

# Implicații etice și legale actuale ale operației cezariene

## Actual ethical and legal aspects about caesarian section

Liana Pleș<sup>1,2</sup>,  
Romina-Marina  
Sima<sup>1,2</sup>,  
Anca-Daniela  
Stănescu<sup>1,2</sup>

1. Spitalul „Sf. Ioan”,  
Maternitatea „Bucur”,  
București, România  
2. UMF „Carol Davila”,  
București, România

Correspondență:  
Conf. dr. Liana Pleș  
e-mail: liaples@  
yahoo.com

### Abstract

**Introduction.** Proportion of births completed by caesarean section is increasing not only in Romania but also in US and other European countries (the official data on caesarean rate in Romania are not consistent). **Methods.** Increasing incidence is linked rather to the lack of health education of the population, fear of litigation from obstetricians and expansion of private practice, than to pathology or indications that drastic change. **Results.** Disputes concerning obstetrics registered at the Medical College from Bucharest between 2011 and 2015 totaled 68 cases out of 598 detained for investigation and 1/10 were linked to general surgery. 49 cases of these have dealt with assistance at birth or pregnancy monitoring. There were detained 22 cases in which patients complained that caesarean section was not performed. The performing of C-section wasn't incriminated in any detained case. Analyzing the incidents, there are a number of rules of the Penal Code, Patient Rights Act, Code of Medical Deontology of the Medical College of Romania, and the Ministry of Health Protocol practice of caesarean section. The ethical aspects of caesarean section are represented by the principles of maternal and fetal beneficence, non-maleficence, and autonomy. **Conclusions.** Caesarean section on demand is another controversial ethical and legal issue that requires a consensus of obstetricians guaranteed by the Romanian Society of Obstetrics and Gynecology. **Keywords:** cesarian on demand, Penal Code, obstetrics, iatrogeny

### Rezumat

**Introducere.** Rata nașterilor finalizate prin operație cezariană este în creștere nu numai în România, ci și în SUA și alte țări europene (datele oficiale cu privire la rata cezarienelor în România nu sunt însă consistente). **Material și metodă.** Creșterea incidenței este pusă în legătură mai degrabă cu lipsa de educație medicală a populației, teama de litigii din partea obstetricienilor și expansiunea practicii private, decât cu modificarea drastică a patologiei sau a indicațiilor. **Rezultate.** Litigiile având drept obiect obstetrica, înregistrate la Colegiul Medicilor București în intervalul 2011-2015, au însumat 68 de cazuri din 598 reținute pentru investigație, ceea ce reprezintă 1/10, la egalitate cu chirurgia generală. Dintre acestea, 49 au avut ca obiect asistența la naștere sau monitorizarea sarcinii. Au fost reținute 22 de cazuri în care pacientele au fost nemulțumite de faptul că nu s-a efectuat operația cezariană și nici unul în care efectuarea intervenției să fie incriminată. Din punct de vedere legal sunt incidente o serie de norme prevăzute de Codul penal, Legea drepturilor pacientului, Codul de deontologie al Colegiului Medicilor din România, Protocolul de practică al Ministerului Sănătății cu privire la operația cezariană. Aspectele etice ale operației cezariene sunt reprezentate de respectarea principiului beneficienței materne și fetale, non-maleficienței, principiul autonomiei. **Concluzii.** Operația cezariană la cerere este un alt aspect controversat din punct de vedere etic și legal pentru care este necesar un consens al obstetricienilor girat de Societatea Română de Obstetrică-Ginecologie. **Cuvinte-cheie:** cezariană la cerere, Codul penal, obstetrică, iatrogenie

Rata nașterilor finalizate prin operație cezariană este în creștere nu numai în România, ci și în SUA și alte țări europene. Datele oficiale cu privire la rata cezarienelor în România nu sunt însă centralizate, ele provin mai mult din studii. Acestea indică o creștere de la 1-5% în 1990 la 35% în 2010, cu circa 70% în sectorul privat<sup>(1)</sup>. În România s-a constatat o creștere marcantă a incidenței operațiilor cezariene în ultimele decenii. Acest aspect este observat în fiecare maternitate sau clinică privată atât din Capitală, dar și din toată țara. Cu toate acestea, nu există raportări statistice precise cu privire la prevalența și incidența operațiilor cezariene la momentul actual în România. În plus, nu sunt studii comparative despre frecvența acestui fenomen pe o durată de mai mulți ani.

Dezbaterile pe tema nivelului optim al nașterilor prin operație cezariană sunt globale. Acesta este și motivul pentru care Organizația Mondială a Sănătății a propus o valoare acceptabilă de 15% și sistemul de clasificare Robson, ca un standard global de monitorizare și raportare a ratelor operațiilor cezariene pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate și evidențierea facilităților de-a lungul timpului. Acesta presupune dezvoltarea unor ghiduri clare de implementare, interpretare, standardizarea termenilor și definițiilor legate de operația cezariană<sup>(1)</sup>.

La nivel global s-a observat că numărul operațiilor cezariene crește la nivel cu 1.500.000 de cazuri anual. În China, incidența acestui tip de naștere este de 50%<sup>(10)</sup>. Spre exemplu, în Brazilia, printr-un studiu observațional s-a evidențiat că incidența operației cezariene era de 15% în

jurul anului 1970. Ulterior s-a înregistrat o creștere la 30% la începutul anilor '80 și de 40% în anii '90, cu menținerea în platou până în anii 2000. În anul 2012, rata nașterii prin operație cezariană a depășit 50%, dar există variații în funcție de factori geografici și economici<sup>(2)</sup>.

Proiectul EUROBS (Developments of Perinatal Technology and Ethical Decision Making during Pregnancy and Birth: the Obstetricians' Perspective) a inclus 8 țări: Franța, Germania, Italia, Luxemburg, Olanda, Spania, Suedia și Marea Britanie. Acesta a evaluat cezariana la cerere, în absența indicațiilor medicale. Au fost înscrise 105 unități terțiare, cu 1.530 de obstetricieni implicați în studiu. Proporțiile cezarienei la cerere au variat de la o rată scăzută pentru Spania (15%), Franța (19%) și Olanda (22%) la o rată crescută pentru Germania (75%) și Marea Britanie (79%)<sup>(3)</sup>.

Frecvența cu care se practică operația cezariană este determinată de factori multipli, care pot fi grupați și analizați după cum urmează:

■ **Factori medicali** - indicații obstetricale, medicale, iar în ultimele decenii, odată cu implementarea noțiunii de făt ca pacient, indicațiile fetale au o pondere din ce în ce mai mare (suferința fetală, restricția de creștere intrauterină, izoimunizările etc.). Perioada lungă de infertilitate, vârsta maternă avansată la momentul concepției, sarcinile multiple, tehnicile de reproducere asistată sunt aspecte care determină un număr din ce în ce mai mare de operații cezariene. Sarcina obținută prin tehnici de fertilizare *in vitro* (FIV) duce la o creștere de până la patru ori a posibilității de naștere prin cezariană. Antecedentele de operație cezariană predispun femeia în aproximativ 90% din cazuri la o nouă cezariană la următoarea sarcină. În România, creșterea procentului de operații cezariene primare a dus inevitabil la creșterea procentului de operații cezariene. Nașterea pe cale naturală la femeile cu uter cicatricial după operație cezariană nu are mulți adepți, de teama complicațiilor dificil de manageriat și posibilitatea litigiilor.

■ **Factorii sociali** sunt legați de presiunile societății, difuziunea excesivă a aspectelor negative legate de practica medicală atât prin mass-media, cât și prin intermediul Internetului și a rețelelor de socializare, cu imixtiunea fără precedent în actul medical.

■ **Factorii educaționali** relativi la educația medicală a membrilor societății sunt lipsa acceptării nașterii ca fenomen natural, neacceptarea riscurilor legate de actele medicale, percepția operației cezariene ca soluție infailibilă și panaceu. Dreptul femeii de a alege modul de finalizare a sarcinii a contribuit semnificativ la creșterea ratelor cezarienelor în întreaga lume. Tot aici se încadrează și noțiunea de cezariană „la cerere”, deși această indicație nu figurează ca atare în normative sau documentele medicale.

■ **Factorii „iatrogeni”** implică practicarea medicinei defensive din teama de litigii (unul dintre motivele pentru care obstetricienii recurg la o naștere cu tehnică bine deprinsă și cu un grad mai mare de control), lipsa de timp, implicarea în multiple activități, presiunile materiale, practica nașterii preferențiale, presiunea reprezentată de aspectul material, mai ales în mediul privat, diminuarea constantă a abilităților obstetricale, mediul concurențial

intens. În ceea ce privește folosirea unor manevre și instrumente obstetricale (forceps, ventuză, versiuni asistate în nașterea pelviană), în România a scăzut fie din teama de malpraxis, fie din faptul că noile generații de obstetricieni nu sunt antrenate să execute aceste manevre<sup>(4,5)</sup>.

Dacă în mod firesc la baza piramidei decizionale în alegerea operației cezariene ar trebui să stea factorii medicali, iar cei sociali să se situeze abia spre vârf, asistăm în societatea românească la o inversare a piramidei, deoarece o analiză onestă a fenomenului arată că la baza deciziei stau factorii sociali și iatrogeni, mai degrabă decât modificarea drastică a patologiei sau indicațiilor.

Ca în orice alt domeniu al practicii medicale, respectarea principiilor etice este obligatorie și în alegerea modului de naștere. Discuțiile se raportează la următoarele aspecte:

**1. Principiul beneficienței, care cere practicantului responsabilitate și datorie**, în primul rând să prevină instalarea răului - aspectul preventiv și apoi să îndepărteze răul existent - aspectul curativ. Astfel, obstetricianul are obligațiile beneficienței atât pentru mamă, cât și pentru fătul ca pacient<sup>(1)</sup>. Fătul viabil este un pacient și etica operației cezariene impune echilibrul obligațiilor medicale între acesta și mamă<sup>(6)</sup>.

**2. Principiul non-maleficienței:** să nu faci rău sau, atunci când nu poți face bine, să nu faci rău. Principiul poate fi exprimat și mai bine prin păstrarea unui echilibru între beneficii și riscuri, cu maximizarea beneficiilor și cu minimizarea riscurilor. Trebuie evitată vătămarea; personalul medical nu trebuie să aducă daune pacientului. Cele mai multe tratamente implică o anumită daună, chiar dacă minimală, dar prejudiciul nu ar trebui să fie disproporțional în raport cu beneficiile tratamentului.

**3. Respectul pentru autonomia persoanei:** se referă la respectul capacităților decizionale ale persoanelor autonome, permițând persoanelor să facă alegeri în cunoștină de cauză, motivate.

Normele legale incidente care amprentează factorii determinanți în deciziile cu privire la calea de naștere sunt cuprinse în mai multe acte, dintre care cele mai importante sunt:

**I. Constituția României:** dreptul la sănătate și libertatea de a decide asupra propriei persoane:

Art. 26 - Viața intimă, familială și privată

(2) Persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalcă drepturile și libertățile altora, ordinea publică sau bunele moravuri.

Art. 34 - Dreptul la ocrotirea sănătății

1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.

**II. Codul Penal, art. 202.** Vătămarea fătului

(1) Vătămarea fătului în timpul nașterii, care a împiedicat instalarea vieții extrauterine, se pedepsește cu închisoarea de la 3 la 7 ani.

(2) Vătămarea fătului în timpul nașterii, care a cauzat ulterior copilului o vătămare corporală, se pedepsește cu închisoarea de la 1 la 5 ani, iar dacă a avut ca urmare moartea copilului, pedeapsa este închisoarea de la 2 la 7 ani.

(3) Vătămarea fătului în timpul sarcinii prin care s-a cauzat ulterior copilului o vătămare corporală se pedepsește cu închisoarea de la 3 luni la 2 ani, iar dacă a avut

ca urmare moartea copilului, pedeapsa este închisoarea de la 6 luni la 3 ani.

(4) Vătămarea fătului săvârșită în timpul nașterii de către mama aflată în stare de tulburare psihică se sancționează cu pedeapsa prevăzută în alin. (1) și alin. (2), ale cărei limite se reduc la jumătate.

(5) Dacă faptele prevăzute în alin. (1)-(4) au fost săvârșite din culpă, limitele speciale ale pedepsei se reduc la jumătate.

(6) Nu constituie infracțiune faptele prevăzute în alin. (1)-(3) săvârșite de un medic sau de persoana autorizată să asiste nașterea sau să urmărească sarcina dacă acestea au fost săvârșite în cursul actului medical, cu respectarea prevederilor specifice profesiei și au fost făcute în interesul femeii gravide sau al fătului, ca urmare a riscului inerent exercitării actului medical.

**III. Legea 95/2005, Titlul XII. Exercițarea profesiei de medic. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România**

**Art. 374**

(1) Profesia de medic are ca principal scop asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnăvirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității.

(2) În vederea realizării acestui scop, pe tot timpul exercitării profesiei, medicul trebuie să dovedească disponibilitate, corectitudine, devotament, loialitate și respect față de ființa umană.

(3) Deciziile și hotărârile cu caracter medical vor fi luate avându-se în vedere interesul și drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului și sănătatea publică.

**Art. 375**

(1) În scopul asigurării în orice împrejurare a intereselor pacientului, profesia de medic are la baza exercitării sale independența și libertatea profesională a medicului, precum și dreptul de decizie asupra hotărârilor cu caracter medical.

(3) În legătură cu exercițarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.

**Art. 376**

(1) Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-și exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului și dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală.

**IV. Legea drepturilor pacientului**

**Art. 28. (2)** Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerei.

**V. Codul de etică**

**Art. 4.** În exercițarea profesiei sale, medicul acordă prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror alte interese.

**Art. 5.** În exercițarea profesiei sale, medicul este obligat să respecte drepturile fundamentale ale omului și principiile etice în domeniul biomedical.

**Art. 6.** Este interzis medicului, în exercițarea profesiei sale, să impună pacientului opiniile sale personale, de orice natură ar fi acestea.

**Art. 11.** În activitatea medicală ce se desfășoară în echipă (secții de spital, proces de învățământ medical de tip Rezidențiat), răspunderea pentru actele medicale aparține șefului echipei, în limitele atribuțiilor administrative de coordonare și medicului care efectuează direct actul medical, în limitele competenței sale profesionale și rolului care i-a fost atribuit de șeful echipei. În echipele interdisciplinare, șeful echipei se consideră a fi medicul din specialitatea în care s-a stabilit diagnosticul major de internare, dacă nu există reglementări speciale care să prevadă altfel.

**Art. 13.** Exprimarea consimțământului informat al pacientului pentru tratament nu înlătură responsabilitatea medicului pentru eventualele greșeli profesionale.

**Art. 53.** Medicul trebuie să dea dovadă de diligență maximă în stabilirea diagnosticului, tratamentului adecvat și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijirea sa.

**Art. 58.** Pentru orice intervenție medicală diagnostică sau terapeutică este necesar consimțământul informat al pacientului.

**Art. 59.** Consimțământul pacientului va fi exprimat în condițiile legii.

**Art. 60.** Consimțământul va fi dat după informarea pacientului asupra diagnosticului, prognosticului, alternativelor terapeutice, cu riscurile și beneficiile acestora.

Nu în ultimul rând, deși inferioare legii ca forță juridică și cu valoare de recomandări sunt Ghidurile Ministerului Sănătății. Prin acestea sunt expuse protocoalele de conduită terapeutică pentru diferite afecțiuni. În cazul Ghidului pentru operație cezariană sunt prezentate principiile indicațiilor ale operației cezariene în funcție de patologia materno-fetală incriminată.

În teritoriul circumscris de principiile etice ale autodețerminării, drepturilor constituționale și drepturilor pacientului individualizăm o entitate paradoxală, „cezariana ca cerere”. Paradoxală pentru că în România nu există un cadru legal care să reglementeze această practică medicală. Cauzele care duc la apariția cererii pentru acest tip de intervenție chirurgicală țin în primul rând de alegerea cuplului și în mod particular a femeii însărcinate. Sunt multiple opinii pro și contra acestei practici. Unele susțin că acesta este un drept fundamental al femeii la autodețerminare și sănătate. Așa cum o femeie poate alege orice tip de intervenție plastică, de ce nu poate opta pentru a naște în condiții sigure prin operație cezariană? Pentru a respecta principiile etice ale autonomiei și justiției, ar trebui îndeplinite două condiții: prima, ca decizia să fie făcută după evaluarea și asumarea tuturor riscurilor, și

cea de a doua, cu suportarea costurilor aferente nu numai în sistemul privat, ci și de stat, pentru a nu diminua resursele alocate în mod nejustificat.

De cele mai multe ori, motivele alegerii sunt legate de confortul pacientei (teama de durerea din travaliu) și al fătului (incidențele care pot surveni la pasajul fătului prin filiera pelvi-genitală), durata nașterii (cezariana poate fi programată). Atitudinea medicului este importantă în alegerea modului nașterii. Prin deprinderea unei tehnici bine controlate a efectuării cezarienei, teama de malpraxis, imprevizibilul legat de momentul survenirii nașterii (în afara programului său de lucru), imposibilitatea controlului deplin asupra perioadelor obstetricale ale nașterii, medicul poate avea tendința de a influența alegerea nașterii prin operație cezariană.

Aspectele care intră în discuție referitoare la indicațiile operației cezariene în spitalele de stat sunt multiple. În primul rând, veridicitatea indicațiilor. Prin faptul că toate cezarienele au la bază o indicație, există o tendință de augmentare a unei indicații relative. Astfel, apar unele indicații imaginate pentru a justifica, poate, teama de malpraxis în cazul unei familii recalcitrante a pacientei sau orice alt motiv colateral. Pe de altă parte, întârzierea decizională referitoare la o indicație pentru cezariană poate avea consecințe materne sau fetale ireversibile. În plus, intervin factorii de decizie, și anume, șeful de secție sau șeful de gardă fiind singurii în momentul de față care pot stabili indicația pentru operația cezariană. Se adaugă și independența profesională a medicului în decizia intervenției. La factorii de bază se suprapun factori colaterali, precum familia pacientei, contagiunea informațională de pe Internet, rolul moașei și, mai nou, al însoțitoarei la naștere.

O particularitate a operației cezariene este că, în general, sunt expuse aspectele benefice ale acestei tehnici chirurgicale. Astfel, deși se cunosc și sunt descrise în literatura de specialitate complicațiile intraoperatorii și postoperatorii care pot surveni, nu există o evidență reală a acestora, deoarece nu există o raportare exactă a lor. Prin solicitarea sistemului DRG și consultarea cu registrele de naștere există discordanțe deoarece indicațiile sunt modificate de exprimarea DRG, care nu corespunde exprimării medicale *ad litteram*. În plus, există diferențe semnificative de punctaj DRG între o cezariană simplă și una care are comorbidități.

Prin definiție, operația cezariană este o intervenție chirurgicală menită a salva viața mamei sau a fătului. Extinzând termenul, astăzi aceasta este folosită pentru a evita injuriile materne sau fetale. Există studii care arată

că o incidență a operației cezariene de peste 10% într-o populație nu se asociază cu o scădere a mortalității și morbidității neonatale<sup>(7)</sup>.

În absența unor indicații standardizate, nu se poate schița o atitudine unitară în ceea ce privește indicațiile operației cezariene.

Litigiile având drept obiect obstetrica înregistrate la Colegiul Medicilor București în intervalul 2011-2015 au însumat 68 de cazuri din 598 reținute pentru investigație, ceea ce reprezintă 1/10, la egalitate cu chirurgia generală. Dintre acestea, 49 au avut ca obiect asistența la naștere sau monitorizarea sarcinii. Au fost reținute 22 de cazuri în care pacientele au fost nemulțumite de faptul că nu s-a efectuat operația cezariană și nici unul în care efectuarea intervenției să fie incriminată. Din analiza litigiilor în care a existat o expertiză medico-legală a rezultat un aspect extrem de important legat de poziționarea operației cezariene ca soluție profilactică și curativă în opiniile experților. În majoritatea cazurilor de nașteri pe cale vaginală, soldate cu diverse grade de afectare fetală, de la pareze de plex brahial, hipoxie neonatală, aspirație de meconiu, prezența circulei de cordon, până la episoade de epilepsie, paralizii cerebrale sau deces fetal, experții legiști au considerat că nașterea prin operație cezariană ar fi putut evita complicațiile. Raționamentul este în principiu corect, dar nu este aplicabil în totalitate, mai ales în situații în care aceste complicații erau imprevizibile sau unele condiții nu impuneau operația cezariană *ab initio*.

## Concluzii și propuneri

Operația cezariană la cerere este un alt aspect controversat din punct de vedere etic și legal pentru care este necesar un consens al obstetricienilor, girat de Societatea Română de Obstetrică-Ginecologie.

Discuțiile despre reducerea incidenței sunt caduce dacă nu sunt dublate de măsuri care nu depind de breasla medicală, dar pot fi induse și influențate de medici.

Este inacceptabilă, în condițiile de față, restricționarea impusă a numărului de cezariene.

O serie de măsuri utile ar fi:

- Standardizarea indicațiilor ante-intrapartum pentru operație cezariană.

- Comisia de specialitate din Ministerul Sănătății să stabilească o raportare exactă a ponderii operațiilor cezariene.

- Colaborare între Comisia Ministerului Sănătății și Institutul de Medicină Legală pentru clarificarea unor aspecte de natură să dezincrimineze practicile obstetricale. ■

## Bibliografie

1. WHO Statement on Caesarean Section Rate, WHO/RHR/15.02 © World Health Organization 2015.
2. G Ramires de Jesus, N. Ramires de Jesus, F.M. Peixoto-Filho, G. Lobato Caesarean rates in Brazil: what is involved? 2014 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, DOI: 10.1111/1471-0528.13119.
3. J. Ye, J. Zhang, R. Mikolajczyk, M.R. Torloni, A.M. Gulmezoglu, A.P. Betran, Cuttini M., Nadai M., Kaminski M., Hansen G., de Leeuw R., Lenoir S., et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. *Lancet* 2000;355:2112-18.
4. Dimitrie Nanu, Dr. Antoine Edu, Dr. Ileana-Maria Conea. Operația cezariană: până unde?, *Viața Medicală*, 12/2013, ISSN 1583-8862.
5. Medicină legală materno-fetală, coordonator Gheorghe Alexandrescu, vol I/II, Editura Viața Medicală Românească, București, 2013.
6. McCullough and Chervenak, *Ethics in Obstetrics and Gynaecology*, New York: OUP; 1994.
7. Chervenak and McCullough, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:153-64.
8. Ye J., Zhang J., Mikolajczyk R., Torloni M.R., Gülmezoglu A.M., Betran A.P. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21<sup>st</sup> century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016 Apr;123(5):745-53. doi: 10.1111/1471-0528.13592. Epub 2015 Aug 24.