mujeres y varones para actuar en relación a su deseo y elección y no al de otras personas. El feminismo consideró esencial plantear la relevancia de contar con derechos reproductivos para el marco de la autonomía, y se pensaron ciertas prácticas que vulneran a las mujeres: maternidad forzada, no contar con acceso a métodos anticonceptivos, y el proceso del aborto en países donde no es legal (Alemán, 2018).

A lo largo de la historia siempre se cuestionó la capacidad de raciocinio de las mujeres, así como también se determinó que las hormonas afectan nuestras decisiones, se patologizó el proceso reproductivo, dando así la autoridad al varón e infantilizando a la mujer. A consecuencia de estos aspectos mencionados es que la autora plantea la idea de que no es extraño que esto produzca alteraciones importantes en los derechos de autonomía y consentimiento informado en mujeres que transcurren un embarazo o en momento del parto, ya que todos estos derechos fueron basados en varones (Gallego, 2017).

A partir del siglo XX se comenzaron a hospitalizar a las mujeres a la hora de parir, siendo este suceso una responsabilidad del médico tratante, anteriormente los partos se realizaban en las casas de las mujeres. Esto ha permitido el inicio del debate sobre la humanización y deshumanización de las mujeres a la hora de parir. Si bien se reconocen los avances a nivel médico que generó la hospitalización de las mujeres (disminución en mortalidad materna y/o del feto) aun así han aumentado los problemas en relación a la asistencia humanizada por parte del equipo de salud y el respeto por la autonomía sobre sus cuerpos, así como un aumento en casos de violencia obstétrica (Pietra, 2016).

En la Comisión de DDHH del Distrito Federal, México, se plantaron diferentes situaciones o acciones que pueden definirse como violencia obstétrica: omitir o retardar la atención de la paciente, no respetar las decisiones en relación al parto de la madre queriendo imponer distintos métodos o prácticas que sean de la preferencia del profesional de salud sin ningún tipo de necesidad médica para hacerlo (un ejemplo de esto es la cesárea) o acelerar el proceso natural de un parto sin un consentimiento previo. Por otro lado obstaculizar el apego precoz del bebé con la madre, por ejemplo, no permitiendo que esta lo cargue o lo amamante al nacer sin una justificación de emergencia médica o utilizar métodos anticonceptivos o esterilizadores sin consentimiento voluntario también son situaciones de violencia obstétrica (Blengio, 2021).

El hecho de atentar contra la autonomía reproductiva de las mujeres, ya sea por no brindarles la información suficiente o decidir sobre su cuerpo son formas de violencia, Blengio (2021) se basa en la Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género N° 19580 que define a la violencia obstétrica como una forma de violencia

de género. En concreto, la Violencia obstétrica es definida por el Estado Uruguayo cómo “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Art 6). Basándose en lo mencionado anteriormente, la autora plantea que el consentimiento es una garantía, siempre y cuando la mujer haya recibido la información clara, para disminuir los casos de violencia obstétrica, así como para el acceso a la justicia en caso de haber vivido esta experiencia.

Es indudable que nos encontramos frente a la necesidad de garantizar servicios de salud que cuenten con el entendimiento particular de las mujeres gestantes, donde no se generen situaciones o acciones impuestas o irrespetuosas por parte del equipo tratante, así como tampoco relaciones de poder asimétricas entre el médico y la paciente, ya que esto repercute en silenciar la voz de las maternas en una situación sensible y única, en la cual debe predominar su autonomía en las decisiones (Moreno, 2017). Es necesario darle voz y participación a las mujeres durante el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, ya que son dueñas de su cuerpo y también respetar sus decisiones durante las consultas, procesos e intervenciones médicas.

Oiberman (2019) en su artículo de “*El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencia*” presenta un caso sobre una mujer que al momento de ingresar a una cesárea de urgencia le afirman que es necesario que le realicen una ligadura de trompas de falopio ya que si quedaba nuevamente embarazada podía morir. La mujer en una situación de extrema urgencia y miedo decide firmar el consentimiento informado, si bien la madre cumplía con los requisitos solicitados por la ley (firmar el consentimiento y ser mayor edad) la decisión fue tomada en una situación de vulnerabilidad y miedo. Por esto la autora plantea el interrogante de si esta madre se encontraba en condiciones psíquicas y emocionales para tomar esta decisión.

Este tipo de acciones de dominación y autoritarismo por parte del equipo de salud no solo repercute en acciones negativas físicas o verbales contra la mujer, sino que también ignora o desconoce lo que ella realmente quiere, y limita su libertad tanto física como emocional (Moreno, 2017).

Los equipos de salud deben brindar un cuidado que minimicen estos impactos físicos y psíquicos que ocurren en la mujer a la hora de parir para que esta experiencia sea un recuerdo positivo y agradable. Para esto es necesario el empoderamiento de la mujer y respetar sus decisiones, un equipo interdisciplinario formado y que cuente con la información adecuada para ejercer ese derecho (Oiberman, 2019).

CAPÍTULO 4- Cesárea por petición materna y cesárea forzada

Para debatir sobre la autonomía con la que cuentan las mujeres en sus decisiones en relación a su vida sexual y reproductiva en nuestro país, nos centraremos en dos casos: cesáreas por petición materna y cesáreas forzadas.

La cesárea es una intervención quirúrgica la cual se basa en una incisión en el útero para extraer al feto por la vía abdominal. Esta intervención se comienza a utilizar para prevenir complicaciones que se presentaban en los partos vaginales, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y fetal. Al disminuir la cantidad de muertes se generó un aumento en las indicaciones de este procedimiento, incluso siendo aceptado que las pacientes pueden exigir sin recomendación previa del personal de salud (Schnapp, 2014).

A nivel mundial ha habido un aumento significativo de la tasa de cesárea lo cual ha generado preocupación en el ámbito de salud pública, el incremento ha sido hasta un 70%. Esto ha generado un debate a nivel mundial ya que este aumento genera posibles riesgos maternos y perinatales, así como también por la inequidad al acceso de esta intervención y el costo económico que esto significa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el porcentaje de cesáreas no debería exceder el 15% de los casos, ya que no existen beneficios adicionales de esta intervención quirúrgica sobre el parto vaginal (Feldman, 2021).

El Ministerio de Salud (2018) plantea que Uruguay no es ajeno a esta realidad, ya que registramos un aumento progresivo en el porcentaje de cesáreas de aproximadamente un 2% por año. En 2009 fue un 33,5% y en 2016 de un 43,1 %, en ciertas instituciones hubo porcentajes por encima de 55%.

Promover un modelo asistencial humanizado es una herramienta que puede reducir el elevado porcentaje de cesáreas, permitiendo a la mujer vivir el parto como una experiencia segura, sin la necesidad de exigir una cesárea por miedo a vivir la experiencia.

La práctica de la cesárea es el mayor ejemplo de la mecanización y despersonalización de la atención sanitaria del embarazo y nacimiento. Comienza, al momento de entrar a quirófano, una danza de personas, promedialmente nueve: en general, el equipo técnico está integrado por primer y segundo ginecólogo/a, enfermeros/as, circulantes, instrumentistas, anestesistas, neonatólogos/as y enfermeros/as neonatales. (Farías, 2014)

4.1- Cesárea a petición materna

La obstetricia es una especialidad donde es esencial tener en cuenta los intereses y el bienestar de la madre así como del feto. En la actualidad, no solo intervienen los intereses médicos y de la mujer, sino también los intereses económicos, de planificación institucional y de disponibilidad de los recursos para poder asistir a las madres (Casavilla, 2014).

A partir del aumento en la atención de mujeres con posibles secuelas en el suelo pélvico vaginal post parto y a los casos de mujeres que afirmaron tener miedo a pasar por un parto vaginal ya sea por el dolor o por las complicaciones que este puede tener, es que se planteó el debate sobre si el parto por cesárea sin indicación de un profesional de salud puede ser de preferencia para las embarazadas (Casavilla, 2014).

Al considerarse más seguros los procedimientos de cesárea, en ciertas ocasiones las mismas madres han expresado su deseo de realizar esta intervención, sin una indicación médica. A este suceso se lo conoce como cesárea a petición materna o cesárea electiva, pero en otras ocasiones ciertos doctores han aconsejado utilizar este procedimiento sin una razón en relación a riesgos de la paciente o el hijo/a, y en estos casos nos encontramos frente a una cesárea a petición del médico sin razón clínica que lo amerite (Gabbe, 2019).

No existe una gran cantidad de estudios precisos sobre las ventajas o desventajas que puede generar una cesárea programada. Lo que podemos analizar en base a evidencias de moderada calidad es que la cesárea a petición materna o del médico

aparecen menos hemorragias posparto, menos morbilidad respiratoria neonatal en comparación con partos vaginales, pero al mismo tiempo internaciones más prolongadas y posibles complicaciones en embarazos posteriores. En los casos en los que la madre desea tener varios hijos/as es necesario que cuente con la información precisa sobre los procesos de cesáreas no indicados, ya que a mayor número de nacimientos vía cesárea pueden aparecer mayores complicaciones mortales, como placenta previa, placenta acreta y en ocasiones histerectomía (Gabbe, 2019).

Bonilla (2012) afirma que uno de los principales motivos por los cuales las mujeres deciden realizar una cesárea sin indicación médica proviene del miedo a transitar dolor en el parto vaginal o el convencimiento de que es mejor poder planificar el nacimiento con anticipación. Por lo que aconseja el poder empoderar a la mujer, y para esto es necesario brindarle toda la información respecto al proceso que va a vivir. Que la mujer cuente con esa información genera que la decisión que ella tome al final sea resultado de un análisis profundo e informado, donde pueda visualizar las ventajas y desventajas del parto vaginal y de la cesárea. Lo esencial para que esto ocurra es el acompañamiento del profesional de salud a la hora de tomar esta decisión.

El miedo extremo al embarazo y parto aparece en el 5 a 10% de las mujeres, lo que puede considerarse un tipo de fobia (tocofobia). Estas mujeres generalmente solicitan partos quirúrgicos con la intención de evitar el trabajo de parto. Se consideran ciertos factores de riesgo que pueden generar esta fobia, como enfermedades mentales preexistentes, antecedentes de abuso sexual, un apoyo social escaso o deficiente, y malas experiencias en partos anteriores. Se plantea a la psicoterapia focalizada como una herramienta que puede ayudar a estas mujeres a aceptar un parto vaginal y generar mejoras en la experiencia (Gabbe, 2019).

Además de los riesgos que pueden presentarse en una cesárea por el hecho de tratarse de una intervención quirúrgica, también existen aquellos que pueden comprometer a mediano plazo los procesos reproductivos de la mujer debido a la cicatriz que genera este procedimiento. Los estudios hasta el momento demuestran

que la cesárea por libre demanda aumenta el riesgo de cesárea recurrente, rotura uterina, placenta acreta, lesiones vasculares, muerte fetal y/o materna, dolores crónicos y obstrucción intestinal (Bonilla, 2012).

Cuando la elección de la madre de realizar una cesárea se relaciona al miedo de que algo malo le ocurra al bebe, es cuando debemos cuestionar si esta mujer cuenta con la información y el acompañamiento del personal de salud sobre los distintos riesgos a los que se enfrenta (ella y el bebe) cuando se realiza esta intervención quirúrgica. En estas circunstancias la responsabilidad cae en el profesional, el cual debe poder contener a la mujer y transmitir de forma clara la información necesaria para esta importante decisión. En caso de que la mujer, contando apoyo e información, continúe firme en su idea, se debe respetar su deseo por parte del equipo de profesionales (Farías, 2014).

Los beneficios que se destacan del parto por cesárea sin indicación médica son los siguientes: disminuye los casos de morbilidad y mortalidad perinatales, elimina episodios interpartos asociados con asfixia perinatal, reduce lesiones traumáticas intraparto, disminuye las muertes fetales preparto después de las 39 semanas de gestación, posible efecto protector contra la disfunción del suelo pélvico.

Los riesgos que destaca son: aumento de la morbilidad materna a corto plazo, aumento de la tasa de endometritis, transfusión y trombosis venosas, aumento de la duración del ingreso y mayor recuperación, aumento de la morbilidad neonatal a corto plazo, aumento de la morbilidad respiratoria neonatal leve, aumento de la morbilidad materna y neonatal a largo plazo, aumento del riesgo de placenta acreta e histerectomía con los siguientes partos por cesárea. Tanto las ventajas como desventajas están sujetas a estudios de confiabilidad (Gabbe, 2019).

Es esencial contemplar la importancia de que el sistema de salud realice investigaciones sobre los efectos psicosociales que pueden generar las cesáreas electivas y el impacto a la mujer, ya que esto no ha sido contemplado a la hora del debate sobre los riesgos o beneficios de estas intervenciones. En la actualidad si se han realizado estudios que analizan el miedo de las mujeres al dolor que pueden vivir durante un parto vaginal, en ciertos casos llegan al punto de tocofobia (fobia a

transitar un parto), lo que genera como consecuencia que opten por la cesárea. En estos casos nos encontramos con una persona que se encuentra en una situación vulnerable para tomar una decisión en relación a su salud, ya que su miedo no le permite poder realizar un análisis profundo de la situación. Antes la decisión hubiera sido únicamente del profesional, esto ha cambiado, por lo que es necesario un equipo de salud capacitado y especializado para poder apoyarla y acompañarla en esta decisión (Bonilla, 2012).

4.2- Cesárea forzada

La cesárea forzada es el segundo caso que planteo en este trabajo donde se han generado debates en relación a la autonomía de la mujer a la hora de transitar un embarazo. Cuando el médico tratante considera que el parto vaginal puede generar riesgos de vida en el feto o la madre es que se plantea la intervención quirúrgica. Para que esto ocurra, la madre debe firmar el consentimiento informado, en ciertos casos en los cuales las mujeres se negaron a hacerlo el médico recurrió a la justicia para que se obligara a la mujer a realizarse una cesárea.

Cuando el juez interviene, las circunstancias con las que se encuentra es que cuenta con un tiempo limitado, la mujer gestante no cuenta con representación, no hay un previo debate, ni un conocimiento profundo del juez en la temática. El médico se encuentra en una situación de tranquilidad, mientras que la madre en una de angustia o desesperación, en la que en muchos casos consideran “histeria”, por lo que la mayoría de las veces se termina decretando la cesárea (Gabbe, 2019).

Tanto los médicos como los jueces no cuentan con ningún tipo de derecho en considerar la vida del feto antes de la madre. Tampoco existen precedentes legales de que se exija a la madre transitar una intervención quirúrgica para salvar la vida de su hijo/a en caso de que este se encuentre en una situación extrema o grave (ejemplo: un trasplante de riñón). Por esto se puede considerar que no tendría lógica obligar a una madre a vivir una cesárea, la cual es más invasiva, para salvar a un feto cuando no se contempla en casos de niños (Gabbe, 2019).

El hecho de recurrir a un juez puede generar una sensación de alivio en el personal de salud, pero esto no debería suceder. Los motivos por los cuales este camino no genera una solución son: que el juez ha actuado sin una formación que lo avale, la situación médica no se ha modificado, se pierde un tiempo valioso para poder dialogar con la mujer los motivos por los cuales se considera esencial esta intervención, y convierte al médico en un agente de la autoridad del estado que ejerce su poder sobre la autonomía de la mujer. Genera un conflicto entre la mujer y el obstetra, lo cual puede generar que las madres prefieran tener el menor acercamiento posible al sistema de salud en el futuro (Gabbe, 2019).

Luego del parto el niño es considerado una persona con derechos y debe ser tratado como tal, pero previo al nacimiento únicamente se puede acceder al feto con el consentimiento materno, si esto no se cumple es por que se consideró a la mujer como una no-persona que no cuenta con derechos sobre su propio cuerpo (Gabbe, 2019).

Si bien hay motivos relacionados a la salud por los cuales el médico puede exigir una cesárea antes que un parto vaginal, también nos encontramos con otro tipo de factores que aumentan el porcentaje de esta intervención. En relación a los factores económicos podemos destacar que la cesárea tiene mayor rentabilidad para los profesionales que los partos vaginales. Otro factor a destacar es que la cesárea otorga al equipo tratante la oportunidad de organizarla previamente a su favor, y cuentan con un mayor control de esta que si fuera un parto vaginal (Besio,1999).

La cesárea protege al médico de futuras demandas, ha habido un aumento de casos de demandas judiciales al sistema de salud, con la intención de protegerse de esto recurren a una intervención quirúrgica que les facilita no tener problemas con la madre o el feto. Esta forma de actuar se conoce como medicina defensiva, y genera que el médico vele por su seguridad antes que las preferencias de la paciente (Besio,1999).

En la decisión del médico de que camino tomar, incide el bienestar de su paciente, por lo que contempla el caso con el que se encuentra trabajando para lograr el objetivo de la mejor forma, pero al mismo tiempo, también incide en su decisión su propio bienestar (Besio,1999). La medicina defensiva actualmente es reconocida

como un problema para los servicios de salud de una gran cantidad de países del mundo. Esta es definida en la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el objetivo de evitar problemas al médico tratante y defenderlo de críticas posteriores por resultados no deseados, generando así que en una gran cantidad de casos se ignore el diagnóstico y tratamiento del paciente (Sánchez-González, 2005).

Cuando la medicina defensiva se enfrenta a un proceso de embarazo, parto o puerperio tiene como objetivo que el bebé nazca vivo y que presente una buena salud. Por lo que los médicos suelen considerar que la cesárea los va a ayudar a cumplir ese objetivo de una forma más certera y así evitar que se considere que no se hizo todo lo posible (Farías, 2014).

Autores como Egan (2004) plantean otra perspectiva que contradice en ciertos puntos lo desarrollado anteriormente, donde considera a la cesárea como un tratamiento con indicaciones precisas, y la cual tiene como único objetivo el bienestar de la madre y del hijo/a. Plantea que es necesario acotar la autonomía de la madre, ya que no puede ser considerada sobre el criterio clínico. Por último afirma que no se puede basar el juicio clínico únicamente en los derechos de la paciente, ya que esto sería convertir al médico en un técnico/a y estaría desvalorizando el juicio clínico experto y la integridad de la medicina como profesión.

Gabbe (2019) destaca en su libro "Obstetricia: embarazos normales y riesgosos" que en 2005 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos revisó y actualizó su informe del Comité de Ética de 1987 titulado "Elección de la paciente: el conflicto materno fetal" ("Patient Choice: Maternal Fetal Conflict"), actualmente titulado "La toma de decisiones maternas, la ética y la ley" (Maternal Decision Making, Ethics, and the Law), considerando que fue un gran aporte para la visión del médico. Destaca como uno de los puntos principales que las intervenciones judiciales en casos donde la madre da la negativa a las decisiones del profesional de salud, pueden generar riesgos en el feto e ignora el hecho de que la obstetricia genera limitaciones en cuanto al conocimiento de los médicos. No se deben tratar las problemáticas médicas como si fueran morales.

Por otro lado expone como último punto que las políticas estrictas y que implican la participación de la justicia pueden ser contraproducentes, generando un aumento de la tasa de mortalidad infantil y conflictos en la relación médico-paciente. Al mismo tiempo estas políticas pueden generar mayores consecuencias en mujeres más vulnerables y crear la posibilidad de criminalizar conductas maternas.

Para finalizar, Gabbe (2019) hace referencia a tres recomendaciones realizadas por el Comité de Ética, en primer lugar que las decisiones autónomas de las mujeres deben ser respetadas y no se debe recurrir a las autoridades judiciales con el objetivo de proteger al feto si esto va a violentar la autonomía de la mujer. En segundo lugar, no se debe castigar a las mujeres por los resultados de sus decisiones en relación a su parto. Y por último, aclaran que los responsables políticos, legisladores y médicos deben trabajar juntos para encontrar nuevas formas constructivas y justificarlas con evidencias para abordar las necesidades de mujeres con alcoholismo o consumo problemático de sustancias.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que el vínculo del médico tratante con la mujer gestante es un aspecto esencial para determinar la autonomía que esta presentó a la hora de tomar decisiones. Si bien pudimos observar que este vínculo ha sido modificado a lo largo de la historia, abandonando el modelo paternalista para convertirse en uno más participativo, podemos considerar que en ciertos casos esta participación es limitada por el propio sistema de salud. Podemos destacar que a partir de la hospitalización de la maternidad, se ha generado una mayor atención a este vínculo, y visualizado que en ciertos casos los tratos han sido deshumanizados.

Cuando se trabaja con la salud reproductiva de una persona, debemos destacar que son momentos de la vida donde el individuo puede encontrarse en una situación de vulnerabilidad y sensibilidad. Por esto es esencial que la relación con el equipo tratante sea humanizada y es esencial respetar la autonomía del paciente.

Promover un modelo asistencial humanizado implica el acompañamiento interdisciplinario para lograr una mirada integral, donde se valore los aportes de los distintos profesionales que integran el equipo. Para esto la presencia de un psicólogo especializado en el área de perinatal es de suma importancia para el acompañamiento de la paciente.

A partir del análisis realizado de la bibliografía disponible cabe destacar que el consentimiento informado es una herramienta esencial de protección y reproducción de autonomía. Si bien en ciertos casos puede utilizarse como un trámite burocrático, podemos observar que informa a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar en su cuerpo, los motivos y repercusiones que esto puede generarle.

La autonomía es considerada como el grado de libertad que tienen las mujeres para actuar en relación a su deseo y no el de un tercero. El consentimiento informado protege a la mujer y a su autonomía como también al profesional para evitar problemas legales futuros. Cuando no se brinda esta información, o es brindada de una forma incorrecta, o la persona no se encuentra en una situación favorable para tomar la decisión podemos estar frente a un caso de violencia obstétrica, ya que la

decisión está siendo tomada sin las herramientas necesarias para que favorezca a la persona.

Los casos de cesárea a petición materna sin indicación médica comprueban que en ciertos casos las mujeres cuentan con la libertad de decidir pero por falta de acompañamiento o de información se ve limitada su autonomía. Los casos de cesárea en el mundo han ido en aumento, y en muchos casos se ha determinado que un factor que repercute a esto es el miedo de las mujeres al parto vaginal, o considerar que la cesárea es más segura. Esto es una clara muestra de que cuando un profesional no realiza el acompañamiento correspondiente la decisión puede generar consecuencias negativas tanto a nivel biológico como emocional. La cesárea cuenta con desventajas como aumento de la morbilidad materna a corto plazo, aumento de la tasa de endometritis, transfusión y trombosis venosas, aumento de la duración del ingreso y mayor recuperación, aumento de la morbilidad neonatal a corto plazo, aumento de la morbilidad respiratoria neonatal leve, aumento de la morbilidad materna y neonatal a largo plazo, aumento del riesgo de placenta accreta e hysterectomía con los siguientes partos por cesárea. Así como también ser una situación que conlleva un impacto emocional, es una intervención quirúrgica mecanizada y despersonalizada, por lo tanto podemos considerar que muchas veces la madre no está realmente informada sobre el procedimiento.

Otro punto a destacar sobre la cesárea por petición materna, es que en ciertas ocasiones nos encontramos con profesionales que realizan medicina defensiva, colocando su bienestar por encima de la paciente para evitar problemas legales, por lo que puede aconsejar o indicar una cesárea sin motivos clínicos reales, y así interferir en la decisión de la paciente, coartando su libertad .

En situaciones de tocofobia donde la mujer presenta una fobia al dolor del parto, debe haber un equipo capacitado para trabajar con ella, ya que se encuentra en una situación vulnerable y no puede realizar un análisis profundo de la situación. En estos casos también debe destacarse la importancia del equipo interdisciplinario en el cual el/la especialista en psicología perinatal que cuenta con las herramientas necesarias logre realizar un acompañamiento de este tipo de situaciones a la madre.

El otro caso que fue expuesto fue la cesárea forzada, donde un juez toma la decisión de cómo debe parir una mujer. En ciertas situaciones donde por indicación médica es necesario realizar una intervención quirúrgica y la madre se niega a realizarlo se ha tomado la decisión de recurrir a la justicia. En estos casos se vuelve a evidenciar una situación donde la autonomía no es respetada, ya que el juez que interviene probablemente no cuenta con una formación sobre el tema y solo recibe la información que el médico le transmite. Se toma el saber del médico como única posibilidad, cuando en ciertos casos el profesional puede estar velando por su propio bienestar.

Actualmente basándonos en la bibliografía utilizada para esta monografía podemos observar que se pretende desde el Ministerio de Salud Pública y el sistema de salud lograr una disminución en los casos de violencia obstétrica, pero en la práctica cotidiana los casos siguen existiendo. Los casos de cesárea mencionados son ejemplos de distintas realidades que viven las mujeres a la hora de pasar por un trabajo de parto, parto o puerperio, el cual es un momento cargado de sensibilidad, emoción y en ciertos casos vulnerabilidad, y el cual tiene un gran impacto a en la subjetividad de las mujeres que lo viven. Por esto es que podemos concluir que es necesario que se contemplen los aspectos psicológicos, emocionales, culturales, que forman a la persona, y para que esto se logre se debe tomar a la persona como un ser bio-psico-social.

El abordar estas temáticas de forma interdisciplinaria aporta a visualizar al individuo como un ser biopsicosocial, y no limitarlo únicamente a los aspectos biológicos. Para la Psicología de la Salud que se basa en el estudio del proceso de salud-enfermedad de las personas y parte de la idea de incluir un entramado de procesos psicológicos complejos para la promoción y prevención de la salud, es esencial este tipo de abordajes. Podemos ubicar en Psicología de la Salud, los aportes específicos de la Psicología Perinatal, la cual aborda distintas situaciones relacionadas con el embarazo, parto, y puerperio y trabaja con la madre y todos aquellos agentes que repercuten durante estos procesos. Los agentes son las redes sociales, los familiares, la institución hospitalaria y el equipo tratante, los cuales pueden recibir como ejercer violencia. La Psicología Perinatal trabaja con distintos tipos de violencia obstétrica, incluyendo la violencia obstétrica psicológica, donde

podríamos ubicar la limitación a la mujer al ejercicio de su derecho a tomar decisiones libres y autónomas o no contar con toda la información pertinente a su disposición.

En conclusión, considero importante poder continuar cuestionando el real ejercicio de la autonomía de las mujeres en su salud reproductiva, plantear si esta libertad es real o si en ciertos casos se ve afectada por la desinformación, la falta de acompañamiento del equipo médico o la elección de una medicina defensiva. Para esto es necesario que el personal de salud se encuentre capacitado para realizar un acompañamiento más cercano de la mujer, así como también, más humano. El proceso de transitar un embarazo en un sistema de salud que se caracteriza por ser mecanizado e institucionalizado contribuye a elevar la cantidad de casos donde la autonomía de las mujeres no es respetada.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán, N. M., & Cherro, M. V. (2018). Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco. *Fronteras*, (8).

Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, 35(1), 13-26.

Alzard Cerezo, D. (2019). La buena madre: discursos y prácticas neoliberales. *Atlánticas–Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 265-294.

Barcia, M., & Zunino, C. (2019). Reflexiones sobre el consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes en la atención clínica. *Revista Médica del Uruguay*, 35(2), 149-162.

Benavides, A. (2009). El consentimiento informado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55(4), 248-255.

Berro Rovira, G. (2013). Consentimiento informado. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(1), 17-31.

Besio, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. *Revista médica de Chile*, 127(9), 1121-1125.

Blengio Valdés, M. (2021). El respeto a la autonomía y el consentimiento informado con especial referencia a la vulnerabilidad y la violencia obstétrica. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/libro-temas-de-bioetica/3-el-respeto-a-la-autonomia-y-el-consentimiento-informado-con-especial-referencia-a-la-vulnerabilidad-y-la-violencia-obtetrica/>

Bonilla, H. (2012). Cesárea a petición de la mujer: visión desde la matronería. *Medwave*, 12(03).

Bravo Neira, A. G. (2016). *Criterios clínicos quirúrgicos para realizar cesárea, estudio a realizar en el Hospital Federico Bolaños Moreira período 2014-2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).

Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*, 18(1), 121-127.

Casavilla, F. S.(s/f) Cesárea a demanda.*Consenso de Obstetricia – FASGO 2014 - Tucumán*

CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>

Durand Schinkel, A. P. (2019). Las" Buenas madres": un estudio sobre los discursos de la maternidad en las revistas femeninas.Tesis para optar por el grado académico de Magistra en Comunicaciones. Universidad Católica de Perú.

Egan, L. A. V. (2004). Operación cesárea: una perspectiva integral. *Rev Fac Med UNAM*, 47(6), 246-50.

Farias, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia.Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social. Universidad de la República.

Feldman, F., Del Villar, G., Grimaldi, P., Scasso, S., & Rey, G. (2021, June). Comparación de la tasa de cesáreas de dos maternidades públicas del Uruguay. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 8, No. 1). Universidad de la República. Facultad de Medicina.

Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., ... & Grobman, W. A. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. Elsevier Health Sciences.

Gallego, M. B. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251.

Hernández, O. D. (2015). Consentimiento informado. *Tribunal Nacional de Ética Médica*, 156.

Lafaurie, M. M. (2009). Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Médicas UIS*, 22(2). Recuperado a partir de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/367>

Martínez Muñoz, J. A. (2007). Autonomía. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, (XL), 713-764.

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2019) A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: file:///home/usuario/Descargas/SSySR_2019.pdf

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2019) *A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*. Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: MSP

Ministerio de Salud Pública (MSP) *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Dirección nacional de la salud.

Moreno Sierra, P. E., & Guzmán Castillo, K. A. (2017). Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica. Tesis para optar por el título de Magíster en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana.

Núñez, D. C., & Méndez, D. N. (2013). Aspectos generales sobre el consentimiento informado en Obstetricia y Ginecología. *MediSan*, 17(10), 7011-7019.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985). "Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS para el Nacimiento", *Lancet*, 2:436-437. Traducción ACPAM. En línea: (Consulta, 14 de abril del 2014).

Oiberman, A. J., Mansilla, M., Carballo, R., & Elizondo, C. (2019). El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; Premio Facultad de Psicología; 2019; 11-2019; 49-71

Palomar Vereza, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67.

Pietra, C. (2016). Construcción social de la maternidad: lo no dicho acerca de convertirse en madre..Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Universidad de la República.

Rodríguez, L. (2015). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. *Fondo de Población de Naciones Unidas*, 20.

Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/14275>

Sánchez-González, J. M., Tena-Tamayo, C., Campos-Castolo, E. M., Hernández-Gamboa, L. E., & Rivera-Cisneros, A. E. (2005). Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cirugía y Cirujanos*, 73(3), 199-206.

Schnapp, S. C., Sepúlveda, S. E., & Robert, S. J. A. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992.

Sieckmann, J. R. (2008). El concepto de autonomía. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/19326>

Torres, E. C., & Villarroel, I. S. (2010). Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (5), 89-108.

Urán, C. A. M., & Contreras, K. E. (2008). El concepto de autonomía en la fundamentación de la metafísica de las costumbres de I. Kant. *Cuadrante Phi*, (17).

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley No 18335. Pacientes y usuarios de los Servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones. Publicado en el Diario Oficial el 26 de agosto de 2008. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Recuperado de : <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Verea, C. P. (2004). " Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30.

Viola, S. (2012). Autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes en el Código Civil: una deuda pendiente. *Revista Cuestión de Derechos*, 3(2), 154-168.