

Abordaje clínico del conflicto de interés materno fetal y su relación con el estatus del feto como paciente

Leonel Briozzo*, Fernanda Nozar†, Francisco Coppola‡, Verónica Fiol§

Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay

Resumen

Introducción: para el equipo de salud y específicamente para la Ginecotología como especialidad, una de las situaciones más complejas que se pueden enfrentar es la existencia de una discordancia entre la indicación médica en pos del beneficio de la salud fetal y la falta de consentimiento por parte de la mujer embarazada. Estos conflictos de intereses, aunque poco frecuente, son muy difíciles de resolver y por ello resulta fundamental abordar estos problemas de manera sistematizada, para poder cumplir el rol profesional en beneficio de la conjunción materno-fetal.

Propósito: analizar las situaciones de conflicto que existen cuando la mujer embarazada no consiente la atención prenatal en beneficio de la vida fetal, en los caso de feto viable y intentar sistematizar su abordaje.

Discusión: se analiza desde el punto de vista bioético y de los valores profesionales cuales son las responsabilidades profesionales a la hora de analizar y abordar el potencial conflicto materno-fetal.

Conclusiones: el feto se convierte en paciente cuando la mujer lo presenta para el cuidado prenatal, siendo esta la que le otorga el valor ante el profesional que la asiste. Es importante prevenir el conflicto mediante una adecuada relación médico paciente y abordarlo cuando existe de manera sistemática e integral en beneficio de la conjunción materno-fetal.

Palabras clave: CONFLICTO DE INTERESES, ATENCIÓN PRENATAL-ética, NEGATIVA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO, CONDUCTA MATERNA, BIOÉTICA

Key words: CONFLICT OF INTEREST, PRENATAL CARE – ethics, TREATMENT REFUSAL, MATERNAL BEHAVIOR, BIOETHICS

Introducción

Desde mediados del siglo pasado tanto para obstetras como para perinatólogos las posibilidades terapéuticas durante la vida fetal han hecho que el feto sea considerado como un paciente y ya no, como siglos atrás ocurrió, como un móvil (*el móvil fetal*)^(1,2). Sin embargo, la dependencia del feto del cuerpo de la mujer y la necesidad de pasar a través del cuerpo de la madre ante eventuales diagnósticos y tratamientos hace que, aunque infrecuentes, puedan existir conflictos potenciales que pongan en tela de juicio la condición del feto como un paciente. Esto puede ocurrir cuando las medidas en beneficio del feto se contradicen con la decisión de la mujer embarazada⁽³⁻⁶⁾.

En determinadas circunstancias algunas decisiones de las mujeres embarazadas pueden generar acciones u omisiones con el consecuente daño real o potencial al embrión-feto⁽⁷⁾.

Estas circunstancias pueden ser de tres tipos:

* Profesor titular de la Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Profesora Adjunta de la Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Agregado de la Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesora Adjunta de la Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Leonel Briozzo. Correo electrónico: leobriozzo@hotmail.com

Recibido: 6/1/13

Aceptado: 27/5/13

- a) La mujer embarazada que actúa en omisión de una indicación médica. Específicamente se puede generar esta situación cuando existe rechazo a un determinado cuidado o intervención médica. Ejemplo de esto es la indicación de interrupción del embarazo por una condición fetal dada, por ejemplo sospecha de asfixia fetal, que no es consentido por la paciente. Este conflicto es particularmente complejo ya que se da con un feto que de nacer es viable y cuya resolución debe ser perentoria, no permitiendo instancias de reflexión prolongadas.
- b) La mujer embarazada que actúa por comisión, como es el caso de no poder cambiar una situación determinada perjudicial. Ejemplo de esto es el consumo problemático de sustancias como tabaco, alcohol, u otras drogas, que implican una conducta deletérea sobre el feto.
- c) La mujer embarazada que dados sus valores y creencias niega determinado tratamiento. Este tema es particularmente relevante en la actualidad pues hoy día nuestras sociedades y comunidades se caracterizan por poseer multiplicidad de valores, no por tener un único valor. En todo caso el único valor común sí debe ser la tolerancia de esas diferentes valoraciones. Un ejemplo tradicional de esta situación es la necesidad de transfusiones en las mujeres o en fetos, y la negativa materna en los casos de quienes profesan la religión de testigo de Jehová.

Estos tres niveles de conflictos tienen un impacto diferente de acuerdo a que el feto tenga o no viabilidad para su vida extrauterina una vez que nazca. Esto se relaciona a su vez con dos elementos, por un lado la edad de la gestación, cuanto más cercana al término mayor la posibilidad de adaptación a la vida extrauterina y, por otro, el avance del progreso en los cuidados médicos. Estas condiciones de viabilidad son las que permiten eventualmente la vida extrauterina en forma autónoma o ayudada por las modernas tecnologías perinatales, lo que define la viabilidad fetal como la posibilidad de vida autónoma extrauterina⁽⁸⁾. Así, desde una perspectiva exclusivamente médica identificamos tres etapas:

- La etapa embrio-fetal, que tiene un punto de inflexión a las 20 semanas de edad gestacional. Antes de las 20 semanas de edad gestacional, la interrupción del embarazo se denomina aborto.
- Etapa de feto previsible, en el cual su crecimiento y desarrollo solo es posible en el contexto de la unidad feto-placenta-gestante. El límite de esta

etapa es difuso y muy dependiente de los cuidados que puede recibir el recién nacido.

- Etapa de feto viable, es decir, el de un feto ser humano en desarrollo capaz de sobrevivir fuera del organismo materno.

En las etapas embrio-fetal y de feto previsible, toda consideración se hace a propósito de los cuidados hacia una vida en desarrollo (el feto) que no puede ser independiente de una vida humana ya desarrollada (la mujer embarazada). En este sentido, prima en general el principio bioético de autonomía en el análisis y las resoluciones clínicas y el respeto a las decisiones conscientes de la mujer como sujeto de derecho en la atención de su salud⁽⁹⁾. A medida que avanza la edad gestacional y con la viabilidad fetal, los conflictos de intereses potenciales aumentan en intensidad, ya que el feto, de transformarse en recién nacido, puede ser independiente de la madre con respecto a potenciales cuidados.

Propósito

Analizaremos el grupo más complejo y desafiante de situaciones de conflicto materno-fetal constituido por las mujeres que no consienten la atención prenatal y las indicaciones médicas cuando el embarazo se encuentra ya en una etapa en la cual el feto es viable.

Discusión

Presentación del conflicto: la mujer embarazada que no acepta un tratamiento para su feto viable. El conflicto entre la decisión de la mujer embarazada y el potencial beneficio fetal se genera cuando la decisión en el ejercicio de la autonomía materna se enfrenta con el juicio clínico del obstetra, quien en este caso determina qué es lo mejor para el feto⁽¹⁰⁾. El dilema al que se enfrenta el equipo profesional es que existe un ser humano desarrollado y consciente, la mujer embarazada, en la que se desarrolla el feto, otro ser, sin la capacidad de consentir, pero con condiciones de viabilidad fuera del cuerpo de la mujer embarazada.

Creemos que desde la perspectiva médica y de manera pragmática, el problema empieza con la definición de paciente. Si lo tomamos desde el punto de vista etimológico, el diccionario de la Real Academia Española así lo define: “*Del lat. patiens, -entis, part. act. depati, padecer, sufrir*”: persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica; persona que es, o va a ser reconocida médicamente”. A los efectos de este artículo nos referimos a paciente en la última acepción: persona que es o va a ser reconocida médicamente. En situaciones ideales, un ser humano con estado moral inde-

pendiente se define como paciente cuando se presenta ante un médico y lo hace con la intencionalidad de que se desarrollen acciones en bien de su salud física, mental o social. Además debe ser consciente de que se desarrollen determinadas acciones en la medida que se le explique la situación que vive y las circunstancias para mejorarla, comprenda dicha información y decida voluntariamente aceptar o rechazar una acción.

Desde esta perspectiva, paciente es un ser moral, consciente e independiente, salvo las excepciones de pacientes inconscientes, con trastornos psiquiátricos (que no pueden consentir), entre otros.

Siguiendo este razonamiento necesariamente importa evaluar el estado moral del feto. Este tema no admite una única visión ya que se parten de concepciones filosóficas, religiosas, biológicas diversas. Esquemáticamente se pueden clasificar en tres las posiciones con respecto a este tema, o bien el feto tiene estado moral independiente completo desde el momento de la fecundación, o bien el feto va adquiriendo estado moral independiente en la medida que la edad gestacional avanza, o bien el feto no tiene estado moral independiente nunca. Chevernak y McCullough⁽¹¹⁾ consideran imposible en la actualidad un acuerdo con respecto a la independencia moral del feto. La falta de acuerdo con respecto al estado moral del feto, no minimiza, sin embargo, el valor que la sociedad y la medicina tienen con respecto al feto y que lo posicionan como un potencial paciente⁽¹²⁾. Sin embargo, esta potencialidad no se transmite automáticamente a la posesión de derechos. En la propia Declaración Universal de los Derechos Humanos, el feto no se definiría como sujeto de derechos en la medida que el artículo 1 dice: "Todos los humanos nacen libres e iguales...", es decir que el hecho "nacer" es el que otorgaría los derechos⁽¹³⁾.

A pesar de esto y desde un punto de vista práctico, para la Ginecología y la Perinatología, el feto no requiere de un estado moral independiente para ser considerado un paciente, el paciente prenatal⁽¹⁴⁾. Así entendido, el feto, aún sin estado moral independiente, para ser un paciente debe cumplir con la condición de que se presente el feto al médico y al equipo de salud como un ser humano y que existan intervenciones clínicas de las cuales cabe esperar de modo confiable que sean eficaces para su salud y desarrollo futuro.

El problema para el médico es, en ese enfoque, quién puede presentar al feto ante el equipo perinatal, ya que aquí está la clave de que el feto sea o no un paciente para nosotros.

Las decisiones en obstetricia se rigen desde siempre por la prioridad que marca la salud de la mujer em-

barazada que es nuestra paciente principal o prioritaria, como parte de la conjunción materno-fetal. En este sentido partimos de la base que es la mujer embarazada la que presenta al feto como paciente, aunque esto no lo convierte en sujeto de derechos automáticamente⁽¹⁵⁾.

Desde un enfoque de la perspectiva de la bioética principalista⁽¹⁶⁾, la responsabilidad del obstetra es actuar articulando armónicamente los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, con la capacidad de modificar su relevancia de acuerdo a la situación biológica dada por la etapa del embarazo, psicológico, social, económico, etcétera⁽⁹⁾.

En todo lo relacionado a la salud sexual y la salud reproductiva, el rol profesional debe estar basado en los valores profesionales⁽¹⁷⁾, nos referimos a la vocación de servicio, la competencia técnica y humana, el compromiso con la salud de los pacientes y sus decisiones, y la disciplina de actuar en función de las pautas profesionales y deontológicas acordadas.

En la práctica profesional pensamos que es el principio de respeto a la autonomía de la mujer embarazada, única paciente consciente, el que orienta el marco general del relacionamiento en el ámbito de la relación sanitaria.

De acuerdo a esto, la mujer embarazada consciente, es decir que actúa informada, responsable y libremente, es la que tiene el potencial de presentar al feto y así convertirlo en un paciente prenatal. Es en este punto, el médico, al informar adecuadamente, sin coaccionar o presionar, debe ayudar a la embarazada a comprender que le cabe responsabilidad frente a su feto, al mostrarle las consecuencias de no poder realizar las acciones beneficiosas para su feto, al que ella que lo presentó como paciente porque quería su bien. La mujer embarazada, como madre, tiene responsabilidad moral respecto a su hijo; esta explicación a la madre se debe realizar sin presionarla, juzgarla o condenarla. Existen ocasiones en que la madre no asume o no pondera correctamente las consecuencias de su negación. Es importante entonces observar el porqué de su negación, de sus miedos, desconfianza en los tratamientos, entre otros elementos.

Considerando que la mujer embarazada no deja de ser un ser humano capaz de controlar su cuerpo por el hecho de estar gestante⁽¹⁸⁾, muchos autores, como, por ejemplo, el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, apoyan firmemente la autonomía materna sin excepción⁽¹⁹⁾.

El principio de beneficencia obliga a la ponderación de los beneficios y riesgos que conlleva determinada decisión médica, obliga al profesional siempre a evitar daños y hacer lo bueno para el paciente según su

propia perceptiva (la del paciente), su escala de valores y preferencias. En este sentido es importante dejar de lado el modelo tradicional paternalista clásico de la relación sanitaria por un modelo respetuoso y promotor de los derechos de las personas y en particular de los derechos reproductivos como derechos humanos.

Con respecto a la no maleficencia se debe asegurar que los procedimientos o acciones a realizar no provoquen daño innecesario ni relevante a la mujer ni al feto. Esto es muy importante en la situación que analizamos, ya que la mayoría de las veces lo que ocurre es una negativa a aceptar un tratamiento. En este sentido valorar correctamente los riesgos del mismo es trascendente para el proceso de toma de decisiones. Para no hacer daño en el ejercicio de la medicina, se exige a los profesionales que desarrollen una buena práctica médica, su competencia y su corrección técnica, conocimientos actualizados, habilidades en técnicas y en las relaciones interpersonales, entre otras.

Por último, el principio de justicia importa a la hora de evaluar la posibilidad de un manejo equitativo y socialmente sustentable de acciones, procedimientos y tratamientos con independencia de motivos no médicos. Por otro lado está demostrado que la coerción legal no se dirige a todas las mujeres embarazadas por igual. Existe una discriminación en el trato a las minorías raciales y mujeres pobres a la hora de buscar la compulsión legal en la imposición de un tratamiento⁽²⁰⁾. Otra dimensión de la inequidad es esencial y tiene que ver con el género: “Es injusto demandar de la embarazada cosas que no se obliga a nadie más en la sociedad”⁽²¹⁾.

Entendemos que el rol principal del médico y el equipo de salud es ayudar a la toma de decisiones conscientes por parte de las personas en la gestión de su salud. El ejercicio profesional debe ser científica, ética y clínicamente competente⁽²²⁾. Así, el médico debe actuar como asesor asegurando que la decisión de la embarazada se base en información completa, pertinente, relevante y asertiva.

Siempre debe propiciarse un espacio de meditación por parte de la paciente y promover un diálogo pro activo entre la paciente y el equipo profesional. En todo momento se debe evitar el comportamiento como vigilante de la decisión que toma la mujer acerca de sí y la de su feto⁽²³⁾. En este sentido, los profesionales deben ser prudentes a la hora de contradecir las decisiones de sus pacientes, ya que esto puede atentar contra los derechos fundamentales de las pacientes, uno de los cuales es la capacidad de decidir de manera consciente, es decir responsable, informada y libremente, si presenta al feto como paciente ante nosotros o, por el contrario, no lo hace. Oponerse o marcar re-

sistencia a la decisión consciente de la mujer no es éticamente justificable, pero además esta actitud tendría repercusiones indeseadas, ya que si los médicos agregaran el poder coercitivo del Estado para forzar acciones médicas o tratamientos, la sospecha y el resentimiento reemplazarían a la confianza en la relación sanitaria⁽²⁴⁾. Hay evidencias claras, por ejemplo, de que las medidas punitivas contra las embarazadas que abusan de drogas las han alejado de los cuidados prenatales⁽²⁵⁾. La violación de la intimidad por parte de los médicos los haría desprofesionalizarse e ir contra un valor esencial de la profesión como lo es el compromiso con las pacientes.

Por otro lado, puede plantearse en ocasiones la hipótesis de que el Estado, a través del Poder Judicial, decida el estatus fetal. Creemos que esto implica desde el inicio una violación a la intimidad, ya que en la medida que el caso llegó a su esfera judicial, implica una violación del secreto por parte del profesional. En el hipotético y poco frecuente caso en que el Estado decida que un feto es un paciente, aun sin el consentimiento de la sujeto de derechos (mujer embarazada), se pueden poner en marcha acciones que desencadenen un grave daño a la salud de la mujer, tanto psíquica como física, llegando incluso a la muerte^(8,26). Por último, suponiendo que se usara la fuerza física contra una mujer, por ejemplo para realizar una cesárea de urgencia frente a un diagnóstico de hipoxia fetal, y si la mujer se resistiera, el médico debería ejercer coerción en el ejercicio de la medicina, lo cual desde el punto de vista ético es absolutamente injustificable⁽²⁷⁾.

Afortunadamente el conflicto de intereses materno fetal es infrecuente, mas la baja frecuencia del conflicto no implica que no debemos prepararnos como médicos para afrontar tales eventualidades.

La prevención del conflicto se basa en tres pilares fundamentales⁽²⁸⁾:

- En primer lugar el abordaje bioético, en el cual, como analizamos, es la mujer embarazada como sujeto de derechos, la que decide si presenta al feto como paciente. Desde esta perspectiva, el rol profesional es el de empoderar a la paciente para la toma de decisiones conscientes. El proceso del consentimiento informado, el cual podríamos decir que es la contrapartida desde la paciente del principio de beneficencia, requiere la comunicación de beneficios y riesgos incluidos los cuestionamientos o las dudas que surjan de la mujer. La veracidad de los profesionales es imprescindible con sus pacientes.

- En segundo lugar, el lograr una comunicación asertiva, estableciendo un marco empático de relacionamiento directo y honesto. La premisa en la práctica profesional mediante la entrevista profesional con la mujer embarazada debe ser la de respetar sus valores y creencias, para luego relacionarlos con el estado actual del arte y la ciencia médica. Es de destacar que en obstetricia la comunicación y el entendimiento pueden ser en oportunidades más dificultosos. Si en muchas situaciones de la medicina es difícil hablar de pronósticos y predecir resultados, en la obstetricia los pronósticos, las probabilidades de morbilidad y sobrevida son muchas veces más inciertos, lo que dificulta el entendimiento. Pensemos en situaciones como la presencia de malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino, patologías en embarazos de pretérmino, roturas de membranas en embarazos prematuros, definiciones de viabilidad, patologías maternas en las que el embarazo puede interferir, entre otras. Muchas veces es necesario hablar de probabilidades y tener la honestidad de informar sobre puntos grises o poco claros.
- En tercer y último lugar se debe ser fiel con los intereses de nuestra paciente y en particular con el respeto a la confidencialidad con el fin de generar las condiciones de fidelidad imprescindibles para una adecuada relación médico-paciente.

Cuando existe el conflicto, el mismo debe ser claramente identificado y se debe determinar el grado de intensidad del mismo en base a un análisis sistematizado como un procedimiento para la toma de decisiones, como plantea D. Gracia⁽²⁹⁾. Asimismo, los problemas éticos en los casos clínicos complejos pueden analizarse en base a cuál o cuáles son las indicaciones desde el punto de vista médico, cuál o cuáles son las intenciones del paciente, la calidad de vida, y cuál es el pronóstico⁽³⁰⁾.

Así se debe evaluar la pertinencia clínica de la indicación en cuanto a la certeza del beneficio fetal, se debe sopesar el riesgo de la intervención para el feto y para la madre, y se debe reflexionar por qué existe una opinión negativa por parte de la mujer embarazada a la indicación médica.

La pertinencia de la indicación se relaciona con el grado de certidumbre que se tenga en relación al beneficio que sobre el feto aporten las acciones médicas, si existen certezas o no. El nivel de evidencias con que se cuenta, ¿justifica la presentación de esta acción médica como la única alternativa o existen otras?

El grado de daño potencial al feto y a la mujer embarazada ¿de qué intensidad es y cómo se puede pre-

venir? ¿Cuáles son los resultados que el profesional a cargo y la institución a la que pertenece han tenido en el pasado con esas acciones médicas, procedimientos o terapéuticas?

Con respecto a la reflexión a propósito de la negativa materna se deberá evaluar:

- Las causas del conflicto en el marco de la relación sanitaria, las cuales muchas veces son reversibles solo con el hecho de reflexionarlas. Entre ellas encontramos el mal funcionamiento del sistema de salud, dificultad en el acceso al mismo, trato recibido, demandas insatisfechas, etcétera. Frecuentemente existe un manejo del profesional y el equipo de salud inadecuado, hay que pesquisar la información suministrada, las contradicciones, si la situación fue evaluada por equipo multidisciplinario o no, etcétera.
- Las condiciones de la usuaria y su entorno, valorar cómo se generó el conflicto, si existen antecedentes de problemas similares, cuáles son sus valores y cómo se relacionan tanto con el embarazo como con el sistema asistencial y los profesionales de la salud.

La clave es discernir si el conflicto es racional o en su defecto prima lo irracional. Para ello, el abordaje multidisciplinario, integrado, entre otros, por especialistas de salud mental, es esencial.

En el caso de que el conflicto sea irracional se debe evaluar la pertinencia de una actuación compulsiva por incapacidad de acción consciente de la mujer embarazada.

En el caso que la negativa se entienda como racional, se deben generar las condiciones para la reflexión por parte de la mujer y su entorno inmediato y no presionarla directamente en base a riesgos que no sean reales y presentes.

Se debe retomar el contacto con distintos profesionales y no basarse en el grado jerárquico del profesional a cargo, sino más bien en la empatía que haya establecido la mujer con determinado profesional.

Se debe, finalmente, permitir y propiciar los tiempos de análisis que den sustento a enfoques diversos y que permitan destrabar el conflicto, en beneficio de ambos integrantes de la conjunción materno-fetal.

Lo que se debe evitar siempre es la actitud de enojo u ofensa frente al conflicto entre su indicación y la resolución de la mujer.

Si, aun cumpliendo con todos los pasos, persiste el conflicto entre la resolución de la mujer y la conducta planteada, se puede contar con la opinión técnica y asesoría del comité de ética clínica institucional o de una junta médica ad hoc que analice la situación.

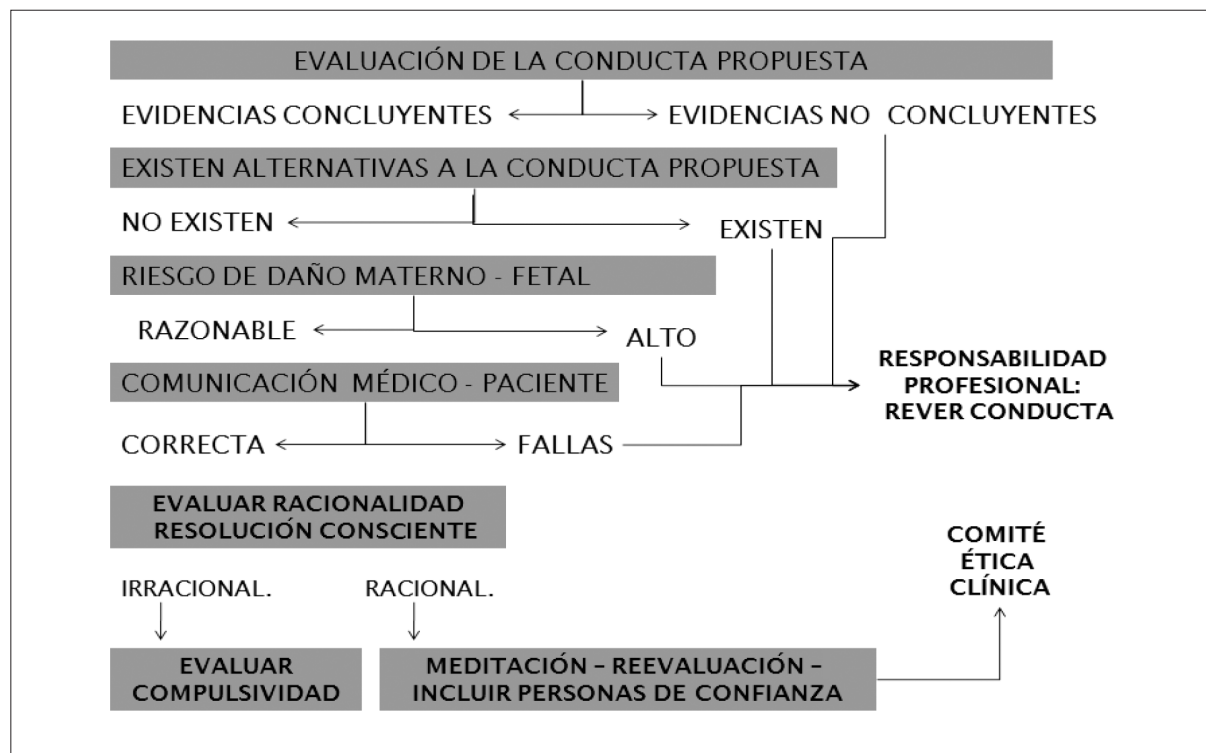


Figura 1

Un algoritmo para la toma de decisiones se expresa en la figura 1.

A modo de conclusiones

Desde los valores profesionales es la obligación profesional la defensa de los seres humanos, incluso desde su estado fetal, máxime tomando en cuenta la vulnerabilidad intrínseca que el feto tiene.

Los obstetras y ginecólogos deben ayudar a las mujeres embarazadas para que ellas tomen las mejores resoluciones sobre la gestión de su salud, idealmente alineadas con las de su feto, de manera libre, informada y responsable, es decir de manera consciente.

Debemos respetar la idiosincrasia, creencias y valores de la embarazada y su familia. La consecuente correcta comunicación entre el médico y el paciente permitirá desarrollar una buena relación y los procesos necesarios serán consentidos. Así, en la inmensa mayoría no habrá conflicto.

El feto se convierte en paciente cuando la mujer lo presenta como tal para el cuidado prenatal. Es la mujer la que le otorga el valor ante el profesional que la asiste. El obstetra debe, en ese caso, aplicar el principio de beneficencia y no maleficencia de acuerdo al conocimiento presente.

Actuando de acuerdo a los principios éticos y los valores profesionales estaremos contribuyendo a que las mujeres, en este específico momento de su vida, se empoderen de sus derechos y de la gestión de su salud. Esto genera las bases para una relación más saludable con su hijo/a brindando las herramientas que posibiliten una mejor resolución de los conflictos que esta nueva relación planteará.

La relevancia que tiene el abordaje bioético en la Ginecología hace que sea imprescindible su sistematización en la práctica clínica y como parte de la formación curricular.

En suma, creemos que el deber profesional principal es contribuir a que las mujeres embarazadas tomen las mejores resoluciones sobre la gestión de su salud. Idealmente alineadas con las de su feto y siempre de manera libre, informada y responsable, es decir, de manera consciente.

Abstract

Introducción: situaciones when the medical indications to be taken to benefit the life of the fetus are against the lack of consent of the pregnant woman constitute some of the most complex cases the health team in general, and gynecotologists in particular, face. These conflicts of interest, though rather unusual, are hard to solve and thus, it is essential to ad-

dress the problem in order to observe the professional role for the benefit of the maternal-fetal unit.

Purpose: to analyse the conflict situations arising when a pregnant woman refuses to prenatal health care visits for the benefit of the life of the fetus, when they are viable, and to systematize the approach to these cases.

Discussion: the professionals' responsibilities when it comes to analysing and addressing the maternal-fetal conflict are analysed both from the bioethical perspective and the professional values' perspective.

Conclusions: the fetus becomes a patient when the woman presents it for prenatal care, and it is the woman who confers this value to the fetus before the professional who sees her. It is important to avoid the conflict by means of an appropriate physician-patient relation and to address it, if it occurs, in a systematic and comprehensive way, to benefit the maternal-fetal unit.

Resumo

Introdução: Para a equipe de saúde e especificamente para a Ginecologia-Obstetrícia como especialidade, uma das situações mais complexas que se pode enfrentar é a existência de uma discordância entre a indicação médica que busca o benefício da saúde fetal e a falta de consentimento por parte da gestante. Esses conflitos de interesse, embora sejam pouco frequentes, são muito difíceis de resolver sendo, por essa razão, fundamental abordar estes problemas de maneira sistematizada, para poder cumprir com o papel profissional em benefício da conjunção materno-fetal.

Propósito: analisar as situações de conflito que existem quando a gestante não dá o consentimento para a prestação de atenção pré-natal em benefício da vida fetal nos casos de feto viável, e buscar sistematizar sua abordagem.

Discussão: analisa-se, do ponto de vista da bioética e dos valores profissionais, quais são as responsabilidades profissionais no momento de analisar e abordar o potencial conflito materno-fetal.

Conclusões: o feto se converte em paciente quando a mulher o apresenta para o cuidado pré-natal, sendo ela quem outorga o valor perante o profissional que a atende. É importante prevenir o conflito mediante uma adequada relação médico-paciente e abordá-lo, quando existe, de forma sistemática e integral em benefício da conjunção materno-fetal.

Bibliografía

1. **Liley AW.** The foetus as a personality. By A.W. Liley, 1972. *Fetal Ther* 1986; 1(1):8-17.
2. **Liley AW.** Intrauterine transfusion of fetus in hemolytic disease. *Br Med J* 1963; 2(5365):1107-9.
3. **Brent RL.** When does human life begin? A biologist's perspective. En: Kurjak A, Chevernak FA, eds. *Controversies on the beginning of human life*. New Dehli: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2008:47-62.
4. **Chervenak FA, McCullough LB.** An ethically justified practical approach to offering, recommending, performing, and referring for induced abortion and feticide. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(6):560.e1-6.
5. **Pinkerton JV, Finnerty JJ.** Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2):289-95.
6. **Chervenak FA, McCullough LB.** Professional integrity, respect for autonomy, and the self-regulation of reproductive endocrinology. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(1):3-4.
7. **Nelson LJ.** Legal dimensions of maternal-fetal conflict. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(4):738-48.
8. **Mahowald M.** Beyond abortion: refusal of caesarean section. *Bioethics* 1989; 3(2):106-21.
9. **Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL.** The professional responsibility model of obstetrical ethics: avoiding the perils of clashing rights. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(4): 315.e1-5.
10. **Digiovanni LM.** Ethical issues in obstetrics. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010; 37(2):345-57.
11. **Chervenak FA, McCullough LB.** Ethical considerations. En: Harrison MR, Evans MI, Adzick NS, Holzgreve E, eds. *The unborn patient: The art and science of fetal therapy*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001:19-25.
12. **Davis NA.** Interests and sentience: life before birth. The moral and legal status of embryos and fetuses by Bonnie Steinbock. *Hastings Cent Rep* 1994; 24(6):36-7.
13. **Copelon R, Zampas C, Brusie E, Devore J.** Human rights begin at birth: international law and the claim of fetal rights. *Reprod Health Matters* 2005; 13(26):120-9.
14. **Ruddick W, Wilcox W.** Operating on the fetus. *Hastings Cent Rep* 1982; 12(5):10-4.
15. **Chervenak FA, McCullough LB.** The fetus as a patient: an essential concept for the ethics of perinatal medicine. *Am J Perinatol* 2003; 20(8):399-404.
16. **Beauchamp TL, Childress JF.** *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
17. **Briozzo L, Faúndes A.** The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100(3):291-4.
18. **Mahowald MB.** Maternal-fetal conflict: positions and principles. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(4):729-37.
19. **ACOG Committee on Ethics.** ACOG Committee Opinion #321: Maternal decision making, ethics, and the law. *Obstet Gynecol* 2005; 106(5 Pt 1):1127-37.

20. **Kolder VE, Gallagher J, Parsons MT.** Court-ordered obstetrical interventions. *N Engl J Med* 1987; 316(19):1192-6.
21. **Deborah Mathieu.** Preventing Prenatal Harm: Should the State Intervene? Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishing Group, 1991.
22. **McCullough LB.** The ethical concept of medicine as a profession: its origins in modern medical ethics and implications for physicians. In: Kenny N, Shelton W, eds. *Lost virtue: professional character development in medical education*. New York: Elsevier; 2006:17-27.
23. Legal interventions during pregnancy. Court-ordered medical treatments and legal penalties for potentially harmful behavior by pregnant women. *JAMA* 1990; 264(20): 2663-70.
24. **Mahowald MB.** Maternal-fetal conflict: positions and principles. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(4):729-37.
25. **Oberman M.** Sex, drugs, and pregnant addicts: an ethical and legal critique of societal responses to pregnant addicts. *J Clin Ethics* 1990; 1(2):145-52.
26. **Dickens BM, Cook RJ.** Ethical and legal approaches to 'the fetal patient'. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 83(1):85-91.
27. **Nelson LJ, Milliken N.** Compelled medical treatment of pregnant women. Life, liberty, and law in conflict. *JAMA* 1988; 259(7):1060-6.
28. **Briozzo L.** La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. *Rev Méd Urug* 2007; 23(3): 139-41.
29. **Gracia D.** Ética Médica. En: Farreras P, Rozman C, eds. *Medicina Interna: volumen I*. 3 ed. Barcelona: Doyma 1995: 33-9.
30. **Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ.** *Clinical ethics: a practical approach to ethical decision in clinical medicine*. 6th ed. New York : McGraw-Hill Medical, 2006.