

**LA CESÁREA.
UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Discurso leído en el acto de su recepción como
Académico Correspondiente en Lanzarote por

Dr. D. Fernando Conde Fernández

el día 14 de diciembre de 2009

Depósito Legal: M-50371-2009

Imprime:
Gráficas Loureiro, S.L.

**LA CESÁREA.
UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Discurso leído en el acto de su recepción como
Académico Correspondiente en Lanzarote por
Dr. D. Fernando Conde Fernández
el día 14 de diciembre de 2009

Arrecife (Lanzarote), Hotel Lancelot

Ciertos aspectos de la medicina son fundamentales y eternos. En cambio, el ejercicio de la medicina siempre está cambiando. Los médicos debemos estar preparados para hacer frente a los cambios y para reafirmar aquellos que son fundamentales.



Nacimiento de Julio César. Miniatura 1375. *Les faits des Romains*. Colección Schöyen.

ÍNDICE

Centrando el problema	9
I. BIOÉTICA Y PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA	12
Principios de la Bioética	18
a. Principio de no maleficencia	18
b. Principio de beneficencia	19
c. Principio de autonomía o de libertad de decisión	19
d. Principio de justicia	20
Problemas éticos en la práctica clínica	22
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEY 41/2002	24
La relación clínica como vehiculo del consentimiento informado	24
Origen del consentimiento informado	27
Marco normativo del consentimiento informado en España	29
El Consentimiento informado del paciente a la luz de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente	31
El concepto de consentimiento informado	31
Contenido y límites del consentimiento informado	32
Contenido	32
a. Derecho y deber de información asistencial: contenido y límites	32
b. El consentimiento	35
c. Finalidad	35
d. Derecho del paciente	36
e. Deber del facultativo	37
Límites	37
Ley 41/2002	39
Derecho a la información sanitaria	43
El derecho a no ser informado	46
¿Quién o quienes están obligados a informar?	46
¿Cómo se ha de facilitar al paciente la información?	47
Derecho a la información epidemiológica	47
Derecho a la información sobre el Sistema de Salud y sobre la elección de médico y de centro	48
Conclusión	48

III. LA OPERACIÓN CESÁREA	49
Origen y evolución de la operación cesárea	49
Cesárea electiva a petición materna	56
Consideraciones éticas	56
1. Principios éticos en conflicto	58
a. Autonomía	58
El dilema de la autonomía en el consentimiento informado	60
b. Beneficencia y no maleficencia	61
❖ Impacto materno	61
○ Disfunción suelo pélvico	61
○ Morbilidad materna	63
○ Mortalidad materna	64
○ Embarazos futuros	64
○ Otros	65
❖ Impacto fetal	65
○ Morbilidad respiratoria	65
○ Daño plexo braquial, trauma fetal y encefalopatía neonatal	66
○ Muerte fetal intrauterina	66
○ Otros	66
c. Justicia	67
2. ¿Por qué las mujeres eligen una cesárea electiva?	67
3. Una cuestión ética	68
IV. ALGORITMO ÉTICO EN LA CESÁREA	71
❖ Casos en que no existe un antecedente de cesárea previa	71
• Cesárea indicada	71
• Cesárea no indicada	71
❖ Casos en que existe un antecedente de cesárea previa	72
• Beneficencia con mayor peso que autonomía	73
• Beneficencia y autonomía con igual peso específico	73
Conclusión	74
Bibliografía	75

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote,
Ilmos. Sres. Académicos,
Señoras y Señores,
Colegas y Amigos:

Centrando el problema

La operación cesárea se ha incrementado a nivel mundial existiendo en los últimos años gran cantidad de artículos y noticias tanto en las revistas especializadas de Obstetricia y Ginecología así como en los medios de comunicación. La tasa de cesárea en los países de altos ingresos está aumentando; representa el 21,3% de todos los partos en el Reino Unido, 23% en Irlanda del Norte¹, 23,3% en Australia² y 26% en los Estados Unidos³. Las tasas en América del Sur aún son mayores, alcanzando alrededor de un 50% en hospitales privados en Chile, Argentina, Brasil y Paraguay⁴. Algunas de las razones relacionadas con la alta proporción de partos por cesáreas durante las últimas décadas han incluido temas médico-legales, el incremento en el uso de control electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y la menor formación en el manejo de los partos operatorios vaginales así como el manejo de los partos vaginales con presentación podálica^{5,6,7}. La cesárea por cesárea previa es la indicación obstétrica más frecuente para la repetición de cesárea, representa el 28% de los partos en el Reino Unido¹ y en más del 40% de los partos en los Estados Unidos⁸. Una causa de este aumento ha sido atribuida al aumento de cesáreas electivas, es decir aquellas hechas sin una clara indicación médica u obstétrica, a petición de la madre. Un creciente número de mujeres solicita que para finalizar su gestación se realice una cesárea electiva, sin que existan razones médicas que justifique tal petición.

La cesárea a demanda, o por petición materna, es la que se realiza, a requerimiento de la mujer, en embarazos con feto único y a término en ausencia de otras indicaciones médicas u obstétricas. El tema es objeto de intensa controversia y fuertes contradicciones sustentadas más por razones filosóficas que por evidencias médicas.

La pregunta que surge inmediatamente es acerca de las razones que inducen a una mujer a elegir una vía de parto o la otra, y la respuesta por supuesto no resulta simple, es necesario ponderar, para tener una primera aproximación al problema, sobre el concepto que cada persona tiene acerca del parto, sus implicaciones y el dolor concomitante, así como de la cesárea, y por supuesto la cantidad y la calidad de la información que le brinda el médico acerca de cada uno de los procedimientos y de sus riesgos y beneficios.

Esta tendencia es debida en gran parte a la percepción generalizada de que la cesárea es una técnica mucho más segura que en el pasado y que los estudios que resaltan los riesgos de la cesárea están sesgados por las causas médicas u obstétricas que motivaron la intervención.

En tiempos recientes ha habido afirmaciones de que la cesárea electiva en pacientes sanas que optan por familias pequeñas es segura hasta el punto de merecer consideración individual de cada caso⁹. El presidente de la ACOG afirmó *“llegará el momento - si es que ya no se está ocurriendo- de la cesárea electiva por elección materna”*¹⁰. Una editorial reciente del colegio americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) sugiere que la cesárea electiva sea ofrecida de manera más amplia a las mujeres¹¹. Esta recomendación estaba dirigida específicamente a mujeres nulíparas o que hubiesen sufrido cirugía reconstructiva del suelo pélvico. El comité ético de la FIGO ante una ausencia evidente de beneficios declaró *“la realización de una cesárea electiva por motivos no médicos no está éticamente justificada”*¹², a pesar de ello un 69% de obstetras en Gran Bretaña y un 50% en Israel estarían dispuestos a realizar una cesárea electiva en respuesta a una petición materna. Por el contrario, solamente un 9% de obstetras israelíes y un 15% de obstetras ingleses la preferirían para su esposa o pareja. En 2006 el National Institute of Health determinó en una conferencia de consenso que no existía suficiente evidencia científica para comparar los beneficios y riesgos de la cesárea a petición materna con el parto vaginal¹³.

Regresando al centro de la discusión: ¿es éticamente válido que una mujer decida la vía de nacimiento de su hijo? ¿Es ético realizar una cesárea electiva a una mujer con un embarazo normal a término, sin factores de riesgo ni com-

plicaciones? ¿Cómo debería el ginecólogo responder a una paciente que solicita una cesárea programada sin que exista una indicación médica? Estas difíciles preguntas suponen un reto a los principios éticos tradicionales de beneficencia y no maleficencia, y al deber del médico de respeto de la autonomía del paciente¹⁴. En el obstetra esto crea una situación precaria ya que son responsables del bienestar materno y fetal. En ocasiones esto creará un dilema ético que sólo podrá resolverse a favor de una de las partes en detrimento de la otra. La cesárea electiva a demanda materna es un claro ejemplo de estos dilemas éticos, entre el respeto a la autonomía de la madre y la autonomía del obstetra para ejercer de acuerdo a prácticas médicas estándares y aceptadas.

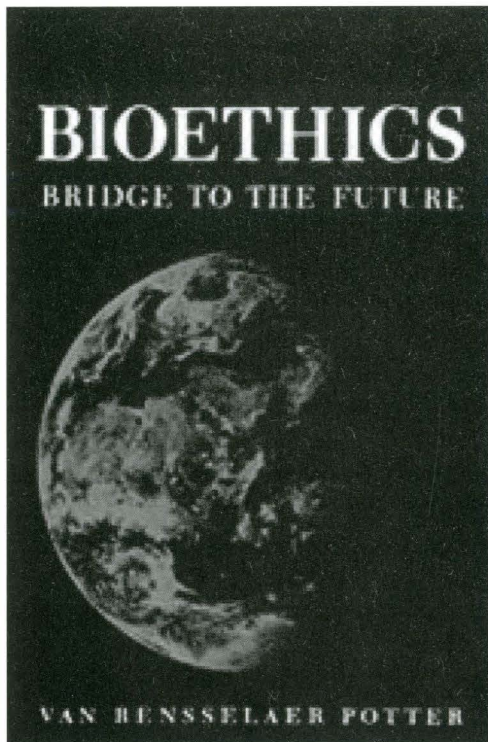
El derecho de la mujer de estar activamente involucrada e informada en las decisiones que afectan su salud es ampliamente reconocido por los médicos^{15,16}. En España la reciente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁷ (en adelante Ley 41/2002), regula el derecho de información del paciente y el consentimiento informado. El principio de autonomía del paciente, por (el que éste debe dar consentimiento informado con respeto a los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y de modo que su autonomía sea respetada) se reconoce tanto ética como legalmente excepto en el parto. Resulta paradójico que una mujer pueda decidir si quedarse o no embarazada, si interrumpir o no ese embarazo, pero sin embargo negársele la elección informada sobre el método de parir.

Procederemos por tanto en el desarrollo del presente trabajo a fundamentar éticamente el derecho de autonomía de la paciente en la cesárea electiva, para ello explicaremos los principios de la bioética desarrollando especialmente el consentimiento informado para terminar con un estudio sobre los aspectos éticos de la cesárea a demanda y la propuesta de un algoritmo ético en la ayuda de toma de decisiones en los casos de cesárea.

I. BIOÉTICA Y PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

El concepto de **bioética** es un concepto de aparición reciente, surgiendo en los años 70 en USA, desde donde se ha extendido al mundo, con sus peculiaridades en cada lugar.

El término “bioética” fué acuñado por *Van Rensselaer Potter*, médico oncólogo y profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin (USA), quien publicó en 1971 su libro titulado “*Bioethics, bridge to the future*”²⁹.



Potter, interesado también en la relación del hombre con la tierra, los animales y las plantas, había llegado al convencimiento de que si no se ponía freno al comportamiento del ser humano frente a la naturaleza, su supervivencia sobre el planeta no sería muy larga. Después de profundas reflexiones concluyó que la pervivencia del hombre podía depender de una ética basada en el conocimiento biológico. A esa ética le dio el nombre de “Bioética”. “*Una ciencia de la supervivencia -decía- debe ser más que ciencia sola; por lo tanto yo propongo el término Bioética en orden a enfatizar los dos más importantes ingredientes, necesarios para la nueva sabiduría tan desesperadamente necesaria: los conocimientos biológicos y los valores humanos*”³⁰. En el prefacio de su libro anotaba además: “*Si hay*

dos culturas que se muestren incapaces de entenderse -ciencia y humanidades-, y si ello contribuye a que el futuro se muestre incierto, es necesario tender un puente hacia el futuro: ese puente entre las dos culturas podría ser la Bioética”. Y más adelante: “*Debemos desarrollar la ciencia de la supervivencia, y debe arrancar con una nueva clase de ética: la bioética, que también podría llamar-*

se “*ética interdisciplinaria*” es decir, que incluya tanto las ciencias como las humanidades”³¹.

Como se sabe, la ética en sus inicios tuvo que ver con la relación de los individuos entre sí, después con la relación del individuo y la sociedad. En la década de los 70, con Potter, surge una ética diferente, dado que se ocupa de la relación del hombre con su entorno, es decir, una ética ecológica que, por lo mismo, habría de considerarse interdisciplinaria, pues incluye tanto las ciencias biológicas como las humanidades.

Como buen conocedor de lo que se presagiaba en el campo de la reproducción humana, Andrés Hellegers, profesor de Obstetricia en la Universidad de Georgetown, Washington, y especialista además en Fisiología fetal, en 1972 dio los primeros pasos para crear un centro de Bioética. Se denominó inicialmente “Instituto José y Rosa Kennedy para el estudio de la reproducción humana y la bioética”. Hellegers falleció en 1979 y el nombre entonces se cambió por el de “Instituto Kennedy de Ética”, vinculado a la Universidad de Georgetown.

En Nueva York, en 1969, el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gaylin llevaron la iniciativa para adelantar reuniones periódicas con científicos y filósofos interesados en las ciencias biomédicas, con el fin de analizar cuál debía ser la posición de la sociedad en general y de los profesionales en particular frente a los avances de ellas. Así nació el “Instituto de Ética y Ciencias de la Vida”, conocido más tarde como “Hastings Center”. Éste, junto con el Instituto Kennedy constituye hoy el epicentro de la bioética mundial. En su seno comenzó a desarrollarse una nueva ética, llamada Bioética. Su enfoque ha sido esencialmente médico, pues se ocupa sólo de los asuntos relacionados con las ciencias médicas. En 1978, también en los Estados Unidos, el llamado “Informe Belmont”³² consagró los tres principios morales que orientan a la Bioética: autonomía, beneficencia y justicia, los cuales no son aceptados por todos como principios morales propiamente dichos, sino como procedimientos para resolver problemas corrientes surgidos en el proceso de prestación de servicios sanitarios. Siendo la Bioética Médica un producto típicamente norteamericano, anglosajón, dista mucho de la Ética Médica primigenia. Ésta fue siempre naturalista, paternalista y algo metafísica; debía de ser así pues se nutrió en fuentes tales como la filosofía griega, el derecho romano y la religión judeo-cristiana. Aquella, por su parte, es esencialmente pragmática, alimentada por los principios de libertad y autonomía, es decir, por los derechos humanos elementales consagrados hace dos siglos, ampliados y perfeccionados en el presente.

La Ética Médica se mantuvo en su estado inicial durante veinticinco siglos. Habiendo sido la medicina tradicional absolutamente paternalista y absolutista, a la razón de ser de ella -el enfermo- se le trató siempre como a un incompetente físico y mental. Sólo hasta la década de los setenta se le concedió la ciudadanía moral, es decir, se le reconoció su condición de agente moral autónomo, libre y responsable.

Por supuesto que ese cambio radical en la concepción de la Ética Médica ha traído consigo conflictos de distinto orden. La interpretación de los principios morales fundamentales de esa neo ética por parte del paciente, el médico y el Estado, no siempre es coincidente. En particular, el principio de autonomía moral se presta para ser usado con exagerado pragmatismo, que lo aparta en mucho de los planteamientos éticos tradicionales.

El propósito de Potter al proponer la creación de la Bioética no era otro que tender un puente entre la ética y las ciencias biológicas. De esa manera los valores éticos deberían tenerse en cuenta al investigar los hechos biológicos, al igual que al momento de darles aplicación práctica a sus resultados. La fundamentación teórica de la Bioética es, sin duda, sólida y amplia. No se sujeta a una sola corriente filosófica ni a un solo sistema ético. Es pluralista, secular y democrática. Los estudiosos de la Bioética encuentran compatible su fundamentación con aquellas circunscritas al naturalismo, al idealismo, a la epistemología y, por supuesto, a la axiología. No obstante, para algunos eticistas católicos, como Pellegrino y Thomasma, la bioética le ha dado demasiada importancia a la autonomía, tanta que se la ha llevado a extremos morbosos³³. La Bioética se fundamenta en el principio de libertad moral y, por lo tanto, aceptando que el ser humano es un agente moral autónomo, deberá ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas, como dice Diego Gracia³⁴.

Poco tiempo después de aparecido el libro de Potter se sucedieron hechos insospechados, de implicaciones asimismo insospechadas y que, por eso, conmoveron hondamente a los sectores interesados en el comportamiento moral de los científicos. Me refiero a los avances en ingeniería genética y a la manipulación de los inicios de la vida humana. Sin duda, el nacimiento en Inglaterra de Louise Brown en 1978, producto de la fertilización extracorpórea del óvulo y su posterior implantación en el útero materno, fue el detonador de la conmoción ética en el campo de la biología. Este hecho, junto con los efectos de la reproducción humana incontrolada, condujeron al mismo Potter, como médico que es, a llamar la atención sobre el papel tan importante que le corresponde desempeñar a la medicina frente a los anhelos y compromisos de la humanidad. Consciente de que

su primer libro se había quedado corto en relación con los nuevos hechos aportados por la biotecnología, escribió una segunda obra que llamó **Global Bioethics**, publicada en 1988, en cuyas páginas se ocupa también de asuntos referentes a la reproducción humana. En él consignó lo siguiente: *“Ha llegado el momento de reconocer que no podemos ocuparnos de las opciones médicas sin considerar la ciencia ecológica y los vastos problemas de la sociedad sobre una escala global (...). Un ejemplo de un tema de bioética global son las opciones médicas relacionadas con la fertilidad humana frente a las necesidades ecológicas para limitar el crecimiento exponencial de la población (...). Ningún programa encaminado a cuidar la salud puede esperarse que sea exitoso sin que se acepte que el control de fertilidad humana es un imperativo ético para la especie humana”*.

Las ideas de Potter no encontraron eco inmediato a pesar de la popularidad que el término Bioética alcanzó en muy breve tiempo tanto en los medios científicos como de divulgación masiva, favorecido esto último en gran medida por la toma de conciencia de la opinión pública y el espíritu cuestionador y contestatario de las décadas del 60 y el 70 ante los agudos problemas económicos y sociales, así como del desarrollo de la ciencia y la tecnología.

La sociedad norteamericana atravesaba además una crisis de credibilidad moral conmocionada por la recesión económica, el “síndrome de Vietnam”, las luchas por los derechos de las minorías, los movimientos ambientalistas y contraculturales, el asesinato simbólico de las opciones de cambio (Malcolm X, los hermanos Kennedy y Martin Luther King) y el desprestigio del sistema político tras el escándalo de Watergate.

Por otra parte, la introducción acelerada de tecnologías médicas de gran complejidad y poder invasivo, disparó los costos de los servicios de salud y estimularon su comercialización, así como la especialización hacia la más rentable atención médica hospitalaria en detrimento de las acciones de promoción y prevención. El peligro de deshumanización ante el resquebrajamiento del ancestral deber hipocrático de actuar en el mejor interés del paciente en el entorno de una práctica atencional tradicionalmente autoritaria, pero ahora investida de un poder inusitado sobre la intimidad, la vida y la muerte.

Diversas revelaciones periodísticas sobre investigaciones médicas llevadas a cabo sin recaudos éticos y el debate público que esto produjo, estimularon a que el Congreso de los Estados Unidos creara en 1974 la *National Commission for the protection of the human subjects involved in Medical and Behavioral Research*, la cual culminó sus trabajos en 1978 con el famoso Informe Belmont, esbozo de la teoría utilitarista que un año más tarde fuera sistematizada por dos

profesores de Georgetown, Thomas Beauchamp, filósofo utilitarista que había formado parte de la comisión, y James Childress, deontólogo cristiano, quienes en coautoría publicaron el libro **Principles of Biomedical Ethics**, texto contenido de la aplicación sistémica de los principios de Beneficencia, Autonomía, Justicia y No Maleficencia a las decisiones en situaciones de conflicto presentes en la atención médica.

A pesar de basarse en un sistema de principios, lo que al parecer le confería cierto ropaje deontologista, al conferirle igual jerarquía a todos ellos, no llegan a establecer una escala ética, lo que evidencia el interés de los autores por brindar un procedimiento que ofreciera la mejor solución de acuerdo a las consecuencias, o sea es una propuesta eminentemente teleológica, utilitarista. Al no establecer jerarquía entre los principios, ni siquiera una metodología explícita, Beauchamp y Childress dejan el campo abierto para que las características y circunstancias en que se toma la decisión aconsejen la opción que mejores consecuencias conlleve. Dada la tradición individualista de la personalidad social norteamericana, en la práctica, el llamado Principialismo Anglosajón inclinó el centro de las discusiones hacia la observancia del principio de autonomía y el procedimiento para ejercerlo, el Consentimiento Informado.

Indudablemente esta propuesta resultó muy atractiva para la toma de decisiones en situaciones de conflicto en la práctica clínica, en especial en los casos límite propios de Unidades de Cuidados Intensivos, Cuerpos de Guardia, Unidades Quirúrgicas, e investigaciones médicas en seres humanos, fundamentalmente los Ensayos Clínicos. Esto justifica la gran popularidad del sistema de Beauchamp y Childress, con el cual prácticamente se identificó a la Bioética, a pesar de que junto al Principialismo, coexistieron otras propuestas utilitaristas también como el Casuismo y el Pragmatismo Clínico que no llegaron a alcanzar cotas tan altas de aceptación como el primero.

Pero la ductilidad del Principialismo comenzó a fallar dentro de la propia comprensión de la Bioética como Ética Biomédica en tanto demostró su incapacidad para resolver a satisfacción los problemas de Ética Relacional propios de la Atención Primaria de Salud, los enfermos crónicos y mentales, ejemplos todos donde elementos externos a la organización sanitaria, en particular la cuestión de la equidad, y los modos y estilos de vida, tienen un peso específico muy elevado.

El ecumenismo bioético alrededor del Principialismo anglosajón comenzó a resquebrajarse en tanto la Bioética se extendió a Europa y posteriormente a

América Latina donde las corrientes éticas neokantiana, marxista y “postmarxista” tenían más arraigo y se han constituido en verdaderas alternativas.

Por eso -dice Diego Gracia- la Bioética constituye un nuevo rostro de la ética científica³⁷. La protección y defensa de la vida sobre nuestro planeta se ha convertido hoy en un imperativo ético, que debe regir las actuaciones tanto científicas como de los políticos³⁸.

Como vemos, el radio de acción de la Bioética es mucho más amplio que el de la Ética Médica tradicional. En efecto, ésta, para favorecer al enfermo, comprometía únicamente al médico. Se movía en un círculo cerrado, impermeable a otras actividades. La Bioética, al involucrar a la humanidad, rompió ese cerco para darles cabida a disciplinas distintas a las que tienen que ver con la biología, como son la filosofía, las leyes y la religión. La Ética Médica era una ética profesional en tanto que la Bioética es una ética general, una moral de mayor alcance y amplitud, como que se entiende con el universo y se preocupa por las futuras generaciones.

Dice el médico y filósofo español Diego Gracia que la bioética médica es una consecuencia necesaria de los principios que viven informando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos³⁹. Es cierto, junto con la formulación y vigencia de los principios de libertad política y libertad religiosa, se impuso también el principio de libertad moral. El mismo Gracia añade “*Todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas*”⁴⁰. Si lo moral es la esencia de lo ético, deberá aceptarse entonces que la Ética Médica con el advenimiento de la Bioética ha sido modificada en su esencia. En efecto, fue en los inicios de los años 70 cuando al paciente se le concedió la ciudadanía libre y responsable. Esa ciudadanía quedó refrendada con la “Declaración de los derechos del paciente”, aprobada por la Asociación Americana de Hospitales en 1973 y que, como era de esperar, ha venido haciendo carrera en todo el mundo, siendo un ingrediente más de los muchos que han hecho del ejercicio profesional de la medicina una disciplina francamente conflictiva.

Junto con el de autonomía, los principios morales de beneficencia y justicia constituyen el trípode que sirve de base de sustentación a la ética médica actual. El primero tiene que ver con el paciente, el segundo con el médico y el tercero con el Estado y la sociedad. Adviértase, entonces, que el paternalismo que caracterizó a la medicina durante veinticinco siglos dejó de tener vigencia. El paciente, por una parte, superó su condición de incapacitado moral para convertirse en un sujeto activo, con derechos legales; el médico, a su vez, continúa siendo el

benefactor del paciente, pero no a contrapelo del querer de éste; a la sociedad, que no fue tenida en cuenta sino hasta época reciente se le adjudicó la función de distribuir equitativamente los bienes escasos en la comunidad, es decir, a actuar con criterio justo. Sin duda, tal ingrediente, involucrado en el concepto de ética médica, tiene sus raíces en las tesis propuestas por John Stuart Mill en su tratado de filosofía moral, El utilitarismo. Para él, la esencia de la justicia no es otra que el derecho al bienestar que posee el individuo. “*La justicia -escribió- es el nombre de ciertas clases de reglas morales que se refieren a las condiciones esenciales de bienestar humano de forma más directa y son, por consiguiente, más absolutamente obligatorias que ningún otro tipo de reglas que orienten nuestra vida*”².

Principios de la Bioética

La ética de los principios o principialismo constituye la corriente más potente de la bioética actual. Surge en 1974-78 en Estados Unidos cuando se creó la *National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*. Esta comisión trataba de elaborar una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar a la investigación con seres humanos. De aquí surgió el llamado informe Belmont, que establecía unos principios éticos básicos:

- Respeto por las personas (Autonomía)
- Beneficencia
- No Maleficencia
- Justicia

La corriente principialista afirma que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de estos principios éticos.

Al concretar estos principios surgen como consecuencia el Consentimiento Informado, la evaluación de los riesgos y beneficios y la selección de sujetos. Pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y dignidad de la persona (Beauchamp & Childress 1999).

a. Principio de no maleficencia

Este principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la

integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo. Un ejemplo actual sería evaluar el posible daño que pudieran ocasionar organismos genéticamente manipulados, o el intento de una terapia génica que acarrearía consecuencias negativas para el individuo.

b. Principio de beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente). Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el “bien” de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños. Como dice Hans Jonas (1997) *“aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin”*. De esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

También se puede usar este principio (junto con el de justicia) para reforzar la obligación moral de transferir tecnologías a países desfavorecidos con objeto de salvar vidas humanas y satisfacer sus necesidades básicas.

c. Principio de autonomía o de libertad de decisión

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vital-

mente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual. Del principio de autonomía trataremos más adelante al tratar del consentimiento informado.

d. Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, para evitar la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

Se pueden plantear conflictos no sólo entre miembros coetáneos de un mismo país, sino entre miembros de países diferentes (p. ej., acceso desigual a recursos naturales básicos), e incluso se habla de justicia para con las generaciones futuras.

Nuestra cultura ha sido más sensible al principio de autonomía, a costa del principio de justicia, pero es posible que la misma crisis ecológica nos obligue a cambiar este énfasis. La justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del principio de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que espolea el deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo atomizado reclama ilimitadamente “derechos” de modo narcisista (H. Jonas: *El principio de responsabilidad*).

La aplicación de estos principios a la ética clínica (1979) demostró que aplicándolos se consiguen decisiones idénticas sobre los mismos dilemas éticos.

En el caso en que dos principios se encuentran enfrentados al analizar uno, se consideró que:

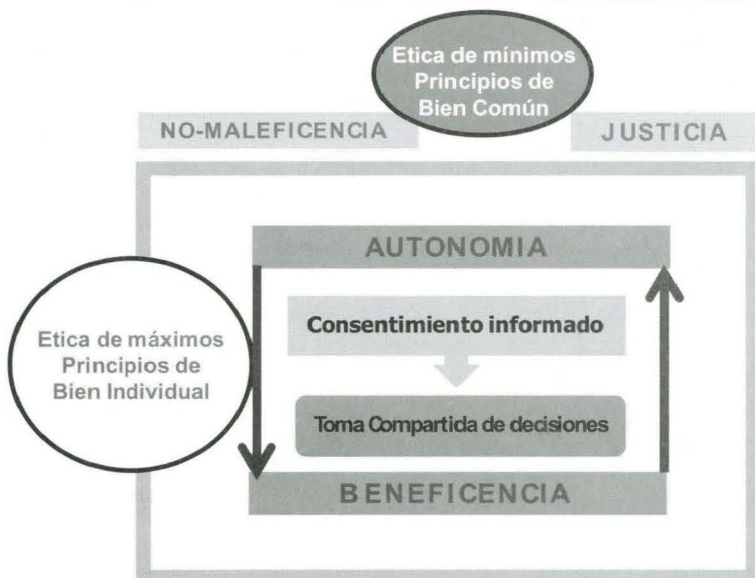
- Los cuatro principios deben respetarse siempre si no aparecen enfrentados (“*prima facie*”).
- En caso de conflicto, debe haber uno que prevalece sobre los demás (“*actual*”). En EEUU se consideró que prevalece el principio de autonomía. En España, la situación es diferente. *Gracia* propone el **principialismo jerarquizado**. Se establecen dos niveles:

- Dos de los principios se sitúan a nivel **universal**, ya que son presupuestos éticos de la relación médico paciente, previos a ella y por tanto independientes de la voluntad del paciente, No maleficencia y justicia. Son independientes, y superiores al de autonomía. Obligan moralmente siempre, incluso contra la voluntad de las personas (prevalece el bien común sobre el bien particular).
- En un segundo escalón, a nivel **particular**, están los elementos éticos de la relación médico paciente los principios de beneficencia-autonomía, que no son fácilmente separables.

Se establece un primer escalón: “**Ética de mínimos**”: lo mínimamente exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario. Incluye los principios de no maleficencia y justicia. Es siempre un deber, exigible por derecho.

Un segundo escalón: “**Ética de máximos**”, con un mayor nivel de exigencia. Incluye beneficencia y autonomía.

LA RELACIÓN CLÍNICA: Fundamentación ética



Es frecuente en la práctica médica que el principio de beneficencia se encuentre en tensión con el de autonomía. El médico, por sus conocimientos y experiencia, puede valorar de forma más racional y objetiva la situación de su paciente, pudiendo plantear la mejor actitud médica buscando el bienestar del paciente (beneficencia). Por otro lado, el paciente, aún sin conocimientos médicos, puede juzgar la repercusión sobre su vida, valores personales, etc. Es aquí donde tiene importancia el consentimiento informado, al permitir al paciente tomar estas decisiones libremente.

Para Pellegrino, en los últimos 25 años, la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica. Ésta es la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática. Es un tema muy enraizado en la concepción anglosajona de los derechos individuales, pero si bien no se pone en evidencia con igual forma en nuestro ambiente cultural, no puede soslayarse.

Problemas éticos en la práctica clínica

Se consideran *problemas éticos* aquellas cuestiones morales susceptibles de varias soluciones que se intentan resolver por medio de procedimientos científicos. Parte de “lo que es bueno o justo hacer” y su justificación. Son dilemas éticos la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre que hace el profesional en el ejercicio clínico, considerando y jerarquizando los valores morales para asumir la conducta más humana. Un mismo acto médico puede ser juzgado simultáneamente por tres códigos diferentes: la propia conciencia del médico, el código deontológico y el de la jurisdicción. Unas directrices éticas generales no pueden abarcar todas las situaciones que se producen en la práctica médica. Por eso en el análisis de situaciones concretas y las consecuencias de la aplicación de los principios, nos podemos encontrar ante un dilema de tipo ético. En la práctica clínica es frecuente la aparición de cuestiones éticas que muchas veces no se reconocen como tales, y se resuelven de forma intuitiva (según la ciencia, conciencia y experiencia del médico). Otras veces se plantean auténticos *dilemas éticos*, es decir, problemas cuya solución se encuentra entre dos proposiciones que parecen oponerse entre sí, y constituir ambas un deber para el médico. Al tomar una opción para cumplir con un principio, se contraviene el otro. Se trata de escoger entre dos opciones que en principio son buenas, pero que se excluyen mutuamente. Para resolver estas situaciones no son suficientes la simple intui-

ción, ni las buenas intenciones, ni la adhesión a las costumbres de la Medicina local. Es necesaria una adecuada formación profesional que permita identificar, enfrentar y resolver estos dilemas. En estos casos conviene seguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta en relación a principios éticos universales. Estos procedimientos ayudan a tomar una decisión teniendo en cuenta todos los factores relevantes, y evitan que se actúe presionado por la situación.

En general, la bioética norteamericana se preocupa más por los procedimientos para tomar decisiones; busca el modo de acción más adecuado, sin fundamentar los principios que propone. Esto se debe a su pragmatismo, y a las presiones legales, que exigen ser cautos.

En cambio, la bioética europea, aunque influida por la americana, está más orientada a definir las ideas que sustentan los modelos bioéticos. Se trata de una cuestión difícil, ya que puede haber acuerdo en el respeto a la vida humana, la libertad individual o el bien común, pero es más difícil reconocer los límites naturales de la vida humana, fijar los límites de la libertad individual o decidir cómo se debe enfocar el bien común.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEY 41/2002

La relación clínica como vehículo del consentimiento informado

El consentimiento informado (CI) constituye un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica. Siguiendo a Simón Lorda, autor destacado en nuestro país¹⁸, el CI se definiría como un modelo de relación clínica en el que la toma de decisiones es el resultado de un proceso comunicativo entre el paciente capaz y el profesional sanitario, a través del cual ambos deliberan y deciden conjuntamente la manera más adecuada de abordar un problema de salud. Es un hecho innegable que el consentimiento informado es ajeno a la tradición médica, que lo ha desconocido a lo largo de su historia, si bien ahora constituye un presupuesto esencial en la relación médico-paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial.

El consentimiento informado ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Hoy constituye una exigencia ética y un derecho recientemente reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados.

La evolución social y legislativa en materia sanitaria nos ayuda a comprender el progresivo cambio en la relación clínica que se ha producido en los últimos años.

En épocas pasadas, la relación médico-paciente era de tipo vertical, pues el médico desempeñaba el papel de salvador y el enfermo de desvalido. Era el médico quien decidía el tratamiento a seguir sin consultar con el paciente, por considerarlo una persona débil, sin firmeza física ni moral. Para ello podían manejar u ocultar la información, valerse del engaño e incluso de la coerción.

Este antiguo modelo exigía obediencia y confianza en el médico, y el médico, por su parte, debía tener la autoridad suficiente para cumplir con su deber de buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo, “principio de beneficencia”, esto constituye la esencia del modelo “paternalista”, en el cual se busca el bien de la otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión del paciente.

En los últimos años este tipo de relación médico-paciente ha comenzado a experimentar una transformación radical y este modelo paternalista va perdiendo fuerza.

Pero parece ser que el cambio de paradigma ético no ha sido comprendido totalmente por la profesión médica que ha entendido la necesidad de un cambio de relación, no como la consecuencia de la evolución de ciertos valores morales de nuestra sociedad, sino como un imperativo legal dentro del desarrollo de una medicina defensiva: el paciente -convertido en cliente- pasa de ser “un ser dependiente” a ser “un enemigo potencial” ante el cual hay que tomar posiciones para estar preparados si llega la reclamación.

Y así de la clásica relación paternalista, en la que el profesional buscaba por encima de todo el bien del paciente, se ha oscilado al otro extremo, hacia una relación técnica, basada en un modelo informativo. En ésta el médico toma distancia: expone la naturaleza de un problema, riesgos y beneficios de las opciones diagnósticas y terapéuticas y deja al paciente solo en el proceso de elección. Resulta ser un contrato entre personas absolutamente autónomas, en las que se supone que uno es el técnico que sabe seleccionar de antemano la información estándar más adecuada para cada paciente y el otro un individuo que ante el hecho de enfermar posee unos valores preestablecidos bien arraigados que le permiten elegir la opción más adecuada a su proyecto vital. El profesional técnico se mantiene al margen de los mismos.

En la actualidad, el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir. Y al médico se le pide, sobre todo, competencia técnica para realizar las aspiraciones y los deseos del enfermo. En este nuevo modelo autonomista el principio de beneficencia del médico tropieza con las limitaciones impuestas por el reconocimiento de la autonomía que tiene el enfermo para decidir sobre sus propios valores.

Actualmente nos encontramos con una relación de tipo democrática y horizontal, por tanto ha pasado de un modelo de moral único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, un modelo en el que la dignidad de la persona constituye el fundamento principal de todo ordenamiento. Precisamente por ello el consentimiento informado está catalogado entre los más importantes derechos humanos.

Hoy en día, los enfermos han hecho prevalecer sus derechos a conocer y poder decidir, en virtud del principio de “autonomía” mediante el cual todo ser humano, en uso de razón, tiene derecho a la libre elección de sus actos, sin presión de ninguna naturaleza, ni imposición de persona alguna.

Pero este segundo modelo despoja a la Medicina de su contenido relacional, planteando problemas éticos de mayor envergadura que la anterior relación paternalista clásica. El ejercicio de la medicina no es simplemente la aplicación

directa de la ciencia. Es mucho más: es profesión y como tal ha de perseguir la excelencia, es decir, ofrecer lo que la sociedad espera de unos individuos cuyo trabajo ha de estar consagrado al bien del otro. Si en el modelo paternalista quedaba cuestionada la autonomía, en el modelo informativo queda cuestionada tanto la autonomía como el antiguo ideal de beneficencia que regía la práctica hipocrática. Con el modelo informativo, la mayoría de las intervenciones médicas podrían hacerse “bien”, entendiendo por “bien” lo exigible legalmente. Pero sin embargo, pueden estar escondiendo una actitud perezosa y cómoda, pues la implicación emocional siempre es arriesgada. Y no se puede entrar en el mundo del otro sin poner algo de uno mismo. Pero que nadie se lleve a engaños: haciendo firmar simplemente un formulario de CI no es como se logra un verdadero CI.

En las sociedades modernas podemos hacer elecciones autónomas, aunque para ello necesitamos de los otros. Ante la enfermedad tenemos muchas fuentes de información y entre ellas está la de la Medicina. Para que tanto los profesionales como la población se reencuentren en la práctica clínica, se precisa construir una relación sanitario-paciente basada en la confianza y el respeto mutuo. Una relación tejida a través de la alianza entre un consultante que posee una forma de pensar y sentir y un profesional dispuesto a embarcarse en la tarea de ayudarlo¹⁹.

Esta ayuda incluye el desarrollar aquellos valores de salud que entre ambos consideren más importantes para el proyecto vital del paciente. Esta es la base que sustenta a un nuevo modelo de relación clínica en el que toma sentido el concepto de CI, y que ha sido denominado el modelo deliberativo²⁰.

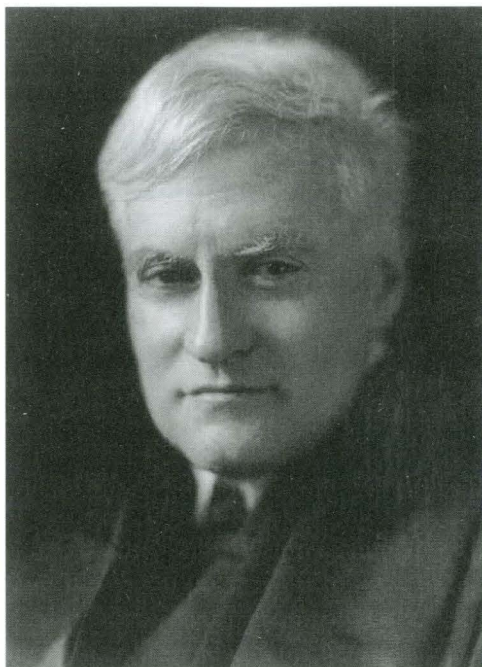
En el modelo deliberativo existe compromiso y reconocimiento mutuo. Se establece una espiral de diálogo que va cerrando el círculo hacia la opción más ajustada a cada paciente, en cada momento y en cada situación, reflejando la vivencia única de cada consultante²¹. Y en dicho clima la persuasión es recíproca: a través de los conocimientos y experiencia del uno y a través de los valores del otro, en un intercambio relacional de igual a igual²².

La moderna filosofía del consentimiento informado nace, en efecto, en la doctrina de Tribunales norteamericanos, en cuyas resoluciones se destaca, junto al fundamento jurídico, el carácter de postulado ético.

Así, en el año 1914, el Tribunal de Nueva York dicta una de las resoluciones más emblemáticas e influyentes, con ocasión del caso “Schloendorff vs. Society of New York Hospital”, al examinar un interesante supuesto, consistente en la extirpación de un tumor fibroide del abdomen de un paciente durante una intervención que se proyectaba como meramente diagnóstica -se trataba de una la-

parotomía exploradora y en la que el paciente había dejado expresamente aclarado que no quería ser operado.

En el fallo, el juez Benjamín Cardozo consideró que *“Todo ser humano de edad adulto y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños”*²³. No obstante lo anunciado por la Corte, la sentencia fue absolutoria para el médico que había realizado la intervención quirúrgica con la oposición expresa del paciente, pues la demanda se había centrado en la responsabilidad del hospital por daños causados por cirujanos que utilizaban sus instalaciones.



Benjamin Cardozo.

A raíz de este fallo, en los Estados Unidos se formó un importante cuerpo jurisprudencial que marcó las diferentes etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado hasta adquirir los contornos actuales.

Origen del Consentimiento Informado

Podría decirse que el CI tiene su origen en la concepción que la Modernidad tiene del hombre como sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida, sus propias creencias religiosas y sus propias convicciones políticas. En la era del Contractualismo (S. XVIII en adelante) sólo el consentimiento libre e individual de los ciudadanos, constituidos en sociedad política, dará legitimidad a las formas políticas de gobierno. Sin embargo, a pesar del creciente protagonismo de la autonomía del individuo en todos los ámbitos de la vida social y política, no es hasta el Siglo XX cuando se empieza a abandonar el paternalismo exacer-

bado que había regido las relaciones sanitarias hasta entonces. El consentimiento al acto médico ha ido cobrando una especial importancia en las últimas décadas debido en gran medida a la influencia del Derecho y, muy especialmente, de la Bioética norteamericana.

El verdadero desarrollo de las nuevas teorías del CI tiene su origen no tanto en la práctica directamente relacionada con el tratamiento de los pacientes, sino en el desarrollo de investigaciones experimentales con humanos. Ha habido dos hechos especialmente trágicos en el S. XX que han dado lugar a sendas declaraciones en defensa de la dignidad y la autonomía del ser humano. El primero, los experimentos efectuados en Alemania durante la II Guerra Mundial para medir la resistencia humana en condiciones extremas, que dio lugar en 1948 al Código de Nüremberg, como conclusión a los procesos judiciales contra los médicos nazis. A pesar de limitarse a establecer unos principios éticos relativos a la experimentación con seres humanos, constituye un punto de inflexión en el reconocimiento del derecho a la libre autodeterminación de todas las personas.

El segundo, la revelación por parte del New York Times en 1972 de un experimento que se estaba desarrollando en Tuskegee (Alabama, EEUU). Se trataba de un estudio realizado en una zona especialmente pobre del país donde desde 1932 se había contagiado de sífilis a 400 varones de raza negra para observar la evolución natural de la enfermedad. Nunca fueron informados por parte del equipo de investigación de cuál era su dolencia y cómo la habían contraído, tampoco se les había suministrado ningún tipo de terapia para combatirla, a pesar de que desde 1941 se utilizaba la penicilina para luchar contra esta enfermedad casi erradicada. A raíz de este hecho que conmocionó a la sociedad norteamericana, se crea en 1974 la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences (EEUU), que en 1979 publica el llamado Informe Belmont. Este trascendental informe marcará las pautas de la nueva Medicina al establecer claramente los tres principios que han de regir toda intervención médica: 1) el principio del respeto por las personas; 2) el principio de beneficencia y 3) el principio de justicia. Estos tres principios sirvieron de base a T.L. Beauchamp y a J.F. Childress²⁴ para enunciar sus Principios de Ética Biomédica: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Sobre el primero de dichos principios descansa fundamentalmente el CI.

Será el inicio de la transformación tecnológica de la medicina en los años 50, la explosión de los movimientos de reivindicación de los derechos civiles de los ciudadanos en los 60 y el surgimiento de la bioética en los años 70, lo que llevará a los profesionales de la medicina a aceptar que el modelo paternalista de la

atención sanitaria no puede mantenerse más²⁵. La enfermería sufrirá una transformación similar, que la ayudará, por una parte a liberarse del talante patriarcal de los médicos y a afirmarse como profesión cualificada independiente y, por otra, a reconocer que los pacientes no son hijos menores a los que tienen que proteger como una madre, sino adultos autónomos a los que tienen que cuidar o enseñar a que se cuiden ellos mismos²⁶.

Ya casi nadie cuestiona que los pilares sobre los que se asienta el CI están anclados en un nuevo modelo de relación sanitaria, conformados por los principios de libertad y dignidad de la persona, así como el principio ético de autonomía y las actitudes deliberativas y de participación²⁷. Así lo ha entendido el Consejo de Europa, que promovió la elaboración del *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina* (Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, o Convenio de Oviedo, abierto a firma el 4 de abril de 1997), probablemente el documento jurídico más importante hasta la fecha en lo que a derechos individuales se refiere en el ámbito de la Medicina y la Biología. Este Convenio, incorporado al Derecho español desde el 1 de enero de 2000 dedica una atención especial al CI, considerando las diversas situaciones personales en las que pueda llegar a encontrarse el paciente, haciendo especial referencia a la situación de menores e incapaces.

Marco normativo del consentimiento informado en España

En España hasta la reciente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²⁸ (en adelante Ley 41/2002), el derecho de información del paciente y el consentimiento informado venían enunciados como *principios generales*, fundamentalmente, en los apartados 5 y 6 del artículo 10 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, donde se especificaba que “el paciente o sus familiares tienen derecho a que, en términos comprensibles para él y sus allegados, se les dé información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” así como que el paciente tiene derecho “a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, (...)”. Esta atención prestada sobre estos aspectos en su día por la Ley General

de Sanidad constituyó un notable avance. Posteriormente, la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la defensa de los Consumidores y Usuarios, determinó la expresa obligación de informar al paciente.

Sin embargo, con la entrada en vigor a mediados del mes de mayo 2003 de la meritada Ley 41/2002, han sido derogados por su Disposición Derogatoria Única los anteriormente citados apartados de la Ley General de Sanidad. La realidad de nuestros días y una regulación dispersa y fragmentaria de estos y otros aspectos, imponían la necesidad de una reforma y actualización en la regulación del derecho a la información del paciente y el consentimiento informado. En este sentido, la Ley 41/2002, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica y, con todo ello, fortalecer el derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43 de la Constitución de 1978.

De esta forma, el legislador ha querido, por una parte, dar cumplimiento a lo dispuesto por el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y de la biomedicina²⁹), también conocida como Convenio de Oviedo, tras la entrada en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000, donde se expresa la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que se destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, y por otra, completar estos extremos que la Ley General de Sanidad había enunciado como principios generales, además de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Ésta dedica su capítulo II en su totalidad al CI.

El consentimiento informado del paciente a la luz de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente

El concepto de consentimiento informado

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual y verbal que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario la información necesaria, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consistente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad³⁰, el paciente acepta, o no, cometerse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

También se ha señalado que el consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención³¹.

Como vemos, el concepto abarca tanto el deber del médico de brindar una información completa y adecuada sobre el tratamiento que se prescribe previamente al paciente, y como el deber de obtener el consentimiento de éste antes de iniciar el tratamiento o la intervención quirúrgica.

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, respetando su dignidad personal, brindándole información auténtica y clara acerca de la enfermedad que padece, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción alguna, no pudiendo sacar el médico provecho de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Obviamente, la exigencia del consentimiento informado supone la posibilidad de que el paciente se niegue a ser sometido a un tratamiento médico. Por ello se ha dicho que la exigencia del consentimiento informado y la validez de la negativa del paciente a someterse a una práctica médica son cara y cruz de un mismo fenómeno.

El consentimiento es, por tanto, la justificación misma de la legitimidad del acto médico, basado el derecho del paciente a su autonomía y autodeterminación.

El concepto legal del consentimiento informado se recoge en el artículo 3 de la Ley 41/2002, según el cual el consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la *información adecuada*, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Esto significa que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita su consentimiento libre y voluntario, una vez que, recibida la correspondiente información adecuada, haya valorado las opciones propias del caso (artículo 8.1).

Contenido y límites del consentimiento informado

Contenido

Resulta fundamental determinar el contenido del consentimiento informado. Los artículos 2.2; 3 y el 8.1 de la Ley, al referirse al consentimiento informado, exigen que el paciente haya sido informado previamente de manera adecuada. Así pues, podemos señalar que el consentimiento informado está compuesto por dos elementos:

- la información adecuada suministrada por el facultativo al paciente con antelación suficiente
- el consentimiento de éste a la actuación médica

Esto significa que el consentimiento prestado por el paciente se extiende hasta donde haya sido informado. A continuación procedemos al análisis de estos dos elementos.

a. Derecho y deber de información asistencial: contenido y límites

Es unánime la doctrina y jurisprudencia actual en considerar que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, para que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información deformada o inexacta.

El médico deberá entonces explicar al paciente todo lo referente a su estado de salud, posibles tratamientos, así como sus ventajas y desventajas.

El consentimiento informado debe reposar sobre una información comprensible. Ello implica que el lenguaje y la comunicación en general debe acomodarse al entorno cultural del paciente, debe adaptarse a las posibilidades propias de la persona asistida. Es decir, si tenemos a un colega enfrente el lenguaje podrá adoptar la terminología científica adecuada. De lo contrario, deberá formularse de una manera simple y concreta, para que el enfermo pueda comprender claramente el malestar que padece y sus posibilidades de curación.

Un elemento esencial de la *lex artis ad hoc* del médico es la obligación de informar al paciente o, en su caso, a las personas vinculadas con éste por razones familiares o de hecho. En este sentido, el artículo 4 de la Ley 41/2002, regula el derecho a la información asistencial del paciente, según el cual, los pacientes tienen derecho a conocer, *con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud*, toda la información disponible sobre la misma, y a que se respete su voluntad de no ser informado, exceptuándose aquellos supuestos previstos por la Ley. La regla general es que esta información se proporcione verbalmente dejando constancia en la historia clínica.

El titular del derecho a la información asistencial es el paciente (artículo 5.1). Igualmente, las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho también podrán ser informadas en dos supuestos:

- cuando expresa o tácitamente éste lo permita (artículo 5.1) y,
- cuando a criterio del médico que le asiste, el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico (artículo 5.3). Además, incluso en el caso de incapacidad, el paciente tiene derecho a ser informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. En este caso el facultativo también deberá informar al representante legal del paciente.

Este derecho de información comprende como mínimo **la finalidad y naturaleza** de cada intervención, **sus riesgos y sus consecuencias** (artículo 4.1. *in fine*), y forma parte **de todas las actuaciones asistenciales** (artículo 4.2). En sentido similar, señala el artículo 3 que por “intervención en el ámbito de la sanidad” se entiende toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Además, la información proporcionada tiene que ser **verdadera** y debe comunicarse al paciente de forma **comprensible y adecuada** a sus necesidades (artículo 4.2).

De esta forma, podemos resaltar tres aspectos fundamentales del contenido del derecho de información del paciente sobre cualquier acto asistencial que incida sobre su salud. Así, al paciente se le tiene que informar de:

1. **El diagnóstico de su estado de salud.** Se trata de una de las informaciones de más difícil elaboración por su complejidad, pero es fundamental pues de ella dependerá la adopción de medidas correctas (tratamiento) para intentar sanar las dolencias del paciente.
2. **Acto asistencial o tratamiento a adoptar.** La identificación, la finalidad, objetivo y naturaleza de las medidas que se van a tomar para sanar sus dolencias. En este caso, el facultativo tiene que exponer detalladamente las distintas alternativas de tratamiento que según el diagnóstico formulado puedan adoptarse. Igualmente, tiene la obligación de informar sobre los riesgos, beneficios y las probabilidades de éxito de las distintas alternativas, así como de la necesidad de tratamientos más agresivos.
3. **Los riesgos.** Se trata de una completa información adecuada a las circunstancias personales del paciente sobre las consecuencias probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia, sobre los efectos secundarios, sobre el concreto peligro de fracaso, directamente relacionado con el tipo de intervención, pero también los riesgos que puedan ocurrir de manera excepcional o infrecuente y que conlleven consecuencias graves.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico, y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación. Ello, en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud (artículo 8.4).

Sin embargo, el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Esto significa que el médico podrá actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Sin embargo, para que el médico pueda obrar de esta manera la Ley exige la concurrencia de varios requisitos: a) que la realidad del estado de necesidad terapéutica esté acreditado, b) que se deje constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y c) el médico comunique su decisión previamente a actuar a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho (artículo 5.4).

b. El consentimiento

Una vez que el paciente haya recibido la anterior información y valorado las opciones propias del caso, cualquier tipo de actuación que incida sobre el ámbito de su salud necesitará de su consentimiento. Este consentimiento del paciente tiene que ser libre y voluntario (artículo 8.1).

El consentimiento se prestará verbalmente como regla general. Sin embargo, la Ley exige que se preste por escrito para cada uno de los siguientes supuestos por su mayor incidencia sobre la salud del paciente:

- intervención quirúrgica,
- procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y
- en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (artículo 8.2). A tal efecto, cabe la posibilidad de que se elaboren anejos donde se recojan las actuaciones médicas que necesiten del consentimiento escrito del paciente y otros datos de carácter general.

En estos supuestos, la Ley obliga a que el paciente tenga información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos (artículo 8.3). El artículo 10.1 Ley 41/2002, exige al facultativo que proporcione al paciente una serie de información que califica como básica, con anterioridad a recabar su consentimiento escrito, por lo que podrá ser ampliada. Esta información básica consiste en:

- las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad,
- los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente,
- los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y,
- las contraindicaciones.

c. Finalidad

La Ley señala que la información al paciente tiene por finalidad ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. En este sentido, la STS, Sala 1ª, de 17 de octubre de 2000 (EDJ 2000,35364), señaló que la finalidad de tal información es iluminar al enfermo para que pueda escoger con libertad

dentro de las opciones posibles, incluso la de no someterse a ningún tratamiento o intervención. Así lo recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de Enero de 2001 (EDJ 2001/6) cuando señala que *“ciertamente que la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo”*.

Por lo tanto, y aunque la Ley no establece ningún plazo específico, la información previa al consentimiento se le tiene que facilitar al paciente con una antelación suficiente para que pueda reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente.

d. Derecho del paciente

Como se ha apuntado, el titular del derecho de información es el paciente, por lo que este y sólo este, puede prestar su consentimiento a toda actuación en el ámbito de su salud (artículo 8.1). Además, podrá revocar libremente y por escrito su consentimiento en cualquier momento (artículo 8.5).

No obstante, el apartado 3 del artículo 9 Ley 41/2002, regula los supuestos legales en los que el consentimiento informado podrá otorgarse por representación, que deberá prestarse de forma adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad profesional (artículo 9.5). Se trata de los siguientes casos:

1. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. En estas situaciones le corresponde al representante legal del paciente prestar el consentimiento. Si careciere de representante legal, lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
2. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
3. Cuando el paciente sea un menor de edad y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este supuesto, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, y si tiene doce años cumplidos, previamente se deberá haber escuchado su opinión.

Sin embargo, el consentimiento por representación no podrá prestarse cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o

con dieciséis años cumplidos. Aunque, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuentas para la toma de la decisión correspondiente (artículo 9.3, c).

Por otra parte, la Ley ha efectuado una remisión externa a lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y a las disposiciones especiales de aplicación en los supuestos de

- interrupción voluntaria del embarazo,
- la práctica de ensayos clínicos y
- la práctica de técnicas de reproducción humana asistida (artículo 9.4).

e. Deber del facultativo

La Ley establece varios sujetos como responsables de informar al paciente. Así, por una parte, el médico responsable del paciente es el obligado a garantizar el cumplimiento de su derecho a la información (artículo 4.3). Por médico responsable la Ley entiende el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial (artículo 3). Además, el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente (artículo 10.2). Junto a éste, también serán responsables de informar al paciente los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto (artículo 4.3).

Limites

La Ley 41/2002 ha previsto expresamente en su artículo 9 una serie de límites al consentimiento informado con lo que no se trata de un derecho absoluto, sino que tiene excepciones legales. La introducción de estas limitaciones responde a tres razones: 1) la autonomía de la voluntad del paciente, 2) la protección de su salud y 3) la protección de la salud pública. Por tanto, el facultativo no requerirá el consentimiento informado del paciente cuando:

1. ***Exista renuncia del paciente (derecho a no ser informado) (artículo 9.1).*** Al igual que toda persona tiene derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación que incida sobre su salud,

el artículo 4 Ley 41/2002 también ha previsto el derecho a no serlo, es decir, el paciente tiene el derecho a no recibir información. Para ello, el artículo 9.1, exige que este deseo de no ser informado conste expresa y documentalmente. En estos casos el facultativo y el centro sanitario están obligados a respetar la voluntad del paciente. Pero tampoco se trata de un derecho absoluto pues decae cuando esta información sea:

- de interés para la salud del paciente,
- de terceros,
- de la colectividad y
- por las exigencias terapéuticas del caso.

En estos casos, el facultativo tiene la obligación de informar al paciente. Expuesto lo anterior, cabe preguntarse si el facultativo podrá llevar a cabo una intervención médica sin el consentimiento del paciente cuando este haya manifestado expresa y documentalmente su voluntad a no ser informado. La respuesta ha de ser negativa y la encontramos en el artículo 9.1 *in fine* Ley 41/2002, el cual exige la obtención por el facultativo del consentimiento previo del paciente para efectuar la intervención, ahora bien sin informarle de las consecuencias de la misma, pues, en el caso contrario se vaciaría de contenido este derecho.

2. ***La no intervención suponga un riesgo para la salud pública (artículo 9.2, a).*** Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones establecidas por la Ley. En estos casos, se superpone el derecho a la salud colectiva sobre el propio derecho del paciente a no someterse a la actuación del facultativo, ahora bien, siempre que: se trata de actuaciones indispensables y se lleven a cabo para favorecer la salud del paciente.
3. ***Se trate de una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo (artículo 9.2, b).*** Al igual que se ha señalado en el caso anterior, no será necesario el consentimiento informado cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. Así, se trata de aquellos casos en los que la urgencia no permite demoras en la actuación del médico puesto que existe un riesgo grave sobre el acervo físico y psíquico del paciente.

Ley 41/2002

El 16 de mayo de 2003 entró en vigor la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que regula materias relativas a la información, el consentimiento informado, la historia clínica, las instrucciones previas (testamento vital) y otros derechos y deberes de la administración, los profesionales sanitarios y los usuarios.

La normativa previa estaba repartida, entre otras directivas, en la Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de abril, el Convenio de Oviedo (probablemente el documento jurídico más importante hasta la fecha en lo que a derechos individuales se refiere en el ámbito de la medicina y la biología) sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997, vigente en España desde enero de 2000, que sirve para establecer un marco común para dotar de una protección armonizada a los derechos y la dignidad de las personas en la aplicación de la biología y la medicina, y que destaca el derecho a la Información y el consentimiento informado y la confidencialidad de la información relativa a la salud de las personas y varias leyes autonómicas recientes.

Dado que es “Ley Básica” prevalece sobre otras disposiciones de menor rango y supone el cumplimiento de la norma constitucional que otorga al estado competencia exclusiva en las bases y coordinación de la sanidad.

Esta Ley pretende completar las previsiones que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad enunciaba en relación con el derecho a la información y el respeto a la autonomía del paciente, a la que completa y también corrige en algún aspecto.

La evolución de la sociedad, el desarrollo científico, la institucionalización de la sanidad, los avances técnicos, las nuevas ideologías, el desarrollo de nuevas sensibilidades exigían una nueva regulación jurídica de ese catálogo de derechos del paciente, siempre abierto al cambio.

El respeto a la autonomía del paciente tiene su expresión más palpable en la obtención del consentimiento informado, que la Ley define en su artículo 3 como “*La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*”.

La Ley recoge los derechos de los pacientes no como una declaración de principios sino como auténticos derechos subjetivos exigibles a terceros. Algunos de los derechos recogidos ya tenían cabida en nuestro derecho pero hay otros

en los que no es posible encontrar un apoyo fuera de la Ley, pues son derechos constituidos, desarrollados o especificados por ella misma, ya que el objetivo primordial de la Ley es: “La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el Art. 43 de la CE”.

JEFATURA DEL ESTADO

B.O.E. 15 noviembre 2002, núm. 274

SANIDAD. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley consta de seis Capítulos divididos en artículos en un total de 23; seis Disposiciones Adicionales; una Disposición Transitoria única; una Disposición Derogatoria única, y una Disposición Final única.

El Capítulo I que contiene los artículos 1 al 3, se ocupa de los Principios Generales tales como el ámbito de aplicación de la Ley, los Principios Básicos y las Definiciones Legales.

En cuanto al primer aspecto, proclama el Art. 1: “La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica”.

Respecto a los Principios Básicos: “La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”, desarrolla todo lo concerniente al previo consentimiento de los pacientes, una vez recibida por éste la información adecuada, y su libre decisión; su aceptación o negativa al tratamiento propuesto; y la obligación del mismo de facilitar los datos sobre su estado físico o de salud, de manera leal y verdadera, así como guardar la reserva debida de la información y documentación clínica, estando los profesionales obligados en la intervención asistencial al cumplimiento de los deberes de información y respeto a las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

En el artículo 3, aborda el legislador, nada menos, que relatar las definiciones legales, de los siguientes conceptos: Centro Sanitario, Certificado Médico,

Consentimiento Informado, Documentación Clínica, Historia Clínica, Informe de Alta Médica, Intervención en el ámbito de la sanidad, libre elección del paciente entre dos o más alternativas asistenciales, de facultativos y centros, Médico Responsable, Paciente, Usuario, Servicio Sanitario.

El Capítulo II, que comprende los artículos del 4 al 6, ambos inclusive, trata sobre el derecho de información sanitaria, por parte de todos los pacientes, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, con la posibilidad de su renuncia expresa a tal derecho de información, estableciendo como regla general la información verbal, y que ha de comprender, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

Dicha información deberá hacerse de forma comprensible y adecuada al paciente, previendo, en el caso de incapacidad del mismo, la obligación de hacerlo a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, e incluso deja la puerta abierta a una limitación de tal derecho de información, en casos de un estado de necesidad terapéutica del mismo.

Dentro de los Derechos de Información se comprenden también el de conocer los problemas sanitarios de la colectividad, cuando implique un riesgo para la salud pública, o incluso para la salud individual.

El Capítulo III, que consta únicamente del Art. 7, proclama el derecho a la intimidad, proclamando la confidencialidad de los datos referentes a la salud del paciente, advirtiendo que se adoptarán las medidas oportunas para que los centros sanitarios garanticen tal derecho.

El Capítulo IV, como ya había proclamado la Ley General de Sanidad, desarrollando el principio establecido por la Constitución, proclama el respeto a la autonomía del paciente, y comprende los artículos del 8 al 13, ambos inclusive, proclamando como principio general que toda actuación en el ámbito de la salud del mismo necesita su consentimiento libre y voluntario, consentimiento éste que puede ser igualmente revocado en cualquier momento.

Trata igualmente de los límites del Consentimiento informado y de las circunstancias en que cabe dicho consentimiento por representación, bien por el estado físico o psíquico especial del usuario, incluso por la edad, y en este último caso establece como línea general la mayoría de edad, para los casos de interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción asistida.

Se ocupa también este capítulo de las condiciones mínimas de la información y consentimiento por escrito, así como de las tituladas instrucciones previas y del derecho del paciente a ser informado, si es usuario del Sistema Nacional de

Salud sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, así como al derecho para elegir médico, e igualmente Centro, con arreglo a las condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

El Capítulo V que comprende los artículos 14 al 19 ambos inclusive, se ocupa de la historia clínica de los pacientes, definiendo la misma textualmente: “La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito del centro.

Con mucho detalle y de forma exhaustiva se ocupa el citado capítulo del contenido de la historia clínica de cada paciente, de los usos de dicha historia clínica, de su archivo y conservación, previendo que las Administraciones y las Comunidades Autónomas aprueben las Disposiciones necesarias para adoptar tales medidas técnicas y organizativas para archivar y proteger las mismas; del uso que se puede hacer de los datos consignados; del acceso por parte del usuario y de terceras personas; y siempre bajo el lema de la confidencialidad y secreto de los mismos, incluso cuando dicho acceso tenga fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se regirá por la Ley Orgánica 15/1999, de protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 14/1986, General de Sanidad, y de las Normas de aplicación en cada caso.

Finalmente el Capítulo VI, que comprende los artículos 20 al 23, ambos inclusive, y siguiendo la línea general de la Ley, comprende el informe de alta y otra documentación clínica, ocupándose tanto del alta del paciente, como de la emisión de certificados médicos y de las obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.

En cuanto a las Disposiciones Adicionales, establece, en primer lugar, el carácter de legislación básica de la misma de conformidad con el artículo 149 de la Constitución y su carácter de Supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos y en los de reproducción humana asistida, y en todos aquellos que carezcan de regulación especial.

También se ocupa de la coordinación de las historias clínicas y de la actuación del Estado y las Comunidades Autónomas para que adopten las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, los derechos de autonomía, información y documentación regulados por la Ley.

Igualmente se ocupa de la información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios, así como del régimen sancionador a las infracciones de la Ley, que quedan sometidas a lo previsto en el Capítulo VI Título 1 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales, profesionales o estatutarias procedentes en derecho.

La disposición transitoria única, sobre informe de alta, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el Art. 20 de ésta Ley, se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984. A su vez la Disposición Derogatoria única, proclama en general la derogación de todas las Disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto por la misma, y expresamente los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del Art. 10, el apartado 4 del Art. 11 y el Art. 61 de la Ley 14/1986 General de Sanidad. La Disposición Final única, establece la entrada en vigor de la presente Ley en el plazo de seis meses a partir del día siguiente de su publicación en el B.O.E.

Derecho a la información sanitaria

La información constituye uno de los pilares básicos en los que se sustenta la relación entre un profesional sanitario y un paciente y que en muchas ocasiones le permite integrar e incorporar su enfermedad en su modelo de vida, hasta su resolución y en ocasiones hasta su fallecimiento.

El derecho a la información del paciente, aun cuando aparece vinculado como requisito previo al otorgamiento del consentimiento informado, es un derecho autónomo e independiente. La información al paciente, como parte integrante de un nuevo modelo de relación clínica que se basa en un proceso interactivo y comunicativo, contribuye como cualquier otro acto de la actividad asistencial, a una mejora de los niveles de calidad en la práctica asistencial.

El Capítulo I de la Ley 41/2002, recoge el ámbito de aplicación que “tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica”. La Ley es de aplicación en todas las relaciones de los pacientes con cualquier tipo de servicio sanitario, incluidos los privados.

El artículo 2 recoge los principios básicos, que se traducen en una mención a los derechos de los pacientes y que posteriormente otros apartados de la Ley irán desarrollando, y que son la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.

El derecho del enfermo a recibir información sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento, se ha desarrollado en el presente siglo, tomando como referencia principal el derecho anglosajón.

En la jurisprudencia española, el deber de información del médico se recoge por primera vez en una sentencia de 8 de octubre de 1963 de la sala de lo Penal del Tribunal Supremo, en la que expresamente se considera como requisito previo para la validez del consentimiento.

En el Capítulo II de la Ley regula el derecho a la información y en él se hacen extensivos a quien no sea “paciente”, quien, por otra parte, y según la propia definición legal, es *“la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”*. De este modo el artículo 6 señala que los ciudadanos (no ya pacientes sino toda la sociedad) tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad “cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual”, además del “derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud”.

En cuanto a la información asistencial la Ley 41/2002 es muy clara y la titularidad del derecho a la información es única y recae en el paciente, resolviendo la ambigüedad que generaba la Ley General de Sanidad que obligaba a “informar al paciente y a sus familiares y allegados”, y que en ocasiones planteaba un conflicto con el derecho a la intimidad y confidencialidad.

La Ley 41/2002 admite la posibilidad de que los destinatarios de la información sean personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

En casos de incapacidad la Ley obliga a informar al paciente, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión e imponiendo también la obligación de informar a su representante legal (Art. 5.2).

Más allá de las situaciones legales de incapacidad, la Ley (Art. 5.3) incluye una situación frecuente, en la que según apreciación del médico, el paciente carezca de capacidad para entender la información como consecuencia de su estado físico o psíquico y se ha de informar obligatoriamente a la familia o personas vinculadas a paciente por lazos de hecho.

El derecho a la información en situaciones de minoría de edad o incapacidad, y la autonomía del paciente para decidir se trasladan a sus representantes legales, es lo que la Ley 41/2002, en su Art. 9.3, denomina “consentimiento por representación”.

En el caso de minoría de edad la Ley distingue:

Menores de 12 años, aunque es recomendable escuchar su opinión, claro está, evaluando siempre su capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la actuación sobre su salud, en todo caso y sin excepción, corresponderá a sus padres o tutores la prestación del consentimiento.

En el caso de un menor con 12 años cumplidos y hasta 16 años, lo que antes era una recomendación se convierte en imposición legal, esto es, aunque el consentimiento lo preste el representante legal del menor, deberá hacerlo después de que el médico haya escuchado la opinión de éste.

En el caso de un menor emancipado o con 16 años cumplidos, que no haya sido declarado incapacitado legalmente ni se considere incapaz, es el menor el único titular del derecho al consentimiento informado, aunque en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo (una vez más puede encontrarse el profesional ante situaciones poco claras, en las que tiene que valorar la actuación a seguir), los padres serán informados.

Ante situaciones de interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos y realización de técnicas de reproducción humana asistida, se aplicará la mayoría de edad general, es decir los 18 años.

El derecho a la información sanitaria puede estar restringido en circunstancias excepcionales, como por ejemplo ante la protección de otro bien jurídico, sin duda de mayor valor, como es la salud. Me refiero a lo que tradicionalmente se ha denominado como “**privilegio terapéutico**”, al que la Ley, en su artículo 5 apartado 4, se refiere como “la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica”, definiéndolo como “La facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de forma grave”. El término “necesidad terapéutica” también es utilizado en el Convenio de Oviedo y sustituye al de privilegio terapéutico, eliminando las connotaciones paternalistas que pueda incluir esta última denominación.

No cabe duda que en ocasiones, suavizar la realidad es beneficioso para el enfermo; sin embargo, en otras situaciones silenciar la verdad a los pacientes que mantienen cierto grado de autonomía y de discernimiento, ya que son capaces de apreciar la situación en que se encuentran, les priva de tomar sus propias decisiones.

Nuevamente se deja al profesional en una situación comprometida, al tener que valorar subjetivamente la existencia de ese estado de necesidad terapéutica.

Hay que tener en cuenta que la necesidad de verdad no es generalizable a todos los individuos, teniendo su máxima expresión en el enfermo terminal. En este tema, colisiona el derecho del enfermo a conocer la verdad por la angustia que le puede producir la incertidumbre y el derecho del enfermo a la no información, al poder tener la seguridad de que va a recibir la información con una carga importante de ansiedad.

El derecho a no ser informado

El reconocimiento legal de la renuncia a ser informado se encuentra en el Convenio de Oviedo, que señala que hay que respetar la voluntad de una persona de no ser informada, debiendo quedar ese extremo debidamente documentado. Esta previsión se incorpora a la Ley 41/2002, por lo que tanta cobertura legal recibe el derecho del paciente a ser informado como el respeto a su voluntad de no ser informado.

La Ley incluye determinados límites al derecho a no ser informado, al poder crearse situaciones de conflicto entre el derecho u el interés de la propia salud del paciente, del orden público o de terceros, de la propia colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

¿Quién o quienes están obligados a informar?

El concepto de derecho lleva aparejado de forma inmediata el concepto de deber, dos aspectos complementarios que son absolutamente insolubles, y a esta obligación dedica la Ley el Art. 4.3, incumbiendo esta responsabilidad a diversos profesionales.

En primer lugar el médico responsable del paciente (definido por la Ley como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales), pero además la Ley extiende esta obligación a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le aplique una técnica o un procedimiento concreto.

¿Cómo se ha de facilitar al paciente la información?

La información entre médico-enfermo, adecuada a cada caso concreto y evitando pautas generales es de vital importancia.

Las variaciones individuales son tantas que sólo cabe hablar de necesidades de cada enfermo concreto, siendo éstas las que deben conformar en última instancia la cantidad, el ritmo, los límites y la forma del proceso informativo.

La Ley señala que la información se ha de proporcionar, como regla general, de forma verbal, dejando constancia de tal cumplimiento en la historia clínica.

El Art. 4.2 señala que ha de ser verdadera, comunicándola de forma comprensible y adecuada a las necesidades y teniendo como objetivo la ayuda en la toma de decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Establece que la información clínica debe incluir los extremos siguientes (Art. 4.1): la finalidad, su naturaleza, es decir, en qué consiste, los riesgos, incluyendo los derivados de la no actuación, las consecuencias y las alternativas posibles.

La información ha de ser verídica y se ha de dar de forma comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente para ayudarle a tomar decisiones de manera autónoma. La medida de la información no corresponde al médico sino al paciente, es decir, debe adecuarse a lo que el sujeto necesita conocer para tomar una decisión seria.

Derecho a la información epidemiológica

El Art. 6 de la Ley establece que “los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual”. Señala también que esta información debe difundirse en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.

El titular del derecho a la información sobre los problemas sanitarios de la colectividad ya no es el paciente, sino que, al situarnos ante una información de salud pública, es la sociedad en su conjunto. La indefinición, al no especificar nada, surge en relación al sujeto pasivo, obligado a informar.

El derecho a la información general puede colisionar con derechos individuales y/o intereses socioeconómicos. El conflicto suele enmascarse, justificándose la ausencia de información por parte de Ayuntamientos, Direcciones

Provinciales o Autonómicas de Salud, etc. Para evitar situaciones de alarma social desmesurada. Si de la falta de información se deriva un daño, se podría generar responsabilidad administrativa, además por supuesto de la penal y civil subsidiaria.

Derecho a la información sobre el Sistema de salud y sobre la elección de médico y de centro

La Ley básica en su artículo 12 incluye también el derecho que los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen de recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos. Los servicios de salud tienen que disponer de una guía o carta de los servicios, en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. También en su Art. 13 recoge el derecho a la información para la elección de médico y de centro.

Conclusión

No siempre y necesariamente la información se facilita por el facultativo de forma previa a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, sino que la información asistencial es por sí misma necesaria para la mejor comprensión del diagnóstico y seguimiento por el paciente del tratamiento.

El derecho a ser informado se estructura no sólo desde la perspectiva de la necesidad de conocer como alternativa previa a otorgar un consentimiento para la actuación médica, sino desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial, y sobre todo, por el derecho que nace del concepto de persona que se nos atribuye el derecho a conocer lo que nos afecta a nosotros mismos, y que se articula sobre los derechos de la personalidad. Por otra parte la información al paciente como parte integrante de un nuevo modelo de relación clínica basado en un proceso interactivo y comunicativo, contribuye, como cualquier otra actuación en la actividad asistencial, a una mejora en los niveles de calidad en la práctica clínica.

III. LA OPERACIÓN CESÁREA

Origen y evolución de la operación cesárea

No se sabe a ciencia cierta dónde y cuándo tuvo ocurrencia la primera operación cesárea destinada a extraer el feto por vía abdominal. De lo que sí podemos estar seguros es que estuvo sustentada en el principio de beneficencia cuando hubo intervención de terceros. Recogen las leyendas que dos de los más connotados personajes de la humanidad, Indra y Buda, nacieron sin intervención de terceros, por puro capricho suyo, o del destino, por vía abdominal, exponiendo a sus respectivas madres a un grave daño.

La idea de tener un hijo a través de una incisión en la pared abdominal materna se relata ya en la mitología.

La mitología griega y romana es rica en tradiciones y leyendas. Los dioses y personajes semidivinos, dentro del mundo de pasiones, odios, amores y tradiciones, más propios de la bajeza de los mortales que de la grandeza que debiera corresponder a deidades famosas, nos ofrecen curiosos episodios reproductivos que terminan en la operación cesárea.



“Implantación de Dionisios en el muslo de Zeus”. Grabado en cobre. 1614.

Recordemos como la diosa Juno, esposa de Zeus, será protagonista de otro importante episodio marcado por el amor y el adulterio. Zeus (Júpiter para los romanos), se enamora apasionadamente de una bella criatura mortal llamada Semele, a quien le regala la condición divina concediéndole ser “Diosa de la luna”, en premio por haberse quedado embarazada. Ella, con peligrosa curiosidad, e instigada por la envidia de Juno reclama a su amante conocer la auténtica naturaleza de su fuerza (que no era otra que él “rayo divino”), Zeus que había jurado en el río Styx que le concedería cualquier deseo que le pidiese, aún a sabiendas de que ningún mortal podría verle así y sobrevivir. Se encuentra indefenso para negarle ese deseo, con lo que al satisfacer dicha curiosidad, queda fulminantemente carbonizada.

Zeus con ayuda de Hermes (Mercurio para los romanos), quien es también protector de resucitados, y ejerciendo esa condición, abre con presteza el vientre de Semele, extrayendo un feto vivo y prematuro de seis meses. Ante la grave inmadurez fetal, implanta el feto inmaduro en el muslo de su padre para que allí pueda continuar desarrollándose (convirtiéndose así en la primera incubadora de vida de la historia).

En efecto, el Rig-Veda, libro sagrado de los hindúes, a la vez el más antiguo (entre 1.500 y 2.000 años a.C.), registra que Indra, el rey de los dioses, señor del cielo, del aire y del rayo, se negó a nacer por vía natural, haciéndolo de lado



Nacimiento cesáreo de Buda. Escultura en piedra. Escuela de Gandhara. Museo Nacional de Karachi.

a través de una apertura oblicua lateral del vientre materno, sin incisión previa³². A pesar de ser una leyenda, es un antecedente funesto pues primó la soberbia del dios naciente sobre el bienestar de la madre. Hecho similar refieren los textos Lalitavistara y Mahavastu para dar a conocer el nacimiento mítico de Buda³³. De Buda (453 a.C.) (S. VI a.C.) cuenta la leyenda que su madre, Maya Devi, fue sorprendida por el parto en un bosque de Lumbini. Se sentó al lado de una acacia y observó como un elefante blanco se acercó hacia ella y tras dar tres vueltas en torno suyo para adorarla, la apretó dulcemente en su flanco derecho como si quisiera penetrar en su interior. Maya apoyada sobre el tronco de la acacia (desde entonces siempre verde) expulsó por el vientre a su hijo Buda.

Es probable que estas dos leyendas mitológicas, por extensión, le hayan dado categoría de divina a la operación cesárea, considerándola como el camino o vía de los dioses, en contraposición a la vía natural, que es prosaica y vulgar si nos atenemos al concepto de San Agustín: *“Inter faeces et urina nascimur”*, es decir, entre las heces y la orina nacemos.



Extracción de Asclepio. Talla en madera de la edición de 1549
“De re medica” de Alessandro Benedetti.

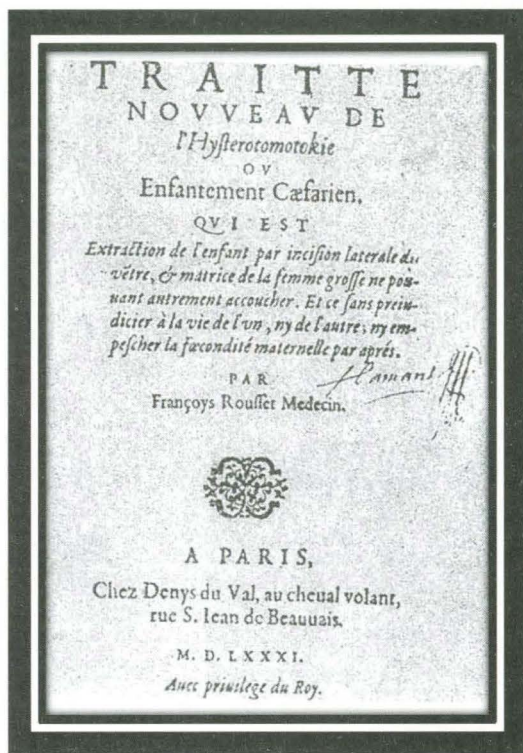
Por esa vía y con la intervención de un tercero, ahora sí llega al mundo Asclepio o Esculapio, padre de la Medicina. Según la mitología griega. La bella y mortal Coronea, hija de Fleijas; rey de Tasalia, es seducida y embarazada por un bello y conocido Dios, Apolo hijo de Zeus. Coronea engaña a éste con su amante Isquis, suscitando la tradición en Artemisa, la hermana de Apolo, que le induce a matarla a flechazos.

Mientras ésta yace en la pira funeraria preparada para ser incinerada por las llamas, Apolo tiene compasión y con vocación paternal, abre con su daga el vientre de su esposa, extrayendo de su abdomen a su hijo nonato, al que llama

Asclepio (Esculapio para los romanos), entregándolo al centauro Quirón, para que con el tiempo, le enseñe el arte de curar y así encarne al Dios de la medicina. Pero esta no será la única cesárea de la mitología. Se trata del primer nacimiento ocurrido mediante la operación cesárea en beneficio fetal.

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos *caedere* y *secare*, que significan cortar. Unos setecientos años antes de Cristo, Numa Pompilio, sucesor de Rómulo, dispuso en Roma que toda mujer que falleciera estando embarazada debía ser objeto de una operación para extraerle su hijo, es decir, para salvarlo. Dicha disposición se conoció con el nombre de *Lex Regia* y

se mantuvo vigente durante muchos siglos⁴. La obvia influencia del cristianismo, ha atribuido esta ley a Justiniano, emperador de Bizancio (522-565)³⁴. Dice la historia que así vino a este mundo San Ramón Nonato, en Porteil (Lérida) en



1240, luego de haber fallecido su madre en el transcurso del parto. En contra de la opinión de los médicos, el Vizconde de Cardona procedió a abrir el vientre con un puñal y obtuvo una criatura viva⁵.

En los siglos XVII y XVIII no solamente era tenida en cuenta la cesárea postmortem sino que, por disposición de la Iglesia católica, era obligatoria su práctica, lo que importaba era que se lograra un nacido vivo y que éste fuera capaz de recibir el bautismo. De esa manera se le beneficiaba espiritualmente pues no iría al “iflibus” sino directamente al cielo. La iglesia se pronunció reiteradamente en este sentido a través de los Concilios de Colonia (1280), Viena (1311-1312), Langres (1404), París (1557) y Sens (1574).

Así, hasta el siglo XVI la operación cesárea se practicó únicamente en la madre muerta para salvar al feto. Sin embargo, debido a la demora, la supervivencia fetal era poco frecuente.

Pero, ¿por qué no se ejecutaba la operación en mujer viva? Sencillamente, por la certeza que se tenía de que al hacerla se sacrificaba la vida de la madre. No obstante, cuando se intuía que de todas maneras ésta se perdería por causa del mal parto, algunos audaces cirujanos corrían el riesgo, con la esperanza de que alguna pudiera salvarse. Tal política se preconizó en París en la segunda mitad del siglo XVIII. Entre 1750 y 1800 se practicaron allí 24

operaciones con 24 muertes maternas. Este desastre dio origen a la Sociedad Anticesariana fundada por el tocólogo francés Jean François Sacombe en 1797⁷.

En 1582, *Roussel* publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. La mayoría de los autores consideran que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés



François Rousset (1530-1603), quien menciona una *Section Caesarienne* en su monografía publicada en 1581 sobre dicha intervención titulada “*Traité Noveau de L’hysterotomotokie ou L’énfant cesarien*”, y donde se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva. En esta obra se sostiene que el útero no debe ser suturado, aceptado como verdad indiscutible. Paradójicamente, Rousset no ejecuto por sí mismo ninguna cesárea, ni tampoco asistió jamás a esta operación como espectador.

La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en mujer viva y donde ambos madre y feto sobreviven nos llega de Suiza en el año 1500, aunque su relato es recogido 80 años después de haber sucedido por Rousset.

El protagonista de este suceso es el marido de la parturienta: Jacobo Nuffer, un carnicero y experto castrador de cerdos en la localidad suiza de Singerhausen, quien ante el enlentecimiento del parto de su esposa y larga duración del mismo, superior a los seis días, reclama el servicio de un litotomista y 13 comadronas, los cuales intentan, en vano, sacar al feto al exterior, tras diferentes reiteradas maniobras. Ante el fracaso de los avezados profesionales en el arte de parir, Nuffer solicita al burgomaestre de la ciudad, autorización para intervenir a su mujer, desde sus conocimientos de los animales. Concedido el permiso, se ayuda de una gran navaja carnicera de filo cortante, con la que abre el vientre de su mujer obteniendo un feto vivo que según las crónicas llegó a vivir 77 años. Lo curioso del caso es que la paciente no sólo sobrevivió el trance quirúrgico, sino que llegó a tener cinco hijos más, dos de ellos en parto gemelar, y todos ellos por la vía natural, con lo que se empaña algo la verosimilitud de este legendario hecho.

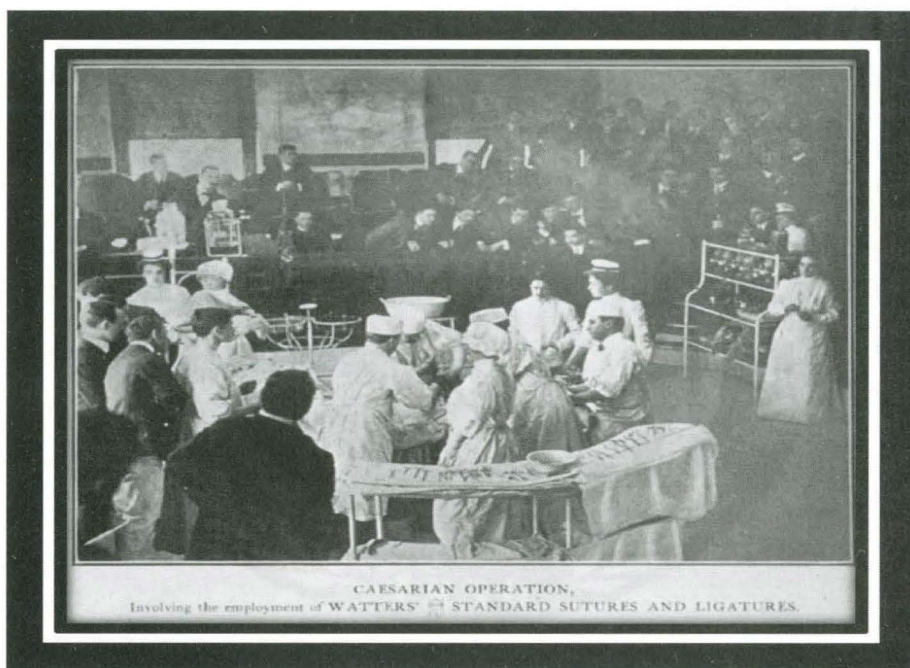
Sin embargo, el primer caso de operación cesárea en mujer viva, aceptado históricamente sin objeción, ocurrió en el año 1610, fue realizado en Alemania por los cirujanos Trautmann y Sesest, en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar le alcanzó en el vientre, produciendo una ruptura del útero. El niño sólo logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis.

En el siglo XVII los más importantes obstetras como el alemán Cornelio Solingen (1641-1687) y el francés Francois Mauriceau (1637-1709) condenaron la operación cesárea en mujeres vivas, debido al desenlace mortal para la madre. En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América.

Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar solución a dos problemas clave: el alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas.

gicas y la prevención y tratamiento de las infecciones. Los pilares este progreso lleva los nombres de James Young Simpson (1811-1870) quien introdujo el uso del cloroformo en obstetricia. Ignaz Semmelweis (1818-1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal; Louis Pasterur (1802-1895) quien probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que probará Robert Koch (1823-1910); y Joseph Lister (1827-1912) quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio.

Entrado el siglo XIX comenzó a perfeccionarse la técnica quirúrgica (operación de Porro y de Sanger, incisiones de Levret, Lauvetjat y Kehrer). El advenimiento de la era listeriana, como también de los agentes anestésicos⁹, brindó superiores garantías a las pacientes y mejores condiciones a los tocólogos,



que a su vez identificaron las indicaciones y el momento más oportuno para llevar a cabo la operación. Así se llega a los albores de la era antibiótica con unos índices de frecuencia de 3 a 5%. Un buen criterio obstétrico y quirúrgico, una técnica cuidadosa, una adecuada anestesia y, sobre todo, una estricta asepsia y antisepsia, todo sumado, hacen, a mediados de nuestro siglo, de la temida operación cesá-

rea un procedimiento fácil y seguro. Esto lo corrobora D'Esopo cuando en 1950 presenta en los Estados Unidos de Norteamérica los resultados de 1.000 operaciones de tal tipo, consecutivas, sin una sola muerte materna¹⁰. Por supuesto, tan deslumbrante informe abrió las compuertas para que la cesárea se extendiera con carácter epidémico, desalojando a la mayor parte de las intervenciones obstétricas y quedándose como ama y señora del acto del nacimiento.

Cesárea electiva a petición materna

La vía fisiológica de finalización de un embarazo es la vaginal. El parto no es un proceso patológico, por lo que en principio no requiere de intervención médica, debiendo evolucionar espontáneamente según las leyes de la naturaleza. Sin embargo, dado el incremento del riesgo al que madre e hijo están sometidos, y paralelamente al desarrollo científico y tecnológico, la obstetricia ha ido incrementando el número de acciones tanto de control del bienestar como de finalización del embarazo, con el fin de mejorar de forma progresiva los resultados perinatales. Multitud de intervenciones preventivas y terapéuticas son asumidas hoy con el fin de proteger la salud de la mujer y el bienestar fetal, algunas no exentas de riesgo para la madre ni para el feto e incluso sin indicación médica como es la amniocentesis por deseo materno, sin que por ello el médico se sienta un mero técnico.

La operación cesárea se ha incrementado a nivel mundial. La cesárea electiva es la opción hoy en día preferida por muchos obstetras sobre el parto vaginal, existiendo muchas ventajas sobre éste. Se ha incluso sugerido que el parto vaginal ya no es la consecuencia deseada de la gestación, una conclusión que indica tanto ventajas médicas como conveniencia por parte del paciente y del obstetra. El fenómeno de las cesáreas sin indicación obstétrica, médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares.

Consideraciones éticas

El dilema ético en torno a la operación cesárea se deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus los pa-

cientes, la madre y el feto. Cuando el cálculo riesgo-beneficio se encuentra en un estado de equilibrio dinámico, surgen los dilemas éticos relativos a la promoción rutinaria de la cesárea electiva como parte del proceso de consentimiento informado. El conocimiento del derecho a escoger, ha llevado a un aumento del ejercicio de tanto derechos positivos como negativos. Muchas unidades de Obstetricia han experimentado un incremento en la demanda de cesáreas electivas a petición materna (derecho positivo), así como casos de negativa a consentir una cesárea médicamente indicada (derecho negativo). El resultado es un conflicto ético entre los derechos del paciente a que su decisión autónoma sea respetada y el respeto a la autonomía del médico a actuar de acuerdo a la práctica médica aceptada³⁵.

¿Es ético realizar una cesárea electiva a una mujer con un embarazo normal a término, sin factores de riesgo ni complicaciones? ¿Cómo debería el Ginecólogo responder a una paciente que solicita una cesárea programada sin que exista una indicación médica? Estas difíciles preguntas suponen un reto a los principios éticos tradicionales de beneficencia y no maleficencia, y al deber del médico de respeto de la autonomía del paciente³⁶. En el obstetra esto crea una situación precaria ya que son responsables del bienestar materno y fetal. En ocasiones esto creará un dilema ético que solo podrá resolverse a favor de una de las partes en detrimento de la otra.

La cesárea electiva a demanda materna es un claro ejemplo de estos dilemas éticos, entre el respeto a la autonomía de la madre y la autonomía del obstetra para ejercer de acuerdo a prácticas médicas estándares y aceptadas.

El principio de autonomía del paciente, en que este debe ser dada consentimiento informado con respeto a los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y que su autonomía sea respetada se reconoce tanto ética como legalmente excepto en el parto. Resulta paradójico que una mujer pueda decidir si quedarse o no embarazada, si interrumpir o no ese embarazo, pero sin embargo negársele la elección informada sobre el método de parir.

La toma de decisiones en Obstetricia y Ginecología debería estar guiada por los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El principio de autonomía y el consentimiento informado son claves para la decisión de los pacientes de someterse o no a cirugía. Es la obligación del obstetra informar de todas las alternativas terapéuticas y de los potenciales riesgos y beneficios de cada una de ellas.

Evaluaremos pues si la cesárea electiva a demanda sin indicación médica está éticamente justificada.

1. Principios éticos en conflicto

La realización de si una cesárea electiva profiláctica a término está éticamente justificada o no, puede ser visto desde diferentes ángulos. ¿Tiene una madre el derecho a asumir el riesgo extra que supone una cesárea en beneficio de su hijo si así lo desea? Debemos considerar que beneficios anteponer, ¿los de la madre o los del neonato? ¿Cuánto riesgo materno vs. beneficio fetal puede el obstetra justificar? Estas difíciles preguntas posan un reto hacia los principios tradicionales de beneficencia y no maleficencia, así como al deber del médico de respetar la autonomía de la madre¹.

Visto de una manera simplista parece clara la decisión ética. La madre que solicita una cesárea estaría actuando de manera altruista y estaría preparada a asumir esos riesgos para ella y así evitar riesgos fetales. Si nos guiamos por el principio de no maleficencia “*primum non nocere*” la negativa del obstetra a realizar una cesárea pudiera ser vista como paternalista³⁷.

a. Autonomía

La autonomía está inexorablemente unida a la tradición occidental del liberalismo, y toma importancia central en la filosofía moral de Kant y en el liberalismo utilitario de S. Mill^{38,39}. El desarrollo de la cultura occidental otorga, cada vez más, gran importancia al respeto de las libertades individuales en la toma de decisiones. La libertad es posibilidad de optar, y para optar hay que conocer.

Los puntos clave en este debate son tres:

- 1) El respeto a la libertad de la mujer (principio de autonomía),
- 2) El médico no debe causar daño (principio de no maleficencia), y
- 3) El médico debe causar beneficios (principio de beneficencia).

Los derechos reproductivos y los principios éticos generales están íntimamente relacionados y cuando se aplican bien se apoyan unos en otros.

La autonomía y la decisión informada son elementos claves en este debate. El principio de autonomía exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Surge como consecuencia de un concepto del ser humano que implica la idea de libertad personal. Debe respetarse el derecho de la mujer embarazada a su autonomía y a su capacidad de elegir tras recibir la información adecuada⁴⁰.

La legislación española recoge los derechos y deberes derivados del acto médico. La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y Documentación clínica (Ley 41/2002 de 14 Nov.) regula el principio de autonomía del paciente *“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas posibles”*.

La ley incide tanto en la obligación del médico a informar como en el derecho del paciente a decidir libremente.

El principio de autonomía se traduce en la clínica en la decisión informada constituida por tres elementos:

- a. El médico debe proporcionar a la mujer la información adecuada sobre su estado y tratamiento,
- b. La mujer debe comprender la información que recibe, y
- c. La mujer debe decidir voluntariamente si acepta o rechaza el tratamiento clínico.

La autonomía de la paciente incluye el derecho positivo a ser informado sobre los riesgos y beneficios de un procedimiento y consentir voluntariamente al mismo a la luz de la información recibida.

Es en el respeto por la autonomía del paciente donde radica el apoyo ético para la cesárea a demanda.

El médico debe conocer los hechos en relación con la cesárea a petición materna, valorar críticamente la evidencia disponible para poder informar de forma objetiva y veraz a la mujer para que esta pueda tomar su decisión en base a esa información objetiva y veraz⁴¹.

En el respeto a la autonomía de una mujer está implícito el reconocimiento del derecho de una persona competente a rehusar el tratamiento clínico recomendado (derecho negativo de la no interferencia).

Pero, no está claro si el respeto a la autonomía incluye el derecho para solicitar acciones, pruebas, tratamientos o intervenciones que la paciente pudiese preferir (derecho positivo)⁴².

En la relación médico paciente se desarrollan unos derechos positivos y negativos⁴³. Con frecuencia los derechos positivos de una de las partes puedan entrar en conflicto con los derechos negativos de la otra. El médico por tanto debe informar y respetar la decisión que el paciente tome, lo que no implica que tenga la obligación de realizar un acto médico que considere inadecuado. Si bien en este caso debe facilitar al paciente dicha posibilidad.

Debido al auge de la autonomía del paciente muchos autores concluyen que toda petición de cesárea electiva debería ser respetada para evitar un comportamiento paternalista^{44,45}.

El respeto a la autonomía se implementa clínicamente a través del consentimiento informado^{46,47}. Está claro tanto en bioética como para la ley (*lex artis*) que el médico ejercerá un juicio clínico profesional; esto es beneficente, a la hora del diagnóstico y tratamientos alternativos de éste. Estos se entienden como juicios expertos. El médico tiene la obligación de ofrecer al paciente las alternativas terapéuticas razonables así como la alternativa de la no intervención. El paciente puede así ejercitar su autonomía e incluso negarse a recibir tratamiento.

El proceso de consentimiento informado asume que el paciente es capaz de comprender las diferentes alternativas y que el médico estaría obligado a asumir la decisión del paciente simplemente porque son las decisiones de éste. Sin embargo, semejante método devaluaría de forma sistemática el juicio experto del médico y con ello la integridad de la medicina como profesión⁴⁸. No solamente la bioética sino también el derecho dan importancia a la integridad profesional. Por ello podríamos concluir que desde el punto de la autonomía no estaría justificado el ofrecer de forma sistemática la cesárea electiva.

La autonomía del paciente no debería tomar precedencia sobre los principios de beneficencia y no maleficencia.

Con la información y datos disponibles en este momento la cesárea sin indicación médica no debería ser ofrecida, no estando está justificada desde el punto de vista bioético.

El dilema de la autonomía en el consentimiento informado

Como decíamos antes, los problemas éticos se resuelven tradicionalmente con los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos principios están basados en la deontología Kantiana en el utilitarismo de Mill, la moralidad judeocristiana y el juramento hipocrático. La autonomía es en esencia la capacidad de actuar según la propia decisión. Sin embargo, la concepción de autonomía surgida en bioética, especialmente el consentimiento informado, parece tener límites más estrechos.

El dilema ético en la cesárea electiva conlleva confusión sobre lo que constituye el consentimiento informado. El proceso de consentimiento informado contiene tres elementos: información, comprensión, y voluntariedad. Los moti-

vos del obstetra incluyen el no dañar ni a la madre ni al feto cuando decide que la cesárea electiva es una alternativa ética. Sin embargo en una típica relación médico-paciente paternalista, el médico puede presentar sólo información sobre los riesgos / beneficios de ésta que considere pueda llevar a la paciente a tomar la decisión “correcta”, esto es la decisión que el médico considera correcta con respecto a sus cuidados. Preguntas tales como ¿cómo puede el obstetra presentar los riesgos y beneficios del parto natural? ¿Está el obstetra capacitado para anticipar y responder de una manera informada a situaciones no médicas que puedan influir en la decisión de una gestante a considerar una cesárea, tales como protección del suelo pélvico, temor al parto o conveniencia de la cesárea? La identificación de factores que hacen que una mujer se sienta segura durante el trabajo de parto y el nacimiento por vía vaginal puede que eliminen estos temores iniciales de pérdida de control.

b. Beneficencia y no maleficencia

El principio de beneficencia, fundamento del Juramento Hipocrático, consiste en orientar el ejercicio de la medicina a buscar el bien del paciente, en este caso tanto para la madre como para el feto. El principio de no maleficencia “*primum non nocere*” surge de la premisa de no hacer daño.

Consideraremos si en la cesárea electiva a requerimiento materno, los beneficios de ésta superan los riesgos y los beneficios del parto por vía vaginal, desde el punto de vista del principio de beneficencia. No existe evidencia científica sólida sobre los perjuicios o beneficios para la madre y el feto entre la realización de la cesárea electiva y el parto. Pero ¿qué impacto materno o fetal tiene la cesárea comparada con el parto vaginal? Los beneficios serían tanto maternos como fetales. Los principales riesgos y beneficios tanto maternos como fetales se muestran en la tabla de la página siguiente.

❖ Impacto materno

- Disfunción suelo pélvico

El principal argumento que aportan los defensores de la cesárea por petición materna es la protección del suelo pélvico^{50,51}. La evidencia no es concluyente, si bien la tendencia generalizada dentro de la literatura parece encontrar beneficios para la madre. El problema es el largo tiempo transcurrido entre la

Riesgos y beneficios potenciales de cesárea electiva a petición materna

a. Maternos

- Estancia hospitalaria
- Hemorragia
- Daño al suelo pélvico
 - ✓ Incontinencia urinaria
 - ✓ Función ano rectal
 - ✓ Prolapso de órganos pélvicos
 - ✓ Disfunción sexual
- Futuros embarazos
 - ✓ Rotura uterina
 - ✓ Placenta previa y acreta
 - ✓ Fertilidad
 - ✓ Feto muerto
- Complicaciones anestésicas
- Infección
- Trauma quirúrgico
- Histerectomía
- Trombo embolismo
- Dolor posparto
- Depresión
- Mortalidad materna

b. Fetales

- Morbilidad respiratoria neonatal
- Lactancia
- Daño neurológico
 - ✓ Hemorragia intracraneal
 - ✓ Asfixia neonatal
 - ✓ Encefalopatía
- Daño al plexo braquial
- Prematuridad y iatrogénica
- Infección neonatal
- Estancia hospitalaria neonatal
- Laceración fetal o trauma
- Vínculo materno-fetal
- Mortalidad fetal
- Mortalidad neonatal

cesárea y la aparición de los trastornos del suelo pélvico, así como la existencia de múltiples factores de confusión. La cesárea electiva parece disminuir el daño del suelo pélvico, protegiendo frente a la incontinencia urinaria, la lesión del esfínter anal, el prolapso genital, y la disfunción sexual^{52,53,54,55}. Los defensores de la protección de la cesárea electiva sobre el periné, argumentan que aquellos trabajos que concluyen con una ausencia de protección, incluyen cesáreas intra-parto, en las que se sabe que tanto el trabajo de parto como la existencia de un expulsivo prolongado son factores de riesgo perineal⁵⁶. Un estudio reciente sugiere una disminución en el riesgo de problemas de suelo pélvico (incontinencia urinaria/fecal, prolapso) en aquellas mujeres que optan por una cesárea electiva, siendo esta reducción del 10 al 5%⁵⁷. Sin embargo en otros estudios se ha visto que mujeres con cesáreas sufrieron de incontinencia urinaria moderada-severa, e incluso que pacientes con cesárea antes del inicio del parto sufrieron descenso del cuello uterino posparto⁵⁸. Incluso en el estudio de Rortveit^{56,58} este efecto protector desapareció en aquellas pacientes mayores de 50 años, de manera que el porcentaje de mujeres con incontinencia urinaria en este grupo de mujeres era el mismo independientemente del modo de parir. Existen también estudios donde la incontinencia en la madurez de la mujer parece estar relacionada a otros factores tales como exceso de peso y tabaquismo más que a la vía del parto⁵⁹.

- Morbilidad materna

La literatura actual sugiere que la cesárea electiva a término y el parto vaginal tienen tasas relativas y absolutas similares y muy bajas de morbilidad⁶⁰. La cesárea parece estar asociada a mayores tasas de infecciones quirúrgicas y complicaciones tromboembólicas. Ventajas del parto vaginal incluirían una estancia hospitalaria más corta y menores tasas de infección (endometritis y cistitis)¹³. Las complicaciones anestésicas son más bajas en los partos vaginales y más altas durante la inducción de la anestesia en las cesáreas urgentes. La hemorragia posparto parece ocurrir con menos frecuencia en las cesáreas selectivas sin embargo estas tasas más altas de hemorragia observadas en los partos vaginales puede reflejar una mayor intervención obstétrica (partos instrumentales)¹³. Más raras son las complicaciones tromboembólicas y la histerectomía posparto y por lo tanto los datos sobre su impacto son limitados. No existen datos sobre otras variables importantes como el dolor posparto y la depresión.

- Mortalidad materna

Afortunadamente la mortalidad materna es una rara complicación del embarazo en los países desarrollados. Una revisión de la literatura sobre la mortalidad materna muestra un riesgo de mortalidad materna del 1.7 al 3.4 muertes por 100.000 partos en las cesáreas selectivas, mientras que éste es de 12 muertes por 100.000 partos en las cesáreas urgentes.

El riesgo más grave derivado de la cesárea sería pues el de muerte materna, aunque éste es cada vez más infrecuente, el riesgo relativo de mortalidad ha sido estimado en 2.84 e incrementaría con cesáreas repetidas debido a complicaciones como placenta acreta, ésta se relaciona directamente con el número de cesáreas previas, hasta un 7% de mujeres con placenta acreta fallecen. El riesgo de rotura uterina (no dehiscencia) con cesárea previa es del 0.5% (1 en 200). Es cierto que algunas muertes serían evitables si las cesáreas no hubiesen sido precedidas por trabajos de parto complicados o por emergencias obstétricas.

La ausencia de estudios prospectivos y randomizados hacen difícil la estimación del riesgo entre la cesárea y el parto vaginal⁶¹.

- Embarazos futuros

Una de las principales preocupaciones sobre parto por cesárea es su potencial impacto sobre la futura salud reproductiva de la mujer. La cesárea representa un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo de una placentación anormal en futuros embarazos, incluyendo la placenta previa y acreta. A pesar de que el mecanismo exacto es desconocido se hipotiza que la cicatriz uterina previene la normal implantación y migración de la placenta. Aunque rara, esta complicación es clínicamente significativa ya que la placenta acreta se ha convertido en la indicación primaria para la histerectomía por cesárea, pudiendo producir hemorragia obstétrica masiva con coagulación intravascular diseminada, daño visceral quirúrgico, síndrome de distres respiratorio del adulto, fallo renal e incluso muerte⁶². Esta se relaciona directamente con el número de cesáreas previas. Los estudios estiman el riesgo de placenta acreta entre un 11% y un 24% en aquellas mujeres con cesáreas previas^{63,64,65}.

Tras un primer parto por cesárea, una gestante en el siguiente embarazo tiene tres opciones para parir:

- Una cesárea electiva
- Intentar un parto vaginal tras cesárea previa
- O si la prueba de parto falla una cesárea de urgencia

A pesar de que el éxito de un parto vaginal tras cesárea se sitúa entre 60% y el 80%⁶⁶, en la última década aproximadamente un 70% de gestantes ha optado por una cesárea electiva⁶⁷. El entusiasmo inicial surgido por el parto vaginal después de la cesárea ha disminuido entre la comunidad médica debido a los estudios que muestran un incremento de los riesgos maternos, especialmente en aquellos casos en que la prueba de parto fue fallida^{68,69,70,71}, así como un incremento del riesgo de muerte neonatal⁷¹. En los Estados Unidos las tasas de parto vaginal tras cesárea previa están inversamente relacionadas con las tasas de cesárea, y una reducción en las tasas de parto vaginal tras cesárea previa han producido un incremento en las tasas de cesárea de un 7% en los últimos dos años^{69,72}.

- Otros

Otras consecuencias importantes de la cesárea sobre la futura salud reproductiva de la mujer incluyen un incremento del riesgo de aborto espontáneo y embarazo ectópico, infertilidad, dehiscencia de la cicatriz uterina, rotura uterina y abrupcio placentario. A la luz de tales complicaciones, la cesárea a demanda debe pues tener en cuenta la carrera reproductiva de la mujer.

❖ **Impacto fetal**

La literatura existente sobre el impacto neonatal de la cesárea electiva es limitada.

- Morbilidad respiratoria

Complicaciones neonatales respiratorias ocurren en un 1 - 2% de partos por cesárea y son más comunes en aquellas cesáreas no precedidas de trabajo de parto. La causa principal de distres respiratorio la constituye la prematuridad iatrogénica. Sin embargo existe un incremento de la taquipnea respiratoria del recién nacido y persistencia de hipertensión pulmonar en los casos de cesárea electiva independientemente de la edad gestacional⁷³. Por lo tanto beneficios potenciales de un parto vaginal para el recién nacido incluirían un menor riesgo

de problemas respiratorios, menor riesgo de prematuridad iatrogénica y menor estancia hospitalaria.

- Daño plexo braquial, trauma fetal y encefalopatía neonatal

La adopción de una política de cesárea electiva a todas mujeres en la semana 39 de gestación reduciría sustancialmente según algunos modelos epidemiológicos los daños al plexo braquial, la encefalopatía neonatal y la muerte intraparto⁷⁴. El daño plexo braquial es mayor en los nacidos por vía vaginal comparados con los nacidos por cesárea.

Algunos estudios epidemiológicos sugieren que la hipoxia intraparto puede ser responsable de aproximadamente un 10% de casos de encefalopatía neonatal.

- Muerte fetal intrauterina

Otro beneficio importante a considerar sería la reducción del riesgo de muerte fetal desde la semana 39 hasta el parto, se estima que de esta manera se eliminarían unas 6000 muertes intrauterinas por año⁷⁴.

El equilibrio que existe entre evitar muertes fetales y la inducción de prematuridad es un dilema obstétrico. La programación del parto a una determinada edad gestacional sin duda evita el riesgo de muerte fetal pero existe asimismo preocupación de que esta práctica ha contribuido a un incremento en el número de nacimientos entre las 34 y 37 semanas de gestación exponiendo a gran número de neonatos a complicaciones propias del pre término⁷⁵.

- Otros

Algunos estudios sobre la cesárea electiva antes del parto muestran un incremento de las complicaciones no respiratorias relacionadas con la adaptación neonatal tales como la hipotermia, hipoglucemia, y las admisiones a las unidades de cuidados intensivos neonatales, pero a su vez muestran un menor riesgo de sepsis y de aspiración meconial. Otras complicaciones más raras pero serias como la hemorragia intracraneal, la asfixia neonatal y la encefalopatía hipoxica son más frecuentes después de partos vaginales complicados y cesáreas no planificadas.

c. Justicia

El principio de justicia insiste en la necesidad de que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria digno e igual, teniendo como único criterio prioritario a los más desvalidos, médicamente hablando, y no a los más demandadores. La salud tiene un precio cuando los recursos son limitados y los avances tecnológicos no. El principio de justicia orienta sobre cómo pagar ese precio. Nos debemos preguntar cuantos pacientes es necesario tratar para producir un beneficio clínico.

Los costes hospitalarios asociados a la cesárea son mayores que los del parto vaginal^{76,77}, aunque las diferencias entre costes de parto vaginal y cesárea electiva no son sustanciales⁷⁸.

Los argumentos económicos son frecuentemente utilizados por quienes pretender no incluir la cesárea por petición materna en la cartera de servicios sanitarios públicos. Consideraciones políticas y legales aparte, no existe tampoco consenso sobre el supuesto mayor gasto que supone la cesárea electiva sobre el parto. Si bien la tendencia general, basada en los mayores costes quirúrgicos y el aumento de hospitalización, parece demostrar un incremento del coste, algunos trabajos ponen dicha premisa en duda, teniendo en cuenta sobre todo la disminución de secuelas crónicas en madre y feto⁷⁹.

¿Cuántas cesáreas se deberían hacer para prevenir un solo efecto adverso? Un incremento del triple de cesáreas solamente reduciría la prevalencia de incontinencia urinaria de un 33% a un 29%⁸⁰. Miles de cesáreas serían necesarias para evitar un solo caso de parálisis cerebral debida a sucesos intraparto o una muerte fetal debida a accidente de cordón entre las 39 semanas y el parto. Con los datos actuales sabemos que serían necesarias un gran número de cesáreas para evitar o prevenir un solo efecto adverso relacionado con el parto por vía vaginal. No sería pues justo imponer riesgos derivados de la práctica de cesárea electiva para producir beneficios a tan pocas pacientes.

2. ¿Por qué las mujeres eligen una cesárea electiva?

La gran influencia de los factores sociales y culturales en la solicitud de la cesárea por la madre hace que su interpretación sea muy compleja. La seguridad es un valor muy demandado en nuestra sociedad en todos los ámbitos de la vida. La medicina no es una excepción. El concepto de familia se ha modificado, reduciéndose considerablemente la cantidad de hijos por pareja en todos los paí-

ses occidentales. La modificación de los hábitos sociales y laborales, así como el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida han prolongado la edad reproductiva y han aumentado la edad materna en el momento del parto⁸¹. La morbilidad perinatal ha descendido drásticamente en los países occidentales. Todo ello hace que aumenten las expectativas del embarazo y se asuman menos riesgos. La escasa tolerancia al riesgo es la principal razón argumentada en todos los estudios⁸². Otras razones son la conveniencia, el miedo al parto o tocofobia, haber tenido otra cesárea, gestaciones anteriores con malas experiencias y motivos de seguro médico⁸³. En un estudio reciente⁸⁴ la mayoría de las pacientes eligieron una cesárea electiva debido a preocupación sobre el bienestar fetal y los riesgos del parto para el feto. Otras causas comunes de preocupación fueron la preocupación de incontinencia y prolapso genital en el futuro y la de trauma vaginal durante el parto. Los hallazgos del estudio son similares a los de un estudio sueco realizado al mismo tiempo que este⁸⁵.

3. Una cuestión ética

En obstetricia los aspectos bioéticos del consentimiento informado y la autonomía del paciente se plasman en el debate actual sobre la cesárea electiva a demanda. Las distintas posturas sobre el tema se reflejan en la variedad de términos utilizados: “cesárea a demanda”, reflejo del modelo informativo donde el médico explica las opciones y el paciente decide, “cesárea electiva profiláctica” más propia del modelo deliberativo donde médico y paciente deliberan sobre los pros y contras de la cesárea.

Los cuatro principios de la bioética pueden ordenarse, según una jerarquía de valores que ayuda a la deliberación en la resolución de conflictos. Justicia y no-maleficencia se refieren a los mínimos de convivencia con las demás personas, por ello se tendrían que anteponer siempre a beneficencia y autonomía. Autonomía y beneficencia se refieren a la ética de máximos y, por tanto, no necesariamente se tienen que compartir en el ámbito de la universalización ética.

Cada uno de los principios de la bioética contribuye al proceso de decisión sobre la cesárea electiva, si bien ninguno por sí solo es suficiente para llegar a una decisión.

A pesar de que los ginecólogos no deberían ofrecer de manera rutinaria la cesárea electiva, estos se encuentran muchas veces con demandas por las gestantes para la práctica de estas. ¿Qué actitud debería tomar el obstetra?

Los obstetras hoy en día siguen encontrando que la cesárea tiene más riesgos que beneficios⁸⁶. La reacción del obstetra ante la petición es muy variable. Sin embargo, la mayoría de los informes indican que existe una progresiva aceptación por parte del colectivo médico a aceptar la petición formulada por la madre, al igual que ha ido ocurriendo con otras situaciones clínicas. En el año 1986 sólo el 2% de los obstetras norteamericanos estaban de acuerdo con la cesárea por petición materna⁶⁷. En el año 2006 el 54% de los obstetras de EEUU piensan que la mujer tiene derecho a solicitar una cesárea, y el 57% la harían en caso de que se lo solicitaran⁶⁷. Mientras que el aumento de la petición pasó en el mismo período de tiempo del 5 al 14%. La situación en Europa no difiere mucho⁸⁷. El 79% de los obstetras del Reino Unido reconocen el derecho de la mujer a solicitar la cesárea. De igual manera piensan el 75% de los obstetras alemanes, 57% en Luxemburgo, 55% de los italianos y 49% de los suecos. Holanda con un 22%, Francia con el 19% y España con un 15% parecen ser los países dónde los obstetras se muestran más reticentes ante la petición de la cesárea por la paciente. Paradójicamente, los españoles a pesar de ser los que menos asumimos la solicitud de la madre, tenemos la segunda tasa más alta de cesáreas de todos los países encuestados. El porcentaje cesáreas por petición de la paciente va en aumento. El 58% de los obstetras de EEUU refieren haber notado un aumento en la solicitud en el último año⁶⁷.

Sin embargo, una cosa es que el obstetra piense que la mujer tiene derecho a solicitar una cesárea y otra cosa si cuando se le solicita está dispuesto a acceder a la petición. Algunos obstetras refieren sentirse profesionalmente denigrados en el caso de tener que realizar una cesárea por indicación materna. Otros trabajos muestran una creciente comodidad de la comunidad obstétrica con la indicación materna^{88,89}.

Los motivos que argumentan aquellos obstetras que realizan la cesárea por petición materna son el reconocimiento al derecho autonomía de la madre (64%), seguridad fetal (19%) y conveniencia (16%)⁶⁷.

De aquellos que niegan el derecho de la madre a solicitar una cesárea, un 20% la han hecho alguna vez ante esa situación. Los motivos varían entre países, mientras que los anglosajones y el norte de Europa realizan la cesárea por respeto a la autonomía de la mujer, en España la mayor parte de los encuestados lo hace por miedo a las consecuencias legales⁶⁷.

Paradójicamente, somos el país del estudio en el que los médicos se sienten menos condicionados en su actitud clínica por las consecuencias legales. Como es lógico los obstetras que reconocen el derecho de la gestante a solicitar

una cesárea electiva, son más abiertos al diálogo sobre el tema, mientras que quienes no lo aceptan prefieren no informar⁶⁷.

Ante las reflexiones individuales, las organizaciones internacionales opinan de forma muy diferente. El American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)⁹⁰ indica que la cesárea electiva debe estar disponible en la asistencia a la mujer. Además el comité de ética afirma que el médico actúa éticamente al realizar una cesárea a petición materna si considera que promueve la salud y el bienestar de la mujer y el feto, pero que igualmente estaría éticamente justificado rehusar tal petición si va en detrimento de la gestante y del feto⁷⁰.

No existe ningún estudio sistemático sobre la cesárea a demanda. Sin embargo la tasa de cesáreas electivas sin cesárea previa está en aumento estimándose entre un 3% y 7% las cesáreas realizadas sin indicación médica u obstétrica¹³. El riesgo de morbilidad materna y neonatal en términos absolutos es pequeño tanto para el parto vaginal como para la cesárea electiva. Las madres estarían dispuestas a asumir estos para optimizar el bienestar fetal pero deberían ser informadas que los riesgos más significativos son aquellos que afectan a su futura salud reproductiva incluyendo riesgos potencialmente mortales como la placenta acreta.

¿Que hacer pues en aquellos casos en que con información adecuada la persuasión falla y la mujer insiste en una cesárea en contra de recomendaciones del obstetra? La evidencia sugiere que aparte de aquellos casos por presión social e influencia obstétrica las solicitudes espontáneas de cesárea electiva están probablemente más limitadas que lo que el gran debate surgido en torno a este tema sugiere⁹¹. Muchos casos son debidos a circunstancias personales específicas tales como dificultades psicosociales, experiencias previas negativas, miedos y ansiedad hacia el parto por vía vaginal. En casos seleccionados teniendo en cuenta estas circunstancias personales la realización de una cesárea electiva sería más bien beneficiante que someter a la mujer al proceso de un parto vaginal en contra de su voluntad.

Hoy en día con la evidencia disponible sobre los riesgos y beneficios de la cesárea electiva versus parto vaginal no justificarían éticamente la realización de una cesárea a petición materna.

IV. ALGORITMO ÉTICO EN LA CESÁREA

El momento de ofrecer o recomendar una cesárea es un problema ético que los obstetras encuentran asiduamente en su práctica clínica⁹² Los principios éticos de beneficencia y autonomía, así como el concepto del médico como fiduciario del paciente le proveen de poderosas herramientas para afrontar estos retos⁹³

Para ayudar en la toma de decisiones cuando estos casos ocurren proponemos un algoritmo ético, basado en los principios éticos de respeto de autonomía y beneficencia.

❖ Casos en que no existe un antecedente de cesárea previa

En estos casos nos podremos encontrar ante dos situaciones opuestas:

• Cesárea indicada

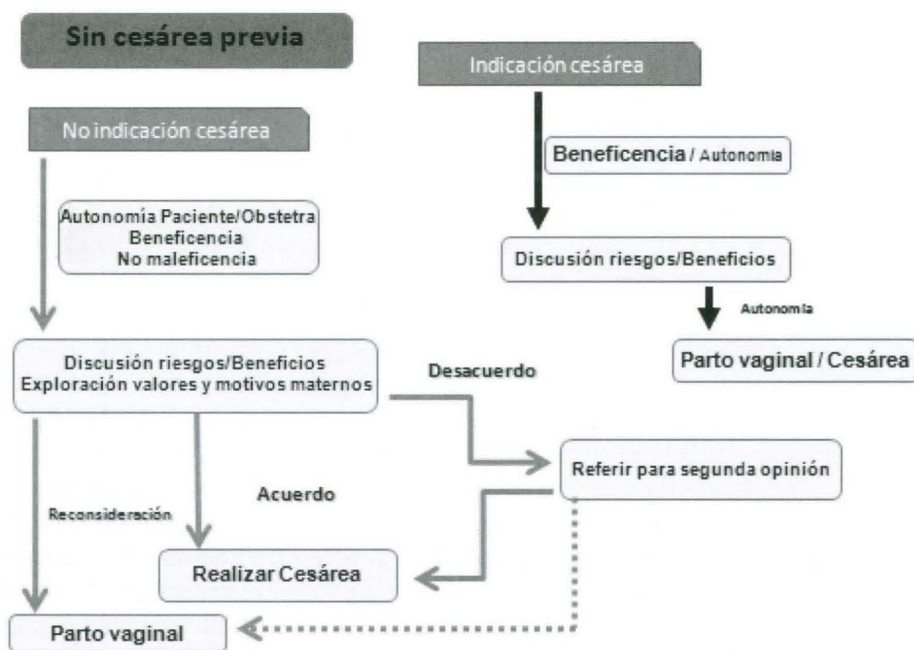
Existe una indicación clara de cesárea, casos como la presentación podálica del feto, ya sea en primíparas, donde la indicación de cesárea no muestra ninguna duda, o múltiparas, donde en la última década las recomendaciones de los distintos órganos colegiados recomiendan la práctica de cesárea para el nacimiento del feto, la recomendación para la realización de la cesárea estaría basada en el principio de beneficencia (materno y fetal), que prima sobre la autonomía de la paciente. Otros casos como fetos macrosómicos también se incluirían en esta categoría.

En estos casos debemos explorar los riesgos/beneficios maternos y fetales que ambas vías del parto ofrecen y discutirlos con la paciente, ésta optará por la vía vaginal o la cesárea (autonomía). En caso de no estar de acuerdo con este proceder deberíamos enviar a la paciente para una segunda opinión.

• Cesárea no indicada

Donde no exista una indicación médica u obstétrica para la realización de la cesárea nos encontraríamos en lo que se ha denominado en la literatura “cesárea a demanda” o “cesárea a petición materna”. Los principios éticos a considerar serían pues la autonomía tanto de la paciente como del obstetra, la beneficencia de éste hacia la madre y el feto y la no maleficencia. Se deberían discutir riesgos

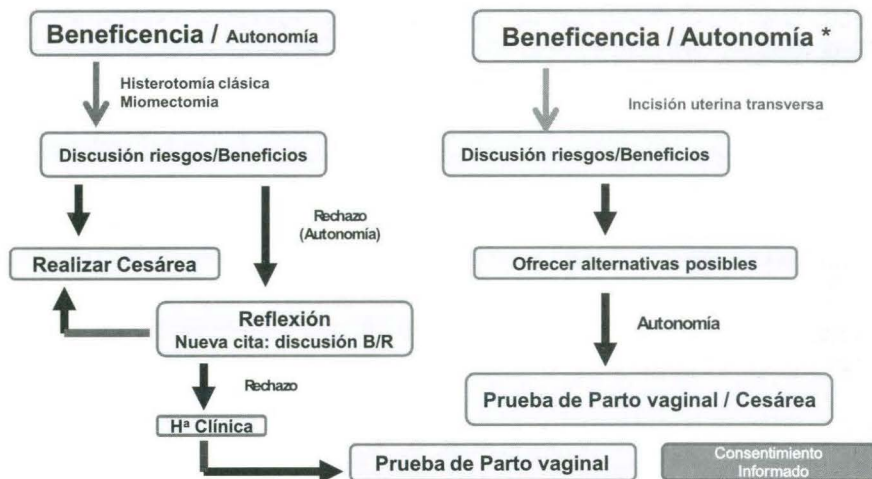
y beneficios de la cesárea y parto vaginal y explorar los valores y motivos que inducen a la madre a pedir una cesárea electiva. Si después de una discusión cuidadosa sobre éstos, la preferencia materna sigue siendo reafirmada con convicción sobre sus valores previos (como en el caso de temor al parto) nos encontraríamos ante una decisión autónoma sólida y por lo tanto deberíamos realizar la cesárea. Si por el contrario los argumentos no tienen una fundamentación sólida entonces deberíamos dirigir a la paciente para una segunda opinión (caso de miedo al dolor del parto).



Casos en que existe un antecedente de cesárea previa

Los principios éticos en juego son la autonomía de la paciente y la beneficencia. En función del peso relativo de cada uno estaríamos ante dos situaciones distintas.

Cesárea previa



- Beneficencia con mayor peso que autonomía

Lo constituyen aquellos casos como una miomectomía previa o una histerotomía clásica donde lo aconsejable y benéfico sería la realización de una cesárea, ya que ésta evitaría el riesgo de rotura uterina (hasta un 12% en estos casos). Solamente se debería ofrecer la posibilidad de parto por cesárea. En caso de rechazo, donde la paciente ejerce su autonomía se le daría un tiempo de reflexión y nueva cita explicando nuevamente riesgos y beneficios y explorando valores y motivos de la decisión. Si ésta persistiese se reflejaría en la historia clínica y la paciente en virtud de su autonomía garantizada por la Ley 41/2002 pasaría a una prueba de parto vaginal.

- Beneficencia y autonomía con igual peso específico

Nos encontramos ante el caso de una cesárea previa mediante histerotomía transversa baja. En estos casos existe controversia de si la cesárea representa una alternativa mejor al parto vaginal. En estos casos deberíamos explicar riesgos y beneficios a la paciente y ofrecer las alternativas posibles (cesárea/parto vaginal

tras cesárea), estando ambas alternativas justificadas éticamente. El no ofrecer las alternativas posibles implicaría incurrir en un paternalismo injustificado.

Conclusión

En los últimos años a medida que la tasa de cesáreas se ha incrementado, ha surgido gran interés tanto público como profesional sobre el fenómeno de la mujer que elige el nacimiento de su hijo mediante cesárea electiva sin que exista ninguna indicación médica u obstétrica. Este tema ha provocado intensos debates y controversias al introducir nuevos interrogantes sobre la naturaleza de la autonomía en el parto. Como hemos visto el debate se centra en un equilibrio entre aquellos que defienden la autonomía de la mujer en el proceso del parto y el principio de beneficencia que recomienda el bienestar tanto de la madre como del feto.

Es todavía muy pronto para posicionarse tanto a favor como en contra de la cesárea electiva a petición materna en ausencia de las indicaciones médicas obstétricas tradicionales. Considerando la información disponible hoy en día, las cesáreas sin indicación médica u obstétrica no deberían ser ofrecidas a la mujer. No deberíamos preguntarnos si deberíamos permitir a la gestante la elección de la vía del parto, sino ¿qué protocolos, prácticas y conversaciones deberían incorporarse al proceso del parto para que la mujer pueda desarrollar su pleno derecho de autonomía en relación a su salud y la vía del parto? Si una gestante solicita una cesárea electiva es imperativo que se le expliquen de manera explícita los riesgos potenciales que esta conlleva, especialmente si contempla volver a quedarse embarazada en el futuro. Solamente entonces podremos afirmar que existe un proceso de consentimiento informado verdadero en la relación médico-paciente. La autonomía del paciente no debería primar sobre los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

Bibliografía

- 1 RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. The Sentinel National Caesarean Section Audit Report. RCOG Press. 2001.
- 2 Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2000. Perinatal Statistics Series Number 12. 2003.
- 3 Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Birth: Preliminary data for 2002. National Vital Statistics Report, 2003; 51 (11):4-5.
- 4 Belizan J, Althabe F, Barros F, Alexander S. Rates and implication of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*, 1999; 319:1397-402.
- 5 Mastrobattista JM. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 1999; 26 (2):295-304.
- 6 Meehan FP, Rafla NM, Bolaji II. Delivery following previous caesarean section. In: Studd J, ed. *Progress in obstetrics and gynaecology*, Vol 10 London: Churchill Livingstone, 1993; 213-228.
- 7 Savage W, Francome C. British caesarean section rates: have we reached a plateau? *Br J Obstet Gynaecol*, 1993; 100:493-496 [Medline].
- 8 Curtin SC, Kozak LJ, Gregory KD. U.S Cesarean and VBAC rates stalled in the mid 1990s. *Birth*, 2000; 27 (1):54-7.
- 9 Nygaard I, Cruishank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol*, 2003; 102:217-9.
- 10 Harer WB. Patient choice cesarean. *ACOG clinical Review*, 2000; 5:1, 13-6.
- 11 Hale RW, Harer WB. Elective prophylactic caesarean delivery. *ACOG Clin Rev*, 2005; 10:15-6.
- 12 FIGO Committee Report for the ethical aspects of human reproduction and women's health. *Int J Obstet Gynecol*, 1999; 64:317-32.
- 13 NIH State Of the Science conference statement on Caesarean delivery on maternal request. *NIH Consensus State Sci Conference*, 2006; 23(1):1-29.
- 14 Bewley S, Cockburn JI. The unethics of "request" cesarean section. *Br J Obstet Gynecol*, 2002; 109:593-6.
- 15 Jonson SR, Elkins TE; Strong C; Phelan JP. Obstetric decision making: Responses to patients who request cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 1986; 67:847.
- 16 Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 2002; 99:577.
- 17 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002).

- 18 Simon Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. *Med Clin (Barc)*, 1993; 100:659-663.
- 19 Cortina A. *Alianza y contrato*. Madrid: Trotta, 2001.
- 20 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 1992; 267:2.221-6.
(Trad. Cast.: Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro A (ed). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 109-26).
- 21 Broggi MA. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. *Med Clin (Barc)*, 003; 121 (18):705-9. Web 61.419.
- 22 Borrell i Carrió. *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas*. Barcelona: se-mfyc ediciones, 2004.
- 23 Schloendorff V. *Society of New Cork Hospitals* 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92-96. (1914).
- 24 Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Médica*, 4ª ed. Barcelona: Masson, 2002.
- 25 Faden R, Beauchamp TL. *A history and Theory of Informed Consent*. New Cork: Oxford University Press, 1986; p. 91-96.
- 26 Simon Lorda P, Barrio Cantalejo IM. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. *JANO*, 1995; XLVIII (1117):911-921.
- 27 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the patient-physician relation ship. *JAMA* EJ, 1992; 267:2.221-6.
- 28 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002).
- 29 Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa (Oviedo 4/4/1997, BOE 20/10/1999).
- 30 Galán Cortés Julio C. “El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios”, p. 162, Colex. Madrid. 1997.
- 31 Highton E, Wierzba S M. “La relación médico-paciente; el consentimiento informado”, p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.
- 32 Quecke K. Principios históricos de la operación cesárea. En *Actas Cibae* Julio-septiembre, 1952; p. 82.
- 33 Ibid.
- 34 Delgado CG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. *Cuadernos de Historia de Salud Pública*, 1988; 84:13-25.
- 35 Pinkerton JV, Finnerty LL. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 175:289-295 [Medine].

- 36 Bewley S, Cockburn JI. The unethics of “request” cesarean section. *Br J Obstet Gynecol*, 2002; 109:593-6.
- 37 Childress JF. *Who should decide?* Oxford University Press, New Cork, 1982; p. 13.
- 38 Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of biomedical ethics* 5th edition. Oxford University Press, 2001.
- 39 Mill JS: *On liberty*. London; 1859.
- 40 Chervenak FA, McCullough LB. What is obstetrics ethics? *Clin Obstet Gynecol*. 1992; 35:709-19.
- 41 Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2003; 348:946-50.
- 42 Chervenak FA, McCullough LB. Inadequacies with the ACOG and AAP statements on managing ethical conflict during the intrapartum period. *J Clin Ethics*. 1991; 2:23-4.
- 43 Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004; 103:387-92.
- 44 Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *BMJ* 1998; 317:462-3.
- 45 Amu O, Rajendran S, Bolaji I. Should doctors perform a caesarean section on request? Maternal choice should not determine method of delivery. *BMJ* 1998; 463:463-5.
- 46 McCullough LB, Chevernak FA. *Ethics in Obstetrics and Gynaecology*. Oxford University Press, New York 1994.
- 47 Simón P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000; 407-410.
- 48 Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary caesarean delivery. *Obstet FIGO Committee for the Ethical Aspects of Reproduction and Women’s Health: Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London. 2003.
- 49 Mappes TA, Degrazia D. (eds. 2001. *Biomedical ethics*, 5th edition, New York. McGraw-Hill.
- 50 Farell S, Allen V, Baskett T. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol*. 2001; 97:350-6.
- 51 Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, et al. Cesarean section: does it really prevent the developmnet of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurol Urodyn*. 2004; 23:2-6.

- 52 Visco AG, Viswanathan M, Lohr K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request. Maternal and neonatal outcomes. *Obstet gynecol*. Dec. 2006; 108:1517-29.
- 53 Chervenak FA, McCullough LB. Inadequacies with the ACOG and AAP statements on managing ethical conflict during the intrapartum period. *J Clin Ethics*. 1991; 2:23-4.
- 54 Bettles BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, et al. Cesarean delivery on maternal request. Obstetrician-Gynecologist's knowledge, perception and practice patterns. *Obstet Gynecol*. 2007; 109:57-66.
- 55 Jonson SR, Elkins TE, Strong C, Phelan JP. Obstetric decision making: response to patients who request caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1986; 67:847-50.
- 56 Harer WB. Can 29% cesarean delivery rate possibly justified? *Obstet Gynecol*. 2006; 108:693.
- 57 Rortveit G, Dalveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery. *N Eng J Med* 2003; 348:900-7.
- 58 Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol* 2003; 102:223-8.
- 59 Burgio KL, Zyccynski H, LOcher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12 month postpartum period. *AM J Obstet Gynecol*, 2003; 102(6):1291-1298.
- 60 Wax JR. Maternal request cesarean versus planned spontaneous delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol* 2006; 30:247-52.
- 61 Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, We M, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med* 2000; 93(7):346-50.
- 62 Oyelesa Y, Smulian JC. Placenta previa accrete and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107:927-41.
- 63 Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa / Accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66:89-92.
- 64 Grobman WA, Gersnoviez R, Landon MB et al. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1249-55.
- 65 Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. NICHD-MFMU Network. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1226-32.
- 66 Spaans WA, Sluijs MB, van Roosmalen J, Blecker OP. Risk factors at cesarean section and failure of subsequent trial of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96:158-62.

- 67 Mastrobattista JM. Controversies in labor management: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin* 1999; 26:295-304.
- 68 November MT. Cost analysis of vaginal birth after cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(3):571-87.
- 69 Socol ML. VBAC-is it worth the risk? *Semin Perinatol* 2003; 27(1):105-11.
- 70 Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a metaanalysis of the literature from 1989-1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(5):1187-97.
- 71 Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 334(1):3-8.
- 72 Zinberg S. Vaginal delivery after previous cesarean delivery: a continuing controversy. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(3):561-70.
- 73 Jain L, Dudell GG. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol* 2006; 30:296-304.
- 74 Hankins GD, Clarck SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: Impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol* 2006; 30:276-87.
- 75 Kahn B, Lumey H, Zybert PA et al. Prospective risk of fetal death in singleton, twin and triplet gestations: implications and practice. *Obstet Gynecol* 2003; 102:685-92.
- 76 Petrous S, Glazener C. The economic costs of alternative mode of delivery during the first two months postpartum: Results from the Scottish observational study *BJOG* 2002; 109:214-217.
- 77 Druzin ML, El-Sayed YY. Cesarean delivery on maternal request: wise use of finite resources? A view from the trenches. *Semin Perinatol* 2006; 30:305-308.
- 78 Bost, BW. Cesarean delivery on maternal request: what will it cost? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1418-1423.
- 79 Bost BW. The economic impact of cesarean deliver on demand. *Obstet Gynecol* 2002; 99:86s.
- 80 Rortveit G, Dalveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S for the Norwegian EPINCONT Study. *N Eng J Med* 2003; 348:900-7.
- 81 National Institutes of Health. State-Of-The-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. March 27-29, 2006. *Obstet Ginecol* 2006; 107:1386-97. Disponible en:
http://consensus.nih.gov/2006/CesareanStatement_Final053106.pdf

- 82 Walker SP, McCarthy EA, Ugoni A, Lee A, Lim S, Permezel M. Cesarean delivery or vaginal birth. A survey of patient and clinical thresholds. *Obstet Gynecol.* 2007; 109:67-72.
- 83 Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, et al. Cesarean delivery on maternal request. Obstetrician-Gynecologist's knowledge, perception and practice patterns. *Obstet Gynecol.* 2007; 109:57-66.
- 84 Robson S, Carey A, Mishra R, Dear K. Elective caesarean delivery at maternal request: A preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 48: 415-420.
- 85 Wiklund L, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: Reasons for the request, self estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:451-456.
- 86 Jonson SR, Elkins TE, Strong C, Phelan JP. Obstetric decision making: response to patients who request caesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1986; 67:847-50.
- 87 Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries. *B J Obstet Gynecol.* 2006; 113:647-56.
- 88 Chervenak FA, McCullough LB. Inadequacies with the ACOG and AAP statements on managing ethical conflict during the intrapartum period. *J Clin Ethics.* 1991; 2:23-4.
- 89 Surgery and patient choice: the ethics of decision making. ACOG Committee Opinion 289. American College of Obstetricians and Gynecologist. 2003; 102:1011-6.
- 90 Hale RW, Harer WB. Elective prophylactic caesarean delivery. *ACOG Clin Rev.* 2005; 10-15-6.
- 91 Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: A feminist critique of the American college of obstetricians and gynaecologists' position on patient-choice surgery *Bioethics* 2007; 21:478-487.
- 92 Chevernak FA, McCullough LB. An ethically justified algorithm for offering, recommending and performing cesarean delivery and its application in managed care practice. *Obstet Gynecol* 1996; 87:302.
- 93 ACOG Committee Opinion No 289. Surgery and patient choice: The ethics of decision making. *Obstet Gynecol* 2003; 102:1101.

COLECCIÓN: *DISCURSOS ACADÉMICOS*

1. *La Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote en el contexto histórico del movimiento académico.* (Académico de Número).
Francisco González de Posada. 20 de mayo de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
2. *D. Blas Cabrera Topham y sus hijos.* (Académico de Número).
José E. Cabrera Ramírez. 21 de mayo de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
3. *Buscando la materia oscura del Universo en forma de partículas elementales débiles.* (Académico de Honor).
Blas Cabrera Navarro. 7 de julio de 2003. Amigos de la Cultura Científica.
4. *El sistema de posicionamiento global (GPS): en torno a la Navegación.* (Académico de Número).
Abelardo Bethencourt Fernández. 16 de julio de 2003. Amigos de la Cultura Científica.
5. *Cálculos y conceptos en la historia del hormigón armado.* (Académico de Honor).
José Calavera Ruiz. 18 de julio de 2003. INTEMAC.
6. *Un modelo para la delimitación teórica, estructuración histórica y organización docente de las disciplinas científicas: el caso de la matemática.* (Académico de Número).
Francisco A. González Redondo. 23 de julio de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
7. *Sistemas de información centrados en red.* (Académico de Número).
Silvano Corujo Rodríguez. 24 de julio de 2003. Excmo. Ayuntamiento de San Bartolomé.
8. *El exilio de Blas Cabrera.* (Académico de Número).
Dominga Trujillo Jacinto del Castillo. 18 de noviembre de 2003. Departamento de Física Fundamental y Experimental, Electrónica y Sistemas. Universidad de La Laguna.
9. *Tres productos históricos en la economía de Lanzarote: la orchilla, la barrilla y la cochinilla.* (Académico Correspondiente).
Agustín Pallarés Padilla. 20 de mayo de 2004. Amigos de la Cultura Científica.
10. *En torno a la nutrición: gordos y flacos en la pintura.* (Académico de Honor).
Amador Schüller Pérez. 5 de julio de 2004. Real Academia Nacional de Medicina.
11. *La etnografía de Lanzarote: "El Museo Tanit".* (Académico Correspondiente).
José Ferrer Perdomo. 15 de julio de 2004. Museo Etnográfico Tanit.
12. *Mis pequeños dinosaurios. (Memorias de un joven naturalista).* (Académico Correspondiente).
Rafael Arozarena Doblado. 17 diciembre 2004. Amigos de la Cultura Científica.
13. *Laudatio de D. Ramón Pérez Hernández y otros documentos relativos al*
Dr. José Molina Orosa. (Académico de Honor a título póstumo).
7 de marzo de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
14. *Blas Cabrera y Albert Einstein.* (Acto de Nombramiento como Académico de Honor a título póstumo del Excmo. Sr. D. **Blas Cabrera Felipe**).
Francisco González de Posada. 20 de mayo de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
15. *La flora vascular de la isla de Lanzarote. Algunos problemas por resolver.* (Académico Correspondiente).
Jorge Alfredo Reyes Betancort. 5 de julio de 2005. Jardín de Aclimatación de La Orotava.
16. *El ecosistema agrario lanzaroteño.* (Académico Correspondiente).
Carlos Lahora Arán. 7 de julio de 2005. Dirección Insular del Gobierno en Lanzarote.

17. *Lanzarote: características geoestratégicas*. (Académico Correspondiente).
Juan Antonio Carrasco Juan. 11 de julio de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
18. *En torno a lo fundamental: Naturaleza, Dios, Hombre*. (Académico Correspondiente).
Javier Cabrera Pinto. 22 de marzo de 2006. Amigos de la Cultura Científica.
19. *Materiales, colores y elementos arquitectónicos de la obra de César Manrique*. (Acto de Nombramiento como Académico de Honor a título póstumo de **César Manrique**).
José Manuel Pérez Luzardo. 24 de abril de 2006. Amigos de la Cultura Científica.
20. *La Medición del Tiempo y los Relojes de Sol*. (Académico Correspondiente).
Juan Vicente Pérez Ortiz. 7 de julio de 2006. Caja de Ahorros del Mediterráneo.
21. *Las estructuras de hormigón. Debilidades y fortalezas*. (Académico Correspondiente).
Enrique González Valle. 13 de julio de 2006. INTEMAC.
22. *Nuevas aportaciones al conocimiento de la erupción de Timanfaya (Lanzarote)*. (Académico de Número).
Agustín Pallarés Padilla. 27 de junio de 2007. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
23. *El agua potable en Lanzarote*. (Académico Correspondiente).
Manuel Díaz Rijo. 20 de julio de 2007. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
24. *Anestesiología: Una especialidad desconocida*. (Académico Correspondiente).
Carlos García Zepa. 14 de diciembre de 2007. Hospital General de Lanzarote.
25. *Semblanza de Juan Oliveros. Carpintero – imaginero*. (Académico de Número).
José Ferrer Perdomo. 8 de julio de 2008. Museo Etnográfico Tanit.
26. *Estado actual de la Astronomía: Reflexiones de un aficionado*. (Académico Correspondiente).
César Piret Ceballos. 11 de julio de 2008. Iltre. Ayuntamiento de Tías.
27. *Entre aulagas, matos y tabaibas*. (Académico de Número).
Jorge Alfredo Reyes Betancort. 15 de julio de 2008. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
28. *Lanzarote y el vino*. (Académico de Número).
Manuel Díaz Rijo. 24 de julio de 2008. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
29. *Cronobiografía del Dr. D. José Molina Orosa y cronología de acontecimientos conmemorativos*. (Académico de Número).
Javier Cabrera Pinto. 15 de diciembre de 2008. Gerencia de Servicios Sanitarios. Área de Salud de Lanzarote.
30. *Territorio Lanzarote 1402. Majos, sucesores y antecesores*. (Académico Correspondiente).
Luis Díaz Feria. 28 de abril de 2009. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
31. *Presente y futuro de la reutilización de aguas en Canarias*. (Académico Correspondiente).
Sebastián Delgado Díaz. 6 de julio de 2009. Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información.
32. *El análisis del tráfico telefónico: una herramienta estratégica de la empresa*. (Académico Correspondiente).
Enrique de Ferra Fantín. 9 de julio de 2009. Excmo. Cabildo de Fuerteventura.
33. *La investigación sobre el fondo cósmico de microondas en el Instituto de Astrofísica de Canarias*. (Académico Correspondiente).
Rafael Rebolo López. 11 de julio de 2009. Instituto de Astrofísica de Canarias.
34. *Centro de Proceso de Datos: el Cerebro de Nuestra Sociedad*. (Académico Correspondiente).
José Damián Ferrer Quintana. 21 de septiembre de 2009. Museo Etnográfico Tanit.

35. Solemne Sesión Académica Necrológica de Homenaje al Excmo. Sr. D. Rafael Arozarena Doblado, Académico Correspondiente en Tenerife.
Laudatio Académica por **Francisco González de Posada** y otras *Loas*. 24 de noviembre de 2009. Ayuntamiento de Yaiza.
36. *La Cesárea. Una perspectiva bioética*. (Académico Correspondiente).
Fernando Conde Fernández. 14 de diciembre de 2009. Gerencia de Servicios Sanitarios. Área de Salud de Lanzarote.

**HOSPITAL “DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA”
ARRECIFE (LANZAROTE)**



**Gerencia de Servicios Sanitarios
Área de Salud de Lanzarote**