

LA RELACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA A EMBARAZO Y PARTO: ASPECTOS ÉTICOS¹

La relació assistencial en l'atenció sanitària a l'embaràs i part: aspectes ètics

The Care Relationship During Pregnancy and Childbirth: Ethical Concerns

Josefina Goberna-Tricas¹

Correo electrónico: jgoberna@ub.edu

1. Matrona. Socióloga. Dra. En Filosofía (Bioética). Profesora Titular. Facultad Enfermería. ADHUC. Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad. Universidad de Barcelona. (*Barcelona, España*).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>.

Recibido: 15/09/2023

Aceptado: 07/11/2023

Publicado: 30/11/2023

¹ Este capítulo está basado en la tesis doctoral de la autora: *Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Universitat de Barcelona, 2009. Disponible en: www.tesisenxarxa.net/TDX-0614110-090718/.



RESUMEN

La relación asistencial entre profesional sanitario y paciente deriva del modelo clásico iniciado en la medicina hipocrática. En 1978 se publicó el *Informe Belmont*, que proponía un método basado en la aceptación de tres principios éticos básicos: a) Respeto por las personas, b) Beneficencia, c) Justicia. **MATERIAL Y MÉTODOS.** En este trabajo se presenta una reflexión ética que pretende dar respuesta a la realidad específica de atención a la maternidad en la que se encuentra la especificidad de una atención dirigida a la madre pero que no puede dejar de lado la presencia de un feto que se pretende se convierta en un recién nacido. **RESULTADOS.** Tras el análisis de la efectiva aplicación de los principios bioéticos, se debate en torno al concepto de «conflicto materno-fetal», presentando el modelo deliberativo de relación sanitaria como opción preferente para el respeto de la autonomía en el ámbito de la atención a la maternidad. **CONCLUSIONES.** El desarrollo del respeto al principio de autonomía en el seno de una relación asistencial debe privilegiar el diálogo y el respeto al derecho de las mujeres a ejercer su autonomía, entendiendo esta desde la singularidad, la contextualización y el acompañamiento de cada uno de los embarazos y partos.

Palabras clave: bioética, autonomía, conflicto materno-fetal, relación asistencial, parto, embarazo.

RESUM

La relació assistencial entre professional sanitari i pacient deriva del model clàssic iniciat en la medicina Hipocràtica. El 1978 es va publicar l'*Informe Belmont* que va proposar un mètode basat en l'acceptació de tres principis ètics bàsics: a) Respecte per les persones, b) Beneficència, c) Justícia. **MATERIAL I MÈTODES.** En aquest treball es presenta una reflexió ètica que pretén donar resposta a la realitat específica d'atenció a la maternitat en la qual es troba l'especificitat d'una atenció dirigida a la mare però que no pot deixar de banda la presència d'un fetus que es pretén que es converteixi en un nadó. **RESULTATS.** Després de l'anàlisi de l'aplicació efectiva dels principis bioètics, es debat entorn del concepte de «conflicte materno-fetal», presentant el model deliberatiu de relació sanitària com a opció preferent pel respecte de l'autonomia en l'àmbit de l'atenció a la maternitat. **CONCLUSIONS.** El desenvolupament del respecte al principi d'autonomia en el si d'una relació assistencial ha de privilegiar el diàleg i el respecte al dret de les dones a exercir la seva autonomia, entenent aquesta des de la singularitat, contextualització i acompanyament de cadascun dels embarassos i parts.

Paraules clau: bioètica, autonomia, conflicte materno-fetal, relació assistencial, part, embaràs.

ABSTRACT

The care relationship between healthcare professional and their patients derives from the classical model initiated in Hippocratic medicine. In 1978, the *Belmont Report* was published, proposing a method based on the acceptance of three basic ethical principles: a) Respect for persons, b) Beneficence, c) Justice. **MATERIALS AND METHODS.** This work presents an ethical reflection that aims to respond to the specific reality of maternity care, where the specificity of care directed at the mother cannot overlook the presence of a foetus intended to become a newborn. **RESULTS.** After analyzing the effective application of bioethical principles, the discussion revolves around the concept of «maternal-foetal conflict», presenting the deliberative model of healthcare relationships as a preferred option for respecting autonomy in the field of maternity care. **CONCLUSIONS.** The development of respect for the principle of autonomy within a care relationship should prioritize dialogue and respect for women's right to exercise their autonomy, understanding it in terms of singularity, contextualization, and support for each pregnancy and childbirth.

Keywords: Bioethics, Autonomy, Maternal-Foetal Conflict, Care Relationship, Childbirth, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La relación asistencial entre profesional sanitario y paciente deriva del modelo clásico iniciado en la medicina hipocrática (Hipócrates, 1988). Los ciudadanos debían convertir las leyes políticas en pautas de comportamiento propio, constituyendo las costumbres públicas interiorizadas la base de las virtudes. Los ciudadanos asumían como propias las pautas políticas colectivas; existía por tanto un único código de conducta.

En el ámbito sanitario no tenía sentido preocuparse por las creencias y opiniones de los pacientes. La relación asistencial se fundamentaba en un modelo de atención paternalista. El médico ostentaba la autoridad y el paciente debía seguir sus recomendaciones; el enfermo, como tal, tenía disminuidas sus facultades, puesto que la enfermedad le ofuscaba el entendimiento.³ Por tanto, no tenía sentido escuchar su opinión, ya que si tuviera los conocimientos y mantuviera su mente en óptimas condiciones su parecer coincidiría, necesariamente, con el del profesional.

Esta forma de pensar y actuar en el ámbito asistencial se mantuvo a lo largo de los siglos. Con la llegada del cristianismo el código de actuación médica adoptó los preceptos de la moral cristiana, interpretados de acuerdo con el criterio propio del derecho canónico. No fue hasta la llegada del protestantismo, en la Europa del siglo XVI, cuando fruto de la doctrina del libre examen, y de la inexistencia de un poder centralizado y autoritario, surgió cierto pluralismo y se inició la tendencia al respeto de las creencias personales e individuales. Con la llegada de la Ilustración se inició en Europa una reformulación de los derechos fundamentales de la persona. La cultura Europea, gracias a las aportaciones de Rousseau y Kant ganó conciencia de que la libertad y la autonomía moral constituyen la dignidad más alta e inalienable del ser humano. Fue Kant (1724-1804) quien afirmó que la dignidad de la persona reside en la facultad de la autoaplicación de la ley moral (la autonomía). En la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789 se proclamaba que al atributo más genérico y fundamental del ser humano es el principio de autonomía, entendido como la libertad de adoptar cualquier conducta, siempre que no perjudique a los demás. Estos cambios políticos y sociales producidos en la Europa ilustrada se quedaron, sin embargo, en el ámbito público y tardaron dos siglos en llegar al ámbito de las relaciones personales, y por tanto también a la esfera sanitaria y a la relación asistencial (Boladeras, 1989).

Simon Lorda (2001) atribuye este desfase a la falta de sintonía, al diferente ritmo adoptado por las transformaciones en el ámbito público y aquellas otras producidas en el ámbito privado. La vida privada, como la entendemos actualmente, fue una conquista de la modernidad que impidió que los cambios producidos en el ámbito público penetraran al interior del ámbito doméstico; ello tuvo importantes repercusiones para las mujeres. La relación sanitaria, según Simón Lorda (2001), se configuró como una típica relación privada, similar a la que tenía lugar en el interior de los domicilios y consecuentemente fuera de las influencias de los renovados aires de autonomía y libertad. En el seno de la relación asistencial se reproducían las típicas relaciones patriarcales que el ámbito público había dejado atrás: el médico asumía el papel de padre omnipotente y protector, la enfermera el de la madre sumisa y amorosa, mientras que el paciente quedaba relegado al papel del niño obediente y dependiente. Fue en Estados Unidos donde, a inicios de siglo XX, los ciudadanos empezaron a demandar que se les tuviera en cuenta como pacientes y, ante la falta de respuesta por parte de la clase médica, usaron los instrumentos que la sociedad democrática había puesto a su disposición: los tribunales de justicia. La historia del reconocimiento de la autonomía del enfermo se inició en Estados Unidos y adoptó una forma judicial, pero para entender la autonomía del paciente, desde la perspectiva estrictamente ética, hace falta desplazarse a Europa, donde las condiciones inhumanas de los experimentos científicos efectuados durante la Segunda Guerra Mundial concienciaron a la opinión pública y, en consecuencia, los médicos nazis fueron llevados a juicio. A raíz de estos juicios se acabó proclamando, en 1947, el primer código ético para la investigación: el Código de Núremberg. A pesar de la importancia histórica de la promulgación de este primer código, sus principios fueron interpretados como vinculados a la investigación y relacionados con la Segunda Guerra Mundial, y no penetraron todavía en las consultas sanitarias.

A finales de 1961 el conocimiento de los devastadores efectos de la talidomina administrada a mujeres embarazadas, que ocasionó el nacimiento de un considerable número de recién nacidos afectados por importantes malformaciones, hizo saltar las señales de alarma. Se percibió una necesidad de actualización de los códigos deontológicos y en 1964 se aprobó la conocida Declaración de Helsinki, titulada *Recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación biomédica*.

En Estados Unidos también seguía el interés por las cuestiones relacionadas con la ética asistencial, y en 1971 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter introdujo

el término bioética. Dicho término se acuñó para designar los problemas éticos planteados por los espectaculares avances acaecidos en el seno de las ciencias biológicas y médicas. La ética se convirtió en una disciplina para los profesionales de la salud y, por tanto, los problemas vinculados con la toma de decisiones en el ámbito sanitario fueron cobrando progresiva importancia. El Congreso de los EUA creó en 1974 la *National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* y dio a esta comisión el mandato de que llevara a cabo una investigación con el fin de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina (Boladeras, 1989).

En 1978 la comisión publicó el *Informe Belmont*. Tras cuatro años de trabajo propuso un método basado en la aceptación de tres principios éticos básicos: a) Respeto por las personas, b) Beneficencia, c) Justicia. El *Informe Belmont* fue pensado para la experimentación con seres humanos. Quedaba, por tanto, fuera de su horizonte el campo de la práctica clínica y asistencial. Para atender a las cuestiones éticas de la práctica clínica uno de los miembros de la comisión, Tom L. Beauchamp, junto con James F. Childress, redactaron su libro *Principios de ética biomédica* (1989). La mayor novedad que presenta el libro es la distinción entre los principios de Beneficencia y No-maleficencia. Según el texto los cuatro principios que rigen en la ética biomédica —Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia— son principios *prima facie*, pero no deberes reales y efectivos, puesto que en caso de entrar en conflicto debe establecerse cuál de ellos prima sobre el otro en cada caso concreto.

La asistencia sanitaria actual implica necesariamente su aplicación práctica mediante un modelo de relación asistencial que tenga en cuenta los cuatro principios bioéticos mencionados, pero en el caso que nos ocupa, la atención a embarazo y nacimiento presenta características peculiares. De este modo, la aplicación efectiva de los principios bioéticos puede precisar una reflexión previa con el fin de contextualizar la relación asistencial en los procesos de embarazo y nacimiento, teniendo en cuenta sus aspectos propios y diferenciales, puesto que a la díada profesional/paciente se suma la presencia del feto en desarrollo y cuyo correcto desarrollo debe ser supervisado por los profesionales sanitarios, puesto que la base de la relación asistencial en embarazo y parto se fija como objetivo el mantenimiento de la salud de la madre y el correcto desarrollo del embrión/feto.

MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo se presenta una reflexión ética que pretende dar respuesta a la realidad específica de atención a la maternidad en la que se encuentra la especificidad de una atención dirigida a la madre, pero que no puede dejar de lado la presencia de un feto que se pretende se convierta en un recién nacido.

El profesional sanitario que atiende a la embarazada tiene responsabilidades hacia ella, puesto que es la protagonista de la atención, pero no puede olvidar que también tiene obligaciones sanitarias y éticas hacia el feto en desarrollo. Para ello se pretende desarrollar una argumentación fundamentada en los principios y formas de análisis bioético con el objetivo de configurar un marco de toma de decisiones y de actuación que proporcione herramientas para poder dar respuesta de la mejor forma posible a las necesidades y dilemas que puedan presentarse.

Con este fin, se estructura el desarrollo argumental en diversas fases: en un primer momento nos interrogaremos sobre los ejes que configuran el debate bioético en la atención al nacimiento en el contexto occidental de inicios del siglo XXI. Tras el desarrollo de cada uno de los ejes detectados, se aplicara una confrontación de los principios de beneficencia y autonomía en el seno de la relación sanitaria. Por último, nos adentraremos en la toma de decisiones y el proceso de información en el ámbito de la consulta de seguimiento del embarazo y en la atención al parto.

RESULTADOS

1. La asistencia sanitaria al proceso procreativo

La asistencia sanitaria al proceso de la maternidad en los países desarrollados se sitúa en un contexto social en el que los buenos resultados obstétricos son considerados la norma. La mortalidad materna e infantil es actualmente muy baja en nuestro entorno (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Problemas obstétricos importantes como la toxemia materna, las hemorragias del posparto, o las distocias del parto que comportaban una fuerte mortalidad para madres y niños a finales de siglo XIX se dejaron atrás durante el siglo XX. Solo la prematuridad continúa siendo un problema de salud materno-infantil en aumento en estos momentos. Este éxito en los resultados perinatales ha comportado un optimismo generalizado en los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria a los

procesos procreativos. Los ejes principales que configuran el debate bioético en nuestro entorno se pueden agrupar en dos pilares fundamentales (Goberna, 2010):

1. La medicalización de la asistencia al nacimiento: la revolución biomédica del siglo XX supuso la incorporación de nuevos descubrimientos y tecnologías sanitarias. Han sido estas nuevas tecnologías las fuerzas motoras que han conducido hacia un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. La atención sanitaria durante embarazo y parto no ha sido inmune a este proceso de medicalización y tecnificación, de forma que, a pesar de tratarse de procesos fisiológicos, se han contemplado como procesos médicos.

2. La simbología de la díada madre/feto durante el embarazo, es decir, la consideración médico-sanitaria del feto como paciente, que no puede desmarcarse del análisis de la cuestión del género. La importancia del género en las cuestiones bioéticas relacionadas con la salud materno-infantil constituye un tema capital. Entre profesional sanitario y paciente se establece una relación asistencial asimétrica, que en la asistencia durante embarazo y parto puede esconder auténticas relaciones de poder, propias de la sociedad patriarcal. Por otra parte, la atención sanitaria durante el proceso de embarazo y parto presenta un elemento diferencial, la presencia del feto, que comporta una relación peculiar en la cual el profesional vela por la salud de la madre, pero tiene así mismo la obligación profesional de vigilar el correcto y armonioso desarrollo fetal. En este sentido, la consideración médica del feto como paciente ha posibilitado la emergencia del debate alrededor de los denominados conflictos materno-fetales y la consiguiente identificación de los límites entre los principios de beneficencia y autonomía.

1.1. La medicalización de la asistencia al nacimiento

Durante el siglo XX se produjo en Occidente una revolución biomédica que, como hemos mencionado, ocasionó una marcada tendencia a la medicalización de la vida. Progresivamente han caído bajo el epígrafe de enfermedades simples síntomas, aspectos estéticos, procesos propios de la vida o probabilidades de padecer determinada enfermedad.

Este proceso de medicalización y tecnificación ha afectado plenamente la atención sanitaria a embarazo y nacimiento que ha pasado de una atención en el interior de los hogares a una institucionalización del parto en el interior de los hospitales. Para algunos

esta institucionalización de la asistencia al nacimiento es signo del cambio tecnológico promovido por el progreso médico: la aplicación de anestesia permite el alivio del dolor, pero a su vez hace necesario un mayor control de la madre y el feto; el dominio de la técnica implica acercarse a los monitores de la frecuencia cardíaca fetal; un amplio conocimiento de aquello que nos indica el registro cardiotocográfico permite actuar con precisión y competencia. Medicalización y tecnificación han venido de la mano del progreso sanitario, aunque a menudo se han acompañado de alejamiento personal, frialdad y neutralidad en el trato asistencial (Marquez y Meneu, 2003).

En estos últimos años, algunas voces han asociado la tecnificación de la asistencia al nacimiento con la deshumanización de la atención sanitaria y han reclamado un retorno a una asistencia más respetuosa con la fisiología y consecuentemente menos tecnificada. Se ha considerado que, de esta forma, la atención recobraría un punto de humanización.

La medicalización de la vida, producida durante el siglo XX, ocasionó que embarazo y parto fuesen considerados como situaciones de riesgo y consecuentemente medicalizados y tecnificados (Oakey, 1984). La institucionalización dentro de los centros sanitarios de la asistencia al parto ha comportado un modelo fuertemente intervencionista, que no se ha hecho extensivo a la totalidad de los países. Así, en el caso de Europa, mientras que España, Irlanda, Rusia, República Checa, Francia o Bélgica han desarrollado modelos de asistencia institucionalizados y fuertemente medicalizados, con una asistencia a manos de médicos especialistas en obstetricia y ginecología, en otros países como Holanda o los Países Escandinavos se ofrece un modelo de atención al nacimiento más desinstitucionalizado atendido fundamentalmente por matronas. Existe un tercer grupo de países que han optado por un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado, pero con un menor nivel de medicalización. En esta tercera estrategia pueden incluirse el Reino Unido y Alemania (Goberna, 2009).

En el seno de los contextos de alta medicalización y tecnificación ha aparecido una reacción de una parte de la sociedad que se ha manifestado en contra de un intervencionismo médico-tecnológico que se considera exagerado. Se ha cuestionado la proliferación de procedimientos que no están suficientemente corroborados por la evidencia científica, y además se ha puesto de manifiesto que esta medicalización de aspectos fisiológicos de la vida no diferencia entre partos normales y partos de riesgo. Desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, han

aparecido movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista (Goberna, 2019).

En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de seguimiento y asistencia de embarazo y parto son numerosos y las opciones en los modelos de asistencia aumentan; por tanto, el proceso de toma de decisiones informadas se convierte en un aspecto central de la relación asistencial. Optar por someterse, o no, a determinadas pruebas durante el embarazo y decidirse por un modelo de asistencia al parto más o menos tecnificado presenta un grado de complejidad en el que deben tenerse en cuenta aspectos relacionados con el género o con el papel del feto en el proceso asistencial.

1.2. El feto en la relación asistencial. Los límites entre beneficencia y autonomía

En la asistencia sanitaria a embarazo y parto el personal sanitario confronta su deber de atención hacia la madre frente al deber de procurar el bienestar fetal. Generalmente las recomendaciones sanitarias son aceptadas de buen grado por parte de la mujer gestante, pero en algunas ocasiones las opiniones de las mujeres no coinciden con dichas recomendaciones. En estos casos, ¿la obligación del profesional debe decantarse por el respeto al principio de autonomía de la mujer, o debe promover aquel comportamiento que procure el mejor bienestar fetal?

El denominado conflicto materno-fetal aparece cuando «los intereses de la mujer embarazada (definidos desde la perspectiva de la propia mujer) entran en conflicto con los intereses del feto (definidos desde la perspectiva de los profesionales sanitarios)». El profesional percibe que se presenta un conflicto entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía. En este punto resulta conveniente realizar un repaso de la definición de estos principios bioéticos en obstetricia, donde la presencia del feto convierte la relación dual «profesional sanitario-paciente» en una tríada «profesional sanitario-paciente-feto».

2. Los principios de beneficencia y autonomía en el seno de la relación sanitaria en atención a embarazo y parto

El principio de beneficencia es definido por Beauchamp y Childress (2010) como «una obligación de ayudar a los demás a promover sus intereses importantes y legítimos». Pero los intereses del paciente, en nuestro caso de la madre gestante, pueden definirse desde dos perspectivas distintas: la del profesional y la del paciente. El profesional, gracias a

los conocimientos científicos y la experiencia clínica, está capacitado para identificar las estrategias clínicas que con mayor probabilidad darán respuesta a los intereses relacionados con la salud. El profesional toma posición en cuanto que agente social que presta atención sanitaria. Por lo tanto, una buena praxis e interpretación del principio de beneficencia deben llevarle a posicionarse a favor de aquellas prácticas que cuenten con el soporte de la mejor evidencia científica disponible.

Sin embargo, la perspectiva del profesional sanitario sobre los intereses de la paciente no es la única perspectiva legítima. La perspectiva de la mujer embarazada sobre sus intereses es, como mínimo, tan respetable como la de los profesionales sanitarios. Cada mujer desarrolla a lo largo de su vida una serie de valores y creencias de acuerdo con los cuales formará sus propios juicios en relación a aquello que favorece o no sus propios intereses. Una mujer que llega a la edad de la maternidad ha tomado ya decisiones importantes sobre temas complejos: ha escogido una profesión, ha firmado contratos hipotecarios, ha decidido tener un hijo; en algún caso puede incluso haberse sometido a alguna intervención quirúrgica de cirugía estética o incluso puede haber firmado un testamento. En todos los casos se trata de decisiones complejas en las que cada mujer, y la propia sociedad (mediante el reconocimiento legal de sus derechos) considera que es competente para tomarlas.

Es importante tener en cuenta que estas decisiones de los pacientes, en nuestro caso de las mujeres, son afrontadas desde valores y creencias que pueden estar alejados del ámbito de los intereses relacionados con la salud; pueden basarse en la importancia de mantener una cierta imagen corporal, en la idea simbólica de la maternidad, o apoyarse en convicciones sociales o religiosas. La mujer se ha formado una perspectiva de aquello que configura sus intereses; el significado ético de esta perspectiva es reconocido por el principio bioético de autonomía.

Según este principio toda persona adulta, en una situación normal, es autónoma y libre de conducir su vida como crea más conveniente y las leyes se lo reconocen como un derecho fundamental porque constituye el núcleo de la entidad moral de la persona. (Gobierno de España, Ley 41/2022). Autonomía significa capacidad de autogobierno e incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente.

El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del paciente, a respetar su propia perspectiva sobre sus intereses y a utilizar únicamente las estrategias clínicas autorizadas por parte de la paciente como resultado de

un proceso de consentimiento informado. Antes de efectuar cualquier intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica, debe haberse obtenido el consentimiento previo, libre e informado de la persona basado en la información previa adecuada

, Existen obligaciones profesionales basadas en la beneficencia y basadas también en la autonomía de la paciente. La perspectiva de la mejor práctica obstétrica disponible constituye la base de las obligaciones profesionales, desde el punto de vista de la beneficencia, hacia la mujer embarazada. La propia perspectiva de la mujer embarazada, sobre sus propios intereses, proporciona la base de las obligaciones del profesional relacionadas con el principio de autonomía.

Un razonamiento fuertemente debatido en la literatura biomédica es la determinación del estatuto moral del feto. Se ha defendido el otorgamiento de estatuto moral al feto desde el momento de la concepción, de la implantación, desde algún momento de desarrollo del sistema nervioso central, desde la percepción de los movimientos fetales, o desde el nacimiento. No existe consenso al respecto a pesar del gran número de publicaciones teológicas y filosóficas. En este trabajo no se pretende profundizar en el tema, tan debatido, de la interrupción voluntaria del embarazo, sino determinar el papel que para los profesionales sanitarios debe tener el feto durante las consultas de seguimiento de embarazo o durante la atención al parto en un embarazo voluntariamente aceptado por la mujer embarazada.

Vivimos en una sociedad aconfesional, pero en la moral secular general existen limitaciones a aquello que se les puede hacer a los fetos. Si una madre decide seguir adelante con su embarazo, existe una creencia generalizada en que debe mantener una actitud y comportamiento razonable que no perjudique a la futura persona en que se convertirá aquel feto.

Los niños son concebidos por razones diversas, pueden ser planeados, pero difícilmente lo son pensando en ellos, puesto que aún no los conocemos; el fundamento de la procreación suele justificarse en el deseo de convertirse en padres, por amor, para cumplir con el mandato biológico, para conseguir en los hijos aspiraciones que los padres han visto frustradas; otras veces los hijos no son específicamente planificados, sino que son fruto del hábito, la pasión o el accidente. La vida, por lo tanto, puede ser considerada un regalo para el recién nacido. A lo largo de la infancia todos los niños corren riesgos asociados a los estilos de vida de sus padres, que no son cuestionados socialmente; desconocemos si los hijos compartirán los puntos de vista de los padres cuando lleguen a

la mayoría de edad, pero se asume que estas elecciones son correctas porque responden a una particular interpretación de la vida buena por parte de los padres/madres, y esta decisión no es necesariamente compartida por toda la sociedad. Estas decisiones forman parte del ámbito privado de las personas (Engelhardt, 1995).

Sin embargo, cuando los padres actúan de forma malevolente infringiendo daños importantes de forma que los perjuicios superen claramente a los beneficios, los poderes públicos están legitimamente justificados para intervenir y retirar la custodia de los hijos. Ello puede aplicarse también en el caso del embarazo, distinguiendo claramente las situaciones en que las mujeres embarazadas pueden actuar de forma irresponsable, de aquellas otras maleficientes. Engelhardt (1995), desde una perspectiva liberal secular, reconoce dos situaciones en las cuales se puede considerar legítimo que el Estado restrinja la libertad de una mujer gestante con el fin de proteger al feto, que todavía se encuentra en el interior del útero: a) que esta actuación sea maleficiente y b) que el estado previsto para la futura persona sea tan desventajoso que se pueda presuponer que el niño no querría vivir en estas condiciones. Este argumento justifica el poder coactivo sobre algunas mujeres embarazadas cuando, en determinadas circunstancias, pueden ser obligadas a someterse a una intervención cesárea en contra de su propia voluntad. Sin embargo, ello no anula el derecho *prima facie* que tiene toda mujer, incluso si está embarazada, de tomar sus propias decisiones y no ser molestada cuando busca su propia visión del bien, y estas circunstancias de intromisión de los poderes públicos deben ser verdaderamente excepcionales.

Cuando una mujer gestante acude ante el personal sanitario para que estos atiendan su embarazo y/o parto, espera obtener una atención de calidad que la ayude a finalizar con éxito su proyecto procreativo. Por lo tanto, la relación asistencial y los compromisos que esta comporta se establecen entre el profesional y la mujer gestante. Podemos suponer que la mayoría de mujeres gestantes, y también sus parejas, desean un embarazo y parto sin complicaciones y con buenos resultados de salud tanto para la madre como para el hijo. Por lo tanto, esperan que los profesionales sanitarios velen por la salud de la madre y también por el correcto desarrollo del feto.

De las anteriores argumentaciones podemos concluir que no existen obligaciones, por parte de los profesionales sanitarios, relacionadas con el principio de autonomía del feto. Evidentemente ello no significa que el profesional no tenga en cuenta la salud del feto. El profesional tiene obligaciones profesionales hacia el feto basadas en el principio de

beneficencia que derivan de la naturaleza jurídica de bien protegido del nacisturus y muy especialmente de la propia relación asistencial y del compromiso profesional que se establece a partir de la atención sanitaria a embarazo y parto.

3. La información y la toma de decisiones en el ámbito de la asistencia al nacimiento

En la mayoría de situaciones asistenciales existe una recomendación clínica sobre cuál es el mejor curso de acción, y además suele producirse una sinergia entre esta recomendación, basada en el principio de beneficencia, y el consentimiento de las mujeres embarazadas, basado en el principio de autonomía. En estos casos los puntos de vista de profesionales y usuarias coinciden y no se produce ningún tipo de problemática en la toma de decisiones.

Chevernak y McColloch (2005) distinguen dos grupos de intervenciones médicas en el campo de la asistencia obstétrica. En primer lugar aquellas que presentan un beneficio claro y sobre las cuales consideran que el profesional tiene una clara obligación de recomendarlas a la paciente, incluso intentando una persuasión respetuosa. Pero en cualquier actuación médica puede aparecer conflicto entre los juicios basados en la beneficencia y aquellos basados en la autonomía del paciente. Como los principios bioéticos son considerados *prima facie*, las controversias suscitadas para determinar la primacía de uno u otro principio deben equilibrarse y negociarse para cada uno de los casos específicos. La persona puede negar su autorización a una práctica fundamentada en la mejor evidencia disponible. En este caso es necesario realizar de forma cuidadosa un rechazo informado. La obligación ética y legal relacionada con el rechazo informado incluye que el profesional debe informar a la usuaria de forma directa, no hostil, ni desagradable, de los riesgos médicos que corre cuando declina una intervención diagnóstica o terapéutica formulada de acuerdo con un juicio clínico basado en el beneficio. La buena práctica ética recomienda que esta revelación se acompañe de una recomendación para que la usuaria reconsidere su opinión. El profesional puede volverla a citar, siempre con el máximo respeto hacia sus decisiones, al cabo de unos días, con el objetivo de mantener las líneas de comunicación abiertas y manifestar una muestra sólida de preocupación hacia la mujer embarazada, incluso en caso de discrepancia.

Un segundo grupo de intervenciones obstétricas lo constituyen aquellas que el beneficio de las mismas no puede determinarse desde el punto de vista médico, puesto

que existen diferentes alternativas válidas: un ejemplo podríamos encontrarlo en la elección entre dos métodos de alivio del dolor en el parto. En este caso el profesional debe presentar y ofrecer todas las alternativas disponibles y la decisión debe basarse exclusivamente en la autonomía de la mujer (de acuerdo a sus valores y preferencias).

Pero queda todavía pendiente un tercer supuesto: en obstetricia se producen, en ocasiones, demandas que no están justificadas desde la perspectiva basada en el beneficio clínico. En esta tesitura, Chevernak y McCollough (2005) recomiendan que no deben ofrecerse dichas pruebas o tratamientos si no presentan un beneficio claro; pero, en el caso de que las usuarias las demanden, el profesional debe explicarlas con claridad, sin recomendarlas. En caso de persistencia por parte de la paciente, el profesional debe consultarlo a otros colegas o al comité de ética asistencial de su centro. En estos casos, sin embargo, debe valorarse si estas prácticas pueden presentar algún perjuicio para la salud, o si sencillamente no presentan beneficio desde la perspectiva clínica, pero tampoco se pueden esperar perjuicios especialmente remarcables. En estos casos, la contextualización de las situaciones, el diálogo y la relación de confianza cobran una especial significación. En estos supuestos podríamos encontrar la solicitud de ecografías no indicadas o la demanda de una cesárea sin justificación médica.

Por lo tanto, cabe afirmar que el proceso de toma de decisiones/elecciones informadas es un elemento clave en el proceso de relación asistencial a la maternidad.

3.1. La toma de decisiones informadas como base de una atención centrada en la mujer

Hemos explorado el equilibrio entre el principio de beneficencia y autonomía en la relación asistencial a la maternidad y hemos identificado la importancia de la toma de decisiones informadas que deberán expresarse mediante un correcto consentimiento informado: los componentes analíticos del consentimiento informado pueden agruparse, de acuerdo con Beuachamp y Childress (2009) en dos momentos fundamentales: el informativo y el de consentimiento.

El componente informativo consiste en exponer la información pertinente, la cual debe ser verdadera, adecuada y basada en conocimientos científicos y técnicos que el profesional debe explicar al paciente; esta información además debe ser correctamente comprendida para que el paciente pueda formular su consentimiento o rechazo a la actuación propuesta. Interviene, por lo tanto, un elemento intermedio entre la información y la decisión: la comprensión. La transmisión de una información suficiente y

comprensible es básica para que la mujer pueda adoptar una decisión fundamentada en sus propios valores, pero dada la complejidad que presenta, como hemos explicado, la medicina obstétrica, este punto no se encuentra desprovisto de dificultades.

En estos momentos, como se ha mencionado anteriormente, existe interés en la recuperación de una atención más humanizada en la asistencia sanitaria a la maternidad que convierta a la mujer en la verdadera protagonista de este proceso; pero este interés en el retorno a una asistencia más próxima y centrada en la mujer se traduce, en muchas ocasiones, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada, y equiparando una atención respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización de la relación asistencial y en respeto por la autonomía de la mujer.

Efectivamente, la maternidad se ha convertido en la actualidad en una opción para las mujeres. La maternidad ya no constituye aquella vocación universal y opresiva que denunciara Simone de Beauvoir, cuando reclamaba una emancipación de las servilidades biológicas para que la mujer pudiera convertirse en un ser por sí misma. La responsabilidad de las mujeres en el tema de la procreación es especialmente gravosa por la implicación biológica de la misma. Por lo tanto, es a las mujeres (a todas ellas) a quienes corresponde un papel decisivo en el análisis de las tecnologías y en la toma de decisiones y elecciones informadas, dentro de un modelo de relación asistencial centrado en el paciente que privilegie el diálogo y la interacción entre profesional y usuaria.

La humanización de la asistencia y la concesión de protagonismo a la usuaria implica necesariamente una atención que privilegie los principios bioéticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Además, si consideramos que embarazo y parto, cuando se desarrollan sin complicaciones, pertenecen al ámbito de la fisiología, entonces el principio bioético de la autonomía se convierte en central en los modelos asistenciales, ya que la mujer como usuaria del sistema no puede convertirse en protagonista si no se le reconoce la capacidad de tomar sus propias decisiones y elecciones informadas. No obstante, esta autonomía no puede definirse en base a un modelo ideal desarraigado y desencarnado, sino desde una perspectiva situacional en la que se reconozca la especificidad de cada situación. Cada mujer y cada embarazo deben ser reconocidos en su individualidad. Cada mujer es un «otro concreto» que debe ser respetada desde su propia singularidad.

3.2. El desarrollo del principio de autonomía en la toma de decisiones

En el seno de la relación asistencial el respeto a la autonomía del paciente, en nuestro caso de la mujer embarazada, requiere una actuación y un modelo de relación asistencial que permita un diálogo y deliberación para que las mujeres puedan formarse una actitud crítica frente a sus propios valores y preferencias. Por ende, el proceso de reflexión constituye un momento esencial para poder desarrollar la autonomía. El objetivo final de la interacción profesional/paciente se centra en ayudar a la mujer a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con la salud, y que pueden desarrollarse en el seno de un acto clínico, aquellos que son mejores para tomar decisiones saludables y coherentes. Esta deliberación debe diferenciar entre el tipo de práctica que se propone (de acuerdo al nivel de evidencia científica disponible) y debe además individualizar a cada mujer y a cada embarazo en su propia singularidad contextual. Asimismo, debe ocurrir en el marco de un diálogo abierto en el que el profesional no puede llegar más allá de una persuasión respetuosa en la que resulta imprescindible evitar cualquier tipo de coacción.

La argumentación desarrollada hasta aquí pretende poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos de embarazo y parto, y por tanto menos tecnificada, no garantizará, sin más, una atención más humanizada que respete y tenga en cuenta la capacidad de autonomía y de toma de decisiones de la mujer gestante, si no se tiene en cuenta el respeto al principio de autonomía desarrollado en el seno de una relación asistencial que privilegie el diálogo y que tenga en cuenta la singularidad y contextualice cada una de las maternidades potenciando el ejercicio del derecho a la realización de elecciones informadas por parte de todas las mujeres durante el proceso procreativo.

En el ámbito de la relación asistencial, el proceso de información, comprensión y decisión informada puede desarrollarse de acuerdo a diferentes modelos. Emanuel y Emanuel (1999) definen tres modelos de relación asistencial en los cuales se respeta el principio de autonomía del paciente (en nuestro caso la mujer embarazada) en la toma de decisiones.

El primer modelo que Emanuel y Emanuel (1999) exponen es el modelo informativo basado en un modelo contractual de relación asistencial. Para los autores, este modelo es excesivamente frío e impersonal. En este modelo el profesional sanitario pone a disposición del usuario/a la información técnica y sanitaria disponible relacionada con el proceso incluyendo riesgos y beneficios de cada intervención o elección, incluso puede

facilitar esta información por escrito para que la usuaria pueda interiorizar la información y tomar una decisión. En este modelo, características propias de la habilidad en las relaciones interpersonales tales como la amabilidad, la empatía o la receptividad no son importantes para poder desarrollar una atención de calidad. Por ello profundizan en los modelos interpretativo y deliberativo.

En el modelo interpretativo el profesional, igual que en el modelo informativo, pone a disposición del usuario/a la información técnica y sanitaria disponible relacionada con el proceso incluyendo riesgos y beneficios de cada intervención o elección, pero en este caso el profesional sanitario ayuda al paciente a discernir y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándolo de esta forma a realizar una mejor interpretación de sus propios valores. Este modelo parte del supuesto de que los valores del paciente no son estables y no son siempre bien conocidos por el paciente y a veces pueden entrar en conflicto cuando se aplican a contextos y situaciones concretas. Se establece por tanto un trabajo conjunto para reconstruir los objetivos, aspiraciones y responsabilidades del paciente. En este modelo el profesional no se limita a informar, sino que incorpora al paciente en un proceso global de análisis de la situación. El profesional concibe la vida del paciente como un todo discursivo desde el cual determina sus valores y prioridades; en este modelo el profesional actúa como consejero pero se abstiene de juzgar los valores del paciente, su tarea consiste en ayudarlo a comprenderlos mejor y actualizarlos en el contexto sanitario; es siempre el paciente quien toma sus propias decisiones.

Para Emanuel y Emanuel (1999), el modelo ideal de relación entre profesional sanitario y paciente es el modelo deliberativo. Para estos autores el respeto a la autonomía del paciente requiere que los individuos puedan formarse una actitud crítica frente a sus propios valores y preferencias. Es necesario que los pacientes determinen después de una adecuada reflexión si sus valores son aceptables y si son los más adecuados para justificar sus acciones en los temas relacionados con su salud; por lo tanto, el proceso de reflexión constituye un momento esencial para poder desarrollar la autonomía del paciente. En este modelo, el objetivo final de la interacción entre profesional y paciente se centra en ayudar al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con la salud, y que pueden desarrollarse en el seno de un acto clínico, aquellos que son mejores. Así, pues, la información constituye el primer paso del proceso, pero después el profesional entra en un diálogo con el usuario; ambos deben entrar en un proceso deliberativo

conjunto sobre los valores relacionados con la salud. Esta deliberación no puede llevar al profesional más allá de una persuasión respetuosa. Es imprescindible evitar cualquier coacción, puesto que es el paciente quien debe determinar el curso de acción. La autonomía del paciente se concibe en este modelo como un proceso de desarrollo moral que lo ayuda a adquirir competencia en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

CONSIDERACIONES FINALES:

El nacimiento de los hijos constituye un momento central en la vida de las mujeres caracterizado por una especial vulnerabilidad, y en el que se precisa de cuidados y atenciones.

En la relación asistencial a embarazo y parto la díada tradicional profesional/usuario es substituida por la tríada profesional/embarazada/feto. En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de atención a embarazo y parto aumentan; por tanto, el proceso de toma de decisiones informadas por parte de la mujer gestante es fundamental. Optar por un modelo u otro de asistencia al parto presenta un grado de complejidad que debe tenerse en cuenta en el seno de la relación asistencial.

Son numerosas las voces que reclaman una asistencia más respetuosa con la fisiología durante la asistencia al nacimiento para de esta forma recobrar el punto de humanización que la tecnificación de la asistencia ha dejado atrás. La argumentación desarrollada ha pretendido poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos no garantizará, sin más, una atención más humanizada, si no se tiene en cuenta el equilibrio entre los principios de beneficencia y autonomía.

El desarrollo del respeto al principio de autonomía en el seno de una relación asistencial debe privilegiar el diálogo y el respeto al derecho de las mujeres a ejercer su autonomía, entendiendo esta desde la singularidad, contextualización y acompañamiento de cada uno de los embarazos y partos. Por ello el modelo de relación asistencial deliberativo propuesto por Emanuel y Enmanuel se presenta como el más adecuado, puesto que pretende que tanto mujeres como profesionales enfrenten un diálogo que permita formarse una visión crítica de los valores relacionados con la salud y, tras una correcta deliberación, tomar aquella decisión que mejor se ajuste a la singularidad de cada una de las situaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Nueva York: Oxford University Press, 2009.
- BOLADERAS, M. *Bioética*. Madrid: Síntesis, 1989.
- CHEVERNAK, F. A.; MCCULLOUGH, L. B. Ética médica. En: Danforth, D. (ed.). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Punta de Santa Fe: McGraw-Hill Interamerican, 2005, pp. 1097-1113.
- EMANUEL, E.; EMANUEL, L. Cuatro modelos en la relación médico paciente. En: Couceiro, A (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 109-132.
- ENGELHARDT, H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós, 1995.
- GOBERNA-TRICAS, J. *Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2009.
- GOBERNA-TRICAS, J. Mujeres y procreación: el respeto a la autonomía en la relación asistencial. En: Boladeras, M. *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y Práctica sanitaria*. Capellades: Proteus, 2010.
- GOBERNA-TRICAS, J. Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en torno a la terminología empleada. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 26-36.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Ley 41/2002 Básica Reguladora De La Autonomía Del Paciente Y De Derechos Y Obligaciones En Materia De Información Y Documentación Clínica*. BOE, núm. 274, de 15 de noviembre.
- HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos IV: Tratados ginecológicos: sobre las enfermedades de las mujeres, sobre las mujeres estériles, sobre las enfermedades de las vírgenes, sobre la superfecundación, sobre la excisión del feto, sobre la naturaleza de la mujer*. Madrid: Gredos, 1988.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Indicadores Demográficos. Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población*. Madrid, 2023. [Consulta: 31 de octubre de 2023]. Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
- MARQUEZ, S.; MENEU, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. En: *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003, vol. 5, núm. 2, pp. 47-53.
- OAKLEY, A. *The Captured Womb. A history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell, 1984.
- SIMON LORDA, P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2002.