



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud  
Oficina del Secretario

9 de marzo de 2023

Sr. Yamil Rivera Vélez  
Secretario del Senado  
Senado de Puerto Rico  
El Capitolio  
Apartado 9023431  
San Juan, Puerto Rico 00902-3431

### CONTESTACIÓN A PETICIÓN DE INFORMACIÓN DEL SENADO 2023 – 0065

Estimado secretario del Senado:

El Senado de Puerto Rico, a través de una comunicación con fecha de 23 de febrero de 2023, notifica que, en la sesión celebrada el 22 de febrero de 2023, se aprobó la "Petición de Información 2023-0065". En dicha Petición se solicitó al Secretario de Salud, Dr. Carlos Mellado López, emitir comentarios sobre el Proyecto del Senado 454. En cumplimiento con la solicitud de este Honorable Cuerpo Legislativo y luego de consultar con la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud del Departamento de Salud a continuación procedemos a presentar nuestros comentarios sobre el proyecto de referencia.

En primer lugar, el término "violencia obstétrica" es un término no médico que se ha utilizado para referirse a situaciones en las que una persona embarazada o posparto experimenta falta de respeto, indignidad o abuso por parte de profesionales de la salud o sistemas que pueden derivarse y conducir a la pérdida de autonomía, según lo define el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2021). Desde esta dimensión, el propuesto asunto acerca de lo que se define como violencia obstétrica y como asunto que atañe la validación de los derechos de las mujeres en las etapas de embarazo, parto y post parto, es uno que debe analizarse y evaluarse a la luz de, no sólo el criterio de la percepción de la experiencia de la mujer gestante o parturienta, sino que además, debe analizarse amparado en lo que es la certidumbre de la validación de los parámetros de mejores prácticas para la garantía de la seguridad y protección de la mujer y el bebé por nacer.

Establecido lo anterior y concurriendo con lo que se expresa en el Artículo 2 de la medida, es la postura del Departamento de Salud que en ninguna circunstancia una paciente debe estar sujeta a los malos tratos de personal de la medicina, a humillaciones o agresiones o a coacciones en el proceso de recibir servicios médicos. Reconociendo que los asuntos previos son factores que generan trauma emocional en una situación de vulnerabilidad extrema para la paciente que lidia con un sinnúmero de detonantes que afectan su estado emocional, cognitivo y afectivo durante el parto, con vehemencia señalamos que sin lugar a duda, estos son actos de violencia que



contravienen los principios éticos de la profesión de promover la autonomía del paciente, la beneficencia, la no maleficencia o causar daño y la justicia. Por lo tanto, deben ser observados, regulados, corregidos y cuando corresponda, sancionados.

De igual modo, la visión del Departamento de Salud es repudiar, según se estipula en la medida, acciones dirigidas a denegar servicios u admisión a pacientes en labor de parto por incapacidad de pago o cualquier otra razón y finalmente tipificamos como inaceptable la no protección del derecho a la intimidad y privacidad de la paciente. Más aun, reconocemos como violencia hacia la paciente cualquier conducta antiética e ilegal en el marco del acoso, hostigamiento u agresión sexual por parte de cualquiera de los componentes del equipo de servicios médicos, sin limitarse a personal administrativo.

No obstante, los asuntos antes mencionados y estipulados como prácticas violentas deben analizarse de modo independiente de lo que es entonces los asuntos que inciden en el tratamiento basado en el criterio médico y en lo que se considera como mejor práctica, que en todas las instancias considera el criterio de la paciente y su mejor beneficio. Aunque en las expresiones siguientes no pretendemos contestar o argumentar cada uno de los asuntos que se discuten en el documento, sí queremos ejemplificar el contraste entre lo que se define en la medida como violento, *vis a vis*, con lo que se define dentro de la práctica clínica como un curso de tratamiento necesario, deseable y recomendable.

Si usamos como ejemplo algunas aseveraciones esbozadas en el Artículo 3, podemos mencionar que ciertamente, en los estudios que cita el documento legislativo se hace referencia a la experiencia subjetiva de los casos de mujeres entrevistadas, experiencia que no desconocemos, pues se fundamenta en la interacción con el sistema médico que, para algunos casos pudiera ser menos que deseable. Sin embargo, es importante hacer notar que la práctica de la medicina en Puerto Rico es una altamente regulada por lo que algunos procedimientos que se contemplan como “violentos” en su aplicación en esta medida, son parte de los procesos que de ordinario se utilizan y se implementan en una intervención médica en las diferentes etapas del embarazo, el parto y el post parto y que los mismos descansan en los principios de mejores prácticas, así como en recomendaciones y opiniones éticas y legales de los foros que regulan la medicina en Puerto Rico, así como en los Estados Unidos. De otra parte, hay asuntos contemplados en esta medida que no hacen una referencia directa a procedimientos o prácticas de intervención clínica, sino que están más bien sujetos a asuntos que pudieran tener origen en apreciaciones filosóficas y contextualizadas fuera de los aspectos éticos y legales que inciden en la gestión médica.

En otro ejemplo y haciendo referencia al Artículo 3, con respecto a la relación médico paciente durante los procesos de gestación, parto y posparto, nos suscribimos a que la misma debe estar amparada en una relación colaborativa, de confianza mutua, respeto y comunicación amplia que permita a la paciente tomar las mejores decisiones con respecto a su cuidado médico y que le permita al especialista de la medicina considerar los deseos, intereses y preocupaciones de su paciente y contrastarlas con las necesidades de atención clínica. Estas acciones sin lugar a duda, no solo humanizan y sensibilizan un proceso que para un sinnúmero de mujeres es tan especial como traumático. Por otra parte, sientan las pautas para que todas las acciones dirigidas al cuidado médico gineco-obstétrico estén contenidas en los acuerdos de consentimientos informados entre el clínico y la paciente, incluyendo el respetar aquellas instancias en las que la



paciente decline cuidado gineco-obstétrico. No obstante, la relación preestablecida entre paciente y médico por acuerdo puede modificarse de forma drástica y apresurada contraviniendo los acuerdos previos en casos de alto riesgo o en los que la seguridad de la madre o el bebé se encuentren en riesgo y la capacidad de toma de decisiones de la mujer esté disminuida por causas asociadas o imprevistas durante el parto.

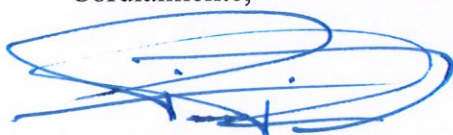
Es meritorio señalar que asuntos relacionados a toma de decisiones de la paciente en lo que atañe a la administración o no administración de medicamentos para controlar el dolor durante el trabajo de parto o el consumo de alimentos, son objeto de una valoración cuidadosa en la que el interés de la paciente se contrasta con su necesidad y la del bebé por nacer. Por ejemplo, el dolor del parto es uno de los más intensos que puede padecer una mujer a lo largo de su vida y el manejo y tratamiento del dolor no sólo atiende el alivio sintomático del mismo, sino que atiende los cambios fisiológicos que el dolor produce en la madre y el feto. Por lo tanto, durante el parto normal, la cesárea o el parto o cesárea de emergencia, la administración de medicamentos es primordial no solo para el control del dolor sino porque mediante el control del dolor se controlan cambios en algunos parámetros fisiológicos que se alteran durante el parto y pueden aumentar el riesgo para la vida de la mujer y el bebé.

El manejo del dolor con el uso de medicamentos analgésicos o anestesia nos lleva a la discusión de los asuntos de restricciones en el consumo de alimentos previo y durante el trabajo de parto. Fisiológicamente ocurre lo siguiente, mientras el cerebro señala hambre, el tono y la motilidad del estómago se encuentran disminuidos durante el embarazo, probablemente por el efecto relajador de la progesterona sobre el músculo liso. Existe un aumento en el volumen gástrico, una disminución del pH gástrico y una incompetencia del esfínter gastroesofágico inferior secundario a la modificación del ángulo esófago – gástrico, lo cual conlleva a una mayor incidencia de reflujo gastroesofágico. Además, por dolor, se favorece la liberación de gastrina, que aumenta la secreción ácida gástrica y también se produce un incremento en el tono simpático, lo cual disminuye el vaciamiento gástrico. Esto se traduce en un aumento del riesgo de regurgitación y de broncoaspiración, especialmente en la inducción de la anestesia general.

Nuevamente, no pretendemos contravenir los puntos que se presentan en el documento de la medida propuesta, sin embargo, entendemos que el definir la práctica o la determinación del clínico dentro de unos parámetros de subjetividad, según se articulan en este proyecto afecta y socava la gestión de los especialistas que practican la obstetricia en Puerto Rico y se impone una carga que los deja vulnerables a reclamos que pudiesen ser frívolos e injustificados.

Esperamos que nuestros comentarios sean de utilidad y nos reiteramos a sus órdenes para cualquier otro asunto que así lo entiendan necesario.

Cordialmente,



**FÉLIX RODRÍGUEZ SCHMIDT, MD**  
**SECRETARIO DE SALUD INTERINO**