

Cesáreas por petición materna: herramientas para su abordaje bioético

Victoria Della Ventura Fortunato* , Nahuel Nicolás Hernández , Damián Ramírez Vázquez 

Unidad Académica de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 19-08-2024

Fecha de aceptación: 29-11-2024

*Correspondencia: Victoria Della Ventura Fortunato. vicdellaventura@gmail.com

Resumen

El aumento persistente de las cesáreas como forma de culminar la gestación representa un problema crítico de salud pública a nivel global. Esto ha sido señalado por la academia, instituciones internacionales de salud y estudios feministas. En Uruguay, el 63,81% de los nacimientos en el sector privado y el 36,19% en el sector público en 2023 fueron por cesárea. La cesárea por petición materna (CPM) es una de las causas principales de este incremento, siendo considerada una intervención sin indicación médica, que puede acarrear riesgos innecesarios para la salud materno-fetal. Desde un enfoque principialista, se identifica el conflicto ético entre los principios de autonomía y no maleficencia. Este artículo explora el análisis de las CPM desde una perspectiva de bioética feminista, proponiendo la noción de autonomía relacional y la toma de decisiones compartidas como marcos éticos para abordar este conflicto y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las gestantes.

Palabras clave: Bioética. Cesáreas. Salud sexual y reproductiva. Ética feminista. Autonomía relacional. Toma de decisiones conjuntas.

Introducción

El aumento sistemático de cesáreas puede ser analizado éticamente con diversos enfoques. La cesárea como forma de terminar la gestación es un problema crítico de salud pública^{1,2} en el que, al menos inicialmente, hay coincidencia entre proclamas sociales de colectivos y estudios feministas³⁻⁷, instituciones y profesionales en definirlo de esa manera.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de cesáreas debería ser entre el 10% y el 15% del total de partos y solo realizarse cuando las condiciones de la mujer y del feto lo requieran. Si bien estos porcentajes son cuestionados por estar indicados desde el año 1985, los porcentajes actuales —a nivel global y en nuestro país— superan ampliamente esta meta¹.

De los últimos datos suministrados por estadísticas vitales del MSP del año 2023, en nuestro país se

observa la persistencia del aumento de cesáreas. El año 2023 fue el primer año en el que las cesáreas superaron la cantidad de partos vaginales con un 50,02% de cesáreas en el total de nacimientos (total de nacimientos 31.385, cesáreas 15.697), dividiéndose en un promedio de 63,81% cesáreas en el sector privado y un 36,19% en el sector público⁸.

Por su parte, desde una perspectiva de los movimientos sociales feministas, se remarca que el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos (DSSyRR) son indispensables para la humanización del parto y la eliminación de la violencia obstétrica, bajo la premisa de devolver el protagonismo del parto y nacimiento a quien pare y quien nace. Desde dichos colectivos se afirma, además, que puede ser peligroso que las decisiones sobre la salud de las mujeres queden supeeditadas al cumplimiento de metas políticas y que, esto, no aseguraría, *per se*, una mejor atención⁹.

Dentro de todos los factores que inciden en esta problemática, este trabajo se centrará en los problemas éticos que se generan a partir de las CPM, entendida como “aquellos partos por cesárea primaria anteparto, realizado por pedido materno y en ausencia de indicaciones médicas maternas, fetales u ovulares”¹⁰. La propia definición de la CPM plantea un conflicto ético: la solicitud —en ejercicio de la autonomía— de un acto médico-quirúrgico que no está biomédicamente indicado y que podría ser considerado maleficente.

En este escenario, como autores, identificamos que surgen las siguientes interrogantes: ¿es éticamente justificable realizar una cesárea evitable cuando es solicitada por la persona gestante en ejercicio de su autonomía? ¿Cómo debería ser analizado, desde la bioética, el conflicto moral presentado en las solicitudes de cesáreas no indicadas por la/el profesional?.

En este artículo se busca dar respuesta a las interrogantes planteadas. En un primer momento, se plantea el conflicto moral desde la corriente principialista. A continuación, se justifica por qué es pertinente analizar este conflicto con la noción de autonomía relacional y, finalmente, se propone el mecanismo de toma de decisiones compartidas (TDC) como un camino recomendable para abordar estas situaciones.

Discusión

Las cesáreas, tengan o no indicación médica, no son inocuas. Los riesgos o posibles complicaciones pueden ser tanto a corto, mediano y largo plazo, además de poder ser permanentes, incluyendo la muerte. Algunos de estos riesgos incluyen una estadía más prolongada de la persona gestante y el neonato en el ámbito hospitalario, aumento del riesgo de distress respiratorio en el neonato, aumento del riesgo de complicaciones en futuros embarazos (rotura uterina, placenta previa, placenta acreta, etc.), entre otros^{1,9}.

La OMS, en la Declaración sobre las tasas de cesáreas (2015), concluye que: “las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos”¹. A partir de esta aseveración, se puede extraer que, en ese contexto clínico, la indicación de cesárea sería beneficiosa. Por su parte, se afirma que, realizar una cesárea que no se justifique desde el punto de vista biomédico podría derivar en riesgos y potenciales daños innecesarios tanto para la persona gestante como para el feto⁹. En las cesáreas injustificadas, el acto médico podría caracterizarse como una deshumanización del parto (Ley 18.426 Art 3 lit C.), es decir, como una acción maleficente¹⁰.

Por su parte, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) consideran que la realización de cesáreas por razones no médicas está

injustificada éticamente y no implica beneficios adicionales para la madre o el recién nacido^{11,12}.

En nuestro país, Briozzo et al. afirman que “En el último medio siglo la cesárea se ha difundido como vía de nacimiento y en la actualidad, desde la perspectiva de los cuidados de la salud, existe preocupación, ya que la realización de una cesárea no justificada, lejos de mejorar, incrementa los riesgos maternos y perinatales”¹³.

Los autores antes mencionados indican en su estudio que dentro de los grupos que más contribuyeron a la tasa global de cesáreas (70% de las cesáreas practicadas en el país) se encuentran las cesáreas electivas, entre otros. A los efectos de este artículo, interesa aclarar que la referencia de cesáreas electivas comprende aquellas cirugías programadas sin distinguir entre las que tienen, y no, indicación médica. A su vez, Coppola menciona en su artículo “Cesáreas en Uruguay” que “hay cada vez más cesáreas a solicitud, originado esto en el falso concepto de que la cesárea es más segura que el parto”¹⁴.

Si bien en nuestro país no existen, al momento de la elaboración de este trabajo, estudios sobre la incidencia de las CPM en el número total de cesáreas, es creciente la alusión a estas peticiones dentro de las causas de cesáreas. Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), la CPM “se define como el parto por cesárea primaria anteparto, realizado por pedido materno y en ausencia de indicaciones médicas maternas, fetales u ovulares”⁹. Otra conceptualización de la CPM es “la cirugía que se realiza planeada sin indicación médica, donde el deseo de la mujer compensa la falta de razones médicas”¹⁵.

Recientemente, en nuestro país, se ha publicado un estudio sobre cuáles son los determinantes de estas solicitudes¹⁶ entre los que se destacan: una experiencia perinatal traumática previa, la escasez de preparación para el parto, preocupación por la seguridad fetoneonatal, preocupación por consecuencias personales del parto vaginal. Se han enumerado como factores que llevan a tomar esta decisión: el temor al trabajo de parto, el bienestar maternofetal, la disfunción sexual provocada por el parto vaginal, malas o buenas experiencias anteriores, potenciales secuelas del suelo pélvico vaginal postparto, la autonomía, el deseo de que el nacimiento ocurra en una fecha determinada y la creencia de que la cesárea es más segura que el parto⁹.

¿Cuál es la regulación normativa?

La solicitud de una cesárea cuando no está indicada biomédicamente puede derivarse, además de en un conflicto ético, en un conflicto de derechos. Es decir, como se ve a continuación, parte de la regulación de

los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) en relación con el parto establecen disposiciones para minimizar la intervención innecesaria. Se pretende que la humanización del parto, reclamada a través de movimientos sociales y estudios feministas, funcione como un mecanismo liberador de la opresión que significa el acto médico de la intervención como regla y de la institucionalización de los partos³⁻⁷. Ello, de alguna manera, se refleja en la normativa vigente en nuestro país la que a su vez es basada en los grandes documentos internacionales de derechos fundamentales de las mujeres: la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”¹⁷ y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Pará”¹⁸. La normativa local tiene un enfoque de género en dos grandes sentidos: a) promover la autonomía de las gestantes en la toma de decisiones, (Decreto 339/019, Art. 14, Lit A “su participación como protagonista de este”) y, b) fomentar acciones (obligaciones de hacer y de no hacer) que erradiquen los distintos tipos de violencia que se encuentran estructuralmente reproducidas en nuestra sociedad¹⁹.

La Ley 18.426 SSyR en el art. 4 establece la obligación de “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y postparto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas”. En el mismo sentido, el art. 3 lit. C dispone “promover el parto humanizado (...) evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”²⁰. La Ley 19.580 (Ley de violencia hacia las mujeres basada en género) en su art. 6 lit H identifica como violencia obstétrica “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”²¹.

Los principios de dignidad, autonomía, consentimiento y acceso a una atención médica de calidad desarrollados en los artículos 3, 5, 6.1 y 14.2 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH)²² de la UNESCO, consolidan el marco normativo para el análisis de estas situaciones.

Análisis principialista

El problema moral que apareja la solicitud - en ejercicio de la autonomía - de un acto médico-quirúrgico que no está biomedicamente indicado y que podría ser considerado maleficente trae consigo la siguiente pregunta: ¿es éticamente justificable realizar una cesárea evitable cuando es solicitada por la persona gestante en ejercicio de su autonomía? De esta cuestión se puede extraer el conflicto ético en términos principialistas. La bioética principialista, desarrollada

inicialmente por Beauchamps y Childress (ByC) en su publicación “*Principles of Biomedical Ethics*” plantea fundamentos conceptuales - principios - para guiar decisiones concretas en la práctica médica²³. En este caso, el conflicto que se plantea es entre el principio de autonomía y el principio de no maleficencia.

La no maleficencia se traduce en no generar un daño intencionalmente, *primum non nocere*. Este principio es, en sí, la obligación moral que tienen las y los profesionales de la salud de no cometer acciones perjudiciales hacia el otro, “evitar hacer un daño”. El foco está, principalmente, en una obligación de omisión de la que se concluye que en ninguna ocasión es lícito hacer el mal²⁴. Para ByC es importante distinguir conceptualmente el principio de no maleficencia del de beneficencia. La realización de una cesárea que no es necesaria biomedicamente no genera ningún beneficio para la gestante ni para el feto. En lugar de ello, expondría al binomio a riesgos, según las posturas desarrolladas al inicio de esta discusión. El abuso de técnicas y/o de procedimientos invasivos podría ser considerado un acto maleficente, traducido normativamente en deshumanización del parto (Ley 18.426 Art 3 lit C)²⁰ y violencia obstétrica (Ley 19.580)¹⁹.

Por otro lado, la decisión de la persona gestante que solicita una CPM, según el principialismo, debe cumplir con: a) la intencionalidad, es decir, el deseo de querer que la cesárea sea el método de finalización de la gestación de forma planificada previamente; b) darse en condiciones de conocimiento y asunción de los posibles riesgos de dicha elección, los cuales ya fueron planteados en el proceso de decisión; y c) la ausencia de control externo, entendido como manipulación o amenazas de forma directa por parte de terceros.²⁵ Una CPM que cumpla con estas tres condiciones, según el principialismo, es una decisión autónoma. Una decisión autónoma debe ser tomada con competencia, entendida esta como la agencia para actuar intencionalmente de acuerdo a sus valores e intereses en un escenario de ejercicio de libertad de influencia²⁵.

Se puede visualizar como el enfoque del principialismo se da en términos dilemáticos en la confrontación de dos principios. En este sentido, el recorrido sería atender a la especificación y ponderación de alguno de estos principios en cada caso concreto. Es relevante tener presente que “cuando los principios entren contingentemente en conflicto, no habrá un principio supremo disponible —en la aproximación de cuatro principios— para determinar una obligación moral principal. Por tanto, el juicio prudencial se convierte en una parte inescapable en nuestra aproximación”²⁶.

¿Es pertinente otro análisis bioético?

Es pertinente y necesario. Si bien, el marco principialista nos brinda herramientas útiles para analizar y tomar

cursos de acción frente a conflictos morales en el marco de la relación clínica, la posibilidad de introducir otros enfoques nos permitiría enriquecer el análisis. El hecho de que la mayoría de las involucradas, en este conflicto, sean mujeres apremia a que el conflicto sea analizado en el marco de la bioética feminista. Allison Jaggar, referida por Salles, menciona como una de las condiciones mínimas para que el enfoque ético pueda ser considerado feminista el “comprender las acciones individuales en el contexto de prácticas más abarcadoras... Por ello, el feminismo exige que se mire al contexto social en el cual se presentan los problemas individuales”²⁷. Sherwin en su artículo “Feminismo y Bioética” reflexiona sobre la postura crítica que tiene el feminismo acerca de la parcialidad y defectuosidad de las teorías morales al enfocarse “en los intereses, valores y elecciones racionales de los individuos en tanto entidades abstractas, como si las historias personales y los contextos sociales de los mismos fueran irrelevantes”²⁸. En palabras de Álvarez, “la autonomía se opone a los modelos de dominación y opresión; condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta(...)”²⁹.

La perspectiva relacional de la autonomía es una mirada coherente con este enfoque al caracterizarse por incorporar el contexto y los vínculos interpersonales en las condiciones de ejercicio de la autonomía. Desde allí, brinda herramientas para el abordaje de este conflicto. Resaltar los aspectos relacionales dirige el análisis a los momentos previos a la decisión, tomando en cuenta las condiciones infraestructurales (sociales, simbólicas, relacionales, materiales) en las que se toma una decisión. La perspectiva relacional responde, entre otras, a la pregunta de ¿cómo se conforma esa preferencia y por qué se llega a esa decisión?.

La gestante no realiza una CPM en soledad como podría considerarse desde una perspectiva liberal de la toma de decisiones. La autonomía vista desde su dimensión relacional “se trata de una capacidad cuyo ejercicio está en función del tipo de estímulos, incentivos, situaciones, relaciones o entorno con que se enfrenta el agente. Las opciones se configuran precisamente a partir de todos aquellos factores que conforman el escenario de toma de decisiones de una persona”²⁹.

La condición de independencia (ausencia de control externo en el principalismo) se visualiza, en esta perspectiva, integrando dos grandes aspectos: la capacidad para decidir por una misma (aspecto subjetivo) y, además, por el entramado del contexto y las relaciones en la base y marco de referencia sobre la que se toma esa decisión (aspecto externo)²⁹. Incluir a la gestante en el contexto y relaciones dentro de las que se construye su decisión implica tener presente que la relación clínica, el equipo de salud, la posición de la gestante dentro de la institución

médica, sus experiencias previas, el acceso y goce efectivo de derechos fundamentales, la violencia obstétrica, el aumento de cesáreas y el contexto general de la SSyR son condiciones que influyen en la CPM.

Los DDSSYR, las metas de disminución del porcentaje de cesáreas a nivel de salud pública, la elaboración de protocolos en instituciones de asistencia médica, el ejercicio y respeto del derecho de consentimiento informado³², la articulación de los roles de obstetrapartera y ginecoobstetra, el cumplimiento de las reglas de fidelidad y veracidad por parte del profesional y equipo de salud que acompañan durante todo el proceso de embarazo, serán requisitos necesarios pero no suficientes para una resolución de estas situaciones^{30,31}.

Ante ello, responder a las siguientes preguntas podría ser de ayuda para ilustrar el contexto y las condiciones de la decisión: ¿Qué lugar se le da en la relación clínica a la construcción de las preferencias para el parto? ¿En qué momento de la relación clínica se habla de los deseos concernientes a la finalización de la gestación? ¿Cómo y con quiénes se elabora un plan de parto? ¿Cuál es la postura de las y los profesionales respecto a las preferencias escritas en ese plan de parto? ¿En qué momento se inicia el proceso de consentimiento informado? ¿Cómo afectan en la construcción de esas preferencias los cambios en las/los integrantes del equipo de salud?.

En este marco, la toma de decisiones compartidas (TDC) es una estrategia viable para la resolución del problema. La propuesta de TDC hace referencia a un diálogo entre los actores involucrados que requiere de tiempo y conocimiento de la otra parte, en este caso las/los participantes de la relación clínica. La TDC busca promover una decisión autónoma, pero también una acción no maleficente. Para este mecanismo es “fundamental tener en cuenta el deseo del paciente, también lo que la evidencia científica aporta acerca de la necesidad o no de determinada intervención, y también si el contexto (ya sea tanto el contexto directo del paciente como del sistema de salud en el que está inmerso) lo permiten”²⁹. El proceso de TDC permite la participación de la gestante en tanto ejercicio de su derecho y se lo asocia como un potencial para “reducir el uso excesivo de opciones no claramente asociadas con beneficios”³³.

Reflexión final

El aumento de cesáreas como forma de terminar las gestaciones es un problema crítico de salud pública en el que, al menos inicialmente, hay coincidencia entre movimientos sociales, instituciones y profesionales a definirlo de esa manera. No contar con

una planificación, ejecución y evaluación de políticas públicas en tal sentido es contrario a las tendencias internacionales, a los compromisos asumidos por el Estado frente a los organismos regionales y mundiales de la salud y de derechos humanos y a los propios reclamos de los colectivos feministas³⁻⁷. Es fundamental para el análisis clínico y bioético, determinar las causas que llevan a una CPM mediante la investigación ética y científica interdisciplinar, desde una perspectiva decolonial y de género. Si bien el principalismo nos brinda herramientas para el análisis y resolución del conflicto ético planteado por las CPM, deja por fuera algunos puntos claves. El marco de una bioética feminista, la noción de la autonomía relacional y la toma de decisiones compartidas trae al análisis aspectos vinculados con los contextos y relaciones en las que se construyen las preferencias para transitar las gestaciones y partos. El cumplimiento de derechos en materia de SSYR contribuye a la autonomía de las gestantes y, en el mismo sentido, al goce de una sexualidad plena.

Agradecimientos

Agradecemos a la Profa. Agda. Mag. Dra. Marianela Barcia, a la Profa. Adj. Phd Maite Rodríguez Apólito y a dos revisores anónimos por la revisión y sugerencias aportadas a este trabajo.

Financiamiento

Para este trabajo no se recibió ninguna subvención.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores

Victoria Della Ventura: concepción, diseño, ejecución, análisis, redacción, revisión crítica.

Nahuel Nicola: ejecución, análisis, redacción y revisión crítica.

Damián Ramírez: ejecución, análisis, redacción y revisión crítica.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración OMS sobre tasa de cesáreas. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>. [Consulta: Junio 2024].
2. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales. Uruguay; 2015. 8 p. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>.
3. Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Cesáreas Innecesarias. Comunicado a la opinión pública. Montevideo; 2025. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/posicionamiento-politico/cesareas-innecesarias/>. [Consulta: Agosto 2024].
4. Fornes VL. Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En: Actas 1o Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba; 2024 May 27-30; Córdoba. Disponible en: <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2.pdf>.
5. Sadler M. Así me nacieron a mi hija: aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler M, Acuña M, Obach A, eds. Acer, Educar, Sanar: miradas desde la antropología del género. Cátedra UNESCO Género. Colección Género, Cultura y Sociedad. 2004;15-66. Santiago de Chile: Catalonia. Originado en actividad de investigación. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf.
6. Magnone, N. Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en el Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica. Rev Urug Antropol Etnogr 2023; 8(1):1-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1831>.
7. Magnone, N. Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres [tesis de grado]. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; 2022. Disponible en: https://silo.uy/vufind/Record/COLIBRI_e95faf5a60aeebee176da988f9b5883c/Similar?sid=117129.
8. Ministerio de salud pública. Estadísticas Vitales. Uruguay; 2023. Disponible en: <https://uins.msp.gub.uy/>. [Consulta: Agosto 2024].
9. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Consenso de Obstetricia. Tucumán, Argentina; 2014. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Cesarea_a_Demanda.pdf. [Consulta: Junio 2024].
10. Ley 18. 426. Salud Sexual y Reproductiva. Uruguay. Promulgada 01/12/2008. Publicada 10/12/2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>. [Consulta: Junio 2024].
11. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Guía de ética y profesionalidad de la FIGO: toma de decisiones sobre el parto vaginal y por cesárea. 2020. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Ethics%20and%20Professionalism%20Guideline_English.pdf. [Consulta: Junio 2024].
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol 2013; 121(4):904-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3>.
13. Briozzo L, Tomasso G, Colistro V. Análisis de la vía de parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. Rev Méd Urug 2019; 35(2):94-104.
14. Cópola F. Cesáreas en Uruguay. Rev Méd Urug 2015; 31(1):07-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es.
15. Vanegas López JJ, Pávez Lizárraga A, Muñoz Ojeda P. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. Acta Bioeth 2021; 27(1):119-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2021000100119>.
16. Viroga S, Briozzo L, Cayssials V, Rodríguez F, Pérez A. Cesárea por requerimiento materno y sus posibles determinantes: estudio de casos y controles en Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev Med Urug 2024; 40(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.40.3.5>.
17. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación en todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/Convenci%C3%B3n%20de%20ONU-%20CEDAW%20-%201979.pdf>.

18. Organización de Estados Americanos. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Paraná). OEA; 1994. Aprobada por Ley N° 16.735 de 05 de enero de 1996, Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/16735-1996>.
19. Decreto 339/019. Reglamentación de la ley 19.580 (Ley de Violencia Hacia las Mujeres Basada en Género). Promulgado el 11 de noviembre de 2019. Publicado el 27 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019>. [Consulta: Junio 2024].
20. Ley 18.426. Salud Sexual y Reproductiva. Uruguay. Promulgada el 01 de diciembre de 2008. Publicada el 10 de diciembre de 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>. [Consulta: Junio 2024].
21. Ley 19.580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Uruguay. Promulgada el 22 de diciembre de 2017. Publicada el 9 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>. [Consulta: Junio 2024].
22. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías. Sector de Ciencias Humanas y Sociales. UNESCO; 2006. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.
23. Beauchamp TL, Childress jf. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press; 1979.
24. Gracia D. Fundamentos de la bioética. 2^{da} ed. Madrid: Triacastela; 2007. Cap. 1.
25. Gracia D. Fundamentos de la bioética. 2^{da} ed. Madrid: Triacastela; 2007. Cap. 2.
26. Rivera Sanín ML. Un recorrido analítico de los fundamentos filosóficos del principalismo norteamericano. Rev Latinoam Bioet 2023; 23(2):41–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.6142>.
27. Salles LF. Enfoques éticos alternativos. En: Luna F; Salles LF, eds. Nuevas reflexiones sobre debates clásicos. 1ra ed. 2008. p. 123-33. Disponible en: <https://bioetica.colmed5.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/Luna-y-Salles-15.01.pdf>.
28. Sherwin S. Feminismo y Bioética. Debate Fem 2014; 49:45-69. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0188-9478\(16\)30003-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0188-9478(16)30003-2).
29. Álvarez S. La autonomía personal y la autonomía relacional. Análisis Filosófico 2015; 35:13-26. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96362015000100002 ISSN 1851-9636.
30. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios. 2020. pp. 28-30. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>. [Consulta: Junio 2024].
31. Ministerio de Salud Pública. Objetivos sanitarios. 2030. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>. [Consulta: Mayo 2024].
32. Rodríguez Almada H. Consentimiento Informado en la Práctica Clínica. Anales de Facultad de Medicina 2017; 4(Supl. 2):22-30. Disponible en: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/207>.
33. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. Rev Hosp Ital B Aires 2004; 33(2):60-4. Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14745_60-64-HI-33-2-2BA-RANL_A.pdf.

Cesarean delivery on maternal request: tools for a bioethical approach

Abstract

The persistent increase in cesarean deliveries as a means of completing pregnancy represents a critical public health issue worldwide. This has been highlighted by academia, international health institutions, and feminist studies. In Uruguay, 63.81% of births in the private sector and 36.19% in the public sector in 2023 were by cesarean section. Cesarean delivery on maternal request (CDMR) is one of the main causes of this increase, being considered a non-medically indicated intervention that may pose unnecessary risks to maternal-fetal health. From a principlist perspective, the ethical conflict between the principles of autonomy and non-maleficence is identified. This article explores the analysis of CDMR from a feminist bioethics perspective, proposing the notion of relational autonomy and shared decision-making as ethical frameworks to address this conflict and ensure the sexual and reproductive rights of pregnant individuals.

Keywords: Bioethics. Cesarean delivery. Sexual and reproductive health. Feminist ethics. Relational autonomy. Shared decision-making.

Cesáreas por solicitação materna: ferramentas para uma abordagem bioética

Resumo

O aumento persistente das cesáreas como forma de concluir a gestação representa um problema crítico de saúde pública em nível global. Isso foi destacado pela academia, instituições internacionais de saúde e estudos feministas. No Uruguai, 63,81% dos nascimentos no setor privado e 36,19% no setor público em 2023 foram por cesariana. A cesárea por solicitação materna (CSM) é uma das principais causas desse aumento, sendo considerada uma intervenção sem indicação médica, que pode acarretar riscos desnecessários para a saúde materno-fetal. De uma perspectiva principlista, identifica-se o conflito ético entre os princípios de autonomia e não maleficência. Este artigo explora a análise das CSM a partir de uma perspectiva de bioética feminista, propondo a noção de autonomia relacional e a tomada de decisão compartilhada como estruturas éticas para abordar esse conflito e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das gestantes.

Palavras-chave: Bioética. Cesáreas. Saúde sexual e reprodutiva. Ética feminista. Autonomia relacional. Tomada de decisão compartilhada.
