

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL DE LAS MATRONAS CON LAS MUJERES EMBARAZADAS EN CONTEXTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO¹

M^a Analía Gómez-Fernández¹, Mónica Isidro-Albaladejo², María García-del Arco³, Raquel Molina-Ordoñez⁴

Autora correspondencia: M^a Analía Gómez-Fernández

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

1. Doctoranda del programa Enfermería y Salud. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Matrona en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.
2. Profesora asociada médica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Matrona en el ASSIR Baix Llobregat Centre. Instituto Catalán de la Salud.
3. Matrona en el ASSIR Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.
4. Matrona en el ASSIR Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.

Recepción: 17/05/2017 Aceptación: 15/07/2017



¹ El presente trabajo se engloba en el proyecto de investigación ACUP083 “Prevención y detección de la violencia de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica” financiado por RecerCaixa (2016ACUP 0083) y se inscribe dentro de la tesis de doctorado de M^a Analía Gómez-Fernández “Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo: investigación acción participativa en los ASSIR de L’Hospitalet de Llobregat y Diseño y validación de un programa formativo para matronas” que ha sido financiada parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16)

RESUMEN

Objetivo

Analizar los diferentes modelos asistenciales para ofrecer elementos de reflexión, profundizar en los factores que intervienen y presentar los principales dilemas éticos con los que se pueden encontrar las matronas en la asistencia a embarazadas víctimas de VG.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, libros, guías de práctica clínica y legislación sobre el tema.

Resultados

La violencia de género (VG) es un grave problema social en todo el mundo, por su elevada prevalencia y la repercusión que tiene en la salud de las mujeres. El embarazo es un momento de gran vulnerabilidad para sufrir violencia; las consecuencias en la salud de la mujer se amplían al feto en desarrollo y el/la futuro/a hijo/a. Los principales dilemas se asocian con el respeto a la autonomía de la madre a la vez que se vela por el bienestar fetal, con la realización de denuncias y con el miedo.

Conclusiones

Cabe señalar que las matronas deben abordar los casos de VG por ser parte de sus competencias y por obligación moral. La relación asistencial más oportuna sería la que individualiza cada caso, desde una perspectiva dialógica, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas en contextos de VG.

Palabras clave: embarazo, violencia de género, profesionales, bioética.

ABSTRACT

Objectives

To explore the existing welfare models in order to offer elements of reflection, analyze the dynamics that intervene in their development and present the main ethic dilemmas faced by midwives when assisting pregnant women affected by gender-based violence.

Materials and Method

We carried out a systematic bibliographical review of scientific databases, books, practical medical guides and legislation concerning said topic.

Results

Gender-based violence is a serious social problem worldwide due to both its elevated presence and consequences on women's health. Pregnancy is a moment of great vulnerability, when violence and its consequence do not only affect the woman's health but also her fetus and the child to be. The main dilemmas concerning this issue are related to the respect for the mother's autonomy while caring for the fetus' health, violence report and the sense of fear.

Conclusions

Midwives must deal with cases of gender-based violence as part of their competences and moral responsibilities. The most adequate approach consists in individualizing every case from a dialogic perspective taking into account the vulnerability of pregnant women in gender-based violence contexts.

Keywords: pregnancy, intimate partner violence, health professionals, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida (Instituto de Salud Pública, 2003). Son numerosas las prácticas lesivas contra las mujeres en todo el mundo: matrimonios forzados, infanticidios, mutilación genital, abortos selectivos por el sexo femenino del feto, trata de mujeres, violencia sexual, violencia por la pareja, etc. (De Miguel, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2003). Esta violencia en ocasiones permanece oculta, puesto que con frecuencia las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia, lo que comporta que no se atrevan a denunciar al agresor (Instituto de Salud Pública, 2003).

La violencia de género (VG) se define como todo acto de agresión basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad; esto incluye: agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales (Naciones Unidas, 1993). En el presente trabajo se utiliza el término VG para referirse a la violencia que sufren las mujeres dentro de la relación de pareja o expareja, puesto que es el comúnmente usado en el ámbito sanitario. Algunos autores se refieren a esta situación como como violencia machista, violencia sexista, violencia patriarcal e incluso terrorismo de género (Amorós 2008; Peris 2015).

La VG deriva del dominio y poder e implica la desigualdad entre los seres humanos, en este caso entre hombres y mujeres (Bugarín, 2014; Lorente, 2009). El sufrimiento que comporta no es solo una situación concreta, sino una práctica en ocasiones institucionalizada en la organización social y frecuentemente silenciosa e invisible (De la Torre, 2010; Valcárcel, 2008). Esta invisibilidad está muy relacionada con el prestigio social que ha tenido y tiene la institución familiar, y la creencia de que los hechos que ocurren en su seno pertenecen al ámbito de lo privado (Instituto Salud Pública, 2003). La discriminación de las mujeres y la violencia ejercida contra ellas vulneran los derechos humanos y las libertades fundamentales, comprometiendo severamente la salud de las mujeres. De hecho, la VG es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de Salud Pública, por ser una causa importante de muerte y lesiones a nivel mundial (OMS, 2013). La VG afecta la salud física y mental de las mujeres a través de vías directas, tales como lesiones, y vías indirectas, como los problemas de salud crónicos que derivan del estrés prolongado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

El presente trabajo se enmarca dentro del ámbito sanitario en un momento vital, el embarazo, en el cual la mujer puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad, no solo física sino psicológica, laboral y, en cierto sentido, también social. Durante el embarazo existen cambios en la relación de pareja que pueden derivar en algunos casos en episodios de violencia o en un aumento de la misma. Esto comporta que las gestantes sean más susceptibles de sufrir violencia que las mujeres que no están embarazadas (Departament de Salut, 2010). La prevalencia de VG durante el embarazo depende de la población de estudio y de la metodología utilizada. Un metaanálisis publicado en 2013 por James, en el cual se revisaron 92 estudios independientes sobre VG entre mujeres embarazadas a nivel mundial, determina que la prevalencia de violencia psicológica fue del 28,4%, física del 13,8%, y el abuso sexual fue de 8,0%. En el territorio Español un estudio realizado por Velasco (2014) revela una prevalencia de entre el 7,7-21% (sumando violencia psicológica, física y sexual) dependiendo del instrumento de evaluación.

Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían durante el embarazo en relación a la posibilidad de desencadenar complicaciones de la gestación (como infecciones, sangrado, retraso de crecimiento fetal), parto (como mayor riesgo de cesárea o parto pretérmino) y/o post-parto (como depresión post-parto); y el riesgo de tener consecuencias negativas para la salud del feto y la futura criatura (Gómez, 2015; Departament de Salut, 2010).

Poder dar respuesta a esta problemática desde los centros sanitarios es de vital importancia para la integridad y el bienestar de la madre y del feto. Las matronas proporcionan atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo asimismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, y la atención al hijo recién nacido sano hasta el 28 día de vida (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2009). Esto implica un contacto directo con las mujeres y una relación de confianza que se establece especialmente durante el seguimiento del embarazo. También cabe señalar que para algunas mujeres el embarazo es el único momento en que tienen contacto con el sistema sanitario. Por ello, las matronas, entre otros profesionales de la salud, ocupan una posición clave para llevar a cabo la prevención, detección, atención y recuperación de situaciones de violencia de género en las mujeres embarazadas (Departament de Salut, 2010). Sin embargo, a menudo, las dudas acerca de

si se está realmente o no ante una situación de VG, así como las dudas sobre cómo intervenir, plantean serios dilemas éticos.

Este trabajo no pretende, en absoluto, ser la respuesta deontológica a tales situaciones dilemáticas, pero sí pretende profundizar en ellas ofreciendo guías para su resolución desde los diferentes modelos asistenciales. Asimismo, delimita los principales factores que clarifican u obstaculizan la detección de la violencia de género durante el embarazo y los elementos de intervención sobre la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta al problema de esta investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ENFISPO, CINAHL y Cochrane. Los artículos se seleccionaron según criterios científicos y debían tratar los siguientes temas: el abordaje de la VG y las cuestiones bioéticas de la relación asistencial. La búsqueda se limitó a artículos de 10 años de antigüedad como máximo, exceptuando algunos trabajos de fecha anterior relevantes por su valor histórico. Se utilizaron las siguientes palabras clave: en español, «embarazo», «violencia de género», «profesionales», «bioética» y en inglés, «pregnancy», «intimate partner violence», «professional» y «bioethics». La búsqueda se amplió accediendo a documentación procedente de sociedades científicas, organizaciones nacionales e internacionales contra la VG y guías de práctica clínica sobre el tema. Se seleccionaron 10 artículos por su interés, siguiendo el criterio de título, lectura de resumen y posibilidad de acceder al trabajo. Además, se consultaron 12 guías, 12 libros, 1 tesis doctoral, la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, el Código Deontológico Internacional de las matronas y la orden SAS del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales del 2009 que regula las competencias de las matronas. Con el fin de delimitar un marco ético de actuación profesional de las matronas y determinar el modelo de relación asistencial más adecuado en la relación clínica, se ha realizado, a partir del análisis de las referencias encontradas, un análisis bioético desde de los cuatro principios enunciados por Beauchamp y Childres (1999).

RESULTADOS

La identificación y el abordaje de la VG es parte de las competencias de las matronas, según la Orden SAS/1346 del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (2009). Del mismo modo, el código deontológico internacional de las matronas, indica que éstas tienen el deber moral y ético de comprender las consecuencias adversas que la violación de los derechos éticos y humanos tiene sobre la salud de las mujeres y sus hijos/as y que trabajarán para acabar con esa violación (Confederación Internacional de Matronas, 2008). Por ello, si la VG implica una violación de los derechos de la mujer, podemos considerar maleficente, desde un punto de vista ético, la falta de diligencia y la inhibición o conducta de omisión por parte las matronas ante los casos de VG.

En los últimos años, el desarrollo de la bioética ha proporcionado propuestas que intentan mejorar la atención al paciente, apoyar el sentido de responsabilidad de los profesionales sanitarios y sensibilizar a la ciudadanía de los derechos y los deberes relativos al cuidado de su salud, de las distintas formas de intervención y de la necesidad de una adecuada comunicación interpersonal del sanitario y el paciente (Boladeras, 2012). Para un mejor abordaje de estos planteamientos, en el ámbito sanitario se aplica el análisis de casos y situaciones desde el marco de los cuatro principios bioéticos enunciados por Beauchamp y Childress (1999). Aplicando dichos cuatro principios clásicos de la bioética, a los casos de VG, nos encontramos:

Principio de Beneficencia: definido como obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente, procurando su bienestar (Bautista, 2004). Es importante tener presente que «el mayor beneficio posible» puede entenderse como aquello deseable desde un punto de vista médico o sanitario, pero también puede entenderse como aquello que la mujer determina que es su mejor bien de acuerdo a sus propios valores y que dichos valores pueden no coincidir con los de la medicina (Goberna, 2012). Por ello, se debe dialogar con la mujer para comprender lo que entiende como beneficioso para ella y su futuro/a hijo/a, ya que en caso contrario se caería en el paternalismo, pudiendo llegar a realizar una beneficencia coercitiva (Gracia, 2008). Se deben respetar las decisiones que tome la mujer. Si pretendemos su obediencia en lo que el sanitario cree que es beneficioso para ella y el feto, estaremos provocando una relación jerárquica y una transferencia de roles del poder que ejercía su pareja sobre ella al poder del sanitario. Debe ser ella quien tome las decisiones y marque los tiempos (Bugarín, 2014).

Principio de No Maleficencia: este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: «Primum non nocere», es decir, no hacer daño al paciente (Bautista, 2004). La VG infringe daño; por tanto, no ser proactivo en la detección o no ayudar a la mujer a salir de esta situación también provoca daño que atenta contra el principio de no maleficencia (Bugarín, 2014). Además, existen protocolos específicos de detección y abordaje de la VG en el embarazo que las matronas deben conocer y que ayudan a esa detección. En estos se recomienda abordar la VG desde un clima de confianza y empatía (Departament de Salut, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). Por ello sería inadmisibles que las matronas «mirasen hacia otro lado» ante la sospecha de un caso de VG y se consideraría por tanto una mala praxis.

Principio de autonomía: la autonomía se ha convertido un principio fundamental de la bioética en las sociedades occidentales de inicios de siglo XXI. El reconocimiento de la libertad de la persona para decidir ha sido uno de los grandes avances del pensamiento moderno. De él se ha derivado un cambio necesario en la manera de entender la relación clínica (Camps, 2011). Hacer uso de la propia capacidad de autonomía requiere que cada persona conduzca sus decisiones en concordancia con sus intereses, deseos y creencias (Bautista, 2004). Para que una decisión sea autónoma deben cumplirse tres puntos: que sea intencionada, que la paciente conozca los pros y los contras y que haya una ausencia de control externo (manipulación o persuasión) (Gracia, 2008). En el caso de las mujeres víctimas de VG, en ocasiones existirá una gran dependencia de la pareja violenta, principalmente a nivel psicológico, pero también a nivel económico. La mujer gestante puede sentirse obligada a permanecer con una pareja violenta para asegurar alimento y refugio a su hijo/a (Cook, 2009). Aunque ciertamente la mujer víctima de VG sufre una enorme vulnerabilidad y una reducción de su libertad, cabe precisar que esta dramática situación no la priva de su autonomía moral, ni de su capacidad de agencia, por lo que es ella la que tiene que tomar las decisiones sobre su proyecto vital y las matronas tienen la obligación de promover las condiciones necesarias para que esto sea así (Bugarín, 2014).

Principio de Justicia: este principio determina que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado con equidad (Bautista, 2004). Desde una perspectiva de salud pública se debe abogar y trabajar por el fortalecimiento de las personas vulnerables y desfavorecidas de la comunidad, con el objetivo de garantizar que los recursos básicos y las condiciones necesarias para la salud sean accesibles a todos (Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2012). Pero la realidad social constata que existen

desequilibrios y desigualdades entre los hombres y las mujeres. Esto es especialmente significativo en la VG, que se fundamenta en el poder que el agresor infringe sobre la mujer, forzandola a una situación de subordinación (Naciones Unidas, 1993). Por lo tanto, para cumplir este principio desde los servicios sanitarios, se debe asegurar que las matronas conocen todos los recursos disponibles para ayudar a salir de esa situación de injusticia que supone la VG durante el embarazo, y de esta forma poder informar y asesorar correctamente.

Conflictos éticos: la detección y abordaje de situaciones de VG puede plantear conflictos éticos a las matronas. Por divergencias en la aplicación de los principios; por contradicción entre estos y el código deontológico; y también de índole personal (subjetividad). Ejemplo de ello serían los casos en los que la mujer sufre VG, pero, a pesar de una adecuada información y asesoramiento, no quiere que se realice una denuncia. La ley determina que ante la sospecha racional de agresión, es decir, con una base médica, argumentada y sometida a la crítica de la razón, el sanitario tiene la obligación de hacer un informe a la justicia (Boletín Oficial del Estado, 2004). Pero en ocasiones las mujeres suplican que no se haga por miedo a las consecuencias o porque no están decididas a emprender acciones legales. Algunas mujeres retiran la denuncia a los pocos días o niegan o minimizan los hechos, pasando a defender al agresor. Esto se puede explicar en función del momento del ciclo de violencia² en la que la mujer se encuentra (Aretino, 2007; OMS, 2001). Sin duda, tomar una decisión en estas circunstancias supone un conflicto, puesto que no hacer el parte de lesiones incumple la ley. Además, cabe tener en cuenta que, en caso del embarazo, el feto y el/la futuro/a hijo/a podría sufrir lesiones y secuelas en su salud no solo en caso de una agresión física, sino porque la exposición reiterada en la infancia a un ambiente de abuso y violencia hacia la madre constituiría una forma grave de maltrato psicológico infantil (Servicio Madrileño de Salud, 2008). Por el contrario, denunciar en contra de la voluntad de la mujer choca con el respeto a su capacidad de autonomía y puede hacer que se rompa la relación de confianza, que la mujer se sienta traicionada y no acuda más a la consulta, lo que implica poner en riesgo todo el trabajo realizado hasta el momento. Además, la pérdida del contacto con el sistema sanitario la hace más vulnerable (Babi, 2015; CAMFiC, 2013).

² Leonor Walker, en 1978, describió el carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases: acumulación de tensión (ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad), incidente agudo (las tensiones se descargan mediante violencia hacia la mujer) y luna de miel (donde el agresor se muestra cariñoso, amable y da muestras de arrepentimiento).

Otro conflicto ético que se plantea se relaciona con el miedo: el miedo a lo que pueda sucederle a la mujer. Hay que recordar que muchos femicidios³ se producen después de que la mujer se haya separado de su pareja o anunciado que se quería separar. Es imprescindible, a la hora de realizar una denuncia y hasta que la justicia puede proteger a la mujer, ayudarla a tomar medidas de seguridad. En este sentido, las matronas deben conocer los recursos que se pueden ofrecer a la mujer. Pero esta actuación es especialmente difícil de llevar a cabo si se hace sin su consentimiento, puesto que probablemente se habrá roto, como se ha mencionado, la confianza de la mujer en la matrona. También está presente el miedo a no informar; si se produce una agresión después de haber decidido abstenerse de informar a la justicia se le podrían pedir responsabilidades legales al sanitario. Y, por último, está presente el miedo de que la matrona (que también suele ser mujer) pueda sentir hacia el hombre que ejerce la violencia. El nombre del sanitario figura en informes y partes de lesiones que la víctima usará contra el agresor si hay juicio y que este, tarde o temprano, conocerá, lo que compromete aún más la toma de decisiones (CAMFiC, 2013).

Cabe señalar que la relación asistencial durante el embarazo tiene una configuración particular, en la que el profesional tiene la obligación de cuidar de la madre pero también velar por el desarrollo del feto, apareciendo el erróneamente definido como conflicto materno-fetal⁴ (Goberna, 2009).

³ Según la OMS, se entiende por femicidio al asesinato intencional de una mujer por el hecho de ser mujer, incluiría: femicidios íntimos (cometidos por la pareja o expareja), femicidios en nombre del «honor» (por ejemplo cuando la mujer es acusada de adulterio e incluso por haber sido violada), femicidios relacionados con la dote (por ejemplo por traer una dote insuficiente a la familia) o los femicidios no íntimos (cometidos por alguien que no tiene una relación íntima con la mujer, por ejemplo el asesinato en una violación).

⁴ La autora profundiza en la concepción «errónea» del denominado «conflicto materno-fetal»; según Goberna, dicho conflicto aparece cuando los intereses de la mujer embarazada (definidos desde la perspectiva de la propia mujer embarazada) entran en conflicto con los intereses del feto (definidos desde la perspectiva del médico o de la matrona). El profesional percibe que el principio de beneficencia entra en conflicto con el principio de autonomía. Nuestro ordenamiento jurídico reconoce en el artículo 29 del Código Civil que el nacimiento determina la personalidad; asimismo, la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 reconoce que al nacisturus no le corresponde la titularidad del derecho a la vida. Sin embargo, reconoce que la vida del nacisturus es un bien jurídico constitucionalmente protegido por el artículo 15 de la Constitución española. De las anteriores argumentaciones puede concluirse que no existen obligaciones por parte de los profesionales sanitarios relacionadas con el principio de autonomía del feto, por lo que no puede existir «conflicto materno-fetal». Evidentemente, ello no significa que el profesional no adquiriera responsabilidades relacionadas con la preservación de la salud del feto, ya que estas derivan de la naturaleza de bien jurídicamente protegido. Para ampliar información al respecto, ver: Goberna, J. *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Tesis doctoral, 2009. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/1762>.

Para procurar dar luz y conciliar estos conflictos, vamos a analizar la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contextos de VG según los cuatro modelos de relación asistencial propuestos por Emanuel y Emanuel (1992):

El modelo paternalista: es aquel que el sanitario actúa como tutor, determinando y poniendo en práctica aquello que es lo mejor para el paciente. El sanitario da al paciente una información previamente seleccionada que le conducirá a consentir la actuación que según el punto de vista sanitario es la mejor. Se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el sanitario considera que es lo mejor (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona actuaría, por tanto, únicamente según su criterio objetivo marcado por la mejor praxis recomendada que determinaría qué es lo mejor para la mujer.

El modelo informativo: hace énfasis en el momento de transmisión de la información y proclama una clara diferencia entre los hechos y los valores. En este modelo, la obligación del profesional se limita a dar al paciente la información técnica y profesional, basada en la mejor evidencia disponible, para que así el paciente elija la intervención que desee. Concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones médicas (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona se convertiría en un suministrador de experiencia técnica e información sanitaria, sin tener cabida el diálogo, el consenso y la corresponsabilidad de elaborar un plan de acción, tan necesario en los casos de VG.

El modelo interpretativo: en este modelo, al igual que en el anterior, se pone a disposición del paciente la información disponible, técnica y sanitaria, pero en este caso el sanitario ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, y a determinar qué actuación los desarrolla mejor. Este modelo parte del supuesto de que los valores son dinámicos y dependen del contexto, por lo que pueden variar o entrar en conflicto cuando se aplican a diferentes situaciones. La autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión; el paciente llega a conocer más claramente cómo las distintas opciones sanitarias afectan su identidad (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona actuaría como «consejera-consultora», facilitándole información, ayudándole a interpretar sus valores con el fin de determinar las intervenciones que mejor se ajustan a su necesidad. No se limitaría a informar cómo en el modelo anterior, sino que incorporaría la mujer embarazada en un proceso global de análisis de su situación personal.

El modelo deliberativo: tiene el objetivo de que paciente y profesional interactúen. Este último debe ayudar al paciente a determinar y elegir los mejores valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en un acto clínico. El sanitario expone la información sobre la situación clínica del paciente y le ayuda a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral, es decir, el paciente está capacitado no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar a través del diálogo los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento, en consonancia con su propia identidad (Emanuel y Emanuel, 1992). En este caso, la información proporcionada por la matrona sería el primer paso, pero después esta dialogaría con la mujer y se haría una deliberación conjunta de las medidas a tomar o los pasos a seguir. La matrona comentaría no solo qué es lo que la mujer podría hacer, sino también, conociendo su situación personal y deseando lo mejor para ella y su futuro/a hijo/a, qué decisiones sobre su salud serían las más adecuadas. Esta deliberación no debe ir más allá de un acompañamiento, en algunos casos una relación persuasiva pero evitando siempre la coacción.

CONCLUSIONES

Las mujeres en contexto de VG viven una situación especialmente compleja, en la que a la dureza del maltrato se le añaden los conflictos internos (psicológicos, morales). Esta vulnerabilidad es aún mayor en el caso de las gestantes, porque afecta a dos vidas.

En ocasiones existirán discrepancias entre lo que la matrona considera que es lo mejor para la salud de la mujer y su futuro/a hijo/a y lo que ella desea o puede hacer. Discrepancias entre el respeto a la autonomía de la madre y lo que es beneficioso para el feto, desde una perspectiva médico-sanitaria. Por tanto, se la debe ayudar y no juzgar ni dejar al margen su situación de VG, aunque no se compartan sus decisiones.

Se ha de considerar que la toma de decisiones en situaciones tan complejas como la VG y específicamente durante el embarazo requiere un proceso asistencial de diálogo. Por ello, el modelo paternalista solo sería oportuno en aquellas situaciones en que la urgencia clínica hace necesario que el sanitario determine el mejor curso de acción de acuerdo a su criterio; por ejemplo, en los casos en los que se considere que la mujer o el feto se encuentren en riesgo vital. En el resto de las situaciones, este modelo debería ser

desestimado por no tener en cuenta las convicciones ni los valores de la mujer. Por otro lado, el modelo informativo también parece inadecuado en los casos de VG durante el embarazo, tanto por sus características como por su aplicabilidad, puesto que la mujer espera de la matrona calidad humana y no solo una «técnica informadora» que la asista de forma impersonal. Parecen por tanto a priori más oportunos el modelo interpretativo o deliberativo.

Puesto que la VG durante el embarazo requiere de un proceso asistencial de reflexión, interpretación y en ocasiones de negociación, no es generalizable a todas las mujeres por igual: dependerá del momento vital en que se encuentre. Precisa además de un proceso de toma compartida de decisiones bien elaborado, por lo que demanda tiempo, para la mujer y para la matrona. Tiempo en las consultas, pero también que las matronas tengan formación en habilidades psicológicas, comunicativas, sociales y éticas para abordar de una forma competente estas situaciones. La suma de ambos elementos: tiempo y habilidades, conllevará una relación asistencial que contemple el principio de autonomía desde una relación horizontal y de corresponsabilidad, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la gestante en contexto de violencia y dando a cada mujer, siempre que no se encuentre en riesgo vital, el tiempo que necesite para reflexionar, decidir y salir de esa situación.

BIBLIOGRAFÍA:

- AMORÓS, Celia. Conceptualizar es politizar. En: LAURENZO, Patricia et al. (coords.) *Género, violencia y derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2008.
- ARETINO ROMERO, Antonia. *Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra la mujer*. En: *Gaceta Sanitaria*. 2007, vol. 21, núm. 4, p. 273-7.
- BABI ROURERA, Pilar. *Presente continuo. Violencia de género en las consultas*. En: *Mujeres y Salud*. 2015, núm. 38, p. 17-38.
- BAUTISTA, Esperanza. Reciprocidad, responsabilidad y justicia. En: BAUTISTA E. (ed.) *10 palabras clave en la violencia de género*. Navarra: Verbo Divino, 2004, p. 189-239.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- BOLADERAS, Margarita (coord.). *Bioética, género y diversidad cultural*. Barcelona: Proteus, 2012.
- BUGARÍN GONZÁLEZ, Rosendo; BUGARÍN, Carmen. *Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género*. En: *Semergen*. 2014, vol. 40, núm. 5, p. 280-5.
- CAMPS, Victoria. *La autonomía, el principio «por defecto»*. En: *Bioética y debate*. 2011, vol. 17, núm. 62, p. 11-13.
- CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS. *Código Deontológico Internacional para Matronas*. Glasgow: Confederación Internacional de matronas, 2008.
- COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M. *Dilemmas in intimate partner violence*. En: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009, vol. 106, núm. 1, p. 72-5.
- DE LA TORRE, Javier. *Mujer, mujeres y bioética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.
- DE MIGUEL, Ana. *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2015.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu d'embaràs*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2010.
- EMANUEL, Ezequiel J.; EMANUEL Linda L. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. Madrid: Triacastela, 1992, p. 109-24.

- ESPAÑA. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 diciembre de 2004, núm. 313, p. 42166.
- ESPAÑA. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 2009, núm. 129, p. 44697-729.
- FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N° 27. Ética y salud pública* [en línea]. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012. Disponible en:
<http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/cuaderno27X.pdf>
- GOBERNA TRICAS, Josefina. Dones i Procreació: Ética de les practiques sanitàries i la relació asistencial en embaràs i naixement. Tesis doctoral. Barcelona: Facultat de Filosofia, Universitat de Barcelona, 2009. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10803/1762>
- . *Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto*. En: *ENE revista de enfermería*. 2012, vol. 6, núm.1, p. 70-77
- GÓMEZ FERNÁNDEZ, Analía; GOBERNA TRICAS, Josefina; PAYÀ SÁNCHEZ, Montserrat. *Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo*. En: *Matronas Profesión*. 2015, vol. 16, núm. 4, p. 124-30.
- GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela, 2008.
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.
- JAMES, Lois; BRODY, David, HAMILTON, Zachary. *Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review*. En: *Violence and Victims*. 2013, vol. 23, núm. 3, p. 359-380.
- LORENTE ACOSTA, Miguel. *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Editorial Planeta, 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* [en línea]. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina de alto comisionado, 1993. Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres* [en línea]. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf

---. *Informe mundial sobre la violencia y la salud* [en línea]. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en:

http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

---. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio* [en línea]. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98828/1/WHO_RHR_12.38_spa.pdf?ua=1

---. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [en línea]. Genova: OMS, 2013. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

PERIS VIDAL, Manuel. *La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género*. En: *Oñati Socio-legal Series*. 2015, vol. 5, núm. 2, p.716-744.

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. *Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Salud, 2008.

SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA (CAMFiC). *Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud*. Barcelona: Grupo de Ética de la Societat Catalana, 2013.

VALCARCEL, Amelia. *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2008.

VELASCO, Casilda et al. *Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors*. En: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2014, vol. 93, núm. 10, p. 1050-58.

WALKER, Lenore et al. *The Battered Women*. New York: William Morrow Paperbacks, 1979.