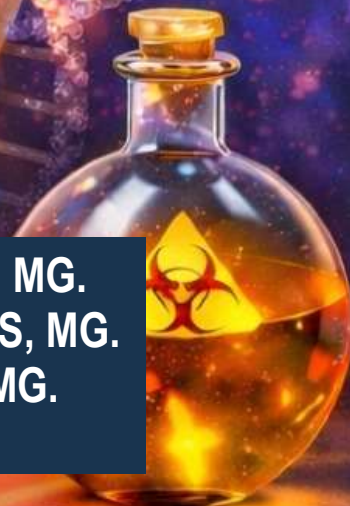




BIOÉTICA Y ÉTICA APLICADA EN LA OBSTETRICIA



OBSTA. DENIS ALFREDO ARÉVALO JUMBO, MG.
OBST. JESSICA ALEXANDRA TUFIÑO MACAS, MG.
OBST. ERIKA YESENIA INGA GUALOTUÑA, MG.
OBST. DEYSI VIVIANA BONILLA LEDESMA

Editado y distribuido por

CASA EDITORA DEL POLO

Manta, Manabí, Ecuador 2025

Correo electrónico: revistapolodelco@gmail.com

Hecho el Depósito de Ley.

Depósito Legal:

ISBN: 978-9942-684-61-5

Serie: Obstetricia

BIOÉTICA Y ÉTICA APLICADA EN LA OBSTETRICIA

AUTORES

Obsta. Denis Alfredo Arévalo Jumbo, Mg.

uq.denisaj94@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0001-8506-9546>

Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas, Mg.

uq.jessicatm15@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3163-8317>

Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña, Mg.

uq.erikaig67@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4772-0369>

Obst. Deysi Viviana Bonilla Ledesma

uq.deysibl73@uniandes.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-9233-188>

Todas las obras publicadas por la Casa Editora del Polo se someten previamente a un riguroso proceso de evaluación académica llevado a cabo por pares expertos debidamente acreditados.

Esta obra está destinada exclusivamente al uso personal y colectivo en actividades de carácter académico, investigativo, formativo y de divulgación científica.

Esta obra está bajo una licencia internacional

Revisión, Ortografía y Redacción

Lcda. Thalía Cifuentes Rojas, MSc.

Diseño de portada

Lcda. Rosa Contreras Jordán, MSc.

Diagramación:

Ing. Gabriela Almache Granda, MSc.

CONSTANCIA DE ARBITRAJE ACADÉMICO PARA PUBLICACIÓN EN FORMATO DIGITAL

La Casa Editora del Polo certifica que el manuscrito presentado para su publicación en formato digital ha sido sometido a un proceso de arbitraje académico exhaustivo, conforme a los estándares internacionales de evaluación por pares.

El proceso fue desarrollado por evaluadores externos con formación doctoral, seleccionados por su solvencia académica, producción científica y experticia disciplinar. La evaluación se llevó a cabo bajo la modalidad de arbitraje doble ciego, asegurando la independencia, transparencia e imparcialidad de los dictámenes.

Los especialistas designados analizaron de manera sistemática los siguientes criterios:

- Solidez metodológica y coherencia epistemológica,
- Pertinencia, vigencia y profundidad del marco teórico,
- Originalidad, aporte científico y relevancia para el campo de estudio,
- Consistencia argumentativa, claridad expositiva y estructura lógica del texto,
- Cumplimiento de estándares editoriales, éticos y de calidad académica,
- Adecuación del contenido a los requisitos técnicos para su difusión digital.

Tras concluir el proceso de evaluación, el manuscrito obtuvo un dictamen favorable, condicionado a la incorporación de las recomendaciones formuladas por los árbitros, las cuales fueron atendidas satisfactoriamente por los autores.

Comité Editorial

**RESOLUCIÓN DEL RECTORADO DE LA
UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES (UNIANDES)**

Considerando

Que, el **Obst. Denis Alfredo Arévalo Jumbo, Mg.;** la **Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas, Mg.;** la **Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña, Mg.;** y la **Obst. Deysi Viviana Bonilla Ledesma, Esp.,** han desempeñado importantes funciones como profesores en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES).

Que, en el desempeño de sus funciones han demostrado capacidad profesional, eficiencia, y lealtad institucional, constituyéndose en docentes e investigadores que han propiciado el desarrollo y fortalecimiento de la UNIANDES.

Que, en el período de sus ejercicios docentes han demostrado un alto nivel de conocimientos, excelentes métodos pedagógicos y el nexa hacia sus estudiantes, por lo que han sido y son estimados y respetados en el campo académico de nuestra universidad.

Que, la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) prevé que las Instituciones de Educación Superior deben incentivar a sus docentes y docentes investigadores en la generación de obras de carácter científico relevante para el desempeño de sus actividades, y por ende este Rectorado apoya a los distintos docentes y profesionales administrativos para que desarrollen y publiquen obras en el contexto de su gestión.

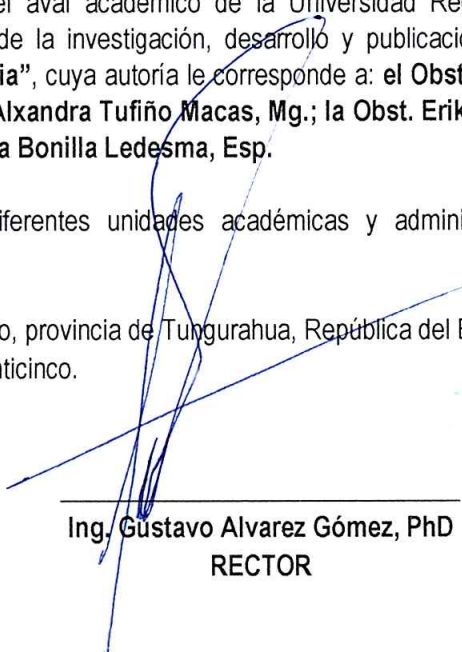
Que, la UNIANDES ha presentado los informes técnicos favorables (avales de pares) para que se impulse el desarrollo investigativo, la elaboración del contenido y la publicación de la obra **“Bioética y ética aplicada a la Obstetricia”**, la cual puede convertirse en un aporte para la comunidad científica universitaria.

Por tanto, el Rectorado de conformidad al art. 48 de la Ley Orgánica de Educación Superior y en concordancia con el art. 34 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES):

RESUELVE:

- 1) Auspiciar y conceder el aval académico de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES) en favor de la investigación, desarrollo y publicación de la obra **“Bioética y ética aplicada a la Obstetricia”**, cuya autoría le corresponde a: **el Obst. Denis Alfredo Arévalo Jumbo, Mg.;** la **Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas, Mg.;** la **Obst. Erika Yesenia Inga Gualotuña, Mg.;** y la **Obst. Deysi Viviana Bonilla Ledesma, Esp.**
- 2) Comuníquese a las diferentes unidades académicas y administrativas para los fines legales pertinentes.

Dado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, República del Ecuador, a los veinte días del mes de diciembre del dos mil veinticinco.



Ing. Gustavo Alvarez Gómez, PhD
RECTOR



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
INFORME DEL EVALUADOR DE LIBROS

Nombre y apellidos del evaluador: Lcda. Rosa María Chicaíza Chicaíza

Grado académico: Master

Institución donde labora: Universidad Técnica Estatal de Quevedo

Cargo o función que desempeña: Docente – Coordinadora de Investigación

Título del libro: Bioética y Ética aplicada en la Obstetricia

Criterio	Mal	Regular	Bien	Excelente
1. El tema tratado es de actualidad e importancia para la ciencia específica.				X
2. La extensión del libro es adecuada				X
3. El análisis teórico es actualizado (más del 50% de las referencias son de los últimos cinco años)				X
4. El libro denota un aporte a la disciplina que aborda				X
5. Está bien fundamentada la teoría incluida en el libro				X
6. Se evidencia objetividad en los temas tratados				X
7. Aborda las corrientes principales de la ciencia específica				X
8. Los datos abordados en el libro se encuentran validados por métodos que lo fundamentan.				X
9. La redacción y ortografía son buenas.				X
10. Existe relación entre el título y los aspectos abordados en el libro.				X
11. Los cuadros, tablas y figuras tienen buena calidad.				X

Aspectos a comentar.

Comente en una o varias hojas los siguientes elementos relacionados con el libro.

- Actualidad e importancia del libro.
- Aporte al estudio de la ciencia específica que trata.
- Objetividad de la información presentada
- Actualidad de las citas y referencias bibliográficas.
- Validez de los datos incluidos en el libro.

Finalmente marque con una X su criterio general sobre la obra analizada

Publicar de manera directa	X
Publicar con adecuaciones menores (hasta 30 días para solucionar)	
Publicar con adecuaciones mayores (hasta 90 días para solucionar)	
No publicar	

Firma:  Firmado electrónicamente por:
ROSA MARIA
CHICAIZA CHICAIZA
Validar únicamente con FirmaBC

Fecha: 15 de Abril de 2026.



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
INFORME DEL EVALUADOR DE LIBROS

Nombre y apellidos del evaluador: Ing. Kerly Jazmin Feijóo Rojas. MSc.

Grado académico: PhD.

Institución donde labora: Universidad Técnica de Babahoyo.

Cargo o función que desempeña: Docente Titular – Coordinadora de Investigación

Título del libro: Bioética y Ética aplicada en la Obstetricia

Criterio	Mal	Regular	Bien	Excelente
12. El tema tratado es de actualidad e importancia para la ciencia específica.				X
13. La extensión del libro es adecuada				X
14. El análisis teórico es actualizado (más del 50% de las referencias son de los últimos cinco años)				X
15. El libro denota un aporte a la disciplina que aborda				X
16. Está bien fundamentada la teoría incluida en el libro				X
17. Se evidencia objetividad en los temas tratados				X
18. Aborda las corrientes principales de la ciencia específica				X
19. Los datos abordados en el libro se encuentran validados por métodos que lo fundamentan.				X
20. La redacción y ortografía son buenas.				X
21. Existe relación entre el título y los aspectos abordados en el libro.				X
22. Los cuadros, tablas y figuras tienen buena calidad.				X

Aspectos a comentar.

Comente en una o varias hojas los siguientes elementos relacionados con el libro.

- f) Actualidad e importancia del libro.
- g) Aporte al estudio de la ciencia específica que trata.
- h) Objetividad de la información presentada
- i) Actualidad de las citas y referencias bibliográficas.
- j) Validez de los datos incluidos en el libro.

Finalmente marque con una X su criterio general sobre la obra analizada

Publicar de manera directa	X
Publicar con adecuaciones menores (hasta 30 días para solucionar)	
Publicar con adecuaciones mayores (hasta 90 días para solucionar)	
No publicar	

Firma:  
Ing. Kerly Feijóo Rojas, PhD.

Fecha: 20 de Abril del 2026.

ÍNDICE

1 Prologo

2 Introducción

3 Capítulo 1. Generalidades de la moral y la ética

- 1.1. Conceptos base: Moral, ética, bioética y deontología.
 - 1.2. Marco conceptual y clínico:
 - Lenguaje común: norma, valor, deber, responsabilidad y virtud.
 - La ética del cuidado y la dimensión relacional.
 - Del marco teórico al método clínico: estructurar dilemas.
 - Identificación de actores y noción de vulnerabilidad en obstetricia.
-

4 Capítulo 2. Bioética en la actualidad y método de deliberación

- 2.1. Enfoque sistémico: Fallas organizacionales
 - 2.2. Corrientes contemporáneas:
 - 2.3. El método de deliberación orientado a la acción:
 - Análisis de hechos clínicos.
 - Criterio de proporcionalidad y mínima lesión moral.
 - Comunicación de la decisión y documentación trazable.
 - Herramientas prácticas
-

5 Capítulo 3. La relación clínica y la objeción de conciencia

- 3.1. La relación clínica como tecnología de seguridad:
 - Comunicación ética: Microhabilidades y el estándar "explicar-hacer".
 - Conductas mínimas para prevenir el daño moral.
 - 3.2. Objeción de conciencia vs. Obstrucción:
 - Definición de objeción defendible y detección de prácticas
 - Deberes profesionales indelegables
 - Límites por urgencia, daño grave y carga añadida a la paciente.
 - Algoritmo de respuesta ante la objeción.
-

6 Capítulo 4. Salud sexual, reproductiva y situaciones de vulnerabilidad

- 4.1. Anticoncepción:
 - Ética del acceso, elección informada y prevención reproductiva.
 - Consejería equilibrada y decisiones sensibles a preferencias.
 - Anticoncepción de emergencia y ventana terapéutica posparto.
 - 4.2. Interrupción del embarazo: Prevención de daños secundarios
 - 4.3. Inicio de la vida y atención perinatal:
 - Diagnósticos prenatales graves y manejo de la incertidumbre.
 - Cuidados paliativos prenatales y acompañamiento deliberativo.
 - 4.4. Violencia y justicia: Rutas de protección ante violencia sexual
-

7 Capítulo 5. Consentimiento informado y capacidad para decidir

- 5.1. Naturaleza del consentimiento
 - 5.2. Evaluación de la capacidad
 - 5.3. Herramientas operativas:
 - 5.4. Integración práctica
 - 5.5. Ética en el puerperio
-

8 Referencias

La obstetricia es una disciplina clínica atravesada por decisiones en condiciones de alta carga emocional, urgencia variable y consecuencias biográficas profundas: embarazo, parto y puerperio no son solamente eventos fisiológicos, sino experiencias humanas con significado moral, social y jurídico. En ese contexto, la bioética no funciona como un adorno académico ni como un repertorio de prohibiciones, sino como un marco de deliberación que permite convertir incertidumbre y conflicto en decisiones justificables, comunicables y trazables, resguardando a la vez la seguridad clínica y la dignidad de la persona gestante. El debate contemporáneo ha mostrado que la calidad del cuidado obstétrico no puede evaluarse únicamente por desenlaces biomédicos como mortalidad, morbilidad o tasas de complicaciones. También debe valorarse por la experiencia de la paciente, el respeto de su integridad corporal, la preservación de su privacidad, la ausencia de coerción y la presencia de un trato digno, especialmente en procedimientos íntimos y situaciones de dolor. Estos componentes no son “aspectos blandos”: condicionan la confianza, la cooperación clínica, la posibilidad de revelar información sensible (violencia, coerción, prácticas sexuales, consumo de sustancias), y en consecuencia impactan de forma indirecta la prevención de riesgos y la efectividad del cuidado.

Este libro se sitúa en la convergencia entre seguridad clínica y legitimidad moral. Su propósito es proponer una ética aplicada a la obstetricia que sea conceptualmente sólida y, sobre todo, operativa: una bioética que se pueda ejecutar en el consultorio prenatal, en la sala de partos y en el puerperio, bajo presión asistencial y con recursos limitados.



La estructura del libro responde a una lógica de construcción progresiva. El Capítulo 1 desarrolla generalidades de moral y ética para construir un lenguaje común: norma, valor, deber, responsabilidad, virtud, conflicto y justificación. La finalidad no es filosófica en abstracto; es clínica y pedagógica. Sin categorías compartidas, los equipos tienden a discutir casos obstétricos como choques de opiniones (“yo creo”, “aquí siempre se ha hecho así”) o como disputas jerárquicas, en lugar de discutirlos como colisiones entre bienes que requieren ponderación. Con esta base, el lector puede reconocer con mayor claridad dónde se ubica el conflicto moral real y qué tipo de razones serían aceptables para justificar una conducta profesional frente a la paciente, el equipo y la institución.

El Capítulo 2 sitúa la bioética en la actualidad y propone un método de deliberación orientado a la acción. Se organiza la discusión de casos por hechos clínicos, preferencias y valores, impactos en calidad de vida e influencias contextuales, y se traduce en preguntas prácticas: qué decisión se toma ahora, qué alternativas son razonables, cómo justificar proporcionalidad y cómo documentar el proceso para sostener continuidad. El método está diseñado para funcionar tanto en consulta programada como en urgencias: no exige “tiempo ideal”, sino que provee una secuencia de razonamiento que puede abreviarse sin perder sus elementos críticos, evitando que la urgencia se convierta en licencia para la arbitrariedad o la coerción.

El Capítulo 3 examina la relación clínica como una tecnología moral de seguridad. Una buena relación no es un lujo: mejora la calidad de la información, reduce ansiedad, favorece cooperación y disminuye el riesgo de coerción clínica, particularmente en procedimientos íntimos. Se proponen conductas mínimas que, aunque simples, previenen daño moral: presentarse por nombre y rol, pedir permiso antes de tocar, explicar propósito y sensaciones esperables, ofrecer pausas, limitar repeticiones invasivas sin indicación y proteger privacidad. El capítulo también aborda cómo estas conductas deben sostenerse cuando aparece objeción de conciencia, de modo que la integridad del profesional no se convierta en instrumento de presión sobre la paciente.

Los Capítulos 4 y 5 completan el recorrido: el primero se interna en sexualidad, anticoncepción e interrupción del embarazo como ámbitos de alta vulnerabilidad moral, donde el pluralismo es inevitable y el riesgo de estigma es elevado; el segundo consolida consentimiento informado y capacidad para decidir como núcleo operativo que integra autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En ambos, el lector encontrará una tesis transversal: la excelencia ética no se sostiene en gestos heroicos, sino en estándares repetibles —una explicación proporcional, un permiso explícito, una verificación breve de comprensión, una entrevista a solas para detectar coerción, una derivación coordinada y un registro clínico neutral y trazable— que, ejecutados con consistencia, cambian la trayectoria del cuidado y reducen daño evitable.

INTRODUCCIÓN

La obstetricia es una disciplina clínica donde la toma de decisiones ocurre con frecuencia bajo condiciones de urgencia, dolor, ansiedad y alta incertidumbre pronóstica, y donde las intervenciones afectan simultáneamente a la persona gestante, al feto y al entorno familiar. Esta realidad convierte a la práctica obstétrica en un escenario de “alta densidad ética”: múltiples valores legítimos compiten en tiempos breves, con riesgos clínicos relevantes y con consecuencias potencialmente irreversibles, por lo que la excelencia técnica resulta insuficiente si no se acompaña de criterios sólidos para justificar y documentar decisiones prudentes. (1)

Además, la relación clínica en obstetricia tiene particularidades que intensifican los conflictos éticos: la coexistencia de intereses maternos y fetales, la centralidad de la intimidad corporal, la vulnerabilidad situacional (especialmente en trabajo de parto y puerperio), y la influencia determinante de factores socioculturales —creencias, roles de género, presiones familiares y condiciones socioeconómicas— que pueden fortalecer o debilitar la autonomía práctica de la paciente. En este marco, la ética aplicada no se reduce a “opiniones” o “valores personales”, sino a un proceso racional de deliberación que integra evidencia clínica, principios, deberes profesionales y salvaguardas institucionales para reducir daño y asegurar decisiones justificables. (1)

Una parte relevante de la complejidad obstétrica proviene del riesgo de derivar el análisis hacia choques de derechos abstractos (p. ej., “autonomía vs. vida fetal”) sin una metodología clínica para traducirlos en obligaciones concretas de cuidado. Por ello, se requiere un enfoque que combine el reconocimiento del estatus moral de los actores involucrados con un modelo profesional de responsabilidades: un marco donde la obligación de no abandonar, la búsqueda del mejor interés clínico posible, la compasión y la honestidad informativa se articulen de manera operativa, evitando que la deliberación se estanque en posiciones irreconciliables. (2)

Este libro se propone precisamente como una guía de bioética aplicada a la obstetricia, orientada a fortalecer la competencia deliberativa de los obstetras y del equipo de salud en escenarios cotidianos y de alta controversia. No se trata de reemplazar la normativa clínica ni los protocolos asistenciales, sino de aportar un método para identificar el problema ético real, reconocer actores y vulnerabilidades, explicitar supuestos, comparar cursos de acción razonables y justificar la decisión final con un criterio de proporcionalidad y mínima lesión, de modo que el razonamiento sea comunicable, reproducible y defendible. (3)

En esa línea, el libro adopta un enfoque práctico: cada capítulo desarrolla conceptos fundamentales y los traduce a preguntas guía, matrices de análisis y casos tipo para el entrenamiento profesional. La selección de temas responde a dilemas especialmente frecuentes en salud sexual y reproductiva: objeción de conciencia, consentimiento informado, capacidad decisional, consejería anticonceptiva, atención postaborto, y decisiones complejas vinculadas a diagnósticos prenatales graves y cuidados paliativos perinatales. Estos dominios no solo son clínicamente relevantes, sino que impactan de forma directa la confianza en el sistema de salud y la calidad de la experiencia asistencial. (4)

El consentimiento informado merece una mención específica desde el inicio, porque en obstetricia su incumplimiento no suele ser un problema meramente documental, sino un fenómeno relacional y de proceso: falta de información material, comunicación en lenguaje inaccesible, omisiones en alternativas razonables, presión situacional, o incapacidad transitoria de comprender por dolor o ansiedad. De allí que la obra trate el consentimiento como un proceso continuo y centrado en la toma de decisiones compartida, incorporando herramientas para verificar comprensión y voluntariedad, así como para manejar de forma ética la negativa informada, especialmente en escenarios donde la demora o el rechazo incrementan riesgos. (4)

Del mismo modo, la objeción de conciencia se aborda no como una etiqueta ideológica, sino como un problema de equilibrio entre convicciones individuales, integridad profesional y derechos de los pacientes a recibir atención oportuna, información veraz y derivación efectiva. La evidencia comparada muestra que la objeción no regulada o mal gestionada puede producir barreras clínicas, desigualdad de acceso y daños evitables, especialmente en servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que exige criterios éticos mínimos (no abandono, no discriminación, transparencia y continuidad asistencial) y mecanismos institucionales que preserven la seguridad del servicio. (5)



CAPÍTULO 1

Generalidades de la moral y la ética

1.1. Conceptos base: moral, ética, bioética y deontología

Para trabajar con bioética aplicada en obstetricia es indispensable fijar un lenguaje común, porque en la práctica clínica muchas controversias aparentan ser desacuerdos “de valores”, cuando en realidad derivan de usar los mismos términos con significados distintos o de confundir niveles de análisis (moral social, ética filosófica, normas profesionales o reglas institucionales). Si no se realiza esta clarificación inicial, la deliberación se vuelve improductiva: se discute “qué es lo correcto” sin especificar el criterio de corrección, el tipo de obligación en juego o el modo de justificarla. (9)

Tabla 1.

Conceptos base en ética aplicada a la obstetricia

Concepto	Definición operativa	Función en obstetricia	Riesgo de confusión frecuente
Moral	Conjunto de normas, valores y expectativas socialmente compartidas que orientan lo permitido, prohibido o exigido	Influye en percepciones sociales sobre embarazo, anticoncepción, maternidad y aborto	Confundir juicios morales sociales con criterios clínicos o éticos
Ética	Reflexión crítica y argumentada sobre la moral; analiza razones y justificaciones de las normas	Permite evaluar prácticas normalizadas que pueden vulnerar dignidad o derechos	Reducirla a opiniones personales o costumbres
Ética normativa	Teorías generales sobre lo correcto (deberes, consecuencias, virtudes)	Proporciona marcos conceptuales para analizar obligaciones	Aplicarla como regla automática
Ética aplicada	Uso de teorías éticas para justificar decisiones en contextos reales	Central en obstetricia por urgencia, incertidumbre y asimetrías de poder	Simplificar dilemas complejos
Bioética	Campo interdisciplinario que examina problemas morales de la vida y la salud	Integra clínica, derechos, contexto social e institucional	Reducirla solo al principalismo
Deontología	Conjunto de deberes y reglas profesionales codificadas	Define obligaciones mínimas del ejercicio profesional	Creer que agota toda la ética
Legalidad	Normas jurídicas coercibles	Establece mínimos obligatorios	Equiparar lo legal con lo éticamente correcto

Nota. Esta tabla establece un marco terminológico común para evitar ambigüedades conceptuales en la deliberación ética clínica. Las definiciones se utilizan con fines operativos y no pretenden agotar los debates filosóficos asociados a cada concepto.

En primer lugar, por moral se entiende el conjunto de normas, hábitos, valores y expectativas compartidas por una comunidad que orientan lo que se considera permitido, prohibido o exigible. La moral opera como un sistema práctico de regulación social: se interioriza mediante educación, cultura y experiencia, y suele expresarse en juicios cotidianos (“esto está bien”, “esto está mal”) antes de cualquier reflexión sistemática. En obstetricia, por ejemplo,

la moral social puede influir fuertemente en cómo se evalúan el embarazo adolescente, la anticoncepción o la interrupción del embarazo, incluso antes de examinar evidencia clínica o derechos implicados. (10)

La ética, en cambio, es la reflexión crítica y argumentada sobre la moral: no se limita a describir costumbres, sino que pregunta por las razones que hacen que una norma sea justificable o no. Mientras la moral tiende a ser local y culturalmente situada, la ética busca criterios de validez más robustos, capaces de resistir objeciones y de justificar decisiones ante personas con valores distintos. En el ámbito sanitario, esta distinción es crucial: una práctica

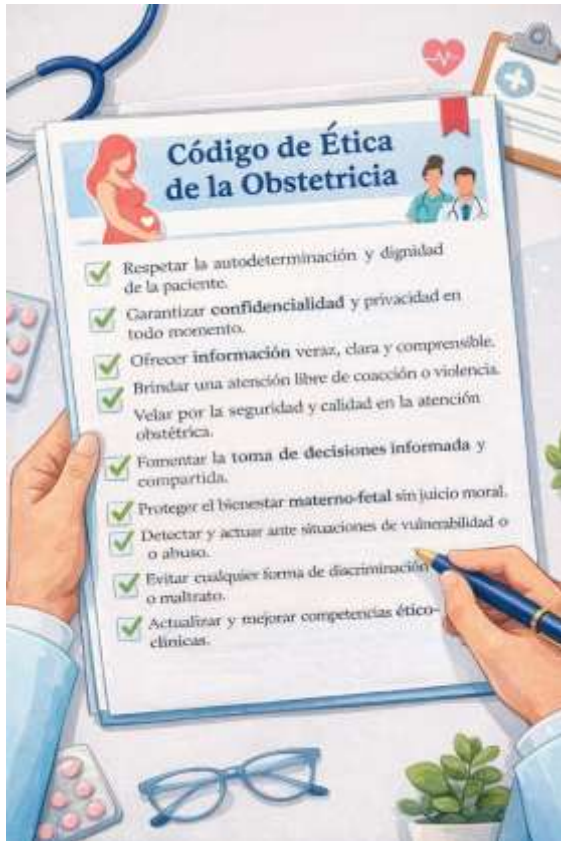


puede estar culturalmente normalizada y, sin embargo, ser éticamente problematizable si vulnera dignidad, autonomía o justicia; por ejemplo, imponer procedimientos “por rutina” sin información suficiente. (11)

Conviene además distinguir entre ética normativa y ética aplicada. La ética normativa discute principios y teorías generales sobre lo correcto (deberes, consecuencias, virtudes), mientras que la ética aplicada traslada esas herramientas a contextos concretos para justificar decisiones bajo condiciones reales: incertidumbre, tiempo limitado, comunicación imperfecta y asimetrías de poder. La obstetricia es un campo prototípico de ética aplicada porque el ideal de deliberación “sin presión” rara vez existe en sala de labor, emergencia obstétrica o puerperio inmediato, donde se requiere justificar decisiones proporcionalmente y con mínima lesión. (12)

A partir de allí, la bioética puede comprenderse como un dominio interdisciplinario que examina los problemas morales derivados de las ciencias de la vida, la medicina y la salud pública, incorporando tanto el análisis normativo como la consideración de contextos institucionales, tecnológicos y sociales. En obstetricia, la bioética no se restringe a dilemas extremos; también incluye cuestiones estructurales como desigualdad de acceso a control prenatal, barreras culturales, maltrato institucional, sesgos de género en la atención y calidad del consentimiento informado. Esto amplía el foco desde la decisión individual hacia las condiciones que hacen posible (o imposible) un cuidado justo y respetuoso. (13)

En el uso clínico cotidiano se suele identificar bioética con el principialismo (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), porque ofrece un lenguaje práctico para ordenar conflictos de valores. Sin embargo, es importante entender que los principios no operan como una “fórmula automática”; requieren interpretación contextual, ponderación y justificación. En obstetricia, por ejemplo, el principio de autonomía exige diferenciar entre “decisión expresada” y “decisión verdaderamente voluntaria” cuando existen presiones familiares, coerción reproductiva o violencia de pareja; sin ese análisis, invocar autonomía puede convertirse en una simplificación que



encubre vulnerabilidad. (14) Otro término central es deontología, que se refiere al conjunto de deberes y reglas profesionales codificados en normas de conducta, códigos éticos y estándares de práctica. La deontología cumple una función esencial: delimita obligaciones mínimas (confidencialidad, no discriminación, competencia, veracidad) y establece expectativas de comportamiento profesional. No obstante, la deontología no agota la ética; puede existir un deber codificado que, ante circunstancias excepcionales, demande deliberación adicional para evitar daño grave o injusticia. En obstetricia, esto se observa cuando una regla general (p. ej., “respetar decisiones”) entra en tensión con la urgencia clínica, la incapacidad transitoria o el riesgo vital inmediato. (15)

En la práctica asistencial se confunden a veces ética y legalidad. Aunque derecho y ética se intersectan, no son equivalentes: lo legal establece mínimos coercibles y procedimientos, mientras que la ética busca el mejor fundamento de la acción correcta, incluso más allá de lo exigido por la ley. Por ello, el libro utiliza el análisis ético como marco justificativo y el marco legal como restricción y guía operativa, evitando que uno absorba al otro. (16)

Para operar con precisión, también debemos separar valores, normas y virtudes. Los valores (dignidad, libertad, salud, bienestar, justicia) expresan aquello que se considera valioso; las normas establecen cómo actuar para proteger o promover esos valores; y las virtudes describen disposiciones del carácter profesional (prudencia, honestidad, compasión,

fortaleza) que permiten sostener decisiones correctas bajo presión. En obstetricia, la virtud de la prudencia clínica es especialmente relevante: no es “duda”, sino la capacidad de integrar evidencia, contexto y riesgos para decidir proporcionalmente y con responsabilidad, incluso cuando no existen certezas absolutas. (17)

Tabla 2.

Valores, normas y virtudes en la práctica obstétrica

Elemento	Qué expresa	Ejemplos	Función ética
Valores	Lo que se considera valioso	Dignidad, autonomía, justicia, salud	Orientan el sentido del cuidado
Normas	Reglas de acción	Consentimiento informado, confidencialidad	Operativizan los valores
Virtudes	Disposiciones del carácter profesional	Prudencia, compasión, honestidad	Sostienen decisiones correctas bajo presión

Nota. La distinción entre valores, normas y virtudes permite comprender que la ética clínica no se reduce al cumplimiento de reglas, sino que integra principios orientadores y disposiciones del carácter profesional necesarias para sostener decisiones correctas bajo presión.

Una fuente frecuente de conflicto es confundir dilemas éticos con problemas técnicos. Un problema técnico exige información clínica adicional o mejor ejecución (por ejemplo, ajustar manejo de dolor, confirmar diagnóstico, aplicar un protocolo); un dilema ético surge cuando, aun con información suficiente, chocan obligaciones o valores que no pueden cumplirse plenamente al mismo tiempo. En obstetricia, esto ocurre cuando una paciente rechaza un procedimiento recomendado: el equipo puede tener claridad técnica sobre riesgos, pero debe deliberar éticamente sobre comunicación, voluntariedad, capacidad, alternativas razonables y límites de intervención, sin reducir el caso a “desobediencia” o “falta de cooperación”. (18)

Tabla 3.

Problema técnico, conflicto de valores y dilema ético

Tipo de situación	Característica central	Ejemplo en obstetricia	Herramienta principal
Problema técnico	Falta información o ejecución adecuada	Ajustar analgesia, confirmar diagnóstico	Evidencia clínica y protocolos
Conflicto de valores	Diferencias legítimas de prioridades	Preferencia por parto vaginal vs. menor riesgo neonatal	Diálogo y negociación
Dilema ético genuino	Obligaciones incompatibles	Respetar negativa informada con alto riesgo	Deliberación ética estructurada

Nota. Esta clasificación tiene una finalidad metodológica: orientar la elección de herramientas adecuadas para el análisis de casos en obstetricia, evitando tanto la coerción clínica injustificada como la parálisis decisional en escenarios urgentes.

Igualmente, relevante es distinguir entre hechos y juicios de valor. Los hechos clínicos incluyen diagnóstico, probabilidad de eventos, eficacia de intervenciones y riesgos; los juicios de valor incluyen preferencias, umbrales aceptables de riesgo, significado del embarazo para la persona y prioridades vitales. Una ética aplicada competente exige que el equipo identifique explícitamente qué parte de la discusión es fáctica (y por tanto sujeta a evidencia) y qué parte

es valorativa (y por tanto demanda diálogo y respeto), evitando imponer valores del profesional como si fueran conclusiones científicas. (19) En obstetricia, esta clarificación

conceptual se vuelve aún más necesaria por la presencia de un tercer referente moral: el feto. Las discusiones sobre estatus moral fetal varían entre tradiciones filosóficas y culturales, y pueden producir polarización si se abordan de forma abstracta. Por ello, el enfoque que adoptaremos en el libro privilegia un análisis



clínico-responsivo: reconocer la relevancia moral del feto, sin que ello anule la agencia moral de la mujer gestante ni su derecho a recibir información veraz, trato digno y decisiones acompañadas. Este encuadre permite deliberar sin convertir cada caso en un debate metafísico total, pero sin trivializar lo que está en juego. (20)

Finalmente, es importante fijar un principio metodológico que guiará todo el texto: la bioética aplicada a obstetricia no busca “ganar discusiones”, sino tomar decisiones justificables en condiciones reales, reduciendo daño evitable y respetando derechos, dignidad y seguridad clínica. En los siguientes apartados construiremos una base más operativa: cómo se relacionan teorías éticas con obligaciones profesionales, cómo se identifican conflictos genuinos y cómo se documenta la deliberación de manera trazable y comprensible para el equipo y para la paciente. (6)

1.2. Principales teorías éticas y su utilidad en la deliberación sanitaria

En la práctica sanitaria —y de manera particular en obstetricia— las teorías éticas no operan como “recetas” que resuelven automáticamente un conflicto; funcionan, más bien, como marcos de interpretación que permiten identificar qué valores están en juego, qué deberes se activan y qué consecuencias resultan previsibles, de modo que la decisión final sea justificable frente a la paciente, el equipo y la institución. En este sentido, una ética aplicada madura reconoce que el razonamiento moral clínico requiere método: clarificación de hechos, identificación de normas relevantes, evaluación de alternativas y argumentación pública de la elección adoptada. (7)

En obstetricia, el carácter “tiempo-dependiente” de muchas decisiones (hemorragia posparto, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, sepsis puerperal) obliga a estructurar rápidamente el juicio ético sin perder rigor. De allí que el profesional necesite herramientas conceptuales que permitan integrar tres niveles: (i) la relación con la paciente concreta, (ii) el bienestar materno-fetal como unidad clínica compleja, y (iii) las condiciones del sistema (recursos, protocolos, marco legal, cultura institucional). Esta integración suele evidenciar tensiones entre enfoques centrados en el deber (deontología) y enfoques centrados en resultados (consecuencialismo/utilitarismo), especialmente cuando hay escasez o riesgo elevado. (7)

Tabla 4.

Principales teorías éticas y su utilidad en obstetricia

Enfoque ético	Eje central	Aporte principal	Riesgo si se aplica aisladamente
Deontología	Deberes y reglas	Protege la relación fiduciaria y la dignidad	Rigidez frente a daños inevitables
Consecuencialismo / Utilitarismo	Resultados y beneficios globales	Manejo de escasez y priorización	Sacrificar derechos individuales
Ética de la virtud	Carácter profesional	Juicio práctico y excelencia clínica	Subjetivismo si no se articula
Ética del cuidado	Relaciones y contexto	Autonomía situada y detección de coerción	Desdibujar límites normativos

Nota. Las teorías éticas aquí presentadas funcionan como marcos interpretativos complementarios, no como recetas automáticas. Su aplicación en obstetricia requiere integración contextual, especificación de principios y juicio clínico prudente.

1.2.1. Deontología: deberes, límites y protección de la relación clínica

La deontología sostiene, en términos generales, que la corrección moral de un acto depende primariamente de su conformidad con deberes y reglas, y no solo del balance final de beneficios y daños. En medicina, esta perspectiva suele traducirse en la centralidad del vínculo fiduciario: la obligación del profesional de actuar con lealtad hacia la paciente, respetar su dignidad, proteger la confidencialidad y evitar acciones intrínsecamente incorrectas (por ejemplo, instrumentalizar a la persona como mero medio para fines externos).

La fortaleza de este enfoque es que protege a la paciente frente a decisiones justificadas únicamente por conveniencia institucional o por “beneficios sociales” vagamente definidos. (13) En obstetricia, la deontología adquiere especial relevancia cuando la paciente es vulnerable: adolescentes, migrantes, mujeres con violencia de pareja, o gestantes con barreras lingüísticas. El deber de confidencialidad, el deber de veracidad y el deber de respeto a la persona se convierten en condiciones mínimas de legitimidad del acto clínico. La objeción

frecuente a este enfoque es que, aplicado rígidamente, puede dificultar decisiones que exigen ponderación de daños inevitables; sin embargo, incluso en escenarios complejos, el aporte deontológico consiste en fijar “líneas rojas” que no deben cruzarse sin una justificación excepcional y explícita. (13)

La tensión clásica se observa cuando el sistema impone metas o límites que presionan el acto clínico (camas disponibles, tiempos de quirófano, restricciones presupuestarias). En tales circunstancias, el profesional puede experimentar un conflicto entre el deber hacia su paciente y los imperativos de gestión poblacional. La literatura ha descrito esta fricción como un choque estructural entre la naturaleza deontológica de la interacción clínica y la tendencia utilitarista de ciertos sistemas sanitarios orientados a maximizar eficiencia. Para obstetricia, esto se traduce en dilemas como priorizar emergencias simultáneas, decidir traslados, o aceptar protocolos que estandarizan conductas sin captar singularidades relevantes. (13)

1.2.2. Consecuencialismo y utilitarismo: maximización del bien y dilemas de distribución

El consecuencialismo evalúa la moralidad de un acto por sus resultados; el utilitarismo, como variante influyente, busca el mayor beneficio para el mayor número. En el ámbito sanitario, esta perspectiva se vuelve especialmente visible en decisiones de salud pública, asignación de recursos y elaboración de guías clínicas. En obstetricia, su presencia emerge en políticas de priorización (por ejemplo, acceso a UCI, derivación a centros de mayor complejidad, uso de sangre y hemoderivados), donde la pregunta ya no es solo “qué debo a esta paciente”, sino “qué decisión produce el mejor resultado global dadas limitaciones reales”. (12)

El aporte del utilitarismo es su claridad para enfrentar escenarios de escasez y emergencia: obliga a explicitar criterios, comparar alternativas y anticipar efectos colectivos. No obstante, su riesgo ético es igualmente claro: puede normalizar daños a minorías o a individuos concretos si el saldo global parece favorable, lo que en obstetricia puede adquirir tonos problemáticos cuando se minimiza la autonomía de la gestante, se subordinan sus preferencias o se “sacrifican” estándares de trato digno en nombre de la eficiencia. Por ello, la discusión contemporánea insiste en que el razonamiento utilitarista debe ser controlado por salvaguardas de justicia, transparencia y rendición de cuentas. (12)

Una formulación contemporánea útil para el análisis sanitario es la idea de espectro entre “principalismo deontológico” (más centrado en el deber hacia la paciente individual) y “principalismo utilitarista” (más centrado en beneficio poblacional), particularmente cuando

una crisis desplaza el punto de equilibrio. Aunque estos desarrollos se discuten con frecuencia en contextos de emergencias, el concepto es aplicable a obstetricia cotidiana: una sala de partos con alta demanda, limitación de anestesia o saturación de neonatología empuja a decisiones donde autonomía, beneficencia y justicia cambian de peso relativo, aun sin un “desastre” formalmente declarado. (4)

La deliberación ética debe reconocer que “maximizar resultados” no es una operación neutra: requiere definir qué cuenta como beneficio (supervivencia, ausencia de secuelas, bienestar subjetivo, respeto cultural), a qué horizonte temporal (corto o largo plazo) y con qué distribución (quiénes cargan los costos). En obstetricia, estas definiciones son sensibles: por ejemplo, un protocolo que reduce morbilidad neonatal puede aumentar intervenciones quirúrgicas maternas; un estándar que disminuye hemorragias puede limitar opciones de parto; una política de restricción puede mejorar eficiencia, pero deteriorar confianza institucional. La ética aplicada exige que estas compensaciones sean explícitas, y no asumidas tácitamente. (5)

1.2.3. Ética de la virtud: carácter profesional y excelencia práctica en obstetricia

La ética de la virtud desplaza el énfasis desde reglas o consecuencias hacia el carácter del agente moral y las disposiciones que hacen posible actuar bien de manera consistente: prudencia, compasión, justicia, templanza, fortaleza, honestidad. En medicina, esta perspectiva es especialmente pertinente porque la



calidad moral del acto clínico no se reduce a cumplir un protocolo, sino a ejercer juicio práctico (phronesis) en situaciones singulares, muchas veces bajo incertidumbre y presión emocional. En obstetricia, donde el acompañamiento, la comunicación y la contención son componentes clínicamente relevantes, la virtud no es un “adorno”: se vuelve parte de la competencia profesional. (6)

La compasión merece mención particular porque, en obstetricia, el sufrimiento no es solo físico; incluye miedo, vergüenza, pérdida, culpa, estigma o trauma previo. Una ética centrada en la compasión no significa sentimentalismo ni pérdida de objetividad, sino la capacidad disciplinada de reconocer la vulnerabilidad y responder con humanidad sin abandonar la precisión técnica. Desde esta óptica, el modo en que se comunica un diagnóstico adverso, se

solicita un examen íntimo o se acompaña una decisión difícil es parte constitutiva de la moralidad del cuidado, y puede afectar adherencia, confianza y resultados. (7)

Asimismo, la virtud opera como “puente” cuando las teorías chocan: un profesional prudente sabe cuándo un deber debe especificarse, cuándo un resultado no justifica un medio, y cuándo el respeto a la autonomía exige más tiempo pedagógico, aunque el servicio esté saturado. Esta idea es crucial en obstetricia porque los dilemas suelen ser mixtos: involucran urgencia clínica, valores íntimos, presiones familiares y restricciones institucionales. La virtud no sustituye a los principios; los vuelve aplicables con tacto moral, sin caer en rigidez ni arbitrariedad. (6)

1.2.4. Ética del cuidado y enfoques relacionales: autonomía situada y contexto de vulnerabilidad

Los enfoques de ética del cuidado (care ethics) subrayan que la moralidad no se comprende plenamente si se abstrae a la persona de sus relaciones, dependencias y contextos. En salud materna, esta perspectiva es particularmente fecunda porque el embarazo y el puerperio reconfiguran redes familiares, riesgos sociales y cargas emocionales, y porque la toma de decisiones suele estar atravesada por relaciones de poder (pareja, familia, instituciones, normas culturales). La ética del cuidado no niega la autonomía; la entiende como situada y vulnerable a coerciones, por lo que exige detectar presiones, violencia, manipulación o desigualdad que “simulan” consentimiento. (8)

En obstetricia, esta mirada ayuda a prevenir una simplificación frecuente: asumir que bastará con informar y “dejar decidir”. En realidad, decidir requiere condiciones: comprensión real, ausencia de coacción, posibilidad de preguntar, tiempo razonable y un entorno seguro. La ética del cuidado orienta a construir esas condiciones mediante comunicación empática, verificación de entendimiento, y negociación de planes de cuidado que reconozcan recursos reales de la paciente (transporte, apoyo familiar, acceso a controles, alfabetización en salud). Dicho de otro modo, integra la dimensión técnica con la dimensión relacional como parte de la obligación moral. (8)

Tabla 5.
Autonomía: niveles de especificación en obstetricia

Nivel	Qué exige	Ejemplo práctico
Expresión de decisión	Manifestación verbal	“No quiero el procedimiento”
Voluntariedad	Ausencia de coacción	Entrevista a solas sin presión familiar

Comprensión	Entendimiento real de riesgos y alternativas	Verificación de comprensión
Condiciones materiales	Tiempo, privacidad, lenguaje adecuado	Espacio seguro para decidir

Nota. La autonomía se entiende en este texto como autonomía situada, dependiente de condiciones reales de comprensión y voluntariedad. La ausencia de alguno de estos niveles compromete la legitimidad ética del consentimiento.

1.2.5. Del marco teórico al método clínico: estructurar dilemas sin perder la singularidad

Un error habitual en ética aplicada es usar teorías como etiquetas (“esto es utilitarista”, “esto es deontológico”) sin convertirlas en un procedimiento deliberativo operativo. Para evitarlo, se han propuesto métodos estructurados que guían el análisis de casos. Entre los más difundidos, el enfoque de los “cuatro cuadrantes” (indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y rasgos contextuales) permite ordenar información y visualizar tensiones entre principios, hechos y contexto, lo cual es especialmente útil cuando el equipo enfrenta desacuerdo o incertidumbre. (9)



Este tipo de método es valioso en obstetricia porque obliga a no reducir el conflicto a un solo eje (por ejemplo, “vida vs. autonomía”), e integra dimensiones que suelen omitirse bajo presión: impacto psicosocial, riesgos futuros, valores culturales, y contexto institucional y legal. Además, facilita la deliberación interprofesional: obstetrix, gineco-obstetra, anestesia, neonatología, trabajo social y psicología pueden aportar de forma ordenada, disminuyendo decisiones impulsivas o basadas en jerarquía. Aun así, la herramienta no “decide” por el equipo: organiza; el juicio moral sigue siendo responsabilidad humana. (3)

1.3. Razonamiento moral en escenarios sanitarios: del “dilema” a la decisión justificable

En clínica, el razonamiento moral no inicia cuando aparece un conflicto explícito, sino desde la primera interacción: qué se pregunta, cómo se pregunta, qué información se registra y qué supuestos se dan por sentados. En obstetricia, esta fase temprana es decisiva porque la vulnerabilidad situacional puede hacer que una decisión aparentemente “autónoma” sea, en realidad, una respuesta adaptativa a miedo, dolor, presión familiar o desconfianza

institucional; por ello, deliberar éticamente exige primero reconocer el contexto humano de la decisión antes de discutir principios abstractos. (3)

El razonamiento moral clínico puede entenderse como una secuencia de operaciones: (i) identificar el problema ético real, (ii) establecer hechos clínicos relevantes y su grado de incertidumbre, (iii) determinar quiénes son los actores y cuáles son sus intereses legítimos, (iv) explicitar los valores y obligaciones en tensión, (v) proponer cursos de acción posibles, (vi) ponderar daños y beneficios previsibles, (vii) elegir una alternativa justificable con criterio de proporcionalidad y mínima lesión, y (viii) documentar la decisión de manera trazable. Este orden evita dos errores frecuentes: debatir soluciones antes de definir el problema, y convertir la deliberación en una disputa de opiniones sin estructura argumentativa. (3)

1.3.1. Dilemas genuinos, conflictos de valores y problemas técnicos

En ética aplicada conviene distinguir entre dilema ético, conflicto de valores y problema técnico, porque cada uno requiere herramientas distintas. El problema técnico se resuelve con más información o mejor ejecución (por ejemplo, manejo de analgesia, estabilización hemodinámica, confirmación diagnóstica); el conflicto de valores aparece cuando hay desacuerdos sobre prioridades legítimas (por ejemplo, preferencia por parto vaginal vs. reducción máxima de riesgo neonatal); y el dilema genuino surge cuando dos obligaciones importantes son incompatibles en ese caso concreto y cualquier curso de acción implicará pérdida moral o daño no trivial. En obstetricia, confundir un dilema con un problema técnico suele conducir a coerción clínica (“hay que hacerlo porque sí”), mientras confundir un problema técnico con dilema puede paralizar decisiones urgentes. (3)

Para afinar esta clasificación, resulta útil formular una pregunta operativa: “Si tuviera toda la información clínica necesaria y los recursos disponibles, ¿seguiría existiendo el conflicto?”. Si la respuesta es no, es probable que el núcleo sea técnico u organizacional; si la respuesta es sí, el núcleo es ético y exige deliberación. Por ejemplo, una negativa a cesárea puede ser técnica si deriva de desinformación o mala comunicación; puede ser ética si la paciente comprende riesgos, tiene capacidad, y aun así elige conforme a su sistema de valores; y puede ser organizacional si la negativa ocurre porque el servicio no garantiza acompañamiento, privacidad o trato digno, erosionando confianza. (4)

1.3.2. Hechos, evidencia e incertidumbre: el “piso” del juicio ético

La ética clínica necesita hechos, porque sin estimaciones razonables de riesgo, eficacia y alternativas, la deliberación se vuelve especulativa. En obstetricia, sin embargo, muchos

hechos son probabilísticos y dependen del tiempo: el riesgo de progresión de una preeclampsia, el pronóstico fetal según monitoreo, o la probabilidad de complicaciones según comorbilidades. Esto implica que el profesional debe comunicar incertidumbre de forma competente, evitando tanto el alarmismo como la minimización, y reconociendo que la incertidumbre no elimina la obligación de decidir, sino que exige decisiones prudentes con revisión continua (“decidir y reevaluar”). (5)

La calidad de la evidencia también tiene un componente ético: no es lo mismo sustentar una recomendación en evidencia robusta que en tradición o rutina. Cuando una práctica se mantiene por costumbre, pero sin respaldo suficiente, el profesional debe ser especialmente cuidadoso en no presentarla como “obligatoria” y en



asegurar que la paciente conozca alternativas razonables. En obstetricia, este principio se vincula directamente con consentimiento informado: a mayor incertidumbre o controversia, mayor necesidad de transparencia informativa y de reconocimiento del margen legítimo de elección. (6)

1.3.3. Actores, intereses y vulnerabilidad: quién decide y bajo qué condiciones

El análisis ético debe identificar actores reales, no solo teóricos. En obstetricia, además de la paciente, suelen intervenir pareja, familia extensa, acompañantes, personal de salud y, en ciertos casos, autoridades institucionales; cada uno puede influir en la decisión. Reconocer actores no implica equiparar derechos: la paciente es el centro del cuidado y titular primaria de la decisión sobre su cuerpo, pero los demás pueden tener intereses legítimos (apoyo, información, bienestar del recién nacido) que deben gestionarse sin permitir que se transformen en coerción o sustitución de voluntad. (7)

La noción de vulnerabilidad es clave porque la autonomía no es solo capacidad cognitiva; también es posibilidad real de decidir sin amenazas, sin manipulación y con comprensión adecuada. En obstetricia, vulnerabilidad puede ser situacional (dolor intenso, urgencia, anestesia, shock emocional), estructural (pobreza, baja alfabetización en salud, discriminación), o relacional (violencia de pareja, control familiar). El razonamiento moral competente exige evaluar estas vulnerabilidades y activar salvaguardas: privacidad para

entrevistar, presencia de apoyo elegido por la paciente, intervención de trabajo social o psicología, e intérpretes cuando exista barrera lingüística. (8)

1.3.4. Especificación y ponderación de principios: evitar principios “decorativos”

En clínica, invocar un principio sin especificarlo conduce a conclusiones incompatibles. Por ejemplo, “respetar autonomía” puede significar: (a) aceptar una decisión informada y competente, (b) proteger a la paciente de coacción, o (c) garantizar condiciones para que pueda comprender. Especificar el principio implica traducirlo a obligaciones concretas: qué información se debe dar, cómo se verifica comprensión, qué alternativas deben ofrecerse y qué acciones son inadmisibles (amenazas, humillación, omisión deliberada de opciones). En obstetricia, esta especificación permite que autonomía y beneficencia no aparezcan como enemigos inevitables, sino como obligaciones que, bien aplicadas, suelen converger en un cuidado más seguro y respetuoso. (3)



La ponderación se vuelve necesaria cuando dos principios chocan de manera real. El criterio de proporcionalidad ayuda a ordenar la decisión: (i) idoneidad de la medida (sirve para el objetivo clínico), (ii) necesidad (no existe alternativa menos lesiva con eficacia comparable), (iii) proporcionalidad estricta (el beneficio esperado justifica la carga o lesión), y (iv) revisión (se mantiene solo mientras persistan condiciones que la justifican). En obstetricia, esta lógica es especialmente útil en urgencias, donde decisiones rápidas pueden ser éticamente correctas si son proporcionales, temporales y revisables, y si se documenta por qué no fue posible un consentimiento completo en ese momento. (4)

1.3.5. Deliberación interprofesional y documentación: ética que se puede auditar

La deliberación ética no es un acto privado del clínico; en entornos complejos debe ser interprofesional, porque cada disciplina aporta perspectivas relevantes (riesgo materno, riesgo fetal, analgesia, neonatología, salud mental, determinantes sociales). En obstetricia, la deliberación compartida reduce decisiones basadas en jerarquía o sesgos, y mejora la consistencia institucional, especialmente cuando el servicio enfrenta casos repetitivos de

objeción de conciencia, negativa informada o atención postaborto. La deliberación interprofesional también fortalece la comunicación con la paciente, porque permite al equipo ofrecer un mensaje coherente y no contradictorio. (4)

Documentar la deliberación es parte del deber profesional: no se trata de “defenderse”, sino de garantizar trazabilidad y continuidad del cuidado. Un registro éticamente robusto incluye: hechos clínicos clave y su incertidumbre, información entregada y comprensión verificada, preferencias y valores expresados por la paciente,



evaluación de capacidad cuando proceda, alternativas consideradas, justificación del curso adoptado (proporcionalidad), plan de contingencia y criterios de reevaluación. En obstetricia, este registro es particularmente importante cuando hay negativa informada, intervención en urgencia con consentimiento limitado, o derivación por objeción de conciencia, porque protege a la paciente de arbitrariedad y protege al equipo de decisiones improvisadas. (4)

Caso tipo 1: rechazo de procedimiento recomendado

Una gestante en trabajo de parto con signos de sufrimiento fetal es informada de la recomendación de intervención urgente. Ella se niega y solicita “esperar un poco más” debido a una experiencia previa traumática con quirófano. El problema no debe definirse de inmediato como “autonomía vs. vida fetal”, sino como un conjunto de tareas: verificar comprensión del riesgo y del tiempo, explorar trauma y miedo como factores que afectan voluntariedad, ofrecer alternativas clínicas razonables si existen, activar apoyo emocional y comunicación clara, y documentar la deliberación. Si la paciente tiene capacidad y mantiene su negativa tras información suficiente, la obligación del equipo es respetar la decisión y minimizar daños mediante un plan de contingencia y reevaluación; si la capacidad está comprometida por dolor extremo o pánico, deben activarse salvaguardas y reintentarse el proceso de consentimiento de forma proporcional al tiempo disponible. (4)

1.4. Profesionalismo y responsabilidad en obstetricia: obligaciones mínimas y excelencia moral

El profesionalismo en obstetricia no es un atributo decorativo, sino un conjunto de obligaciones prácticas que sostienen la legitimidad del acto clínico en contextos de alta vulnerabilidad y asimetría de poder. En términos éticos, el profesionalismo expresa un compromiso fiduciario: la paciente confía en que el equipo utilizará su conocimiento técnico en su beneficio, respetará su dignidad, no la instrumentalizará y no condicionará la atención por prejuicios, creencias o conveniencias institucionales. Esta confianza es especialmente frágil en salud sexual y reproductiva, donde el estigma social puede transformar la interacción clínica en un espacio de juicio moral, y donde la paciente puede experimentar temor a ser castigada, culpabilizada o expuesta. (5)

En obstetricia, la responsabilidad profesional también tiene una dimensión temporal crítica: muchas decisiones deben tomarse con rapidez, y el margen para corregir errores puede ser reducido. Por ello, la ética aplicada no se limita a “intenciones correctas”; exige una práctica responsable que integre comunicación efectiva, prudencia clínica, respeto por la autonomía situada y un compromiso sostenido con la seguridad del paciente. Dicho de otro modo, la obligación moral del profesional incluye tanto lo que hace (intervenciones) como cómo lo hace (trato, información, consentimiento, registro), porque la forma de la atención puede producir daño moral y clínico incluso si el procedimiento técnico es correcto. (6)

1.4.1. Confidencialidad y privacidad: proteger la intimidad como condición de autonomía

La confidencialidad es un deber central porque resguarda la intimidad y evita daños sociales secundarios (violencia,



estigmatización, pérdida de apoyo familiar, discriminación laboral). En obstetricia, este deber se intensifica por la naturaleza altamente sensible de la información: vida sexual, anticoncepción, antecedentes de abuso, pruebas diagnósticas, decisiones reproductivas y eventos como aborto espontáneo o provocado. La confidencialidad no es solo “guardar secreto”; implica gestionar activamente quién accede a la información, en qué condiciones, con qué justificación clínica y cómo se comunica a terceros, especialmente en entornos donde familiares o pareja buscan controlar la conversación clínica. (7)

La privacidad —condición material para deliberar y consentir— es inseparable de la confidencialidad. Si la paciente no puede hablar en un espacio seguro, su autonomía queda comprometida, aunque “acepte” lo propuesto. En obstetricia, esto exige prácticas concretas: entrevistas clínicas a solas cuando exista sospecha de coerción o violencia, regulación de acompañantes en momentos de información sensible, uso responsable de historiales, y comunicación discreta de resultados. La ética del cuidado obliga a comprender que, sin privacidad, la voluntad puede deformarse por miedo o dependencia, y el consentimiento puede convertirse en un acto de supervivencia relacional más que en una elección genuina.(8)

1.4.2. Veracidad y comunicación: la obligación de informar sin manipular

La veracidad es un deber fundamental porque la toma de decisiones clínicas requiere información material y comprensible. En obstetricia, ser veraz no significa abrumar con tecnicismos ni reducir la conversación a formularios; significa comunicar riesgos y alternativas con proporcionalidad, reconocer incertidumbres y evitar distorsiones que manipulen la decisión (por ejemplo, exagerar riesgos para obtener adhesión rápida, o minimizar riesgos para evitar conflicto). La comunicación ética incluye, además, la obligación de verificar comprensión, adaptar el lenguaje al nivel de alfabetización en salud y permitir preguntas sin humillación, especialmente cuando el estrés del entorno clínico empuja a una comunicación directiva o impaciente.(9)

Un punto crítico es distinguir entre recomendación clínica y coerción. En obstetricia, es legítimo recomendar con firmeza una intervención cuando la evidencia y el riesgo lo sustentan, pero la recomendación ética debe conservar el espacio decisional de la paciente: explicar razones, explorar valores, ofrecer alternativas razonables si existen y clarificar consecuencias sin amenazas. La coerción aparece cuando se usan presiones indebidas (miedo, culpa, ridiculización, retención de información, condicionamiento de atención), lo cual no solo vulnera autonomía, sino que deteriora confianza y aumenta el riesgo de retraumatización, especialmente en pacientes con antecedentes de violencia o malos tratos en el sistema de salud. (5)

1.4.3. Competencia, límites de práctica y responsabilidad por la actualización

La competencia profesional es un deber ético porque el desconocimiento o la desactualización generan daño evitable. En obstetricia, la competencia se expresa en la habilidad para reconocer signos de alarma, aplicar protocolos de seguridad, comunicar adecuadamente riesgos, y solicitar apoyo oportuno (referencia, interconsulta, escalamiento).

La ética aplicada exige reconocer límites: saber cuándo la complejidad del caso excede la capacidad del profesional o del establecimiento, y actuar con prontitud para derivar sin retrasos injustificados. El profesionalismo no se mide solo por “resolver”, sino también por la prudencia de pedir ayuda y la transparencia para reconocer incertidumbre. (5)

Si una práctica se sostiene solo por rutina y sin evidencia razonable, el profesional debe evitar presentarla como “inevitable” o “obligatoria”, y debe promover una cultura de revisión crítica. En obstetricia, esta obligación se cruza con consentimiento informado: la calidad moral del consentimiento depende, en parte, de que la recomendación clínica tenga respaldo razonable y de que el profesional sea capaz de explicar por qué se propone una intervención y qué alternativas tienen plausibilidad clínica. (5)

1.4.4. Trato digno y prevención del daño moral: violencia obstétrica como problema ético

El trato digno no es un componente secundario, sino un eje ético del cuidado. En obstetricia, las prácticas de trato deshumanizante —burlas, regaños, infantilización, exposición innecesaria, procedimientos sin explicación, negación de analgesia como castigo— constituyen daño moral y pueden convertirse en daño clínico al deteriorar cooperación, aumentar estrés fisiológico y generar rechazo a controles futuros. La ética profesional exige reconocer que el sufrimiento psicológico y el trauma no son “costos inevitables” del parto; son riesgos prevenibles en gran medida mediante prácticas centradas en la persona, comunicación respetuosa y protección de la intimidad. (5)

Tabla 6.

Violencia obstétrica como problema ético

Práctica	Tipo de daño
Procedimientos sin explicación	Daño moral y pérdida de confianza
Burlas o regaños	Humillación y trauma
Negación punitiva de analgesia	Daño clínico y psicológico
Exposición innecesaria	Vulneración de dignidad

Nota. Las prácticas descritas constituyen formas de daño moral clínicamente relevante, aun cuando no produzcan lesión física inmediata, y afectan la seguridad del paciente, la confianza institucional y la continuidad del cuidado.

La prevención de violencia obstétrica debe entenderse como una política ética de mínimos: (i) respeto a la dignidad, (ii) consentimiento como proceso, (iii) comunicación no humillante, (iv) manejo del dolor con criterios clínicos y no morales, (v) acompañamiento según preferencia de la paciente cuando sea posible, y (vi) registro claro de indicaciones y decisiones. Estas medidas no eliminan el conflicto moral en casos complejos, pero reducen la probabilidad de que el conflicto se gestione mediante poder y coerción. En ética aplicada,

evitar el daño moral es parte de la no maleficencia, y es un requisito para que la deliberación sea real y no una formalidad. (5)

1.4.5. Justicia y equidad: responsabilidades frente a desigualdad y discriminación

La justicia en obstetricia se manifiesta en el acceso oportuno, la calidad homogénea del trato y la asignación razonable de recursos, sin discriminación por edad, etnia, estatus migratorio, condición socioeconómica, orientación sexual, discapacidad o creencias. Desde la ética aplicada, la equidad implica reconocer que tratar “igual” a quienes están en condiciones desiguales puede ser injusto: ciertas pacientes requieren apoyos específicos (intérpretes, acompañamiento reforzado, materiales accesibles, coordinación social) para ejercer autonomía y para recibir atención segura. La justicia clínica exige no castigar vulnerabilidades estructurales como si fueran “irresponsabilidad personal”, especialmente en contextos de pobreza o violencia. (5). Estas prácticas reproducen desigualdad y degradan la calidad del consentimiento. Por ello, una ética profesional robusta exige vigilancia de sesgos, entrenamiento en comunicación y mecanismos institucionales de monitoreo, porque el profesionalismo no es solo una virtud individual, sino una cultura que debe sostenerse con estructuras de calidad y rendición de cuentas. (6)

1.4.6. Seguridad del paciente, cultura de calidad y responsabilidad institucional compartida

La ética de la obstetricia contemporánea está íntimamente ligada a la seguridad del paciente: reducir eventos adversos prevenibles, promover prácticas basadas en evidencia y fortalecer sistemas que detecten fallas antes de que se conviertan en daño. Éticamente, esto significa que no basta “hacer lo correcto” en un caso aislado; es necesario contribuir a condiciones organizacionales que favorezcan decisiones seguras: protocolos claros, listas de verificación, entrenamiento en emergencias, comunicación estandarizada y aprendizaje de incidentes sin cultura punitiva. En obstetricia, donde los eventos críticos pueden evolucionar rápidamente, la coordinación y la estandarización razonable se vuelven componentes morales del cuidado. (5)

Tabla 7.

Responsabilidad ética: nivel individual e institucional

Nivel	Responsabilidad
Profesional	Juicio prudente, trato digno, documentación
Institucional	Protocolos claros, recursos, cultura de calidad

Nota. La responsabilidad ética en obstetricia es distribuida: el profesional responde por su juicio y trato, mientras que la institución responde por crear condiciones organizacionales que garanticen derechos, seguridad y calidad asistencial.

Esta perspectiva permite comprender que muchos dilemas éticos surgen, en realidad, de fallas de sistema: falta de recursos, saturación, ausencia de rutas de derivación, inexistencia de apoyo psicosocial, o ambigüedad en protocolos de objeción de conciencia. Una ética aplicada responsable integra el nivel clínico y el nivel institucional: el profesional no siempre controla el sistema, pero sí tiene deberes de alerta, registro, escalamiento y mejora continua. La responsabilidad moral se distribuye: el individuo responde por su juicio y su trato; la institución responde por organizar servicios de forma que los derechos y la seguridad no dependan del azar o de la “buena voluntad” de un profesional particular. (8)

The background of the slide is a composite image. It features a glowing blue human silhouette with a visible skeleton. Surrounding this central figure are several circular insets: a brain in the top left, an ECG (heart rate) line in the middle left, a heart in the middle right, and various pills in the bottom right. On the far right, a portion of a doctor in a white coat with a stethoscope is visible. The overall color palette is dominated by blues and teals, with a dark teal banner at the bottom containing the title text.

CAPÍTULO 2

La bioética en la actualidad

2.1. Bioética contemporánea: campo, objeto y relevancia específica para la obstetricia

La bioética contemporánea puede entenderse como un campo interdisciplinario orientado a analizar, justificar y orientar decisiones normativas en torno a la vida, la salud y las prácticas biomédicas, integrando razonamiento moral, evidencia científica y marcos de derechos. Su especificidad no radica solo en “hablar de valores”, sino en convertir conflictos clínicos reales —frecuentemente atravesados por incertidumbre, asimetrías de poder y presión institucional— en decisiones justificables, trazables y revisables, capaces de sostenerse ante auditoría clínica, discusión pública y control jurídico. (6)

En obstetricia, la bioética adquiere un carácter particularmente exigente por tres razones estructurales: primero, porque la atención ocurre en escenarios de vulnerabilidad física y emocional aguda (dolor, urgencia, miedo, riesgo vital); segundo, porque las decisiones suelen ser tiempo-dependientes y con consecuencias potencialmente graves; y tercero, porque la atención involucra dimensiones íntimas —sexualidad, reproducción, proyecto de vida, experiencias de violencia— donde el estigma social puede infiltrar el juicio clínico. En este marco, la bioética opera como una garantía metodológica para evitar que la urgencia, la rutina o la moral privada del profesional se impongan como “norma clínica”. (6)

La bioética actual también se diferencia de enfoques previos por su sensibilidad a lo “sistémico”: reconoce que muchos daños no provienen de una mala intención individual, sino de fallas organizacionales (sobrecarga, protocolos ambiguos, falta de privacidad, barreras de acceso, ausencia de rutas de derivación). En obstetricia, esto es especialmente visible en fenómenos como el maltrato o la atención deshumanizada, donde el daño se produce tanto en la interacción profesional–paciente como por condiciones estructurales que normalizan prácticas lesivas. La bioética, en consecuencia, no se limita al plano individual, sino que dialoga con gestión de calidad, seguridad del paciente y políticas públicas. (6)

Desde un punto de vista operativo, la bioética contemporánea trabaja con marcos de análisis que permiten pasar del desacuerdo moral a la deliberación ordenada. El enfoque de principios (respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) ha tenido un papel central por su utilidad como “lenguaje común” en entornos pluralistas; sin embargo, su aplicación madura exige especificación y ponderación, evitando su uso meramente retórico. En obstetricia, el reto no es recitar principios, sino traducirlos en obligaciones clínicas concretas: comunicación proporcional, consentimiento como proceso, manejo del dolor sin sesgos, y mecanismos de protección de la voluntariedad. (6)

En la práctica clínica, un método particularmente útil para hacer visible esa traducción es el análisis por cuadrantes (indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y factores contextuales). Su valor reside en que obliga a cubrir el caso completo, evita la reducción del problema a una sola dimensión (por ejemplo, “solo riesgo médico”) y hace explícitos los factores sociales y normativos que, en obstetricia, suelen estar presentes, aunque no se nombren: acompañamiento, violencia de género, presión familiar, acceso desigual, objeción de conciencia o estigma institucional. Aplicado con rigor, este enfoque también mejora la documentación clínica, porque ordena qué hechos y razones sustentan la decisión. (6)

Tabla 8.

Bioética contemporánea: campo, objeto y relevancia específica para la obstetricia

Dimensión	Descripción en bioética contemporánea	Implicaciones específicas en obstetricia
Campo	Interdisciplinario; integra razonamiento moral, evidencia científica y marcos de derechos humanos para orientar decisiones normativas en salud	Exige articular clínica, ética, derecho, gestión institucional y contexto social en la atención materna
Objeto	Análisis y justificación de decisiones clínicas bajo incertidumbre, asimetrías de poder y presión institucional	Permite transformar conflictos obstétricos reales en decisiones justificables, trazables y revisables
Finalidad	Evitar decisiones arbitrarias basadas en rutina, urgencia o moral privada del profesional	Funciona como garantía metodológica frente a prácticas coercitivas o deshumanizadas
Contexto estructural	Reconocimiento de fallas sistémicas como fuente de daño (sobrecarga, protocolos ambiguos, barreras de acceso)	Visibiliza que el maltrato obstétrico no es solo individual, sino también organizacional
Relación con sistemas de salud	Diálogo con gestión de calidad, seguridad del paciente y políticas públicas	Integra ética clínica con mejora continua, auditoría y responsabilidad institucional
Marco de principios	Uso del principialismo como lenguaje común (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia), con exigencia de especificación y ponderación	Traducción de principios en obligaciones clínicas concretas: comunicación proporcional, consentimiento como proceso, manejo del dolor sin sesgos
Herramientas metodológicas	Métodos estructurados de deliberación (ej. análisis por cuadrantes)	Permiten abordar integralmente casos obstétricos incorporando factores médicos, sociales y normativos
Enfoque en derechos humanos	Articulación con derechos sexuales y reproductivos	Impone deberes clínicos: no discriminación, confidencialidad, privacidad y acceso oportuno a cuidados esenciales
Maltrato y violencia en la atención	Reconocimiento del daño ético, clínico y social del maltrato (abuso físico, verbal, estigma, fallas sistémicas)	Amplía el concepto de daño más allá de lo corporal, incluyendo dignidad y confianza en el sistema

Autonomía	Comprensión relacional y situada de la autonomía	Exige condiciones reales de voluntariedad: privacidad, información suficiente y ausencia de coerción
Consentimiento y decisión clínica	Distinción entre consentimiento informado (mínimo ético-jurídico) y toma de decisiones compartida (estándar superior)	Favorece decisiones co-razonadas en escenarios con opciones clínicas razonables
Objeción de conciencia	Reconocida con límites éticos estrictos	No puede generar barreras, demoras ni abandono; obliga a informar, derivar y garantizar continuidad asistencial
Responsabilidad profesional	Diferenciación entre actos objetados y deberes indelegables	Obliga a estabilizar, informar, cuidar y activar rutas institucionales, incluso en contextos de objeción
Rol institucional	Deber de garantizar disponibilidad de atención sin discriminación	La carga moral no puede trasladarse a la paciente; el sistema debe asegurar acceso efectivo

Nota. Esta tabla sintetiza la función operativa de la bioética contemporánea en obstetricia, destacando su carácter interdisciplinario y su utilidad como herramienta metodológica para transformar conflictos clínicos reales en decisiones justificables, trazables y auditables, integrando principios éticos, contexto institucional y responsabilidad organizacional.

Una dimensión ineludible de la bioética actual es su articulación con los derechos humanos en salud sexual y reproductiva. En obstetricia, esto se traduce en obligaciones clínicas específicas: no discriminar, garantizar información suficiente, proteger confidencialidad y privacidad, y asegurar acceso oportuno a cuidados esenciales, especialmente en situaciones donde la demora produce daño (emergencias obstétricas, atención postaborto, complicaciones por pérdida gestacional). En estos escenarios, la bioética opera como un “control” frente a decisiones basadas en castigo moral o en la transferencia de cargas indebidas a la paciente. (6)

En los últimos años, la discusión bioética ha incorporado con fuerza la problemática del maltrato y la violencia en la atención del parto, no como un asunto de “malas maneras”, sino como un fenómeno con impacto clínico, psicológico y social. La evidencia internacional ha propuesto tipologías de maltrato que incluyen abuso físico, abuso verbal, estigma y discriminación, fallas en el estándar de cuidado y fallas sistémicas; esta clasificación resulta altamente pertinente para obstetricia porque permite reconocer que el daño no es solo la lesión corporal, sino también la vulneración de dignidad y la pérdida de confianza, que repercuten en la continuidad del cuidado prenatal y postnatal. (6)

La bioética actual también ha subrayado que la autonomía en obstetricia debe comprenderse en clave relacional y situada: la decisión no ocurre en el vacío, sino en redes de dependencia, expectativas sociales y desigualdades. Por ello, un consentimiento formalmente “aceptado”

puede ser éticamente defectuoso si la paciente consiente sin privacidad, bajo amenazas, con información incompleta o en un ambiente humillante. Esta lectura no relativiza la autonomía; por el contrario, la fortalece al exigir condiciones reales de comprensión y voluntariedad, y al obligar al equipo clínico a identificar y mitigar “defeaters” (factores que distorsionan el proceso decisional). (6)

Desde la perspectiva del cuidado centrado en la persona, la bioética contemporánea distingue con claridad entre consentimiento informado y toma de decisiones compartida: el primero es un umbral ético–jurídico mínimo; la segunda es un estándar superior de excelencia comunicativa y deliberativa. En obstetricia, la toma de decisiones compartida cobra relevancia cuando existen opciones razonables con perfiles de riesgo diferentes (por ejemplo, estrategias de manejo del trabajo de parto, analgesia, inducción, cesárea electiva en contextos específicos), porque permite incorporar valores y preferencias de la paciente sin degradar el juicio clínico. En consecuencia, el objetivo ético no es “transferir” la responsabilidad a la paciente, sino construir una decisión co-razonada. (8)

Una de las tensiones más complejas en bioética aplicada a obstetricia es la objeción de conciencia, especialmente en servicios vinculados a salud sexual y reproductiva. La discusión contemporánea coincide en que la objeción —si se admite— no puede operar como una negativa absoluta que genere barreras, demoras o abandono, porque el deber profesional primario es hacia la paciente y su acceso efectivo a prestaciones de salud. Desde esta perspectiva, se han propuesto criterios de limitación: obligación de informar con veracidad, obligación de derivar sin dilación, prohibición de obstaculizar, y deber institucional de garantizar disponibilidad de personal no objetor. (9)

La literatura especializada ha mostrado, además, que en el ámbito reproductivo la objeción puede transformarse en una práctica “obstruccionista” cuando se utiliza para imponer creencias personales o para restringir acceso mediante demoras, trato degradante o desinformación. Este riesgo es éticamente grave porque desplaza el costo moral del profesional hacia la paciente, que soporta la carga clínica, psicológica y económica del bloqueo. Por ello, parte del debate contemporáneo sostiene que el sistema debe priorizar la continuidad asistencial y la no discriminación por encima del confort moral del proveedor cuando la negativa produce daños previsibles o desigualdad de acceso. (7)

Los marcos éticos internacionales en obstetricia y ginecología han abordado esta tensión proponiendo estándares para la formación y la práctica: la objeción no debe impedir la adquisición de competencias básicas, ni puede justificar abandono en emergencias. En

términos prácticos, esto obliga a que la obstetriz (y el equipo) diferencie entre participación directa en un acto objetado y responsabilidades indelegables: estabilizar, informar, cuidar, no abandonar, y activar rutas institucionales que aseguren que la paciente reciba atención sin cargas adicionales. Esta perspectiva es particularmente útil para nuestro libro, porque conecta objeción de conciencia con deberes de cuidado y con gestión institucional. (7)

2.2. Corrientes y enfoques en bioética contemporánea: de los “principios” a la deliberación contextual en obstetricia

En su configuración contemporánea, la bioética no funciona como una escuela única, sino como un conjunto de enfoques que coexisten, se complementan y, a veces, se tensionan. Esta pluralidad no es un problema en sí mismo; es una respuesta a la complejidad de los dilemas clínicos reales, donde confluyen evidencia científica, normas profesionales, derechos, expectativas culturales y circunstancias biográficas. En obstetricia, dicha complejidad se vuelve más evidente porque el cuidado se desarrolla en escenarios de urgencia, alta carga emocional y fuerte escrutinio social, lo cual exige marcos que permitan razonar con rapidez sin sacrificar profundidad ética. (3)

2.2.1. Principialismo: utilidad práctica, límites y exigencia de “especificación” en casos obstétricos

El enfoque principialista se mantiene vigente porque ofrece un lenguaje común — autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— que facilita el diálogo entre profesionales con convicciones morales diferentes, así como entre equipos clínicos e instituciones. Su fortaleza está en su operatividad: permite identificar, en un caso concreto, qué bienes están en juego y dónde aparece el conflicto (por ejemplo, autonomía versus no maleficencia ante riesgos obstétricos). Sin embargo, su aplicación rigurosa demanda evitar el “principialismo de consigna”: los principios no se aplican como etiquetas, sino como compromisos que deben traducirse en obligaciones concretas, con criterios explícitos de priorización cuando colisionan. (7)

En obstetricia, la debilidad típica de un uso superficial del principialismo es la tendencia a convertir “beneficencia” en paternalismo clínico o “no maleficencia” en miedo institucional (medicina defensiva), sin ofrecer a la paciente razones comprensibles ni alternativas razonables. Por ello, la bioética contemporánea insiste en la especificación: precisar qué significa respetar autonomía en ese contexto (¿hay privacidad?, ¿hay comprensión?, ¿hay coerción?), qué riesgos son clínicamente relevantes, qué daños son evitables, y qué forma de

justicia corresponde (acceso oportuno, no discriminación, trato digno, distribución de recursos). Esta forma de trabajo es especialmente importante cuando el tiempo apremia y la presión del entorno favorece decisiones “por inercia”. (7)

2.2.2. Enfoques deliberativos y “cuadrantes”: ordenar la discusión para evitar reduccionismos

Los modelos deliberativos contemporáneos enfatizan el método: cómo pasar de hechos clínicos y valores en conflicto a una decisión razonada, proporcional y documentable. El enfoque de “cuadrantes” (indicaciones médicas, preferencias de la paciente, calidad de vida y factores contextuales) es útil porque obliga a evitar el reduccionismo: no permite que el caso se resuelva solo por “riesgo biomédico” ni solo por “preferencia”, sino por un examen completo del escenario y de las consecuencias previsibles. En obstetricia, este ordenamiento es particularmente valioso porque los factores contextuales —violencia, dependencia económica, presión familiar, estigma, barreras institucionales— pueden ser decisivos y, aun así, quedar invisibles en la historia clínica si no se pregunta por ellos de forma sistemática. (7)

Aplicado a la obstetricia, el método deliberativo cumple una función adicional: mejora la trazabilidad. Si una decisión se cuestiona posteriormente (por complicaciones, por conflicto con familiares, por auditoría institucional), el razonamiento ético deja de ser una “opinión” y se convierte en un proceso justificable: qué información se dio, qué alternativas se consideraron, qué valores se exploraron, qué riesgos se ponderaron y por qué se escogió un curso de acción. La bioética contemporánea considera esta trazabilidad no como burocracia, sino como parte de la responsabilidad profesional, porque protege a la paciente (al hacer visible su participación real) y al equipo (al mostrar que actuó con prudencia y proporcionalidad). (7)

2.2.3. Bioética empírica y ética de la calidad: cuando el dilema es también un problema de sistema

Una tendencia fuerte en la bioética actual es su diálogo con la evidencia empírica: reconocer que no basta con principios abstractos si el sistema produce daños repetitivos, previsibles y prevenibles. Un ejemplo paradigmático en obstetricia es el estudio de la mistreatment (maltrato) durante el parto, donde se ha descrito una tipología que incluye abuso físico, abuso verbal, estigma y discriminación, fallas en estándares de cuidado y fallas sistémicas. Esta evidencia obliga a comprender que el daño no es solo un “incidente interpersonal”, sino un

fenómeno que surge de prácticas normalizadas y condiciones institucionales (sobrecarga, falta de privacidad, cultura punitiva, ausencia de protocolos de comunicación). (7) Esta integración de evidencia y ética reubica el foco de responsabilidad: no se trata únicamente de exhortar a virtudes individuales, sino de instaurar condiciones para el respeto efectivo (consentimiento como proceso, comunicación segura, acompañamiento cuando sea posible, manejo del dolor sin sesgos, mecanismos de queja y aprendizaje). En obstetricia, donde la experiencia de parto puede marcar la relación futura con el sistema de salud, la bioética contemporánea sostiene que reducir el maltrato no es un “plus humanista”, sino un objetivo de seguridad y calidad con implicaciones clínicas, psicológicas y sociales. (7)

2.2.4. Autonomía relacional: comprender decisiones en contextos de dependencia, coerción o vulnerabilidad

La autonomía, en su versión clásica, fue pensada a menudo como independencia individual; sin embargo, la bioética contemporánea ha desarrollado una lectura relacional: la capacidad de decidir se forma y se ejerce en redes sociales, bajo condiciones materiales y simbólicas específicas. En obstetricia, esta perspectiva es central porque muchas pacientes toman decisiones mientras enfrentan dolor, miedo, información nueva, dependencia económica, presión de pareja o familia y, en ocasiones, violencia. En estos contextos, el deber ético del equipo no es solo “respetar” una decisión, sino hacer posible una decisión genuina: asegurar privacidad, mitigar coerción, adaptar información, verificar comprensión y crear un entorno no humillante. (7)

La autonomía relacional también permite identificar un riesgo clínico-ético frecuente: confundir rapidez con voluntariedad. En obstetricia, “firmar” o “asentir” puede ocurrir bajo estrés agudo, sin tiempo suficiente para deliberar o sin alternativas explicadas. El estándar contemporáneo exige reconocer estos “defeaters” (factores que invalidan o distorsionan el proceso decisional) y responder con estrategias concretas: decisiones escalonadas cuando sea posible, explicaciones breves pero completas, confirmación de comprensión, y registro claro de preguntas y respuestas. Esta perspectiva no sustituye al consentimiento informado; lo fortalece al exigir condiciones reales de agencia. (6)

2.2.5. Consentimiento e intrapartum ethics: cuando el parto no suspende los derechos

Una contribución relevante de la bioética feminista y de enfoques críticos en obstetricia es insistir en que el parto no convierte a la paciente en “objeto de intervención”, ni autoriza a suspender la deliberación por defecto. La urgencia clínica, cuando existe, justifica abreviar

procesos; no justifica eliminar la explicación, ignorar preferencias ni usar coerción como técnica de control. Desde esta óptica, el consentimiento en trabajo de parto es un proceso adaptativo: debe ser proporcional al tiempo disponible, pero no puede degradarse a una formalidad vacía. Esta idea es especialmente pertinente para decisiones intraparto donde la paciente puede sentirse atrapada entre el dolor y la presión del equipo. (8)

Relacionado con lo anterior, la bioética contemporánea ha destacado una paradoja propia del cuidado obstétrico: en muchos casos, se realizan intervenciones “para beneficiar” a otro (feto o futuro recién nacido) mediante acciones sobre el cuerpo de la paciente, lo que incrementa la necesidad de atención explícita al consentimiento. Este rasgo estructural vuelve más probable la racionalización paternalista (“es por el bebé”), y exige una ética que proteja a la gestante como sujeto moral plena, evitando que la finalidad perinatal se convierta en excusa para vulnerar dignidad, autonomía o integridad corporal. (7)

2.2.6. Ética del cuidado y bioética feminista: centralidad de la experiencia vivida y del “cuidado no autoritario”

La ética del cuidado y la bioética feminista han ampliado el horizonte bioético al mostrar que la moral clínica no se reduce a decisiones puntuales, sino que se expresa en la relación: escucha, reconocimiento, respeto, acompañamiento, y construcción de confianza. En obstetricia, estos enfoques ayudan a comprender por qué prácticas aparentemente “técnicas” pueden ser éticamente graves si se realizan



con humillación o sin explicación. También permiten conceptualizar la diferencia entre una ética centrada en la mujer (woman-centred ethics) y una ética autoritaria, donde la paciente es tratada como un medio para cumplir metas institucionales o para imponer normas morales externas. (9)

La relevancia práctica de estos enfoques es que ofrecen criterios para evaluar la calidad ética cotidiana: ¿se reconoce el contexto biográfico de la paciente?, ¿se respeta su manera de narrar el dolor y el miedo?, ¿se evita la infantilización?, ¿se integra a la paciente como colaboradora del cuidado?, ¿se protege su intimidad? En obstetricia, responder afirmativamente no es un “extra”, sino una condición para minimizar daño moral, favorecer cooperación clínica y reducir desconfianza futura. En términos contemporáneos, un cuidado ético es también un cuidado clínicamente más seguro. (9)

2.2.7. Ética narrativa: comprender la historia clínica como historia humana y mejorar la deliberación

La ética narrativa ha ganado espacio al subrayar que los dilemas clínicos no son solo conflictos de reglas, sino conflictos de sentido: valores, pérdidas, esperanzas, identidad y proyecto de vida. En obstetricia, la narrativa es particularmente relevante porque la experiencia reproductiva se vincula con expectativas culturales, experiencias previas (partos traumáticos, violencia, infertilidad, pérdidas gestacionales) y decisiones que pueden afectar profundamente la biografía de la paciente. La práctica ética requiere competencia para escuchar y traducir esa narrativa en decisiones clínicas sin colonizarla con la perspectiva del profesional. (8)

Este enfoque no reemplaza la evidencia ni los protocolos; los complementa. La ética narrativa mejora la deliberación al identificar qué es realmente importante para la paciente (por ejemplo, miedo a perder control, temor a la anestesia, deseo de acompañamiento, trauma previo), y al permitir que el equipo ajuste la comunicación y el plan de cuidado. Así, se reduce el riesgo de “consentimientos” meramente formales y se fortalece la toma de decisiones compartida, especialmente cuando existen varias opciones razonables con diferentes perfiles de riesgo y experiencia. (8)

2.2.8. Toma de decisiones compartida y herramientas de apoyo: de la teoría al proceso clínico

La bioética contemporánea ha impulsado la toma de decisiones compartida (SDM) como estándar de excelencia comunicativa, especialmente en áreas donde las alternativas dependen de valores, preferencias y tolerancia al riesgo. En obstetricia, la SDM se vuelve especialmente pertinente porque muchas decisiones son longitudinales (embarazo, controles, preparación del parto, plan analgésico) y porque el entorno clínico puede introducir “defeaters” que afecten la deliberación. La investigación ha mostrado que implementar SDM en maternidad

enfrenta barreras, pero también ofrece rutas para superarlas: continuidad de la conversación desde el embarazo, lenguaje claro, respeto por preguntas, y abordaje explícito de sesgos o presiones. (6). Las herramientas de apoyo a decisiones (decision aids) se consideran complementos útiles cuando están bien diseñadas y adaptadas al contexto, porque pueden mejorar conocimiento, reducir conflicto decisional y aumentar la percepción de haber participado informadamente. En obstetricia, estas herramientas han sido estudiadas para distintas decisiones (por ejemplo, opciones de analgesia, pruebas, estrategias de manejo), y su pertinencia ética radica en que no sustituyen la relación clínica, sino que la potencian: preparan a la paciente para preguntas relevantes y hacen más transparente el balance de riesgos y beneficios. (16)

2.2.9. Objeción de conciencia: una tensión bioética contemporánea con efectos directos sobre acceso y equidad

En salud sexual y reproductiva, la objeción de conciencia es una de las discusiones más complejas porque enfrenta convicciones del proveedor con derechos y necesidades clínicas de la paciente. La bioética contemporánea tiende a analizar este problema con un criterio rector: aun si se reconoce



algún espacio para la objeción, no debe traducirse en barreras, demoras o abandono. La evidencia y el análisis de políticas muestran que la negativa a brindar servicios reproductivos puede producir daños sanitarios y profundizar inequidades, afectando de forma desproporcionada a quienes tienen menos recursos para buscar alternativas. (8)

Desde una perspectiva profesional, se han defendido obligaciones mínimas asociadas a cualquier esquema que admita objeción: información veraz, no obstrucción, derivación efectiva y atención de urgencias sin excepción. En el ámbito gineco-obstétrico, se ha argumentado que la “derivación” no puede ser una fórmula vacía; debe ser real, rápida y funcional, porque de lo contrario el costo de la objeción se descarga sobre la paciente. En esta línea, el deber de referir se discute como un componente de la responsabilidad profesional cuando el proveedor no realizará una prestación legal solicitada. (3)

En el debate contemporáneo también existe una postura crítica más fuerte: considerar que la objeción, en reproducción, puede operar como una forma de negativa ética a tratar, incompatible con el deber fiduciario y con la justicia en el acceso. Esta crítica se apoya en la idea de que el profesional elige una profesión con obligaciones públicas, y que introducir creencias privadas como barreras a prestaciones sanitarias legales puede constituir una forma de injusticia estructural, especialmente cuando se tolera sin consecuencias para el proveedor, pero con costos clínicos y morales para la paciente. (4)

De forma complementaria, existen guías profesionales internacionales que han propuesto criterios explícitos para evitar que la objeción erosione el sistema: registro de objetores, planificación institucional para asegurar disponibilidad de personal no objetor, obligación de no abandonar, y prohibición de invocar objeción en emergencias o cuando la negativa cause daño grave. En obstetricia, este punto es crucial porque muchas situaciones (hemorragias, sepsis, pérdidas inevitables, complicaciones severas) no admiten demoras justificables, y la ética contemporánea sitúa la continuidad asistencial como prioridad. (5)

2.3. Método operativo de deliberación bioética para la práctica obstétrica

Para que la bioética sea realmente aplicable en obstetricia, debe convertirse en un procedimiento clínico ejecutable bajo presión asistencial, con tiempos limitados y con incertidumbre razonable, sin degradarse a un discurso abstracto desconectado de la toma de decisiones. (23). En este libro utilizaremos un método operativo de deliberación compuesto por pasos secuenciales y preguntas guía, diseñado para producir tres resultados verificables: una decisión proporcional al riesgo y al tiempo disponible, una comunicación clínicamente útil con la paciente (y, cuando proceda, con su red de apoyo) y un registro trazable que permita continuidad, auditoría y revisión posterior. (17)

El método no pretende reemplazar protocolos obstétricos ni convertir cada decisión en un comité; busca estandarizar la calidad ética mínima de la práctica cotidiana, de manera que la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia no dependan del azar, del carácter del profesional o de la cultura puntual del turno. (8)

2.3.1. Paso 1: Definir el problema ético real y separar lo clínico, lo organizacional y lo moral

El primer paso consiste en formular el problema ético en una frase concreta y clínicamente operativa, evitando abstracciones que impiden actuar. En obstetricia, “¿qué es lo correcto?” suele ser demasiado amplio; en cambio, es más útil preguntar: “¿qué decisión debemos tomar

ahora, para esta paciente, con esta información y estos recursos, respetando sus valores y minimizando daños previsibles?”. (8) En esta definición se debe distinguir de forma explícita entre un problema técnico (falta de diagnóstico, manejo subóptimo, necesidad de estabilización), un problema organizacional (escasez de recursos, saturación, ausencia de ruta de derivación, falta de privacidad) y un problema moral genuino (conflicto de valores o de deberes que persiste aun con información suficiente y recursos razonables). Esta clasificación reduce dos riesgos frecuentes: la coerción (cuando el equipo confunde dilema con técnica y presiona indebidamente) y la parálisis moral (cuando el equipo llama “dilema” a lo que en realidad exige una corrección clínica o institucional). (8)

2.3.2. Paso 2: Establecer hechos clínicos relevantes, incertidumbre y urgencia temporal

En obstetricia, la urgencia ética es inseparable de la urgencia clínica; por ello, el segundo paso exige delimitar el “reloj” del caso: cuánto tiempo existe para deliberar sin incrementar riesgo, qué variables cambian rápidamente y qué daños son reversibles o irreversibles. Esta evaluación temporal permite determinar el nivel de profundidad comunicativa posible: en una emergencia con riesgo vital, el consentimiento se abrevia por necesidad; en decisiones longitudinales (plan de parto, anticoncepción posparto, estrategias de control prenatal), el consentimiento debe ser procesual, progresivo y con oportunidades reales de deliberación. (9)

Además, el equipo debe consignar el grado de incertidumbre de los hechos: diagnóstico presuntivo, probabilidad estimada de eventos adversos y eficacia esperada de intervenciones alternativas. Éticamente, es inaceptable presentar como certeza lo que es probabilístico; también es inaceptable ocultar incertidumbre para obtener adhesión rápida. La comunicación honesta de incertidumbre, en obstetricia, funciona como protección de la autonomía y como prevención de conflictos posteriores, porque evita promesas implícitas y favorece decisiones congruentes con el umbral de riesgo de la paciente. (9)

2.3.3. Paso 3: Identificar actores, vulnerabilidades y condiciones reales para decidir

El tercer paso consiste en identificar quiénes están implicados de manera legítima en la decisión y qué vulnerabilidades pueden distorsionar la voluntariedad. En obstetricia, además de la paciente, pueden intervenir pareja, familia, acompañantes, personal de salud e incluso autoridades institucionales; reconocer su presencia no implica otorgarles el mismo peso decisional, sino comprender cómo influyen en el proceso de decisión. Desde una perspectiva

contemporánea, la autonomía es situada: puede verse erosionada por dolor, miedo, fatiga, presión relacional, estigma y desigualdades que reducen el margen real para decir “sí” o “no” sin consecuencias. (9)

A partir de esta identificación, se deben activar salvaguardas mínimas: privacidad para entrevista cuando exista sospecha de coerción o violencia, lenguaje accesible, verificación de comprensión, apoyo psicosocial si el contexto lo exige y uso de intérpretes cuando existan barreras de comunicación. El objetivo es convertir la autonomía en condición efectiva y no en ficción documental; una paciente “que firma” sin privacidad, bajo humillación o bajo amenaza relacional no está decidiendo con libertad material, aunque mantenga capacidad cognitiva intacta. (9)

2.3.4. Paso 4: Estructurar el caso con una matriz deliberativa y construir alternativas realistas

El cuarto paso utiliza una matriz de análisis para ordenar la información sin omitir dimensiones críticas. En este texto emplearemos una versión adaptada de cuatro dominios: indicaciones médicas (diagnóstico, pronóstico, objetivos), preferencias de la paciente (valores, elección informada, negativa informada), calidad de vida (impactos físicos y psicosociales, corto y largo plazo) y rasgos contextuales (familia, recursos, normas institucionales, marco legal, equidad). La función de la matriz es doble: evitar reduccionismos (por ejemplo, decidir solo por “riesgo” sin considerar valores) y volver visible cómo el contexto puede convertir una opción teóricamente válida en una opción impracticable o injusta. (2)

La matriz no decide por el equipo; obliga a construir alternativas realistas. En obstetricia, una alternativa realista debe considerar viabilidad clínica, disponibilidad de recursos, riesgos comparativos y compatibilidad con los valores expresados por la paciente. Cuando el equipo presenta una sola “opción” como inevitable sin explicar por qué, suele estar encubriendo una decisión ya tomada, una presión del sistema o un sesgo profesional; por ello, incluso en urgencias, la deliberación debe preguntarse qué margen existe para ofrecer opciones (por pequeñas que sean), qué puede negociarse y qué debe explicarse con claridad como límite clínico real. (2)

2.3.5. Paso 5: Ponderación, proporcionalidad y mínima lesión moral

El quinto paso consiste en justificar por qué una alternativa es preferible a las demás, usando criterios de proporcionalidad. La proporcionalidad exige mostrar que la medida propuesta es

idónea para el objetivo clínico, necesaria (no existe alternativa menos lesiva con eficacia comparable) y justificable en balance (los beneficios esperados superan razonablemente las cargas y riesgos que se imponen). En obstetricia, este criterio es crucial cuando el equipo considera intervenciones invasivas, restricciones de movimiento, procedimientos urgentes o cambios de plan por deterioro materno-fetal; si no se explicita la proporcionalidad, la intervención puede percibirse (y ser, de hecho) como imposición. (3)

A la proporcionalidad se añade el criterio de mínima lesión moral: entre opciones aceptables, se debe elegir aquella que preserve mejor la dignidad, la integridad corporal, la autonomía y la equidad sin sacrificar seguridad clínica. Este criterio sirve para evitar dos deformaciones comunes: el paternalismo (“funciona, por lo tanto, se hace”) y la obstrucción moral (“mi conciencia prima, por lo tanto, la paciente espera”). En ambos casos, el daño puede ser clínico y moral: trauma, humillación, pérdida de confianza y postergación de cuidados futuros, con efectos acumulativos sobre salud materna y bienestar. (9)

2.3.6. Paso 6: Comunicación de la decisión y documentación trazable

El sexto paso es comunicativo y documental: una decisión ética sin comunicación comprensible no es una decisión ética completa. En obstetricia, el equipo debe explicar el razonamiento en términos accesibles, clarificar riesgos y alternativas, verificar comprensión y registrar explícitamente preguntas y respuestas relevantes. Cuando la paciente decide, el registro debe evidenciar que la elección fue informada y voluntaria; cuando la paciente rechaza, el registro debe evidenciar que se ofrecieron alternativas, que se evaluaron riesgos y que se planificaron criterios de reevaluación, evitando la narrativa de culpa o “capricho”. (9)

En situaciones de urgencia, la documentación debe consignar por qué no fue posible un consentimiento pleno, qué información se brindó en el tiempo disponible, qué medidas se tomaron para respetar preferencias conocidas y cómo se planificó una conversación ampliada una vez estabilizada la paciente. Este registro no es un acto defensivo; es una herramienta de continuidad y de aprendizaje: permite revisar decisiones, identificar fallas sistémicas y mejorar la calidad ética sin depender de memorias fragmentadas del turno o de jerarquías. (9)

2.3.7. Productos del método: checklist breve y pauta ampliada para casos complejos

Para asegurar que el método sea utilizable en la práctica, lo traduciremos a dos productos que se aplicarán reiteradamente en los capítulos 3 a 5. El primero es un checklist breve para sala de partos o emergencia, construido como seis preguntas obligatorias: cuál es la decisión inmediata, cuánto tiempo hay antes de que el riesgo cambie, si existen condiciones mínimas

de privacidad y comprensión, qué alternativas reales existen, qué opción es proporcional y qué debe documentarse hoy para asegurar continuidad mañana. (5). El segundo producto es una pauta ampliada para casos complejos (objeción de conciencia, interrupción del embarazo, diagnósticos prenatales graves, negativa informada persistente), que incorpora evaluación explícita de vulnerabilidad, análisis de equidad y revisión de obligaciones institucionales. Su objetivo es impedir que el equipo reduzca el caso a un conflicto interpersonal y obligar a identificar barreras de sistema —por ejemplo, demoras inducidas, rutas de derivación inexistentes o ausencia de personal no objetor— que, si no se corrigen, repetirán el daño con nuevas pacientes. (5)

2.3.8. Cómo se aplicará el método en los siguientes capítulos

En el Capítulo 3, el método servirá para analizar la objeción de conciencia en obstetricia desde la relación clínica: diferencia entre objeción y obstrucción, deberes de no abandono, derivación efectiva y comunicación veraz, y responsabilidades institucionales para garantizar acceso. En escenarios obstétricos, la objeción es especialmente sensible porque interactúa con urgencias y desigualdades; por ello, la deliberación deberá priorizar continuidad asistencial, mínima lesión moral y trazabilidad documentada. (6)

En el Capítulo 4, aplicaremos el método a sexualidad, anticoncepción e interrupción del embarazo, con énfasis en consentimiento informado, confidencialidad, manejo del estigma y evaluación de capacidad decisional bajo estrés. La estructura deliberativa permitirá comparar cursos de acción clínicamente razonables sin convertir el análisis en disputa ideológica; el foco será la protección efectiva de derechos, seguridad y trato digno, con especial atención a condiciones reales de voluntariedad y a las cargas desiguales que impone el sistema cuando bloquea o demora la atención. (6)

En el Capítulo 5, el método se centrará en consentimiento informado y capacidad para decidir, desarrollando herramientas prácticas para evaluar comprensión, voluntariedad y capacidad, así como criterios de documentación y comunicación en contextos de trabajo de parto, dolor, ansiedad y urgencia. En obstetricia, comprender el consentimiento como proceso y no como formulario es una exigencia ética contemporánea, y el método deliberativo permitirá sostener esta exigencia de forma consistente, incluso cuando el contexto clínico sea adverso y la presión institucional favorezca atajos. (6)

2.4. Bioética en obstetricia: tópicos transversales para una práctica clínicamente segura y moralmente justificable

La bioética aplicada a la obstetricia adquiere su mayor valor cuando deja de tratar los dilemas como “casos excepcionales” y reconoce que la ética atraviesa todo el continuo de la atención: control prenatal, consejería, trabajo de parto, puerperio, atención a complicaciones y seguimiento. (7)

En este continuo, el núcleo ético no es solo elegir entre alternativas, sino construir condiciones de cuidado que hagan posible la autonomía efectiva, reduzcan daño evitable y aseguren justicia en el acceso, con especial atención a la vulnerabilidad situacional y a los determinantes sociales que amplifican riesgos. (9)

En términos prácticos, esta sección reúne los tópicos transversales que aparecerán reiteradamente en los capítulos siguientes, porque constituyen patrones de conflicto recurrentes: la relación materno–fetal, las decisiones bajo urgencia, los determinantes sociales y culturales, el impacto de la tecnología y los datos, y la función de los comités y rutas institucionales para sostener decisiones consistentes. (9)

El objetivo no es agotar cada tema, sino fijar criterios operativos que permitan reconocerlos en la práctica, integrarlos a la deliberación y documentarlos con trazabilidad, evitando que queden invisibles por rutina, presión asistencial o sesgos morales. (10)

2.4.1. Madre–feto: obligaciones concurrentes, tensiones y límites del lenguaje de “conflicto”



Una característica estructural de la obstetricia es que las intervenciones suelen orientarse a proteger a dos referentes clínicos: la persona gestante y el feto. (11). Esto conduce con facilidad a un lenguaje de “conflicto materno–fetal” que, si se usa sin cuidado, puede despersonalizar a la paciente o presentar al feto como un paciente independiente con prioridad automática, invisibilizando que el cuidado fetal se realiza inevitablemente a través

del cuerpo, la integridad y la agencia de la mujer. (12) El análisis ético debe evitar dos extremos: reducir el embarazo a una relación exclusivamente individual, ignorando que ciertas decisiones impactan a un futuro recién nacido, o absorber a la mujer en una función biológica, como si fuese un medio disponible para fines externos. (13)

El enfoque operativo que adopta este libro es reconocer que el deber de beneficencia hacia el feto se ejerce mediante recomendaciones y cuidados dirigidos a la mujer, y que la legitimidad de esas recomendaciones depende de la calidad del consentimiento, del trato digno y de la proporcionalidad de la intervención. (10)

En la práctica, este equilibrio exige especificar qué se entiende por “beneficio fetal” y “riesgo materno”, y reconocer que a menudo existen compensaciones: intervenciones que reducen ciertos riesgos fetales pueden aumentar morbilidad materna, y viceversa. (15) La deliberación ética debe hacer explícitas esas compensaciones, explorando valores de la paciente (tolerancia al riesgo quirúrgico, prioridades reproductivas futuras, experiencias previas, condiciones de apoyo) y traduciendo la evidencia a información material, comprensible y contextualizada. (16)

2.4.2. Riesgo, urgencia y toma de decisiones: consentimiento proporcional y revisión continua

Las urgencias obstétricas muestran con claridad por qué la bioética aplicada no puede ser puramente formal: cuando el tiempo disponible para deliberar disminuye, el estándar ético se desplaza hacia un consentimiento proporcional, sin que ello signifique suspensión de derechos. (17). En estos escenarios, la obligación mínima es brindar información esencial en lenguaje directo, verificar comprensión en lo posible, considerar preferencias previamente expresadas (si existen) y documentar por qué el proceso fue abreviado, así como el plan de reevaluación cuando la estabilidad clínica lo permita. (10)

La ética obstétrica exige asumir que muchas decisiones en urgencia son decisiones por etapas: se toma una acción para estabilizar, se reevalúan variables y se reabre la conversación para ampliar consentimiento, explicar lo ocurrido y restituir agencia, evitando que la urgencia se convierta en una coartada para normalizar coerción. (19)

Un criterio de calidad ética en estos casos es la “revisión continua”: la intervención urgente se justifica solo mientras persistan las condiciones que la hicieron necesaria, y el equipo mantiene el deber de reexaminar alternativas menos lesivas cuando el riesgo disminuye o cuando se dispone de más información. (10)

2.4.3. Determinantes sociales, cultura e interculturalidad: equidad como condición de ética clínica

La bioética obstétrica contemporánea reconoce que los riesgos clínicos no se distribuyen al azar: pobreza, ruralidad, discriminación, barreras lingüísticas, violencia de género y desigualdad de acceso a control prenatal incrementan complicaciones y reducen la capacidad real de decidir. (11). Por ello, la justicia en obstetricia no es solo un principio abstracto; se traduce en apoyos concretos para garantizar autonomía efectiva: materiales educativos en lenguaje claro, tiempo razonable de explicación, intérpretes, facilitación de rutas de referencia, acompañamiento elegido por la paciente y articulación con trabajo social o psicología cuando existan barreras estructurales o relacionales. (11)

La interculturalidad añade una capa adicional: ciertas creencias pueden influir en la aceptación de intervenciones, en el significado del parto y en la confianza institucional, lo cual puede generar negativas o demoras no por “irracionalidad”, sino por miedo, memoria de maltrato previo o incompatibilidad percibida entre la práctica biomédica y el marco cultural de la paciente. (13)

La respuesta ética no es romantizar toda práctica cultural ni imponer una visión biomédica sin diálogo; es deliberar con respeto, identificar qué aspectos son compatibles con seguridad clínica, negociar opciones y aclarar límites cuando exista riesgo grave, cuidando que la comunicación no se transforme en estigmatización o humillación. (14)

2.4.4. Tecnología, información y datos sensibles: transparencia, proporcionalidad y confidencialidad reforzada

La obstetricia moderna depende intensamente de tecnologías diagnósticas y de monitoreo —ecografía, pruebas de laboratorio, registros electrónicos— que ofrecen beneficios clínicos, pero también introducen nuevos dilemas: sobrediagnóstico, ansiedad inducida por hallazgos inciertos, decisiones basadas en probabilidades mal comprendidas y riesgo de uso indebido de datos sensibles. (15)

Ética y clínicamente, la obligación central es la transparencia proporcional: explicar qué pregunta responde una prueba, qué significa un resultado, qué grado de incertidumbre existe, qué alternativas hay y qué decisiones son realmente dependientes de esa información, evitando que la tecnología suplante el diálogo o convierta probabilidades en determinismos. (16)

En paralelo, el manejo de datos en salud sexual y reproductiva exige confidencialidad reforzada: el registro electrónico puede ampliar accesos internos a información íntima y aumentar riesgos de exposición, especialmente en comunidades pequeñas o en contextos donde el estigma es alto. (17)



La ética profesional exige restringir accesos a lo necesario, documentar con prudencia, evitar comentarios moralizantes en la historia clínica, y asegurar que la comunicación de resultados se realice en entornos privados, porque la privacidad no solo protege reputación; protege seguridad, voluntariedad y continuidad del cuidado. (18)

2.4.5. Comités de bioética y rutas institucionales: de la deliberación individual a la consistencia del sistema

Aunque no todos los casos requieren comité, la existencia de comités de ética clínica y de rutas institucionales claras cumple una función preventiva: reduce arbitrariedad, evita que decisiones complejas dependan del “carácter” del profesional de turno y ofrece un espacio para deliberación interprofesional estructurada. (19)

En obstetricia, los comités resultan especialmente útiles en escenarios de alta controversia o repetición de conflictos: negativa informada persistente con riesgo grave, diagnósticos prenatales limitantes para la vida, solicitudes vinculadas a salud sexual y reproductiva con

objeción de conciencia, y situaciones donde el contexto social (violencia, coerción) requiere un plan de salvaguardas y seguimiento. (10)

Para que un comité sea éticamente útil debe cumplir criterios operativos: accesibilidad real (tiempos compatibles con clínica), independencia, pluralidad disciplinaria, enfoque deliberativo (no punitivo) y capacidad de producir recomendaciones claras y documentables, integradas al expediente clínico y al plan asistencial. (11) Además, su función debe conectarse con un sistema de calidad: aprendizaje de casos, detección de barreras recurrentes y mejora de procesos (por ejemplo, privacidad en sala, rutas de derivación, formación en comunicación), porque muchos “dilemas” se repiten por fallas sistémicas corregibles. (12)

Caso tipo 2: diagnóstico prenatal grave, incertidumbre y acompañamiento deliberativo

Una paciente recibe un diagnóstico prenatal de probable condición fetal limitante para la vida, con incertidumbre significativa y múltiples trayectorias posibles, y experimenta presión familiar para “decidir rápido” sin comprender el alcance del pronóstico. (13)

El problema ético no se reduce a elegir un curso único, sino a acompañar un proceso: clarificar incertidumbre, evitar conclusiones precipitadas, ofrecer opciones de cuidado (incluyendo apoyo psicológico y, cuando corresponda, cuidados paliativos perinatales), explorar valores y creencias sin juicio, y construir un plan revisable con puntos de reevaluación definidos. (12). La obligación del equipo, en este tipo de casos, es proteger simultáneamente la calidad informativa, la voluntariedad y la dignidad, evitando tanto la imposición moral como la retirada emocional (“solo firmar y ya”), porque el acompañamiento es parte constitutiva del cuidado y reduce daño moral y trauma. (12)

2.4.6. Síntesis operativa: criterios transversales que guiarán los capítulos 3 a 5

De esta sección se desprenden criterios que funcionarán como reglas de calidad ética en el resto del libro: la relación materno–fetal se maneja como obligaciones concurrentes, la urgencia exige consentimiento proporcional y revisión posterior, la justicia se traduce en apoyos concretos para autonomía efectiva, la tecnología requiere transparencia sobre incertidumbre y confidencialidad reforzada, y la consistencia institucional se fortalece con rutas y deliberación interprofesional.

CAPÍTULO 3

La relación clínica y la objeción de conciencia en la práctica de la obstetriz



3.1. La relación clínica en obstetricia: fundamento ético y herramienta de seguridad

La relación clínica en obstetricia no es únicamente un marco comunicativo, sino una tecnología moral de cuidado: organiza el poder asimétrico entre profesional y paciente, habilita el consentimiento informado como proceso real y constituye un determinante directo de seguridad, porque la cooperación clínica, la adherencia a controles y la detección temprana de signos de alarma dependen en gran medida de la confianza.

En la salud sexual y reproductiva, esa confianza puede estar deteriorada de antemano por experiencias previas de maltrato, estigma o humillación, por lo que la obstetriz no parte de un “vínculo neutral”, sino de un vínculo que debe ganarse con actos concretos: lenguaje respetuoso, escucha activa, protección de la privacidad y coherencia entre lo que se promete y lo que se ejecuta.

Desde una perspectiva ética aplicada, la relación clínica cumple tres funciones que se retroalimentan: (i) epistemológica, porque una buena relación mejora la calidad de la información obtenida (síntomas, antecedentes, riesgos sociales); (ii) normativa, porque delimita cómo se ejercen deberes como veracidad y confidencialidad; y (iii) terapéutica, porque reduce ansiedad, favorece toma de decisiones compartida y disminuye el riesgo de coerción clínica. En obstetricia, estas funciones adquieren relevancia específica por el carácter íntimo del cuidado: exámenes físicos, procedimientos invasivos, exposición corporal y conversaciones sobre sexualidad o violencia requieren una relación clínica sólida y de confianza para que la paciente pueda expresar límites, dudas y preferencias sin temor a represalias o juicio moral.

3.1.1. Modelos de relación clínica: del paternalismo a la deliberación

El modelo paternalista, históricamente influyente, se caracteriza por decisiones centradas en el criterio del profesional, bajo la premisa de que “el médico sabe mejor” y de que la paciente debe adherir por su propio bien; en obstetricia, este modelo suele aparecer cuando la urgencia o el riesgo fetal se usan para justificar imposición, omitiendo explicación material o alternativas razonables.

El modelo informativo, por su parte, se enfoca en entregar datos y opciones para que la paciente elija; su ventaja es reconocer autonomía, pero su límite es asumir que la información por sí sola produce decisiones libres, ignorando vulnerabilidades situacionales como dolor, miedo, dependencia económica o violencia de pareja, que pueden distorsionar la voluntariedad. El modelo interpretativo busca ayudar a la paciente a clarificar valores y

preferencias, y el deliberativo añade una dimensión normativa: el profesional no solo informa, sino que recomienda con razones, discute cursos de acción y acompaña a la paciente a elegir lo más congruente con sus valores y con la seguridad clínica, sin manipulación ni amenaza. En obstetricia, el modelo deliberativo es especialmente pertinente porque muchas decisiones no son puramente técnicas ni puramente preferenciales: implican balances de riesgo, incertidumbre y consecuencias para la experiencia de parto y el futuro reproductivo, por lo que la excelencia ética consiste en recomendar con firmeza cuando corresponde, pero manteniendo el proceso decisional como un espacio de agencia real.

3.1.2. Comunicación clínica en embarazo, parto y puerperio: habilidades mínimas obligatorias

La comunicación ética en obstetricia exige dominar microhabilidades que parecen simples, pero tienen alto impacto: presentarse por nombre y rol, pedir permiso antes de tocar, explicar el propósito de cada intervención, anticipar sensaciones, y ofrecer pausas o alternativas cuando sea posible. Estas acciones reducen la percepción de invasión, mejoran cooperación y previenen daño moral. Un estándar operativo útil es “explicar–hacer–confirmar”: explicar de forma breve lo que se hará y por qué, realizar el procedimiento con respeto y luego confirmar cómo se sintió la paciente y si entendió el siguiente paso; esta secuencia convierte el cuidado en una relación, no en una cadena de intervenciones, y es especialmente importante en el trabajo de parto, donde el dolor puede convertir cualquier omisión comunicativa en una experiencia traumática.

La comunicación también debe ser diferencial según fase clínica: en control prenatal, el objetivo es construir decisiones longitudinales (plan de parto, manejo de riesgos, anticoncepción posparto), lo cual permite deliberación más extensa; en intraparto, la comunicación debe ser proporcional al tiempo disponible, pero nunca inexistente; en puerperio, la comunicación debe integrar educación, prevención secundaria y detección de señales de alarma, con lenguaje accesible y verificación de comprensión. Cuando existen barreras de alfabetización en salud, la ética clínica exige adaptar el lenguaje y usar estrategias de verificación como teach-back (pedir a la paciente que explique con sus palabras), evitando confundir silencio con comprensión; en obstetricia, esta verificación es crítica en decisiones de alto riesgo o en indicaciones de cuidado domiciliario posparto, donde el error comunicativo puede producir complicaciones prevenibles.

3.1.3. Toma de decisiones compartida: estándar de excelencia y prevención de medicina defensiva

La toma de decisiones compartida (TDC) no significa neutralidad del profesional ni renuncia a recomendar; significa co-construir una decisión a partir de evidencia, alternativas razonables y valores de la paciente, de modo que el plan final sea clínicamente sólido y moralmente legítimo. En obstetricia, la TDC es especialmente valiosa en elecciones sensibles a preferencias: analgesia, manejo expectante versus inducción en ciertos escenarios, y opciones de anticoncepción.

Una distorsión frecuente es usar el consentimiento para trasladar responsabilidad (“usted firmó”), lo cual degrada la ética del cuidado y alimenta medicina defensiva; la TDC, en cambio, reconoce que la responsabilidad profesional permanece, y que el objetivo es reducir conflicto decisional y aumentar confianza, no blindar jurídicamente al equipo. Para operacionalizar la TDC, puede utilizarse una pauta breve de cinco pasos: (i) anunciar que hay una decisión por tomar, (ii) presentar opciones reales, (iii) describir riesgos y beneficios en términos absolutos cuando sea posible, (iv) explorar valores y temores, y (v) acordar un plan con criterios de revisión; esta pauta es compatible con urgencias, porque puede ejecutarse en formato abreviado, y su calidad depende de la honestidad informativa, no de la duración.

3.1.4. Trauma, miedo y dolor: ética de la atención informada por trauma

En obstetricia, el trauma previo (violencia sexual, parto anterior traumático, maltrato institucional) puede reactivarse durante procedimientos íntimos o ante lenguaje autoritario, lo que afecta la capacidad de comprender y decidir en el momento; por ello, la ética clínica debe incorporar un enfoque informado por trauma que minimice disparadores, ofrezca control parcial (opciones, pausas, consentimiento paso a paso) y valide emociones sin patologizarlas.

El manejo del dolor tiene una dimensión ética: negar analgesia por prejuicio, castigar con indiferencia o banalizar el sufrimiento vulnera dignidad y puede aumentar estrés fisiológico, dificultando el trabajo de parto y deteriorando el vínculo; incluso cuando existan límites de recursos, el deber ético exige explicar alternativas, justificar restricciones y ofrecer medidas no farmacológicas disponibles, sin humillar. Una herramienta práctica es la “pregunta de seguridad”: “¿Se siente segura para hablar conmigo a solas?”, complementada por “¿Hay algo que quiera que evitemos o hagamos diferente por una experiencia previa?”; estas preguntas permiten identificar coerción, violencia o trauma, y habilitan salvaguardas sin imponer interpretaciones, especialmente en prenatal y puerperio, donde el tiempo para intervenir es mayor.

3.1.5. Conflictos y desacuerdos: negociación ética sin coerción

Los desacuerdos en obstetricia suelen aparecer cuando la paciente rechaza o duda de una recomendación, o cuando la familia presiona en dirección contraria; el error ético es convertir el desacuerdo en una disputa de autoridad, porque eso activa coerción y deteriora cooperación, mientras que la respuesta ética es convertirlo en una deliberación: clarificar razones, riesgos, valores y alternativas, y documentar el proceso. Cuando la paciente rechaza un procedimiento recomendado, la obligación profesional incluye explorar si la negativa proviene de desinformación, miedo, trauma o coerción externa, y ofrecer un “plan de contingencia” que minimice daño sin forzar; en obstetricia, esto puede implicar mayor vigilancia, reevaluación frecuente, acuerdos sobre umbrales de intervención y participación interprofesional (anestesia, neonatología, psicología) para sostener la conversación.

En desacuerdos intensos, la comunicación debe evitar lenguaje moralizante (“irresponsable”, “mala madre”) porque ese lenguaje no aporta evidencia, aumenta vergüenza y puede producir decisiones reactivas; la ética aplicada exige un lenguaje centrado en riesgos y valores, con frases del tipo: “Mi preocupación clínica es la siguiente:”, “Lo que puedo ofrecerle ahora es lo siguiente:”, “Necesito confirmar que usted entiende lo siguiente:”, manteniendo el respeto incluso si el equipo considera la decisión subóptima.

Caso tipo 3 presión familiar y autonomía situada en trabajo de parto

Tabla 9.

Caso tipo 3– Presión del acompañante en trabajo de parto

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Trabajo de parto con acompañante que responde por la paciente y limita su expresión.
Problema ético central	Ausencia de condiciones mínimas de privacidad y voluntariedad.
Riesgos éticos y clínicos	Sustitución de voluntad, invisibilización de violencia relacional, decisiones no auténticas.
Conductas éticamente inadecuadas	Permitir que el acompañante controle la decisión, omitir evaluación de seguridad.
Respuesta ético–operativa adecuada	Entrevista a solas, evaluación de seguridad, activación de apoyo psicosocial, delimitación del rol del acompañante y consentimiento proporcional en urgencia.
Principios involucrados	Autonomía situada, no maleficencia, ética del cuidado.

Nota. Este caso ilustra la noción de autonomía situada en obstetricia y muestra que el problema ético inicial no es la elección clínica en sí, sino la existencia de condiciones mínimas de privacidad y voluntariedad para decidir sin coerción relacional.

Una paciente multípara ingresa en trabajo de parto con acompañante que responde por ella, exige que “no le hagan cesárea” y evita que la paciente hable; el equipo detecta que la paciente

mira al acompañante antes de responder y aparenta ansiedad. El problema ético inicial no es “cesárea sí o no”, sino si existen condiciones mínimas de privacidad y voluntariedad para decidir, y si hay riesgo de coerción o violencia relacional. El curso de acción ético incluye solicitar un momento de entrevista a solas con justificación clínica estándar, evaluar seguridad, explorar preferencias reales, explicar riesgos en lenguaje simple y verificar comprensión; si la paciente expresa temor o revela violencia, se activan salvaguardas (trabajo social, psicología, protocolos institucionales), y se delimita el rol del acompañante según preferencia de la paciente y seguridad del equipo.

Si la paciente, con privacidad y comprensión, decide evitar cesárea y la condición clínica permite manejo expectante, el equipo acuerda un plan con criterios claros de revisión y umbrales de cambio; si la condición clínica se deteriora y la urgencia aumenta, el equipo aplica consentimiento proporcional, explica la necesidad temporal y documenta por qué la decisión se tomó con información abreviada, procurando mantener la paciente informada y tratada con dignidad. Este caso muestra que la ética obstétrica no se resuelve únicamente por invocar autonomía: se resuelve creando condiciones para autonomía, protegiendo a la paciente de coerción, y manteniendo un plan clínico proporcional que reduzca daño materno-fetal, sin convertir a la familia en decisor sustituto.

3.2. Fundamentos de la objeción de conciencia: concepto, alcance y riesgos éticos en obstetricia



La objeción de conciencia se presenta cuando un profesional considera que participar en una intervención específica contradice de manera grave sus convicciones morales o religiosas, y

busca ser eximido de esa participación; en bioética aplicada, el problema no es solo la sinceridad de la convicción, sino cómo se gestiona la tensión entre integridad moral del proveedor y deberes fiduciarios hacia la paciente.

En obstetricia, esta tensión es especialmente sensible porque las prestaciones objetadas suelen ubicarse en salud sexual y reproductiva y pueden ser tiempo-dependientes, por lo que la objeción, si se ejerce sin reglas claras, puede producir demoras, barreras de acceso, trato discriminatorio o abandono, afectando de manera desproporcionada a pacientes con menos recursos para buscar alternativas. Por ello, el análisis ético debe distinguir con precisión entre objeción individual y objeción institucional: la primera se vincula a conciencia personal; la segunda, cuando es invocada por establecimientos completos, tiende a convertirse en una barrera estructural que desplaza costos hacia la población y erosiona la justicia distributiva, razón por la cual requiere un escrutinio ético más exigente y mecanismos de garantía de acceso efectivo. Igualmente, necesario es distinguir objeción de conciencia de otras figuras que suelen mezclarse en la práctica: preferencias laborales, incomodidad emocional, temor a sanciones sociales o desconocimiento técnico; si el motivo real es falta de competencia o temor institucional, no se trata de objeción moral, y la respuesta ética es formación, supervisión o reorganización del servicio, no la imposición de cargas a la paciente.

En los apartados siguientes desarrollaremos criterios para considerar cuándo una objeción podría calificarse como éticamente defendible, cuáles son los deberes indelegables que permanecen aún si el profesional se abstiene de un acto específico, y cómo diseñar rutas de derivación que eviten obstrucción y abandono, preservando continuidad asistencial y seguridad clínica.

3.2.1. Delimitación ética: objeción defendible versus obstrucción

Para evaluar una objeción de conciencia se requiere distinguir entre una abstención moralmente motivada y una práctica que, en los hechos, funciona como barrera. Una objeción resulta más defendible cuando es personal (no “del establecimiento”), específica respecto de actos delimitados, declarada con anticipación y gestionada de modo que no interrumpa la continuidad asistencial. En obstetricia, estos requisitos importan porque muchas prestaciones son sensibles al tiempo: una objeción tardía o imprecisa puede traducirse en demoras clínicas, mayor sufrimiento o negación práctica del acceso, lo cual es éticamente inaceptable.

La objeción se convierte en obstrucción cuando el profesional, aun absteniéndose de un acto, impide o dificulta el acceso mediante desinformación, dilación, derivaciones ficticias o trámites innecesarios. También es obstrucción cuando se acompaña de trato culpabilizante, sermones o intimidación, porque en tales casos la “conciencia” opera como dispositivo de control moral. En bioética aplicada, la legitimidad de la objeción se erosiona en la medida en que traslada el costo moral del proveedor hacia la paciente, que no eligió el conflicto moral del proveedor ni debe cargar con sus consecuencias.

3.2.2. Deberes indelegables: lo que no se suspende por objeción

Aun si se admite una objeción respecto de un acto específico, permanecen deberes indelegables de la obstetriz: evaluar, estabilizar, aliviar sufrimiento, informar con veracidad, proteger confidencialidad y no discriminar. Estos deberes no dependen del motivo de consulta ni del juicio moral sobre las decisiones reproductivas de la paciente, porque se fundan en la naturaleza fiduciaria del rol sanitario y en la prioridad ética de evitar daño grave prevenible. En obstetricia, sostener estos deberes también protege a la paciente de ser instrumentalizada y protege al equipo de caer en sesgos o discriminación bajo la apariencia de convicción. En términos operativos, esto significa que el profesional no puede negarse a triage, control de hemorragia, tratamiento de complicaciones, solicitud de interconsulta o activación de rutas institucionales, incluso si el episodio clínico se vincula a una situación controvertida. La ética clínica exige separar el deber de cuidado presente de interpretaciones morales sobre la biografía de la paciente, porque introducir sanción moral en la urgencia produce daño adicional y vulnera la justicia.

3.2.3. Derivación efectiva y continuidad: requisito ético mínimo

La derivación asociada a objeción debe ser efectiva: no basta con indicar “vaya a otro lugar”. Debe incluir coordinación activa con el servicio receptor, transferencia de información clínica relevante y minimización de cargas para la paciente (tiempo, costo, exposición al estigma). La derivación efectiva es el mecanismo por el cual el sistema evita que la objeción se transforme en barrera; si la derivación falla, la objeción se traduce en desigualdad de acceso, especialmente para pacientes con menos recursos, menor movilidad o mayor riesgo de estigmatización.

Cuando el sistema no cuenta con alternativas disponibles, la carga no puede recaer en la paciente. La institución debe planificar disponibilidad de personal no objetor y rutas claras, porque permitir objeción sin garantizar acceso convierte una convicción privada en una

restricción pública que afecta derechos en salud. En obstetricia, donde la continuidad es un componente de seguridad, esta planificación es una obligación ética de justicia organizacional, no una opción administrativa.

3.2.4. Emergencia y riesgo grave: límites estrictos a la objeción

En emergencias obstétricas y situaciones de riesgo grave e inminente, la objeción tiene límites estrictos: la prioridad ética es estabilizar y prevenir daño severo. Si la abstención incrementa riesgo por demora, la objeción pierde viabilidad práctica en ese contexto y debe ceder, al menos hasta que exista relevo sin pérdida de tiempo. Este límite no niega la conciencia; ordena obligaciones cuando el costo de la abstención se expresa como daño clínico inmediato y evitable.

3.2.5. Comunicación y registro: transparencia sin estigma

La comunicación de la objeción debe ser breve, respetuosa y neutral: declarar el límite sin moralizar, asegurar lo que sí se brindará (cuidado, información, derivación) y explicar tiempos y pasos concretos. Además, el registro clínico debe describir hechos y acciones, no juicios: acto objetado, medidas brindadas, información entregada, coordinación de derivación y plan de seguridad ante signos de alarma. Esta trazabilidad protege a la paciente de arbitrariedad, evita abandono y permite auditoría ética de procesos y, sobre todo, preserva la continuidad asistencial como estándar de seguridad.

3.2.6. Protocolo breve para equipos: reducir daño repetitivo

Para disminuir variabilidad y daño repetitivo, el servicio obstétrico debe contar con un protocolo mínimo: declaración anticipada de objeciones, programación que asegure disponibilidad de personal no objetor, ruta de derivación con contactos y tiempos, y cláusula de emergencia que garantice atención inmediata. A nivel microclínico, la obstetrix puede usar un checklist de siete pasos: confirmar urgencia, asegurar privacidad, informar opciones con veracidad, explorar vulnerabilidad, declarar límite sin juicio moral, activar derivación efectiva y documentar en términos neutros, verificables y oportunos.

3.3. Evaluación ética de la objeción: criterios de admisibilidad y control de daños

Un primer principio operativo para evaluar la objeción de conciencia en obstetricia es que la “conciencia” no convierte automáticamente una negativa en una conducta profesionalmente aceptable; la evaluación ética exige verificar si la abstención puede coexistir con el deber fiduciario, la continuidad asistencial, la no discriminación y la seguridad del paciente.

Para evitar debates abstractos, conviene formular la objeción como una hipótesis de gestión clínica: “Este profesional solicita abstenerse de un acto específico por convicción grave; ¿puede el servicio garantizar que esa abstención no genere daño clínico, demora injustificada ni barrera de acceso?”. Si la respuesta es negativa, el problema deja de ser individual y se transforma en un problema de justicia institucional que debe resolverse a favor del acceso seguro y oportuno. El primer criterio de admisibilidad es la especificidad: la objeción debe referirse a actos claramente delimitados (no a categorías amplias), porque las objeciones difusas se prestan a arbitrariedad, impiden planificar coberturas y aumentan el riesgo de obstrucción, especialmente cuando la prestación es tiempo-sensible.

El segundo criterio es la anticipación y la declaración previa: la objeción no debería “aparecer” cuando la paciente ya está en dependencia clínica o en urgencia. En obstetricia, una declaración tardía desplaza costos (tiempo, dolor, riesgo y exposición) hacia la paciente, por lo que debe considerarse éticamente problemática salvo que exista alternativa inmediata y equivalencia real de acceso.

El tercer criterio es la coherencia profesional: si la razón real es miedo, presión social, incomodidad emocional o falta de competencia, no es objeción moral sino necesidad de formación, supervisión o reorganización del servicio. Llamar “objeción” a lo que es temor o desconocimiento debilita la seguridad del paciente y favorece decisiones defensivas. Un cuarto criterio es la ausencia de juicio moral y discriminación: la objeción no autoriza a culpabilizar, intimidar, moralizar ni condicionar el trato al juicio sobre la vida sexual o reproductiva de la paciente. En obstetricia, el estigma deteriora la relación clínica y aumenta riesgo por ocultamiento de información relevante, por lo que la neutralidad respetuosa es un deber.

Un quinto criterio es el límite por urgencia y daño grave: cuando abstenerse incrementa riesgo serio e inminente por demora, la obligación de cuidado prevalece al menos hasta que exista relevo sin pérdida de tiempo clínico. Este límite se sostiene por proporcionalidad: la integridad moral del profesional no puede sostenerse al costo de daño prevenible a la paciente. Un sexto criterio es la carga añadida: incluso con derivación, la objeción se vuelve éticamente problemática si incrementa sustantivamente el costo, el tiempo o la exposición pública de la paciente, sobre todo cuando dichas cargas recaen de manera desigual en quienes tienen menos recursos. En ese escenario, la objeción opera como dispositivo de inequidad, no como protección de conciencia.

3.4. Obligaciones clínicas de la obstetriz cuando objeta: qué hacer, qué no hacer y cómo documentar

Cuando la obstetriz objeta un acto, su primera obligación es evaluar, clasificar urgencia y estabilizar, porque el cuidado inicial suele ser indelegable y no coincide necesariamente con el acto objetado. Derivar sin triage o sin control de



riesgos es una forma de abandono clínico incompatible con la ética obstétrica. En segundo lugar, debe sostener veracidad informativa: no puede ocultar opciones, exagerar riesgos para disuadir, ni presentar alternativas como “inexistentes” cuando están disponibles. El estándar es información material, comprensible y proporcional al tiempo clínico, con claridad sobre incertidumbres y riesgos comparativos. En tercer lugar, debe declarar el límite con lenguaje neutro y breve, sin sermones ni imputaciones de intención. Una fórmula operativa incluye: límite (“no participo directamente en X”), compromiso (“sí haré A, B y C ahora”) y ruta (“coordinaré atención con Y en este momento, con estos pasos”).

En cuarto lugar, debe activar derivación efectiva: identificar receptor disponible, comunicar datos clínicos relevantes, confirmar recepción, registrar tiempos, y asegurar que la paciente comprende el proceso. Derivar no es “mandar”; es transferir cuidado de manera continua, minimizando cargas y evitando demoras evitables. En quinto lugar, debe mantener medidas de alivio y reducción de riesgos mientras se concreta la transferencia, siempre que no constituyan el acto objetado. Analgesia, control de sangrado, hidratación, profilaxis indicada y soporte emocional son obligaciones de beneficencia y no maleficencia, y su omisión por distancia moral equivale a castigo clínico.

En sexto lugar, debe proteger confidencialidad y privacidad reforzada, particularmente cuando el episodio se vincula con sexualidad, violencia o decisiones reproductivas. La exposición de información a terceros puede generar coerción o violencia, por lo que la entrevista privada y el registro pertinente son medidas de seguridad, no simples formalidades. La documentación ética debe describir hechos verificables y acciones: condición clínica, información entregada, decisión expresada, acto objetado, ruta activada, coordinación

realizada, tiempos y plan de seguridad. Debe evitar adjetivos estigmatizantes y consignar umbrales de reevaluación, porque en obstetricia la trazabilidad protege continuidad y permite mejorar fallas sistémicas.

3.5. Responsabilidad institucional: garantía de acceso y consistencia del sistema

La objeción, aun si es sincera, produce daño cuando el sistema la permite sin planificación; por ello la responsabilidad es distribuida: el profesional responde por su conducta y la institución responde por garantizar acceso, continuidad y seguridad a través de organización, protocolos y supervisión. El primer deber institucional es planificar recursos humanos: registrar objetores, delimitar actos objetados y diseñar turnos para asegurar disponibilidad no objetora en todo horario. En obstetricia, esta obligación es equivalente a garantizar insumos críticos, porque una prestación tiempo-sensible no se vuelve opcional por creencias individuales. El segundo deber institucional es definir rutas de derivación internas y externas con responsables y tiempos máximos, incluyendo confirmación de recepción y mecanismos de transporte cuando proceda. Sin rutas, la objeción se convierte en improvisación, y la improvisación aumenta riesgo clínico y daño moral.

El tercer deber es formación continua en comunicación, consentimiento, enfoque informado por trauma y no discriminación, con entrenamiento en conductas observables. La calidad ética depende de habilidades prácticas: pedir permiso, explicar procedimientos, verificar comprensión, entrevistar en privado cuando hay señales de coerción y documentar neutralmente. El cuarto deber es auditoría y mejora: medir tiempos de atención, revisar derivaciones fallidas, analizar quejas por trato estigmatizante y retroalimentar al equipo. La ética aplicada necesita indicadores porque el daño por demora o por estigma puede normalizarse si no se hace visible y corregible.

El quinto deber es prevenir una “objeción institucional” de facto: cuando un servicio completo no atiende una prestación y tampoco asegura alternativa funcional, se configura una barrera estructural que viola justicia distributiva. La institución debe articular redes y convenios para que el acceso no dependa del azar del turno o del lugar de residencia.

3.6. Casos aplicados: escenarios frecuentes y respuestas ético-operativas

Caso A (anticoncepción posparto): la paciente solicita un método antes del alta; la obstetriz objeta. El problema ético es perder una ventana terapéutica y trasladar barreras a la paciente; la respuesta mínima incluye consejería neutral, explicación de opciones, verificación de

preferencia, coordinación inmediata con personal no objetor y registro de plan de seguimiento, sin moralización ni dilación.

Tabla 10.

Caso A – Anticoncepción posparto y objeción de conciencia

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Paciente solicita anticoncepción posparto antes del alta; la obstetriz manifiesta objeción de conciencia.
Problema ético central	Pérdida de una ventana terapéutica clave y traslado de barreras de acceso a la paciente.
Riesgos éticos y clínicos	Demora injustificada, desinformación, exposición pública del motivo de la solicitud, aumento de riesgo reproductivo no deseado.
Conductas éticamente inadecuadas	Dilatar sin ruta clara, ocultar opciones, moralizar la solicitud, derivar sin coordinación efectiva.
Respuesta ético–operativa adecuada	Consejería neutral y completa, verificación de preferencia, coordinación inmediata con personal no objetor, oferta de alternativas temporales y registro del plan de seguimiento.
Principios involucrados	Autonomía, beneficencia, justicia, no maleficencia.

Nota. El caso destaca la pérdida de oportunidad clínica como forma de daño ético y subraya que la objeción de conciencia, si no se gestiona mediante rutas efectivas, puede transformarse en una barrera injusta de acceso a servicios reproductivos.

En el mismo caso A, la obstrucción aparece como desinformación, demora sin ruta o exposición pública del motivo de la solicitud. La conducta ética protege privacidad, mantiene lenguaje clínico, y ofrece alternativas temporales cuando la opción preferida no puede ejecutarse de inmediato, dejando explícito el camino para acceso efectivo y oportuno.

Caso B (complicaciones por pérdida gestacional): ante hemorragia, infección o sepsis, la prioridad ética es estabilizar y tratar; la objeción no puede justificar demora en intervenciones clínicamente indicadas. El cuidado urgente se separa de interpretaciones morales sobre el origen del cuadro, y el equipo documenta decisiones por criterios clínicos, no por juicios.

Tabla 11.

Caso B – Complicaciones por pérdida gestacional

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Paciente presenta hemorragia, infección o sepsis tras pérdida gestacional.
Problema ético central	Tensión entre objeción moral y deber indelegable de cuidado urgente.
Riesgos éticos y clínicos	Abandono clínico, aumento de morbilidad o mortalidad, sanción moral encubierta.

Conductas éticamente inadecuadas	Demorar tratamiento por juicio moral, negar medidas de estabilización, condicionar atención.
Respuesta ético-operativa adecuada	Estabilización inmediata, tratamiento según indicación clínica, separación estricta entre cuidado urgente y valoraciones morales, activación de relevo sin interrupción.
Principios involucrados	Beneficencia, no maleficencia, justicia, deber fiduciario.

Nota. Este escenario ejemplifica los límites estrictos de la objeción moral en contextos de urgencia, donde la prioridad ética y clínica es la estabilización y el tratamiento oportuno para prevenir daño grave y evitable.

En el caso B, la confidencialidad reforzada evita retraimiento y riesgo adicional: el equipo limita preguntas a lo clínicamente pertinente y evita narrativas estigmatizantes en la historia. Si existe objeción a un acto específico, se activa relevo inmediato sin interrumpir medidas indelegables, porque la transferencia de cuidado no puede comprometer la seguridad en un escenario potencialmente crítico.

Caso C (adolescente y confidencialidad): con familia presente y presión externa, la obstetriz debe generar privacidad, evaluar voluntariedad, y ofrecer información completa sin condicionar el acceso a aprobación familiar. La objeción no puede ser excusa para negar consejería, porque negar información incrementa riesgo y reproduce inequidad.

Tabla 12.

Caso C – Adolescente, confidencialidad y presión familiar

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Adolescente acude con familia presente que presiona o controla la conversación clínica.
Problema ético central	Autonomía comprometida por coerción relacional y ausencia de privacidad.
Riesgos éticos y clínicos	Negación de información, ocultamiento de datos relevantes, reproducción de inequidad y riesgo clínico.
Conductas éticamente inadecuadas	Exigir consentimiento familiar, negar consejería, asumir silencio como acuerdo.
Respuesta ético-operativa adecuada	Generar espacio privado, evaluar voluntariedad, brindar información completa, activar salvaguardas si hay riesgo y documentar de forma neutra.
Principios involucrados	Autonomía, confidencialidad, justicia, ética del cuidado.

Nota. El caso permite analizar la confidencialidad reforzada como condición de seguridad clínica, especialmente en adolescentes, donde la exposición indebida o la exigencia de autorización familiar puede incrementar riesgos y desalentar la búsqueda de atención.

En el caso C, si emerge riesgo de violencia o coerción, se activan salvaguardas con mínima exposición, priorizando seguridad. La ética exige equilibrar confidencialidad y protección: no se “expone” por rutina, pero tampoco se abandona a la paciente si existe riesgo grave; se documenta de forma pertinente y se coordina apoyo interprofesional cuando proceda.

Caso D (violencia sexual): el estándar ético es cuidado informado por trauma, con lenguaje no culpabilizante, control sobre el cuerpo y opciones paso a paso. La objeción no puede convertirse en revictimización ni en negación de medidas preventivas; si el profesional se abstiene de un acto específico, debe asegurar que la paciente reciba atención integral mediante ruta efectiva y acompañamiento comunicativo.

Tabla 13.

Caso D – Violencia sexual y atención informada por trauma

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Paciente víctima de violencia sexual que requiere atención obstétrica o reproductiva.
Problema ético central	Riesgo de revictimización y daño moral durante la atención.
Riesgos éticos y clínicos	Lenguaje culpabilizante, pérdida de control corporal, abandono de medidas preventivas.
Conductas éticamente inadecuadas	Minimizar el relato, imponer procedimientos sin consentimiento progresivo, moralizar.
Respuesta ético–operativa adecuada	Enfoque informado por trauma, consentimiento paso a paso, lenguaje no culpabilizante, activación de rutas efectivas si existe objeción.
Principios involucrados	Dignidad, no maleficencia, beneficencia, ética del cuidado.

Nota. Este caso fundamenta la necesidad de un enfoque de atención informado por trauma, reconociendo que la forma de la atención puede generar daño moral duradero aun cuando las intervenciones clínicas sean técnicamente correctas.

Caso E (negativa informada): la paciente rechaza una intervención recomendada y la familia presiona; el equipo se divide. El método deliberativo exige evaluar capacidad, comprensión y voluntariedad; si la decisión es informada y la paciente tiene capacidad, debe respetarse y traducirse en un plan de contingencia proporcional con umbrales de reevaluación, evitando coerción y lenguaje moralizante.

Tabla 14.

Caso E – Negativa informada y presión familiar

Elemento	Descripción
Escenario clínico	Paciente rechaza una intervención recomendada; la familia presiona en sentido contrario.
Problema ético central	Conflicto entre autonomía informada, beneficencia y coerción familiar.
Riesgos éticos y clínicos	Coerción clínica, imposición por autoridad, deterioro del vínculo terapéutico.
Conductas éticamente inadecuadas	Lenguaje moralizante, uso de la familia como decisor sustituto, amenazas implícitas.
Respuesta ético–operativa adecuada	Evaluar capacidad y comprensión, proteger el espacio decisional, acordar plan de contingencia proporcional y documentar el proceso deliberativo.
Principios involucrados	Autonomía, proporcionalidad, respeto por la persona.

Nota. El caso pone de relieve que el respeto a la autonomía no implica neutralidad pasiva, sino la obligación de proteger el espacio deliberativo de la paciente, evitando que la presión familiar se convierta en un sustituto ilegítimo de la decisión clínica.

En el caso E, la familia no es decisor sustituto por defecto; su participación depende de la preferencia de la paciente y de la ausencia de coerción. La obstetriz debe evitar que la presión familiar se institucionalice como argumento de autoridad, y debe proteger el espacio decisional de la paciente con entrevistas privadas cuando sea posible y con documentación que refleje el proceso, no solo el resultado. Estos casos ilustran que la objeción interactúa con privacidad, estigma, urgencia y equidad; por ello, la prevención requiere planificación, entrenamiento y rutas claras. La continuidad asistencial es una obligación ética y un determinante de seguridad: incluso si cambia el ejecutor final, el sistema debe asegurar que la paciente no experimente abandono, castigo ni barreras.

3.7. Algoritmo mínimo y control de calidad ética

Para estandarizar la respuesta, se propone un algoritmo de nueve pasos: evaluar urgencia y estabilizar; identificar acto objetado y medidas indelegables; asegurar privacidad mínima; informar opciones con veracidad; explorar valores y vulnerabilidad; declarar límite sin juicio; activar derivación efectiva con confirmación; mantener alivio y seguridad mientras se transfiere; y documentar tiempos, acciones y plan. Este algoritmo convierte la deliberación en práctica: obliga a que la negativa no sea un “corte” de la cadena asistencial. Su valor es reducir variabilidad injusta entre turnos y profesionales, evitando que la paciente dependa del azar para recibir información, trato digno y acceso efectivo. La institución puede monitorear calidad ética con indicadores auditables: tiempo desde solicitud a derivación confirmada, porcentaje de derivaciones efectivas, frecuencia de omisiones de información material, número de quejas por estigma, y proporción de registros.



CAPÍTULO 4

Salud sexual, reproductiva y situaciones de vulnerabilidad

4.1 Delimitación ética: sexualidad y reproducción como ámbitos de alta vulnerabilidad moral

La ética aplicada a la sexualidad y la reproducción se diferencia de otros campos clínicos por tres rasgos: alta intimidad corporal, alta carga social (estigma, normas culturales, moral religiosa) y consecuencias biográficas de largo plazo (proyectos de vida, familia, futuro reproductivo). En obstetricia, estos rasgos se concentran y amplifican, por lo que el estándar ético debe ser más explícito en protección de la dignidad, la privacidad y la voluntariedad.



En este capítulo usamos “confines de la vida” para referirnos a decisiones situadas en fronteras morales:

inicio de la vida, potencialidad reproductiva y escenarios donde se ponderan riesgos y valores que no pueden resolverse solo con evidencia biomédica. La deliberación bioética no elimina el pluralismo moral, pero sí puede establecer mínimos profesionales: veracidad, no discriminación, proporcionalidad y garantía de acceso a información y servicios disponibles.

Un punto de partida es reconocer que la autonomía en salud sexual y reproductiva no se reduce a “elección individual” abstracta; es una autonomía situada que depende de condiciones materiales (tiempo, recursos, distancia), relacionales (coerción, violencia, dependencia) y simbólicas (vergüenza, miedo, estigma). Por eso, la obligación ética de la obstetrix incluye crear condiciones para decidir: privacidad, lenguaje accesible, ausencia de juicio y verificación de comprensión, especialmente en contextos de dolor o ansiedad.

Tabla 15.

Dimensiones de vulnerabilidad ética y sus implicaciones clínicas en obstetricia

Dimensión de vulnerabilidad	Descripción ética	Implicaciones clínicas en obstetricia
Intimidad corporal	Exposición del cuerpo, procedimientos invasivos y contacto físico frecuente	Exige consentimiento continuo, explicación previa, respeto de límites y protección de la dignidad
Carga social y simbólica	Presencia de estigma, normas culturales, moral religiosa y juicios sociales	Riesgo de trato moralizante, omisión informativa y daño moral si no se mantiene neutralidad profesional
Consecuencias biográficas	Impacto en proyecto de vida, familia y futuro reproductivo	Obliga a deliberación proporcional y sensible a valores personales
Autonomía situada	Decisiones condicionadas por factores materiales, relacionales y simbólicos	Requiere crear condiciones reales de voluntariedad: privacidad, lenguaje accesible y verificación de comprensión

Asimetría de poder	Dependencia técnica y emocional de la paciente respecto del sistema	La relación clínica debe funcionar como garantía contra coerción y abuso de autoridad
Tiempo clínico	Decisiones sensibles al momento (emergencia, posparto, anticoncepción de emergencia)	La demora injustificada se convierte en daño ético y clínico
Pluralismo moral	Coexistencia de valores diversos entre pacientes y profesionales	La ética fija mínimos profesionales sin imponer convicciones personales

Nota. Esta tabla sistematiza las fuentes de vulnerabilidad ética propias de la atención obstétrica y muestra cómo dichas dimensiones obligan a estándares reforzados de consentimiento, comunicación y protección de la dignidad, especialmente en decisiones sensibles al tiempo y atravesadas por asimetrías de poder.

4.2. Confidencialidad reforzada y no estigmatización: condiciones de acceso y seguridad

La confidencialidad en sexualidad y reproducción es un componente de seguridad: protege a la paciente de represalias, violencia y control coercitivo, y facilita que revele información clínica relevante (por ejemplo, relaciones no consentidas, consumo de sustancias o barreras para adherencia). En obstetricia, donde muchas decisiones ocurren con acompañantes presentes, la práctica ética exige diseñar momentos de entrevista a solas como parte rutinaria del cuidado, no como una excepción sospechosa. La no estigmatización opera como regla clínica: un equipo que moraliza produce dos efectos adversos previsibles, deterioro del vínculo (la paciente deja de confiar) y deterioro de la información (la paciente omite datos). En ética aplicada, esto se considera daño porque incrementa riesgo y dificulta prevención; por ello, el lenguaje profesional se centra en hechos, riesgos y preferencias, y evita etiquetas culpabilizantes tanto en la conversación como en el registro clínico, que debe permanecer descriptivo y pertinente.

4.3. Anticoncepción: justicia en el acceso, consentimiento procesual y decisiones sensibles a preferencias

La anticoncepción es un campo paradigmático de decisiones sensibles a preferencias: la “mejor” opción no existe en abstracto, sino en relación con valores (aceptabilidad de sangrado, control personal, reversibilidad), condiciones de salud, proyecto reproductivo y acceso al seguimiento. La ética obstétrica exige consejería equilibrada, presentación de opciones reales y apoyo a una decisión informada sin coerción, evitando presiones basadas en prejuicios de edad, número de hijos o estado civil.

La justicia en anticoncepción se traduce en minimizar barreras: ofrecer información y acceso oportuno, especialmente en momentos de alta captación como puerperio o postevento obstétrico, donde la ventana de intervención es clara. Éticamente, demorar sin causa clínica

o derivar sin ruta efectiva puede equivaler a negar; por ello, el estándar de calidad incluye coordinación, confirmación de disponibilidad y documentación clara de preferencias y de los pasos acordados para continuidad.

La anticoncepción de emergencia ilustra la tensión entre tiempo y moral: su eficacia depende del momento, por lo que la espera innecesaria es un peligro evitable. Desde el método deliberativo, la obstetriz debe informar sobre eficacia y límites temporales, verificar comprensión, explorar riesgos de coerción o violencia, y activar provisión o derivación efectiva sin moralizar; si surge objeción, aplican los criterios del Capítulo 3: no abandono, no obstrucción y garantía de acceso sin cargas indebidas.

4.4. Interrupción del embarazo: proporcionalidad, tiempo clínico y prevención de daños secundarios

La interrupción del embarazo, donde es una opción legal y clínicamente disponible, concentra conflictos morales y exige distinguir entre convicciones personales y obligaciones profesionales. La bioética aplicada no obliga a uniformidad moral, pero sí exige mínimos:



información veraz, trato digno, confidencialidad, ausencia de discriminación, y un sistema que evite que la objeción se transforme en barrera de acceso, especialmente cuando el tiempo condiciona riesgos y alternativas.

En términos de deliberación, los casos se analizan con una matriz consistente: indicaciones médicas (riesgo materno, complicaciones, pronóstico), preferencias y valores de la paciente, impactos en calidad de vida (físicos y psicosociales) y rasgos contextuales (violencia, pobreza, coerción, acceso). Este enfoque evita reducir el caso a una disputa ideológica y permite construir planes proporcionales que minimicen daño, incluyendo apoyo psicológico, manejo del dolor, prevención de complicaciones y planificación reproductiva posterior si la paciente lo desea. Una obligación ética transversal es prevenir daños secundarios: humillación, retraso injustificado, exposición pública o abandono posatención. Estos daños afectan salud mental, continuidad del cuidado y disposición a buscar ayuda en futuras emergencias; por ello, incluso en contextos de alta controversia, la obstetriz sostiene un rol de acompañamiento

clínico: explicar el proceso, asegurar privacidad, coordinar rutas, proteger confidencialidad y documentar en términos neutrales, de modo que el sistema no convierta una decisión difícil en una experiencia de castigo o trauma institucional.

4.5. Interrupción del embarazo: deberes profesionales mínimos, gestión del desacuerdo moral y continuidad asistencial

En el plano bioético, la interrupción del embarazo suele presentarse como un conflicto entre convicciones morales del proveedor y la agencia reproductiva de la paciente; sin embargo, en la práctica obstétrica el núcleo ético más frecuente no es el debate filosófico, sino la forma en que el sistema gestiona el desacuerdo sin producir daño evitable. La bioética aplicada exige separar dos niveles: (i) el nivel de la convicción personal, donde pueden coexistir desacuerdos legítimos, y (ii) el nivel del deber profesional, donde existen mínimos no negociables: información veraz, trato digno, no discriminación, confidencialidad y garantía de rutas asistenciales que eviten demoras o abandono.

Cuando la interrupción del embarazo es una prestación legalmente disponible o clínicamente indicada según el marco del país, la ética profesional obliga a que la paciente reciba una respuesta asistencial concreta, aun si el primer proveedor objeta; de lo contrario, la objeción se convierte en un mecanismo de exclusión y la conciencia personal opera como barrera pública.

En obstetricia, el daño por demora no es teórico: el paso del tiempo puede incrementar riesgo de complicaciones, reducir alternativas clínicas disponibles, elevar el sufrimiento psicológico y aumentar exposición a estigma; por ello, la continuidad asistencial debe entenderse como un imperativo de seguridad, además de un imperativo moral.

4.5.1. Obligaciones clínicas en la consulta: consejería neutral, evaluación de riesgo y detección de vulnerabilidad

La primera obligación ética de la obstetriz en consultas relacionadas con interrupción del embarazo es realizar una evaluación clínica y psicosocial relevante: edad gestacional estimada, signos de alarma, comorbilidades, antecedentes obstétricos, estado emocional, presencia de coerción o violencia, y barreras de acceso. Esta evaluación no debe transformarse en interrogatorio moral; su finalidad es clínica y protectora: identificar riesgos que requieran atención urgente, asegurar que la paciente comprende su situación y activar salvaguardas si existe vulnerabilidad relacional (amenazas, presión de pareja, control familiar) que distorsione voluntariedad.

La consejería neutral exige un lenguaje descriptivo, no culpabilizante, y la presentación de información material: opciones disponibles según el caso, riesgos y beneficios comparativos, incertidumbres, tiempos clínicamente relevantes y recursos de apoyo. Neutralidad no significa indiferencia; significa respeto por la agencia y por la dignidad de la paciente, evitando que el profesional utilice su rol para dirigir la decisión mediante manipulación emocional, intimidación o desinformación. Una práctica ética mínima es verificar comprensión y voluntariedad: pedir a la paciente que explique con sus palabras lo que ha entendido, explorar si la decisión es propia o impuesta, y asegurar espacios de privacidad cuando existan señales de coerción.

4.5.2. Objeción y deber de derivación: convertir el límite personal en un proceso asistencial seguro

Si la obstetriz objeta participar directamente en una interrupción, el deber ético mínimo es no obstruir y derivar de forma efectiva, con coordinación real, confirmación de recepción y transferencia de información clínica pertinente. La derivación efectiva reduce tres riesgos: demoras, pérdida de información y exposición al estigma; por ello, el profesional debe evitar derivaciones “abstractas” (“vaya a tal lugar”) sin confirmar disponibilidad, porque ese tipo de derivación descarga la carga logística, emocional y económica sobre la paciente.

En contextos de desigualdad, la derivación incompleta se convierte en barrera discriminatoria: quienes tienen recursos logran completar el proceso, quienes no los tienen enfrentan demoras, complicaciones o abandono; por ello, la justicia exige que el sistema asuma la coordinación y no traslade costos a la paciente.

La objeción tampoco autoriza a limitar información: aun si la obstetriz no ejecutará el acto, debe informar con veracidad sobre opciones disponibles y sobre señales de alarma, y debe sostener el cuidado no objetado (analgesia, control de riesgos, soporte emocional), especialmente si la paciente está en situación de vulnerabilidad.

4.5.3. Emergencia, aborto incompleto y complicaciones: límites estrictos al desacuerdo moral



Manejo clínico de hemorragia obstétrica en servicio de emergencia.

El control oportuno del sangrado constituye una prioridad en emergencias relacionadas con aborto incompleto o complicaciones obstétricas. El equipo médico implementa medidas inmediatas como reposición de fluidos intravenosos, monitoreo de signos vitales, evaluación hemodinámica y preparación para intervenciones terapéuticas adicionales. La rapidez en la respuesta clínica es determinante para prevenir shock hipovolémico y otras complicaciones graves.



El manejo de hemorragia obstétrica requiere protocolos clínicos basados en evidencia y coordinación interdisciplinaria.

En escenarios de aborto incompleto, hemorragia, infección, sepsis o riesgo grave, la prioridad ética y clínica es estabilizar y tratar; la objeción no puede justificar demora en medidas indispensables para salvar vida o prevenir daño severo. La atención de emergencias relacionadas con pérdida gestacional requiere un enfoque especialmente cuidadoso en lenguaje y registro: se documentan hechos clínicos relevantes sin insinuaciones moralizantes, y se evitan preguntas innecesarias que aumenten vergüenza o temor, porque el objetivo asistencial es prevenir complicaciones y restituir seguridad.

Desde la bioética contemporánea, negar o retardar atención esencial por juicio moral constituye un daño adicional y una forma de discriminación, además de un riesgo para la salud pública, porque incentiva ocultamiento y dificulta la búsqueda temprana de ayuda. En estas situaciones, incluso si existe controversia moral, la conducta profesional debe ser técnicamente competente y éticamente protectora: analgesia adecuada, manejo de sangrado, antibióticos cuando corresponda, evaluación de estabilidad hemodinámica, apoyo psicológico y planificación de seguimiento.

4.5.4. Acompañamiento y prevención de daño moral: el rol de la obstetriz más allá del acto clínico

Una dimensión central de la ética obstétrica es reconocer que la experiencia de atención puede dejar un daño moral duradero aun cuando el desenlace clínico sea favorable. En interrupción del embarazo y atención postaborto, los factores de daño moral incluyen humillación, exposición, trato



punitivo, negación del dolor, o amenazas; estos factores deterioran la confianza, incrementan riesgo de trastornos de ansiedad o depresión y disminuyen la probabilidad de acudir al sistema ante futuras emergencias.

Por ello, la obstetriz desempeña un rol ético de acompañamiento, aun cuando no ejecute una intervención específica: ofrecer información clara, validar emociones sin imponer interpretaciones, facilitar acceso a apoyo psicosocial cuando se requiera, y asegurar un cierre clínico (signos de alarma, seguimiento, anticoncepción si la paciente la desea).

Este acompañamiento no es “psicología informal”; es parte de la beneficencia y de la no maleficencia, porque reduce riesgos clínicos y psicosociales.

4.5.5. Consentimiento, capacidad y decisiones bajo presión: criterios para proteger voluntariedad

Las decisiones en interrupción del embarazo pueden ocurrir bajo presión temporal, emocional y social, lo cual exige un estándar ético reforzado para la evaluación de capacidad y voluntariedad. La capacidad no se presume ausente por tristeza, ansiedad o culpa; se evalúa por criterios funcionales: comprensión, apreciación de consecuencias, razonamiento y expresión de una elección estable.

En obstetricia, la evaluación debe reconocer que el dolor, el shock o la intoxicación pueden comprometer capacidad en el momento; cuando esto ocurre, se prioriza estabilización, se pospone deliberación extensa si es clínicamente posible y se reabre el proceso cuando la paciente recupere condiciones para decidir. La voluntariedad se ve amenazada por coerción relacional; por ello, la entrevista privada y las preguntas de seguridad son herramientas éticas y clínicas, no simples protocolos administrativos.

Cuando hay señales de coerción, el equipo debe activar salvaguardas sin aumentar exposición: trabajo social, psicología, rutas de protección y planificación de seguridad, manteniendo confidencialidad y minimizando riesgo de represalias.

4.6. Anticoncepción en obstetricia: ética del acceso, elección informada y prevención de coerción reproductiva

La anticoncepción se ubica en el corazón de la bioética reproductiva porque implica decisiones sensibles a preferencias, con consecuencias biográficas y con una historia de prácticas coercitivas en distintos sistemas de salud. El estándar ético contemporáneo exige que la obstetriz ofrezca consejería completa, basada en evidencia, que respete el proyecto de vida de la paciente y que evite sesgos por edad, número de hijos, estado civil, discapacidad o condición socioeconómica.

La justicia en anticoncepción se expresa en accesibilidad real: disponibilidad de métodos, tiempos razonables, información comprensible y continuidad para seguimiento; sin estos elementos, la “elección” se convierte en ficción, porque la paciente termina eligiendo lo único disponible o lo que el sistema impone.

4.6.1. Consejería equilibrada: información material y decisiones sensibles a preferencias

Una consejería ética presenta opciones reales, con información material sobre eficacia, efectos adversos, reversibilidad, interacción con lactancia, necesidad de controles y protección frente a infecciones. El profesional debe explicar en términos comprensibles las diferencias entre eficacia típica y eficacia perfecta, porque esa distinción afecta decisiones y expectativas; omitirla puede generar fallos evitables y frustración, lo que deteriora confianza y continuidad.

La consejería también debe abordar valores: tolerancia al sangrado irregular, preferencia por control personal, deseo de evitar hormonas, o necesidad de método discreto por riesgo de violencia; sin esta exploración, el método “más eficaz” puede ser el menos aceptable y terminar abandonado. La ética aplicada considera aceptabilidad y adherencia como componentes de beneficencia: un método que la paciente no puede sostener en su contexto real no maximiza bienestar, aunque sea teóricamente ideal.

4.6.2. Anticoncepción posparto: ventana terapéutica y riesgo de pérdida de oportunidad

El posparto es una ventana terapéutica porque muchas pacientes están en contacto con el sistema, lo cual permite ofrecer métodos con planificación y seguimiento; perder esa oportunidad incrementa riesgo de embarazo no planificado y puede profundizar inequidades. Por ello, la justicia exige que el sistema ofrezca consejería prenatal y posparto, que documente preferencias y que coordine disponibilidad antes del alta cuando sea posible; de lo contrario, el sistema traslada a la paciente la carga de navegar barreras de acceso en un periodo de alta demanda física y emocional. Si la obstetriz objeta un método específico, debe activar la ruta efectiva de acceso sin dilación, porque en posparto la demora puede traducirse en abandono del plan anticonceptivo y en riesgo reproductivo adicional.

4.6.3. Prevención de coerción reproductiva: detectar presiones y proteger elección

La coerción reproductiva puede venir del sistema (presión para esterilización o para métodos de larga duración) o de la pareja (prohibición de anticoncepción, control de movilidad).

La ética profesional exige detectar señales: respuestas vigiladas por acompañante, temor a que la pareja se entere, historia de violencia, o inconsistencias entre preferencias expresadas y decisiones finales bajo presión. La respuesta ética incluye privacidad, opciones discretas, documentación prudente y coordinación interprofesional cuando la seguridad esté en riesgo.

Evitar coerción no implica abandonar la consejería: implica mantenerla centrada en la paciente, con un lenguaje que refuerce agencia (“Usted tiene derecho a decidir...”, “Podemos hablar a solas...”) y que ofrezca alternativas realistas según su contexto.

4.6.4. Anticoncepción de emergencia: tiempo, eficacia y obligación de no obstruir

La anticoncepción de emergencia es un caso donde el tiempo es clínicamente crítico; la demora injustificada se convierte en daño evitable. La obstetriz debe informar con claridad la relación entre tiempo y eficacia, así como las limitaciones del método, y debe facilitar acceso sin moralizar; si objeta, debe derivar efectivamente de inmediato, porque “esperar” o “volver otro día” equivale a negar por ineficacia temporal.

Desde un enfoque de justicia, la obstrucción en anticoncepción de emergencia afecta de manera desproporcionada a quienes no pueden regresar, no tienen transporte o enfrentan control coercitivo, por lo que la gestión ética exige rapidez, confidencialidad y rutas claras.

4.7. Síntesis y puente hacia la sección sobre interrupción, sexualidad y el inicio del Capítulo 5

En este tramo del Capítulo 4 hemos delimitado los mínimos profesionales en interrupción del embarazo y anticoncepción: consejería neutral, veracidad, confidencialidad reforzada, evaluación de vulnerabilidad, prohibición de obstrucción y garantía de derivación efectiva, con límites estrictos a la objeción en emergencias. Estos criterios preparan el terreno para el resto del capítulo, donde abordaremos con mayor detalle la ética de la sexualidad (diversidad, adolescentes, violencia y consentimiento) y cómo estos escenarios anticipan el eje del Capítulo 5: consentimiento informado y capacidad para decidir en obstetricia.

4.8. Sexualidad en la atención obstétrica: dignidad, diversidad y límites de la intervención profesional

La sexualidad constituye un componente estructural de la salud y del bienestar, pero en la práctica obstétrica suele aparecer filtrada por normas sociales, expectativas familiares y sesgos institucionales que pueden traducirse en trato discriminatorio o en omisiones informativas relevantes. Desde la bioética aplicada, la tarea de la obstetriz no es “regular” la sexualidad de la paciente, sino ofrecer un entorno clínico seguro para discutir riesgos, prevenir daños y apoyar decisiones informadas, evitando que la moral privada se convierta en un criterio de acceso o en una forma de control.

Un principio operativo en este ámbito es la separación entre juicio moral y juicio clínico: el juicio clínico se orienta por evidencia, seguridad y preferencias; el juicio moral pertenece al fuero interno del profesional y no debe condicionar información, analgesia, continuidad ni calidad del trato. En obstetricia, dicha separación es especialmente importante porque el estigma sexual puede inducir ocultamiento de información clínicamente crítica (prácticas sexuales, coerción, infecciones, consumo de sustancias), y la pérdida de información aumenta riesgos para la paciente, el feto y el recién nacido.

La ética contemporánea exige una “neutralidad activa”: no basta con no insultar; se requiere lenguaje respetuoso, escucha sin burla, preguntas formuladas con sensibilidad y una disposición explícita a atender sin castigo simbólico, porque la neutralidad pasiva puede ser insuficiente cuando la paciente anticipa juicio.

4.8.1. Diversidad sexual y de género: no discriminación y pertinencia clínica

La atención obstétrica puede involucrar pacientes con orientaciones sexuales diversas, identidades de género diversas o historias de transición, y la ética aplicada exige evitar supuestos heteronormativos que invisibilicen riesgos o necesidades específicas.

El deber de no discriminación incluye acciones observables: usar el nombre y pronombres preferidos cuando la paciente los exprese, formular preguntas sin presupuestos, evitar chistes o comentarios sobre “normalidad” y garantizar privacidad para discutir aspectos sensibles sin exposición innecesaria frente a terceros.

La pertinencia clínica implica distinguir qué información es relevante para la seguridad y qué información es curiosidad o invasión: la ética profesional exige preguntar solo lo necesario para evaluar riesgos, planificar cuidados y ofrecer consejería apropiada, evitando transformar la consulta en un interrogatorio identitario. Cuando exista temor a discriminación, el equipo debe reforzar la seguridad comunicativa explicando por qué se pregunta algo (“esto me ayuda a elegir el mejor método y prevenir complicaciones”) y confirmando la confidencialidad, porque el objetivo es facilitar información veraz, no extraerla por autoridad.

4.8.2. Sexualidad, violencia y coerción: señales clínicas y deber de salvaguarda

La bioética en obstetricia reconoce que una proporción significativa de decisiones sexuales y reproductivas puede estar afectada por coerción, violencia o control, lo que convierte la privacidad clínica en una condición de seguridad, no en una formalidad administrativa. Señales indirectas de coerción incluyen acompañantes que responden por la paciente, contradicciones frecuentes en el relato, temor a hablar a solas, lesiones inexplicadas, ansiedad intensa ante temas reproductivos y resistencia a métodos anticonceptivos por miedo a represalias.

El deber de salvaguarda exige estrategias de bajo riesgo: entrevistas breves a solas como parte rutinaria del cuidado, preguntas de seguridad formuladas sin acusación, información sobre recursos de apoyo y planificación de seguridad cuando existan riesgos inmediatos, respetando la autonomía de la paciente y evitando acciones que aumenten exposición.

En obstetricia, la salvaguarda se conecta con no maleficencia: forzar revelaciones, confrontar a la pareja o documentar de manera imprudente puede incrementar riesgo de violencia, por lo que la ética aplicada exige prudencia, coordinación interprofesional y registro pertinente.

4.9. Adolescentes, capacidad y confidencialidad: protección de derechos en decisiones reproductivas

La atención obstétrica a adolescentes intensifica tensiones bioéticas porque convergen vulnerabilidad, dependencia familiar, estigma social y, a veces, marcos legales que regulan consentimiento, confidencialidad y notificación, con variaciones relevantes por país y por servicio. Desde el punto de vista ético, el objetivo mínimo es evitar que la dependencia de

terceros anule la agencia de la adolescente cuando posee comprensión suficiente, y evitar que el sistema convierta la atención en un mecanismo de castigo, control o exposición pública. La evaluación de capacidad en adolescentes debe ser funcional y contextual: comprender la información material, apreciar consecuencias, razonar sobre alternativas y expresar una elección; la edad por sí sola no describe la capacidad, aunque puede señalar necesidades reforzadas de apoyo comunicativo.

La confidencialidad, en este campo, cumple un rol preventivo: si la adolescente anticipa que toda información será revelada, puede evitar controles prenatales, ocultar violencia o no buscar ayuda ante complicaciones, lo cual incrementa riesgos clínicos previsibles. Por ello, la práctica ética recomienda clarificar desde el inicio los límites de confidencialidad (qué se mantiene privado y qué debe compartirse por riesgo grave), creando expectativas transparentes que protejan confianza y reduzcan temores que distorsionan el proceso decisonal.

En escenarios donde la presencia familiar es intensa, la obstetriz debe normalizar un tiempo de entrevista privada y explicar que esta práctica es estándar para todas las pacientes, con el fin de reducir sospechas y permitir que la adolescente hable sin vigilancia. Cuando el contexto sugiere violencia sexual o coerción, la ética obliga a activar rutas de protección compatibles con seguridad y con el marco institucional, equilibrando confidencialidad y protección frente a daño grave, con coordinación interprofesional y documentación prudente.

4.10. Ética del inicio de la vida y atención perinatal: decisiones complejas, incertidumbre y cuidado proporcional

La noción de “inicio de la vida” introduce dilemas donde se entrecruzan valoraciones sobre potencialidad, dignidad y pronóstico, pero la bioética aplicada insiste en que la deliberación clínica debe sostenerse en hechos relevantes, incertidumbres explícitas y respeto por la mujer como sujeto moral pleno.

Tabla 16.
Obligaciones éticas mínimas y riesgos éticos en ámbitos clínicos clave de la obstetricia

Ámbito clínico	Obligaciones éticas mínimas	Riesgos éticos a prevenir
Confidencialidad y privacidad	Entrevistas a solas, registro descriptivo y protección de información sensible	Violencia, coerción, ocultamiento de información clínica relevante
Consejería	Información veraz, material y comprensible; presentación de opciones reales	Manipulación, desinformación, consentimiento defectuoso

Anticoncepción	Acceso oportuno, justicia distributiva, decisiones sensibles a preferencias	Pérdida de ventana terapéutica, coerción reproductiva
Anticoncepción de emergencia	Información clara sobre tiempo y eficacia; no obstrucción	Daño evitable por demora injustificada
Interrupción del embarazo	Trato digno, confidencialidad, no discriminación y rutas asistenciales efectivas	Barreras de acceso, estigmatización, abandono
Objección de conciencia	No obstruir, derivar efectivamente, mantener cuidados indelegables	Transformación de la objeción en exclusión o castigo
Emergencias y complicaciones	Estabilizar y tratar sin demora, independientemente de convicciones	Daño grave prevenible, discriminación clínica
Sexualidad y diversidad	Neutralidad activa, no discriminación y pertinencia clínica	Ocultamiento de riesgos, pérdida de confianza
Adolescentes	Evaluación funcional de capacidad y confidencialidad reforzada	Evitación del sistema, aumento de riesgo obstétrico
Inicio de la vida y perinatalidad	Deliberación proporcional, comunicación honesta de incertidumbre	Intervenciones fútiles o decisiones precipitadas

Nota. Esta tabla resume los mínimos profesionales no negociables en ámbitos especialmente sensibles de la atención obstétrica, vinculando obligaciones éticas concretas con los riesgos previsibles que deben prevenirse para garantizar seguridad clínica, respeto de derechos y continuidad asistencial.

En diagnósticos prenatales graves o en escenarios de prematuridad extrema, la incertidumbre pronóstica puede ser alta, y el equipo tiene el deber de comunicar probabilidades sin determinismo, evitando que la tecnología diagnóstica se convierta en sentencia o en presión para una decisión rápida. La ética obstétrica contemporánea enfatiza el acompañamiento deliberativo: ofrecer tiempo cuando sea posible, estructurar decisiones por etapas, integrar apoyo psicológico, clarificar valores y revisar opciones de cuidado, incluyendo cuidados paliativos perinatales cuando corresponda, sin que ello implique abandono terapéutico.

La proporcionalidad, en estos casos, se aplica tanto a intervenciones invasivas como a estrategias expectantes: se justifica lo que es idóneo, necesario y razonable en balance, considerando el beneficio esperado, el sufrimiento, la carga para la paciente y la plausibilidad clínica, evitando intervenciones fútiles o desproporcionadas.

Asimismo, la justicia exige que decisiones complejas no dependan exclusivamente de recursos del lugar o de la capacidad de “navegar” el sistema: rutas claras, informaciónogénea y acceso a segunda opinión reducen inequidades y fortalecen la legitimidad de la decisión.



CAPÍTULO 5

Consentimiento
informado y capacidad
para decidir

5.1. Consentimiento informado: naturaleza ética, alcance clínico y errores frecuentes en obstetricia

El consentimiento informado es un proceso de comunicación y deliberación que habilita decisiones autónomas bajo condiciones de comprensión y voluntariedad; su reducción a un documento firmado constituye un error ético y un riesgo clínico, porque sustituye el diálogo por formalismo y puede encubrir coerción o falta de entendimiento.

En obstetricia, el consentimiento tiene particularidades: decisiones bajo dolor, urgencia y ansiedad; procedimientos invasivos con exposición corporal; y escenarios donde el “bien del feto” se invoca para presionar, lo que exige un estándar reforzado de comunicación proporcional y respeto por la integridad corporal.

La ética aplicada distingue entre consentimiento como umbral mínimo y toma de decisiones compartida como estándar de excelencia; ambos exigen información material, pero la excelencia añade exploración de valores, preferencias y contexto, fortaleciendo adherencia y reduciendo conflicto decisional.

El consentimiento también cumple una función de justicia: cuando la información se entrega de manera desigual —más completa a unas pacientes que a otras— se produce inequidad en la capacidad real de decidir, y esa inequidad suele recaer sobre pacientes con menor escolaridad, pobreza, migración o barreras lingüísticas.

Un error frecuente en obstetricia es confundir rapidez con inevitabilidad: presentar una intervención como “lo único” sin explicar por qué, sin alternativas razonables o sin clarificar umbrales de cambio; este estilo comunicativo puede ser coercitivo incluso cuando existe una buena razón clínica, porque anula el espacio decisional.

Otro error frecuente es la “transferencia defensiva” de responsabilidad: usar el consentimiento para proteger al equipo (“usted firmó”) en lugar de usarlo para proteger a la paciente; éticamente, la firma no sustituye la obligación de prudencia, competencia y acompañamiento, y clínicamente no mejora la comprensión ni la cooperación.

5.1.1. Elementos del consentimiento: información material, comprensión, voluntariedad y decisión

Para operar el consentimiento con rigor, se requieren cuatro elementos: información material (riesgos, beneficios, alternativas y consecuencias de no intervenir), comprensión (capacidad de entender y retener lo relevante), voluntariedad (ausencia de coerción o manipulación

indebida) y una decisión expresada de manera clara. La información es “material” cuando sería relevante para una persona razonable en la situación de la paciente o para esa paciente particular, dadas sus prioridades; en obstetricia, esto incluye no solo riesgos biomédicos, sino también impactos sobre dolor, movilidad, lactancia, recuperación y experiencia de parto.

La comprensión no debe presumirse por asentimiento; se verifica mediante preguntas abiertas o estrategias de teach-back, especialmente cuando hay estrés, dolor, fatiga o barreras lingüísticas, factores comunes en intraparto y puerperio. La voluntariedad exige identificar “defeaters” típicos: presencia dominante de pareja o familia, amenazas, dependencia económica, vergüenza inducida por el equipo, miedo a perder atención o a ser castigada; frente a estos factores, la ética obliga a crear privacidad y a reforzar un entorno no punitivo.

La decisión debe documentarse con claridad y, cuando sea una negativa informada, debe acompañarse de un plan de contingencia y umbrales de reevaluación, porque respetar autonomía no implica abandonar la beneficencia ni la prevención de daños.

5.1.2. Consentimiento en obstetricia por momentos: prenatal, intraparto y puerperio

En control prenatal, el consentimiento se construye de forma longitudinal: se anticipan decisiones probables, se discuten escenarios de riesgo, se documentan preferencias (por ejemplo, analgesia, acompañamiento, intervenciones) y se reduce la carga de deliberación durante urgencias, fortaleciendo autonomía en el momento crítico.

En intraparto, el consentimiento debe ser proporcional al tiempo, pero no inexistente: se requiere una explicación breve y orientada a lo esencial, con confirmación de comprensión en lo posible, respeto por límites corporales, y documentación de por qué el proceso se abrevia cuando hay urgencia o dolor severo. En puerperio, el consentimiento se desplaza hacia educación y prevención secundaria: señales de alarma, cuidado de heridas, lactancia, salud mental, anticoncepción y seguimiento; omitir información en este momento produce daños prevenibles y aumenta reingresos por complicaciones.

5.1.3. Estándares de documentación: registrar proceso, no solo firma

El registro clínico éticamente adecuado describe el proceso: qué se explicó, qué preguntas surgieron, qué alternativas se consideraron, qué decisión expresó la paciente y qué plan se acordó; la firma, por sí sola, no evidencia comprensión ni voluntariedad. En obstetricia, un registro útil incorpora lenguaje neutral y descriptivo, evita estigma, consigna tiempos (especialmente en urgencia) y deja claros los umbrales de reevaluación, porque la condición

clínica puede cambiar rápidamente y la continuidad depende de información precisa entre turnos.

5.2. Capacidad para decidir: evaluación funcional y escenarios especiales en obstetricia

La capacidad para decidir es la aptitud de una persona para participar de manera significativa en una decisión sanitaria concreta; no es un rasgo global e inmutable, sino una evaluación funcional que depende del tipo de decisión, de su complejidad, del estado clínico y del contexto de apoyo disponible. En obstetricia, es crucial evitar dos errores opuestos: presumir incapacidad por emociones intensas (miedo, llanto, culpa) o, en el extremo contrario, asumir capacidad intacta cuando existen factores que deterioran funciones cognitivas en el momento (dolor extremo, hipoxia, shock, fiebre alta, intoxicación, sedación).

El enfoque funcional suele organizarse en cuatro habilidades: comprensión (entender la información relevante), apreciación (reconocer que la información aplica a su propia situación), razonamiento (comparar opciones y consecuencias) y expresión de elección (comunicar una preferencia relativamente estable).

La evaluación debe ser proporcional: decisiones de bajo riesgo o reversibles requieren menor umbral de capacidad que decisiones de alto riesgo o irreversibles; en obstetricia, esto es relevante cuando se consideran intervenciones invasivas, anestesia, cesárea urgente o procedimientos que impactan futuros reproductivos. Cuando la paciente muestra dudas o ambivalencia, ello no implica incapacidad; la ambivalencia puede ser una respuesta racional ante incertidumbre o ante valores en tensión. La tarea ética del equipo es clarificar información, explorar valores y reducir factores de presión, antes de concluir que la paciente “no puede decidir”.

5.2.1. Dolor, fatiga y urgencia: cómo proteger capacidad sin paralizar la atención

El dolor y la fatiga pueden afectar atención, memoria y tolerancia a explicaciones extensas; en intraparto, esto obliga a adaptar el consentimiento a segmentos breves, repetir información esencial y confirmar comprensión con preguntas simples, sin infantilizar ni tratar a la paciente como incapaz por el solo hecho de sufrir.

Una estrategia ética es el consentimiento por etapas: primero se acuerdan decisiones inmediatas para seguridad, luego se reabre la conversación cuando el dolor disminuye o cuando la paciente se estabiliza, restituyendo agencia y ofreciendo explicaciones ampliadas, especialmente si hubo intervenciones urgentes.

Cuando el dolor compromete la capacidad de sostener una deliberación mínima, aliviarlo se vuelve un acto ético además de clínico, porque mejora la capacidad de comprender y decidir; por ello, negar analgesia sin razón clínica o por prejuicio puede deteriorar capacidad y contaminar el consentimiento.

5.2.2. Salud mental perinatal: distinguir sufrimiento de incapacidad y evitar paternalismo

La depresión perinatal, la ansiedad intensa o reacciones agudas al estrés pueden coexistir con capacidad decisional conservada; la ética exige evaluar habilidades funcionales y no asumir incapacidad por diagnóstico, así como ofrecer apoyo psicosocial para mejorar la deliberación sin reemplazar la voz de la paciente. En casos de psicosis puerperal, delirium o alteraciones graves del juicio de realidad, la capacidad puede estar comprometida; la respuesta ética prioriza seguridad, tratamiento urgente y decisiones sustitutivas solo en la medida estrictamente necesaria, con reevaluación frecuente para devolver decisiones a la paciente cuando recupere capacidad.

En escenarios de ideación suicida, autolesiones o riesgo grave, el equipo debe activar rutas de emergencia con enfoque no punitivo, proteger la vida y mantener la dignidad; la protección no equivale a anular autonomía permanentemente, sino a sostener cuidado intensivo y reevaluar capacidad conforme evoluciona el cuadro.

5.2.3. Barreras de comunicación: idioma, alfabetización en salud y discapacidad

La falta de comprensión no siempre es falta de capacidad; con frecuencia es un fallo del sistema para comunicar. Barreras de idioma o baja alfabetización en salud exigen intérpretes, materiales visuales y confirmación de comprensión, porque sin estas adaptaciones el consentimiento se vuelve formal y la autonomía se erosiona por inequidad comunicativa.

La discapacidad sensorial o intelectual requiere apoyos razonables y un enfoque de toma de decisiones apoyada: adaptar lenguaje, usar apoyos de confianza elegidos por la paciente, y distinguir entre apoyo para comprender y sustitución de la voluntad. En obstetricia, estos apoyos son esenciales para prevenir decisiones impuestas o “consentimientos” aparentes.

5.2.4. Documentar la evaluación de capacidad: cuándo y cómo hacerlo

No toda decisión requiere una evaluación formal de capacidad, pero cuando existan señales de compromiso cognitivo, coerción intensa o desacuerdo significativo con alto riesgo, documentar el razonamiento clínico-ético es indispensable para transparencia y continuidad.

Un registro adecuado consigna qué información se evaluó, qué respuestas mostró la paciente en comprensión y razonamiento, qué apoyos se brindaron (intérprete, entrevista privada, control del dolor), y por qué se consideró que la paciente tenía o no tenía capacidad para esa decisión específica en ese momento.

5.3. Consentimiento informado como proceso clínico: herramientas prácticas para hacerlo real en obstetricia

Convertir el consentimiento informado en un proceso clínico real —y no en un documento— requiere dotar a la obstetrix de herramientas operativas repetibles, compatibles con la presión asistencial, y orientadas a tres metas: comprensión suficiente, voluntariedad razonable y trazabilidad verificable. La primera herramienta es la preparación anticipatoria: en control prenatal se identifican decisiones previsibles (analgesia, inducción, cesárea ante determinados escenarios, manejo de hemorragia, transfusión, anticoncepción posparto) y se discuten de forma gradual, lo cual reduce la carga decisional en intraparto y disminuye el riesgo de consentimiento apresurado bajo dolor o urgencia.

En esa preparación anticipatoria, la obstetrix debe registrar preferencias y preocupaciones relevantes (por ejemplo, temor a la anestesia, deseo de acompañamiento, límites corporales, experiencias previas traumáticas), no para “congelar” decisiones, sino para disponer de un mapa de valores que permita actuar con continuidad ética cuando el tiempo sea limitado. La segunda herramienta es el lenguaje material: explicar riesgos y beneficios en términos concretos y comparativos, evitando tecnicismos, cuantificando cuando sea posible (riesgo bajo, moderado, alto, o estimaciones absolutas cuando exista evidencia), y aclarando la diferencia entre lo probable y lo posible, porque la confusión entre posibilidad y probabilidad suele ser fuente de coerción involuntaria.

En obstetricia, un estándar mínimo de lenguaje material incluye: qué se propone y por qué, qué alternativa razonable existe, qué puede ocurrir si se acepta y si se rechaza, y qué señales exigirían reevaluar el plan; esta estructura permite que la paciente ubique la decisión en un marco de control y no de amenaza. La tercera herramienta es la verificación de comprensión mediante preguntas abiertas: “¿Qué entiende que está pasando?”, “¿Qué opción cree que estamos proponiendo?”, “¿Qué le preocupa más de esta alternativa?”, y un teach-back breve (“Para asegurarme de que lo expliqué bien, ¿me puede decir con sus palabras cuál es el plan?”).

Esta verificación cumple una función ética y clínica: detecta malentendidos antes de que se conviertan en daño, reduce la ansiedad (porque ofrece espacio para preguntas) y mejora la coordinación del equipo, ya que una paciente que comprende el plan colabora mejor y comunica cambios de síntomas con mayor precisión. La cuarta herramienta es la señalización explícita de elección: anunciar que existe una decisión y que la paciente tiene derecho a preguntar y a rechazar, porque muchas pacientes interpretan la conversación clínica como orden y no como deliberación; explicitar la opción reduce asimetría de poder y disminuye la probabilidad de consentimiento por sumisión.

Una forma operativa de esa señalización es: “Hay más de una opción; mi recomendación es X por estas razones, pero necesito escuchar qué prefiere usted y qué le preocupa”; esta frase permite recomendar con firmeza sin neutralidad fingida y sin coerción, sosteniendo el modelo deliberativo.

La quinta herramienta es el consentimiento por etapas: dividir decisiones complejas en microdecisiones sucesivas (por ejemplo, primero analgesia, luego evaluación, luego intervención), especialmente en intraparto, donde la tolerancia a explicaciones extensas es limitada; este enfoque mantiene agencia y reduce la sensación de pérdida total de control. La sexta herramienta es el, que consigna la conversación relevante: opciones discutidas, preguntas de la paciente, valores expresados, decisión tomada, y criterios de reevaluación; el registro no debe ser una “narrativa defensiva”, sino una herramienta de continuidad asistencial y de aprendizaje institucional.

5.4. Consentimiento en intraparto y urgencias: proporcionalidad, mínimos indelegables y restitución de agencia



El intraparto es el escenario donde más se tensiona el consentimiento, porque confluyen dolor, ansiedad, fatiga, exposición corporal, múltiples intervinientes y cambios rápidos del estado clínico; precisamente por eso, el estándar ético no es “consentimiento perfecto”, sino consentimiento proporcional con mínimos indelegables.

El mínimo indelegable consiste en explicar lo esencial con honestidad y respeto: qué ocurre, qué intervención se propone, por qué es necesaria ahora, cuáles son los riesgos principales, qué alternativa existe si la hay, y qué sucederá en los siguientes minutos; incluso en urgencia, esta explicación suele ser posible en 20–60 segundos y puede reducir pánico y resistencia.



La proporcionalidad exige ajustar el nivel de detalle al tiempo disponible sin caer en el extremo de “no decir nada”; omitir toda explicación transforma la urgencia en autoridad

absoluta y aumenta riesgo de trauma, que luego deteriora la confianza y la continuidad del cuidado posparto. En obstetricia, la urgencia debe definirse clínicamente y no como argumento retórico: cuando el equipo dice “es urgente”, debe poder precisar qué variable clínica impone el tiempo (por ejemplo, signos de sufrimiento, sangrado activo, compromiso hemodinámico) y qué daño se intenta prevenir, porque esa precisión es parte de la veracidad informativa.

Un recurso práctico en urgencias es el “script de 3 frases”: (1) “Estoy preocupado/a por X”, (2) “Para evitar Y necesitamos hacer Z ahora”, (3) “Si está de acuerdo, lo hacemos; si no, debo explicarle el riesgo inmediato”; este guion introduce consentimiento incluso cuando la deliberación extensa no es posible.

Cuando la paciente rechaza una intervención en urgencia, el equipo debe distinguir entre rechazo por incomprensión/pánico y rechazo informado; en el primer caso, aliviar dolor, reducir ansiedad y repetir información puede restituir capacidad deliberativa; en el segundo, se documenta negativa informada y se propone un plan de contingencia, siempre que el riesgo lo permita.

La restitución de agencia es una obligación ética posterior a intervenciones urgentes: cuando se estabiliza la situación, el equipo debe explicar lo ocurrido, por qué se actuó como se actuó, qué alternativas existían y qué decisiones se abren hacia adelante; sin este cierre, la paciente puede vivir el evento como violencia institucional aun si fue clínicamente correcto. Esa restitución también protege al equipo: permite corregir malentendidos, reduce quejas

motivadas por falta de explicación, y mejora la experiencia de cuidado; por ello, debe considerarse parte del proceso clínico y no un gesto opcional de cortesía.

5.5. Negativa informada en obstetricia: respeto, reducción de daños y planes de contingencia

La negativa informada es el reverso del consentimiento: es la decisión autónoma de rechazar una intervención después de comprender información material; en obstetricia, su manejo ético es decisivo porque el rechazo puede coexistir con riesgos relevantes y con presiones familiares o institucionales. El primer deber del equipo ante una negativa es no castigar: no elevar el tono, no ridiculizar, no amenazar con abandono, ni insinuar culpa moral (“mala madre”); estas conductas no mejoran la seguridad clínica y sí aumentan la probabilidad de decisiones reactivas o de ocultamiento de síntomas.

El segundo deber es explorar razones con preguntas neutrales: “¿Qué le preocupa específicamente?”, “¿Qué parte de esto le resulta inaceptable?”, “¿Qué alternativa estaría dispuesta a considerar?”; la negativa puede basarse en miedo, experiencia previa, trauma, costos, valores o coerción externa, y cada origen requiere respuestas distintas. El tercer deber es corregir asimetrías informativas: si la negativa se funda en un error factual, se aclara con lenguaje accesible y se verifica comprensión; si se funda en valores, el equipo debe reconocer esos valores y proponer alternativas compatibles cuando existan, sin manipulación.



El cuarto deber es diseñar un plan de reducción de daños: mayor vigilancia, reevaluaciones programadas, umbrales de cambio, medidas menos invasivas, y señales de alarma claras; este plan expresa beneficencia sin violar autonomía, y evita el falso

dilema entre “acepta todo” o “se va sin plan”. El quinto deber es documentar el proceso: información entregada, preguntas, razones expresadas, decisión final y plan de contingencia; en obstetricia, esta trazabilidad es esencial porque las condiciones cambian rápidamente y otros turnos deben comprender qué se acordó y por qué.

Cuando la familia presiona en contra de la paciente o a favor de una intervención, la obstetrix debe restituir el centro decisonal a la paciente mediante entrevista privada cuando sea posible

y delimitación de roles; la familia puede apoyar, pero no sustituye la voluntad de la paciente salvo escenarios de incapacidad evaluada y conforme a normativa aplicable.

5.6. Consentimiento por tipo de intervención: particularidades éticas en prácticas obstétricas frecuentes

En obstetricia, ciertas intervenciones concentran mayor riesgo de malentendidos y de percepción de coerción —cesárea, inducción, episiotomía, amniotomía, instrumentación, analgesia, transfusión— por lo que requieren un estándar reforzado de explicación breve, permiso explícito y anticipación de sensaciones.

Cesárea: el consentimiento debe incluir motivo clínico, alternativas razonables si existen, riesgos quirúrgicos principales, implicaciones de recuperación y posibles efectos sobre futuros embarazos; además, si la cesárea se vuelve urgente, se aplica consentimiento proporcional, y luego se realiza restitución de agencia con explicación ampliada.

La ética obstétrica exige evitar la cesárea como “amenaza” (“si no hace caso, terminaremos en cesárea”), porque esa comunicación degrada la deliberación y transforma una opción clínica en instrumento de control; en su lugar, se deben describir umbrales clínicos de forma neutral y anticipatoria.

Inducción del trabajo de parto: el consentimiento debe explicar por qué se propone inducir (riesgos de esperar versus inducir), qué métodos se usarán, cuánto tiempo podría tomar, qué riesgos se incrementan o disminuyen, y qué criterios determinan cambio de estrategia; la claridad sobre la temporalidad reduce ansiedad y sensación de imposición.

Episiotomía y procedimientos perineales: la ética contemporánea exige pedir permiso específico en el momento y explicar por qué se considera necesaria; la episiotomía “por rutina” sin explicación constituye un riesgo ético y de daño moral, porque afecta integridad corporal y puede vivirse como agresión si no se comunica.

Analgesia/anestesia: el consentimiento debe contemplar riesgos relevantes, beneficios, alternativas no farmacológicas y limitaciones por recursos; negar analgesia sin explicación o por prejuicio vulnera dignidad y puede deteriorar capacidad deliberativa, por lo que el manejo del dolor es parte del estándar ético del consentimiento.

Transfusión y manejo de hemorragia: en prenatal, cuando exista probabilidad de sangrado significativo, es recomendable discutir escenarios de transfusión y alternativas; en emergencia, la explicación es proporcional, orientada a riesgo vital; si la paciente rechaza

transfusión por convicciones, el equipo debe explorar comprensión, documentar, y activar estrategias alternativas de reducción de riesgos dentro de lo clínicamente razonable.

Procedimientos diagnósticos y monitoreo: incluso actos “menores” (tacto vaginal repetido, monitoreo continuo) tienen impacto en dignidad e intimidad; la ética exige pedir permiso y justificar necesidad, limitar repeticiones innecesarias y proteger privacidad, porque la acumulación de microintervenciones sin consentimiento es una fuente frecuente de experiencia de maltrato.

5.7. Consentimiento, docencia e investigación en obstetricia: límites de uso del cuerpo y de la información

En servicios docentes, la atención obstétrica enfrenta un riesgo ético adicional: que la presencia de estudiantes o la repetición de exámenes se naturalice sin consentimiento real, lo que incrementa exposición corporal y puede vivirse como instrumentalización.

La regla ética es clara: la docencia no autoriza por sí misma el acceso al cuerpo de la paciente; se requiere informar la participación de estudiantes, explicar su rol, pedir permiso, y respetar la negativa sin represalias ni degradación de la calidad de la atención.

Cuando una paciente acepta participación docente, el equipo debe limitar repeticiones, garantizar supervisión y proteger privacidad; pedir múltiples tactos “para aprender” sin justificación clínica es una falla ética, aunque no exista lesión física, porque vulnera integridad y dignidad.

En investigación, el consentimiento requiere información adicional: finalidad del estudio, procedimientos extra, riesgos, beneficios, manejo de datos, confidencialidad y derecho a retirarse; en obstetricia, donde la información es altamente sensible, el manejo de datos debe reforzar medidas de protección y minimizar accesos innecesarios.

La obstetriz tiene un deber particular en este punto: asegurar que la paciente comprenda la diferencia entre atención clínica y actividad investigativa, evitando la “confusión terapéutica” donde la paciente cree que participar es condición para recibir mejor atención o para no perder beneficios.

5.8. Sesgos, cultura institucional y consentimiento: cómo se producen fallas repetitivas

Muchas fallas de consentimiento no provienen de mala intención, sino de cultura institucional: turnos sobrecargados, jerarquías autoritarias, normalización de lenguaje

coercitivo, y protocolos centrados en “cumplir” con firmas más que en asegurar comprensión; por ello, mejorar consentimiento requiere intervenciones de sistema.

Un sesgo frecuente es el “sesgo de urgencia”: etiquetar como urgente lo que es principalmente conveniente para el flujo del servicio; este sesgo reduce deliberación, aumenta cesáreas o intervenciones no estrictamente necesarias, y erosiona confianza; la ética aplicada exige distinguir urgencia clínica real de urgencia organizacional.

Otro sesgo es el “sesgo moral” hacia pacientes jóvenes, con múltiples hijos, solteras o con historia de abortos: se les ofrece información distinta, se les presiona a métodos específicos o se les juzga; esta variabilidad constituye una falla de justicia y de profesionalismo, y aumenta inequidad reproductiva.

El consentimiento también se ve afectado por “sesgo de alfabetización”: asumir que la paciente “no entenderá” y por eso simplificar hasta omitir riesgos relevantes, o, al contrario, usar tecnicismos como barrera; el estándar ético es adaptar lenguaje sin omitir materialidad, verificando comprensión con métodos breves.

La cultura de “obediencia” en sala de partos, donde las pacientes son tratadas como receptoras pasivas de órdenes, es incompatible con bioética contemporánea; corregirla requiere capacitación en comunicación, auditorías de prácticas (por ejemplo, permiso antes de tactos), y liderazgo clínico que modele respeto como norma no negociable.

5.9. Integración operativa: checklist de consentimiento obstétrico y matriz breve de capacidad

Para integrar el consentimiento a la práctica cotidiana, proponemos un checklist breve de ocho ítems: (1) decisión explícita anunciada, (2) motivo clínico explicado, (3) alternativas reales mencionadas, (4) riesgos y beneficios principales, (5) consecuencias de rechazar, (6) verificación de comprensión, (7) evaluación rápida de voluntariedad/coerción, y (8) documentación del proceso con plan y umbrales de reevaluación.

Este checklist es adaptable a prenatal, intraparto y puerperio: en prenatal se ejecuta con más profundidad; en intraparto se usa en versión abreviada; en puerperio se enfoca en prevención y seguimiento; su consistencia reduce variabilidad injusta y fortalece continuidad entre turnos.

Para capacidad, la matriz breve incorpora cuatro preguntas funcionales: “¿Qué entiende que ocurre?”, “¿Qué cree que podría pasar si hacemos o no hacemos esto?”, “¿Por qué prefiere

esta opción?”, “¿Cuál es su decisión ahora?”; si las respuestas muestran comprensión, apreciación, razonamiento y elección, se presume capacidad para esa decisión, con apoyo adicional si existen barreras.

Cuando la matriz sugiere capacidad comprometida por dolor extremo, shock, delirium o intoxicación, el equipo prioriza estabilización, apoyo, analgesia y reevaluación; solo si es clínicamente imprescindible y no hay tiempo se aplican estándares de urgencia, documentando razones y restituyendo agencia posteriormente.

5.11. Modelo integrado de práctica ética para la obstetriz: estándares por fase del continuo obstétrico

Para cerrar el Capítulo 5 de manera operativa, consolidamos un modelo integrado de práctica ética aplicable a la obstetriz, organizado por fases del continuo obstétrico (prenatal, intraparto y puerperio) y sostenido por cuatro ejes transversales: comunicación material, protección de voluntariedad, evaluación funcional de capacidad y documentación trazable.

Este modelo no pretende sustituir guías clínicas ni protocolos obstétricos; su finalidad es asegurar que, cualquiera sea el escenario clínico, la calidad ética mínima sea consistente, reduciendo variabilidad injusta y evitando que el consentimiento sea una formalidad que encubra coerción, sesgo o abandono.

El criterio central es que el consentimiento debe “vivir” en la interacción clínica: se expresa en pedir permiso, explicar intenciones, verificar comprensión, ofrecer alternativas realistas y registrar decisiones con criterios de revisión; cuando estas acciones se hacen sistemáticamente, la ética deja de depender del estilo personal del profesional y se convierte en estándar de servicio.

5.11.1. Estándares en control prenatal: consentimiento anticipatorio y construcción de agencia

En control prenatal, la ventaja ética es el tiempo: permite deliberar, educar y planificar, disminuyendo decisiones precipitadas en el intraparto. Por ello, el estándar de excelencia es el consentimiento anticipatorio, que se construye en conversaciones sucesivas y se documenta como preferencias revisables, no como “consentimientos cerrados”.

Una primera tarea prenatal es el mapeo de valores y límites: explorar experiencias previas (por ejemplo, parto traumático, violencia, miedo a procedimientos), preferencias de acompañamiento, prioridades sobre control del dolor, y expectativas sobre intervención; este

mapeo habilita estrategias de cuidado informado por trauma y previene conflictos por sorpresa.

Una segunda tarea prenatal es la educación material sobre escenarios probables: signos de alarma, complicaciones frecuentes, inducción, cesárea por determinadas indicaciones, manejo de hemorragia y opciones de analgesia; la educación debe ser proporcional al riesgo individual, evitando tanto el exceso de catastrofismo como la omisión de información relevante.

Una tercera tarea prenatal es el consentimiento para pruebas y tecnología: ecografía, exámenes de laboratorio, tamizajes y evaluaciones complementarias; la ética exige explicar finalidad, límites de certeza, posibles hallazgos inciertos y decisiones que podrían abrirse, para evitar ansiedad inducida por resultados mal comprendidos.

Una cuarta tarea prenatal es la preparación para decisiones reproductivas posparto: anticoncepción, lactancia, salud mental perinatal y redes de apoyo; documentar preferencias y barreras permite aprovechar la ventana terapéutica del puerperio y reduce inequidades por pérdida de oportunidad. Como herramienta práctica, se recomienda un “plan prenatal ético” que incluya cuatro apartados: preferencias (lo que la paciente desea), límites (lo que no acepta o teme), escenarios (qué haríamos si ocurre X) y apoyos (quién acompaña, recursos disponibles). Este documento se revisa en visitas posteriores, fortaleciendo agencia y continuidad.

5.11.2. Estándares en intraparto: consentimiento proporcional, dignidad corporal y límites a la rutina invasiva

En intraparto, el estándar mínimo es el consentimiento proporcional, pero el estándar de excelencia incorpora una ética de la dignidad corporal: pedir permiso antes de tactos, explicar procedimientos, limitar repeticiones no justificadas y garantizar privacidad física en lo posible, porque la exposición corporal sin control es una fuente importante de daño moral.

La obstetriz debe reconocer que el cuerpo de la paciente no es “espacio clínico disponible” por el hecho de estar en sala; cada intervención íntima requiere permiso explícito y una razón clínica, incluso cuando el equipo considere que “siempre se hace así”. Un criterio operativo útil es el de “rutina justificable”: todo procedimiento rutinario debe poder justificarse por beneficio clínico concreto para esa paciente en ese momento. Si no se puede justificar, se convierte en práctica de conveniencia o aprendizaje, y exige reconsideración ética.

La comunicación en intraparto debe ser breve, repetida y orientada a control: informar qué pasa ahora, qué haremos en el próximo intervalo y qué señales cambiarían el plan. Este enfoque reduce ansiedad porque ofrece un horizonte temporal manejable y evita la sensación de arbitrariedad.

Cuando hay múltiples intervinientes, la ética exige coordinación comunicativa: evitar mensajes contradictorios, evitar discusiones jerárquicas frente a la paciente y asignar un “responsable de comunicación” que traduzca decisiones del equipo en lenguaje accesible; esto protege confianza y evita que la paciente perciba caos como riesgo adicional.

Si surge urgencia, se aplica el guion de consentimiento en crisis y, posteriormente, la restitución de agencia con explicación ampliada; esta restitución es especialmente relevante en cesáreas urgentes o instrumentaciones, donde la paciente puede sentirse “arrastrada” por el sistema si no recibe un cierre narrativo claro.

5.11.3. Estándares en puerperio: prevención secundaria, continuidad y respeto por decisiones reproductivas

En puerperio, la ética se orienta a prevención secundaria y continuidad: señales de alarma, control del dolor, cuidado de heridas, salud mental, lactancia, planificación reproductiva y seguimiento. La omisión de información en esta fase produce daños prevenibles y aumenta inequidad, porque quienes tienen menos redes de apoyo dependen más del sistema para entender signos de riesgo.

Un estándar mínimo es el “paquete de alta informado”: una explicación breve y escrita (o apoyada visualmente) de señales de alarma, medicación, cuidados, controles y contactos. La verificación de comprensión es indispensable, porque la fatiga y el estrés del puerperio inmediato reducen la retención de información.

En planificación reproductiva posparto, la obstetriz debe evitar coerción: ni presión para esterilización ni presión para métodos de larga duración por conveniencia institucional; la consejería debe centrarse en preferencias, contexto (incluida violencia) y acceso real a seguimiento, ofreciendo alternativas compatibles con el proyecto de vida de la paciente.

La salud mental perinatal requiere atención ética específica: normalizar preguntas sobre ánimo, sueño y apoyo, detectar señales de depresión o psicosis puerperal y activar rutas con enfoque no punitivo. La ética exige evitar minimización (“es normal, ya se le pasa”), porque la minimización retrasa atención y aumenta riesgo.

5.12. Gestión institucional del consentimiento y la capacidad: de la ética individual a la ética del sistema

La experiencia demuestra que mejorar consentimiento y capacidad no se logra solo con exhortaciones individuales; se requiere un sistema que facilite buenas prácticas. Por ello, proponemos un conjunto de medidas institucionales compatibles con servicios obstétricos de distintos niveles. Primero, protocolos de comunicación: scripts breves para urgencias, checklists para tactos y procedimientos, y guías para negativas informadas; estos instrumentos reducen variabilidad y ayudan a profesionales jóvenes a sostener estándares éticos bajo presión.

Segundo, diseño de entorno: privacidad física (cortinas, biombos), tiempos mínimos de entrevista a solas, y control de flujo de personal en procedimientos íntimos; estas medidas son simples, pero tienen impacto alto sobre dignidad y voluntariedad. Tercero, capacitación basada en conductas observables: pedir permiso, presentarse por nombre, explicar intención, verificar comprensión, documentar neutralmente y reconocer señales de coerción; la capacitación efectiva no se mide por asistir a charlas, sino por observar cambios en prácticas cotidianas. Cuarto, indicadores de calidad ética: porcentaje de registros con verificación de comprensión en decisiones de alto riesgo, frecuencia de tactos documentados con indicación, tiempos de respuesta en derivaciones por objeción, y número de quejas por trato irrespetuoso; los indicadores hacen visible lo que suele normalizarse.

Quinto, comités y consultoría ética clínica accesibles: un mecanismo rápido para casos complejos (negativas informadas persistentes, coerción, violencia, diagnósticos graves) que produzca recomendaciones claras y trazables; el comité debe ser deliberativo, no punitivo, para fomentar consulta temprana.

Estudios de caso.

Estudio de caso (anónimo): crisis hipertensiva y vulneración de dignidad durante el ingreso

Advertencia metodológica: El siguiente caso es un relato clínico–ético anonimizado) se presenta como herramienta de análisis bioético en obstetricia.

Contexto clínico y social

Paciente mujer de 29 años, primigesta, 33 semanas de gestación, sin acompañante al momento del ingreso, acude a emergencia por cefalea intensa, visión borrosa intermitente, epigastralgia y edema progresivo de extremidades inferiores.

La paciente refiere control prenatal irregular por dificultades logísticas (distancia, trabajo informal y limitaciones económicas), sin antecedentes de hipertensión crónica documentada, y sin conocimiento previo sobre signos de alarma de preeclampsia.

A su llegada, se registra presión arterial de 175/112 mmHg en triage, con taquicardia y ansiedad marcada; se decide internación de emergencia para evaluación de trastorno hipertensivo del embarazo y vigilancia materno–fetal.

La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, responde coherentemente preguntas clínicas y mantiene capacidad funcional para comprender información esencial, pese a dolor y preocupación por el estado del feto.

Testimonio de la paciente (relato en primera persona)

“Yo llegué con un dolor de cabeza que no aguantaba y veía como lucecitas; me dijeron que mi presión estaba muy alta y que me iban a internar, pero todo fue muy rápido y nadie me explicó bien qué estaba pasando.”

“Me pasaron a una camilla en un cuarto con la puerta medio abierta; yo estaba sola, consciente, con miedo, y entraron dos doctores sin presentarse, hablando entre ellos, mirando el celular mientras me hacían preguntas.”

“En un momento yo les dije que me sentía mareada y uno seguía escribiendo en el celular; el otro se acercó y me levantó la bata para revisarme y yo me sentí expuesta, como si no importara que yo estaba ahí.”

“Lo peor fue que uno sacó el teléfono y me tomó una foto; yo no entendí por qué y me quedé congelada. No me pidió permiso, no me dijo para qué era, y yo sentí vergüenza, como si me hubieran usado.”

“Yo sé que mi presión era una emergencia y necesitaba ayuda, pero en ese momento me sentí humillada y desprotegida. Después me dio pena preguntar cosas por miedo a que se burlaran o se enojaran.”

Reconstrucción clínica del episodio (línea de tiempo sintética)

En triage se detecta hipertensión severa y síntomas neurológicos sugestivos de severidad; se activa protocolo de emergencia obstétrica para evaluación de preeclampsia severa, con solicitud de laboratorio, control de signos vitales frecuentes y evaluación fetal.

Durante el traslado e ingreso a sala de evaluación, la paciente permanece sin acompañante y no se documenta una explicación breve del plan inmediato (qué se hará, por qué y en qué orden), ni se registra verificación de comprensión en ese primer contacto.

En la evaluación inicial, dos médicos realizan anamnesis y examen físico de forma acelerada; según el testimonio, uno mantiene atención intermitente en el teléfono celular y el otro ejecuta maniobras de examen con escasa anticipación comunicativa, sin pedir permiso explícito antes de manipular la ropa o exponer zonas íntimas.

Se obtiene segunda toma de presión con valores persistentes en rango severo; se decide internación en observación, eventual manejo farmacológico antihipertensivo y vigilancia estrecha por riesgo materno–fetal.

En un punto del proceso, se produce el evento crítico ético: captura de imagen con teléfono personal por parte de un médico, sin consentimiento informado, sin explicación de finalidad, sin garantía de confidencialidad y sin constancia de que fuese un dispositivo institucional autorizado para fines clínicos.

Problemas bioéticos identificados

(a) *Vulneración de dignidad y trato respetuoso:* La paciente describe un ingreso vivido como exposición corporal, falta de presentación del personal, ausencia de explicaciones y comunicación despersonalizada, lo cual erosiona dignidad y agrava sufrimiento en un contexto de urgencia.

(b) *Consentimiento proporcional ausente o insuficiente:* Aunque el cuadro justificaba medidas rápidas, el estándar mínimo era un consentimiento proporcional: “Estoy preocupado por su presión; necesitamos evaluarla y actuar ahora para evitar complicaciones; le explicaré cada paso y usted puede preguntar”, lo cual —según el relato— no ocurrió de forma reconocible para la paciente.

(c) *Privacidad y confidencialidad comprometidas:* Puerta semiabierta, exposición durante examen y ausencia de salvaguardas refuerzan la percepción de vulnerabilidad; en salud sexual y reproductiva, la privacidad es condición de seguridad y de voluntariedad, no un elemento ornamental.

(d) *Conducta no profesional: uso de celular durante la atención:* El uso del teléfono durante triage o evaluación, aunque pueda tener fines clínicos (consultas, guías), requiere

transparencia y debe evitar señales de desinterés; en un escenario crítico, la atención dividida deteriora la confianza y puede interpretarse como abandono simbólico.

(e) *Fotografía sin consentimiento: transgresión grave:* Tomar una foto clínica a una paciente consciente sin autorización explícita vulnera autonomía, privacidad y confidencialidad; además, introduce riesgo de difusión indebida y daño moral significativo, al convertir a la paciente en objeto de registro sin control sobre su imagen.

Análisis ético aplicado (con enfoque operativo)

Desde autonomía, la paciente conserva capacidad funcional y, por tanto, tiene derecho a comprender el motivo del ingreso y las intervenciones inmediatas; la urgencia no elimina autonomía, solo limita el tiempo y exige consentimiento proporcional y comunicación esencial.

Desde no maleficencia, el daño no fue únicamente potencialmente físico (por demora o descuido), sino también moral y psicológico: vergüenza, humillación y pérdida de confianza, efectos que pueden disminuir adherencia y retrasar futuras consultas, aumentando riesgo clínico a mediano plazo.

Desde beneficencia, el equipo buscaba prevenir complicaciones graves asociadas a hipertensión severa (convulsiones, accidente cerebrovascular, desprendimiento placentario, compromiso fetal), pero la beneficencia clínica no se considera completa si se logra mediante prácticas que lesionan dignidad y seguridad subjetiva de la paciente.

Desde justicia, el hecho de que la paciente esté sola y con barreras de acceso previas incrementa su vulnerabilidad; en estos casos, el estándar ético debería reforzarse (explicaciones claras, acompañamiento comunicativo, privacidad), porque la desigualdad de contexto amplifica el impacto del maltrato.

En términos de relación clínica, el episodio crea un quiebre temprano: la paciente decide callar dudas por temor a burla o represalia, lo que transforma el consentimiento en un acto pasivo y reduce la calidad de la información clínica; la relación clínica deteriorada se convierte así en factor de riesgo.

La fotografía sin permiso es incompatible con la ética clínica contemporánea: incluso si existiera una intención diagnóstica o de interconsulta, la regla mínima es solicitar consentimiento, explicar finalidad, usar canales institucionales autorizados, proteger datos y documentar el motivo; de lo contrario, el acto se aproxima a una vulneración de derechos.

Qué debió hacerse (estándar de buena práctica)

En el momento del ingreso, el equipo debió ejecutar un guion breve de urgencia: identificar riesgo (“su presión está peligrosamente alta”), explicar objetivo (“necesitamos estabilizarla y vigilar al bebé”), describir pasos (“tomas de presión repetidas, medicamentos, exámenes y monitoreo”) y ofrecer espacio mínimo de preguntas, confirmando comprensión.

Antes de cualquier examen con exposición corporal, debió pedirse permiso explícito y anticipar lo que se haría (“voy a revisar su abdomen y luego necesitaremos examinar... ¿está bien para usted?”), además de asegurar privacidad física (puerta cerrada o cortina) y limitar presencia de personal al estrictamente necesario.

El uso de teléfonos debió ser clínicamente justificado y explícito: si se utiliza para calcular dosis, consultar protocolos o contactar interconsulta, se comunica (“voy a usar el teléfono institucional para confirmar el protocolo”) y se mantiene la atención centrada; si no es necesario, se evita durante el contacto directo.

Respecto a imágenes, debió aplicarse un estándar estricto: no tomar fotografías con celular personal y no capturar imágenes sin consentimiento, salvo contextos excepcionales y regulados, usando únicamente sistemas institucionales autorizados, con consentimiento documentado y finalidad clínica clara.

Finalmente, una vez controlada la urgencia, el equipo debió realizar restitución de agencia: explicar qué ocurrió, por qué se actuó rápidamente, qué riesgos se estaban previniendo, cuál es el plan y qué decisiones se abrirán luego, invitando a la paciente a expresar preocupaciones y preferencias.

Medidas correctivas y preventivas sugeridas (a nivel institucional)

Implementar una política explícita de “cero tolerancia” a fotografías no autorizadas y a uso no clínico de teléfonos en áreas de atención directa, con canales formales para interconsultas y registro de imágenes cuando sean clínicamente necesarias.

Establecer checklists de conducta mínima en urgencia obstétrica: presentación, explicación proporcional, permiso antes de tocar, verificación de comprensión, privacidad física, y documentación del proceso, para reducir variabilidad y dependencia del “estilo personal” del profesional.

Capacitar al equipo en comunicación en crisis y enfoque informado por trauma, enfatizando que la urgencia no habilita el trato brusco ni la exposición innecesaria, y que el respeto es un componente de seguridad y adherencia.

Fortalecer auditoría ética con indicadores: quejas por trato, eventos de privacidad, tiempos de explicación proporcional, y revisión de historias clínicas buscando registros de consentimiento y de condiciones de voluntariedad, especialmente cuando la paciente llega sola o con señales de vulnerabilidad.

Estudio de caso 2 (anónimo): negativa informada, presión familiar y consentimiento bajo dolor en sala de partos

Advertencia metodológica: El siguiente caso es un relato clínico-ético anonimizado y compuesto para fines formativos; integra elementos frecuentes en obstetricia para análisis de consentimiento, capacidad, coerción y comunicación en crisis.

Contexto clínico y social

Paciente mujer de 34 años, gestación de 39+4 semanas, multípara (G3P2), ingresa por trabajo de parto activo con contracciones intensas y ruptura de membranas de 4 horas. Antecedente relevante: parto anterior traumático referido por la paciente (recuerda tactos repetidos, gritos y una episiotomía sin explicación), lo que condiciona miedo a procedimientos invasivos y alta sensibilidad a la pérdida de control corporal.

La paciente llega con su madre y su pareja; ambos se muestran demandantes: la madre insiste en “cesárea ya” por temor a complicaciones, mientras la pareja exige “parto normal sin anestesia”, argumentando que “así debe ser” y que “la anestesia hace daño”.

En triage se constata dilatación de 6 cm, presión arterial y signos vitales dentro de rangos normales, frecuencia cardíaca fetal inicialmente reactiva, pero con desaceleraciones variables ocasionales que sugieren necesidad de vigilancia y posible reevaluación del plan.

La paciente está orientada, responde coherentemente y expresa que su prioridad es “no sentir que la obligan”, y solicita analgesia epidural para poder “pensar y decidir sin pánico”, pero su pareja la interrumpe y responde por ella.

Testimonio de la paciente (relato en primera persona)

“Cuando llegué estaba con mucho dolor y mi pareja no me dejaba hablar; decía que yo no necesitaba anestesia y que si me la ponían era por capricho.”

“Yo quería que me explicaran todo paso a paso porque en mi otro parto me hicieron cosas sin avisarme; pero ese día sentí que nadie me escuchaba, estaban más pendientes de discutir con mi familia.”

“Yo pedí que me dejaran hablar sola con la obstetra, porque me daba vergüenza pelear con mi pareja ahí, pero me dijeron que ‘no había tiempo’ y que ‘se calme’.” (468)

“Cuando sentí una contracción fuerte, yo dije que sí quería epidural; mi pareja se enojó y dijo que él no iba a firmar nada. Yo me quedé paralizada, con miedo de que me dejen sin ayuda.”

“Después, cuando el corazón del bebé bajó un rato, me dijeron de repente que había que hacerme un procedimiento y yo no entendí; me sentí atrapada, como si el dolor fuera una excusa para hacer lo que quieran.”

Reconstrucción clínica del episodio (línea de tiempo sintética)

Al ingreso se registra historia breve y se propone monitorización continua por desaceleraciones variables. Se realiza tacto vaginal para confirmar progresión; se documenta dilatación de 6–7 cm. Durante la evaluación, el equipo permite que la pareja y la madre permanezcan interviniendo activamente; no se documenta una entrevista privada para evaluar coerción ni para clarificar la preferencia auténtica de la paciente respecto a analgesia y manejo del parto.

La paciente solicita analgesia epidural; la pareja intenta impedirla y exige que el equipo “respete su decisión”. El equipo duda, y se abre un conflicto en sala que incrementa ansiedad de la paciente.

En el transcurso de 30–40 minutos aparecen episodios más frecuentes de desaceleraciones variables con recuperación, compatibles con compresión del cordón; el equipo plantea amnioinfusión y cambio de posición, y considera la posibilidad de parto instrumentado si el patrón empeora en fase expulsiva.

En un momento de contracciones intensas y cansancio, el equipo propone un procedimiento (amniorrexia dirigida/amnioinfusión o instrumentación, según evolución) con explicación breve insuficiente; la paciente expresa temor y dice “no sé”, mientras la familia presiona en direcciones opuestas.

Problemas bioéticos identificados

(a) Coerción relacional y pérdida de voluntariedad: La pareja responde por la paciente y amenaza con impedir analgesia; la paciente evidencia temor y vergüenza, lo que compromete voluntariedad.

(b) Fallo en crear condiciones para autonomía: El equipo no genera un espacio privado mínimo para que la paciente exprese preferencias sin presión, pese a señales claras de interferencia familiar.

(c) Consentimiento bajo dolor sin proporcionalidad adecuada: En momentos críticos se propone un procedimiento sin una explicación esencial comprensible; la urgencia relativa se usa para acelerar decisiones sin un consentimiento proporcional claro.

(d) Confusión de roles: familia como “decisor”: Se permite que la familia actúe como autorizante (“él no va a firmar”), lo cual desplaza el centro decisional de la paciente, que es la titular del consentimiento si mantiene capacidad.

(e) Riesgo de daño moral y trauma institucional: Por antecedente de parto traumático, la paciente necesita un enfoque informado por trauma; el entorno de discusión, el tono autoritario y la falta de control corporal refuerzan re-traumatización.

Análisis ético aplicado (principios y método deliberativo)

Desde autonomía, la paciente está consciente, orientada y expresa una preferencia razonable (analgesia epidural) para poder deliberar; impedirle hablar o condicionar la atención a la voluntad de la pareja vulnera su agencia y convierte el consentimiento en formalidad.

Desde beneficencia y no maleficencia, la analgesia puede ser clínicamente beneficiosa para reducir estrés, mejorar cooperación y permitir decisiones más serenas; negar analgesia por razones no clínicas incrementa sufrimiento y puede deteriorar capacidad funcional para comprender y decidir. Desde justicia, permitir que la pareja controle la decisión refuerza desigualdad de poder y expone a la paciente a un trato subordinado; en términos éticos, el sistema debe corregir asimetrías, no reproducirlas.

Aplicando una deliberación operativa: el hecho clínico es un parto en progreso con patrón fetal que requiere vigilancia; las preferencias de la paciente incluyen analgesia y comunicación paso a paso; la calidad de vida incluye evitar re-trauma; el contexto incluye coerción familiar. La decisión ética debe proteger seguridad materno–fetal sin sacrificar la condición mínima de voluntariedad.

Qué debió hacerse (estándar de buena práctica)

Paso 1: Entrevista privada inmediata y normalizada. El equipo debió solicitar un momento a solas con la paciente como práctica estándar (“siempre hablamos unos minutos

a solas para confirmar preferencias”), con el fin de evaluar coerción y confirmar que la solicitud de epidural es auténtica.

Paso 2: *Clarificar rol de acompañantes.* Informar a familia que su rol es de apoyo y que la decisión clínica–personal corresponde a la paciente; esto se hace con lenguaje respetuoso y firme, evitando confrontación innecesaria, pero delimitando autoridad moral y legal.

Paso 3: *Consentimiento proporcional para analgesia.* Explicar brevemente beneficios, riesgos relevantes y alternativas, verificar comprensión y proceder si la paciente consiente; la pareja no “firma” en lugar de la paciente y no puede bloquear una intervención deseada por ella si mantiene capacidad.

Paso 4: *Enfoque informado por trauma.* Pedir permiso antes de tactos, limitar repeticiones, explicar sensaciones, ofrecer control parcial (“si necesita pausa, me dice”), y evitar discusiones de equipo frente a la paciente.

Paso 5: *Comunicación de cambios clínicos con umbrales.* Si el patrón fetal empeora, explicar qué variable cambió, qué se propone para corregirla (posición, amnioinfusión, oxigenación si aplica, hidratación), y bajo qué criterios se consideraría instrumentación o cesárea; esto reduce la percepción de “decisión súbita” y fortalece confianza.

Paso 6: *Documentación del proceso.* Registrar preferencia expresada por la paciente, evaluación de voluntariedad, información entregada, consentimiento y, si hubo negativa o dudas, el plan de contingencia con reevaluaciones.

Resultado clínico probable y reparación ética posterior

Si se protege la autonomía y se brinda analgesia solicitada, la paciente suele recuperar capacidad deliberativa y cooperación; el equipo puede manejar desaceleraciones variables con medidas escalonadas y, si es necesario, discutir instrumentación o cesárea con consentimiento proporcional, disminuyendo el riesgo de trauma institucional.

Posterior al evento, se recomienda una conversación breve de restitución: explicar qué decisiones se tomaron y por qué, validar que el entorno fue estresante, ofrecer espacio para preguntas y documentar cualquier malestar para seguimiento; esta reparación no borra la experiencia, pero reduce daño moral y mejora continuidad posparto.

GLOSARIO TÉCNICO DE BIOÉTICA APLICADA A LA OBSTETRICIA



A

Autonomía bioética Facultad del paciente para decidir libremente sobre procedimientos médicos.

Atención obstétrica Conjunto de cuidados médicos brindados durante el embarazo y parto.

Anamnesis clínica Recopilación de antecedentes médicos del paciente.

Asistencia perinatal Atención médica especializada antes, durante y después del parto.

Asepsia hospitalaria Procedimientos destinados a prevenir infecciones en entornos clínicos.

B

Beneficencia médica Principio ético orientado al bienestar del paciente.

Bioética obstétrica Disciplina que analiza dilemas éticos en obstetricia.

Bienestar fetal Estado adecuado de salud y desarrollo del feto.

Barrera placentaria Estructura biológica que regula el intercambio materno-fetal.

Bradycardia fetal Disminución anormal de la frecuencia cardíaca fetal.

C

Consentimiento informado Aceptación voluntaria del paciente tras recibir información médica.

Confidencialidad clínica Protección de la información médica del paciente.

Cesárea obstétrica Procedimiento quirúrgico para el nacimiento del bebé.

Cuidados prenatales Atención médica preventiva durante el embarazo.

Código deontológico Normas éticas que regulan la práctica profesional médica.

D

Dignidad humana Valor intrínseco que debe respetarse en toda atención sanitaria.

Diagnóstico prenatal Evaluación médica del feto antes del nacimiento.

Deontología médica Conjunto de deberes éticos de los profesionales de salud.

Derechos reproductivos Garantías relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Distocia obstétrica Complicación que dificulta el trabajo de parto.

E

Ética clínica Aplicación de principios éticos en decisiones médicas.

Embriología humana Estudio del desarrollo temprano del ser humano.

Eclampsia gestacional Complicación hipertensiva grave del embarazo.

Evaluación fetal Monitoreo médico del estado de salud del feto.

Equidad sanitaria Acceso justo a servicios de salud.

F

Feto viable Capacidad fetal de sobrevivir fuera del útero.

Fecundación asistida Técnicas médicas para facilitar la reproducción.

Frecuencia cardíaca fetal Ritmo de latidos del corazón del feto.

Farmacología obstétrica Uso de medicamentos en embarazo y parto.

Fisiología materna Funcionamiento biológico del organismo gestante.

G

Gestación humana Proceso de desarrollo del embrión y feto en el útero.

Ginecobstetricia Especialidad médica dedicada a la salud reproductiva femenina.

Genética prenatal Estudio hereditario aplicado al embarazo.

Guía clínica obstétrica Documento técnico para atención médica especializada.

Gravidez materna Estado fisiológico de embarazo.

H

Humanización del parto Atención respetuosa centrada en la madre y el recién nacido.

Historia clínica Registro médico integral del paciente.

Hemorragia obstétrica Sangrado excesivo asociado al embarazo o parto.

Hipertensión gestacional Elevación de presión arterial durante el embarazo.

Higiene hospitalaria Medidas preventivas contra infecciones clínicas.

I

Iatrogenia médica Daño causado involuntariamente por intervención sanitaria.

Integridad profesional Conducta ética y responsable del personal médico.

Inmunización prenatal Protección inmunológica durante la gestación.

Infertilidad reproductiva Dificultad para lograr embarazo.

Interconsulta médica Solicitud de evaluación por otro especialista.

J

Justicia bioética Principio ético relacionado con igualdad en atención sanitaria.

Juramento hipocrático Compromiso ético tradicional de los médicos.

Juicio clínico Valoración profesional basada en evidencia médica.

Junta médica Reunión de especialistas para análisis clínico.

Jerarquización sanitaria Organización de prioridades en atención médica.

K

Karyotipo fetal Estudio cromosómico realizado al feto.

Keratina neonatal Proteína estructural presente en tejidos del recién nacido.

Kilocaloría gestacional Unidad energética relevante en nutrición materna.

Kinesiología obstétrica Terapias de movimiento aplicadas al embarazo.

Keratitis neonatal Inflamación ocular en recién nacidos.

L

Lactancia materna Alimentación natural del recién nacido mediante leche materna.

Líquido amniótico Sustancia que protege al feto en el útero.

Latido fetal Actividad cardíaca del feto durante la gestación.

Legrado uterino Procedimiento médico de evacuación uterina.

Lesión perinatal Daño ocurrido antes, durante o después del nacimiento.

M

Maternidad responsable Decisión consciente sobre reproducción y crianza.

Morbimortalidad materna Indicador de enfermedades y muertes relacionadas con embarazo.

Monitoreo fetal Vigilancia médica continua del bienestar fetal.

Malformación congénita Alteración estructural presente al nacimiento.

Medicina perinatal Atención médica especializada en embarazo y recién nacido.

N

No maleficencia Principio ético orientado a evitar daño al paciente.

Neonatología Especialidad médica dedicada al recién nacido.

Nutrición prenatal Alimentación adecuada durante el embarazo.

Nacimiento prematuro Parto ocurrido antes de término gestacional.

Normativa bioética Regulaciones aplicables a prácticas médicas y científicas.

O

Objección de conciencia Derecho profesional a rechazar actos contrarios a convicciones éticas.

Obstetricia clínica Rama médica dedicada al embarazo y parto.

Oxigenación fetal Suministro adecuado de oxígeno al feto.

Oligohidramnios Disminución anormal del líquido amniótico.

Ovulación femenina Liberación del óvulo por el ovario.

P

Parto humanizado Modelo de atención respetuosa durante el nacimiento.

Perinatología Especialidad enfocada en complicaciones materno-fetales.

Placenta materna Órgano encargado del intercambio entre madre y feto.

Preeclampsia gestacional Complicación hipertensiva asociada al embarazo.

Principialismo bioético Corriente basada en autonomía, justicia y beneficencia.

Q

Quirófano obstétrico Área hospitalaria destinada a procedimientos obstétricos.

Quiste ovárico Formación anormal de contenido líquido en ovario.

Quimioprofilaxis prenatal Prevención farmacológica de enfermedades durante embarazo.

Quick obstétrico Evaluación clínica rápida de riesgo materno.

Queratopatía neonatal Alteración corneal en recién nacidos.

R

Reproducción asistida Técnicas médicas aplicadas para lograr embarazo.
Riesgo obstétrico Probabilidad de complicaciones durante gestación o parto.
Reanimación neonatal Procedimientos para estabilizar al recién nacido.
Registro perinatal Documentación médica del embarazo y nacimiento.
Responsabilidad médica Obligación ética y legal del profesional sanitario.

S

Salud reproductiva Bienestar integral relacionado con función reproductiva.
Sufrimiento fetal Alteración del bienestar fetal durante embarazo o parto.
Sepsis neonatal Infección grave en recién nacidos.
Seguimiento prenatal Control periódico de la gestación.
Síndrome gestacional Conjunto de alteraciones asociadas al embarazo.

T

Tamizaje prenatal Pruebas para detectar riesgos o anomalías fetales.
Trabajo de parto Proceso fisiológico previo al nacimiento.
Terapia neonatal Tratamientos aplicados a recién nacidos.
Toxemia gestacional Complicación hipertensiva del embarazo.
Transfusión obstétrica Administración de sangre en atención materna.

U

Ultrasonografía obstétrica Técnica de imagen utilizada en control fetal.
Unidad neonatal Área hospitalaria especializada en recién nacidos.
Urgencia obstétrica Situación médica crítica durante embarazo o parto.
Útero gestante Órgano reproductor durante el embarazo.
Urocultivo prenatal Examen microbiológico realizado a gestantes.

V

Viabilidad fetal Capacidad del feto para sobrevivir fuera del útero.
Valoración prenatal Evaluación médica integral de la gestante.
Vacunación materna Inmunización aplicada durante el embarazo.
Vigilancia perinatal Seguimiento clínico materno-fetal especializado.
Ventilación neonatal Asistencia respiratoria para recién nacidos.

W

Wellness materno Estado integral de bienestar físico y emocional en gestantes.
Workshop obstétrico Taller académico sobre atención materna.
Web médica prenatal Plataforma digital de orientación obstétrica.
Wound care obstétrico Manejo clínico de heridas postparto.
Weight gestacional Control del peso durante el embarazo.

X

Xenobiótico fetal Sustancia externa que puede afectar al feto.

Xenotrasplante médico Trasplante de órganos entre especies distintas.

Xerosis neonatal Resequedad cutánea en recién nacidos.

Xantosis placentaria Alteración pigmentaria observada en tejidos placentarios.

Xenodiagnóstico clínico Método auxiliar utilizado en estudios biomédicos.

Y

Yatrogenia obstétrica Daño derivado de procedimientos obstétricos.

Yodo prenatal Elemento esencial para el desarrollo fetal.

Yacimiento genético Acumulación de información hereditaria.

Yeyuno fetal Segmento intestinal del sistema digestivo fetal.

Yugulación neonatal Control clínico de complicaciones en recién nacidos.

Z

Zigoto humano Primera célula formada tras la fecundación.

Zona perinatal Etapa comprendida alrededor del nacimiento.

Zoonosis gestacional Enfermedad transmisible de animales a humanos durante embarazo.

Zinc prenatal Mineral esencial para el desarrollo fetal.

Zigosis embrionaria Proceso biológico inicial posterior a la fecundación.



OBSTA. DENIS ALFREDO ARÉVALO JUMBO. MG.

Biografía

Obstetra egresado de la Universidad Estatal de Guayaquil. Cursa estudios de posgrado en la Universidad de las Américas como Magíster en Salud Pública, siendo posteriormente salubrista e investigador. Se desempeña como docente universitario y coordinador de internado en la carrera de Obstetricia de la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Su experiencia clínica y académica ha orientado su interés hacia la bioética aplicada a la obstetricia, entendida como un espacio de deliberación responsable frente a decisiones que afectan profundamente la vida, la dignidad y la autonomía de las mujeres. "La práctica obstétrica responsable integra evidencia científica, juicio ético y respeto por la autonomía de la mujer."



OBST. JÉSSICA ALEXANDRA TUFÍÑO MACAS. MG.

Biografía

Obstetra de profesión reside en la ciudad de Quevedo. Realizó sus estudios de pregrado en la Universidad Central del Ecuador. Posteriormente continuó su formación en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa obteniendo el diploma en la prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino. Además obtuvo el título de magíster en Salud Pública en la Universidad de las Américas. Su experiencia abarca los ámbitos asistenciales, administrativo, docente e investigativo con la publicación de diferentes artículos. Actualmente ejerce la docencia en la carrera de Obstetricia de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes.



OBST. ERIKA YESENIA INGA GUALOTUÑA. MG.

Biografía

Obstetriz graduada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, posteriormente continuó con su formación académica en la Universidad de Concepción de Chile. Cuenta con experiencia en atención integral a la salud sexual y reproductiva en mujeres y adolescentes. Actualmente se desempeña como docente de la carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes.



OBST. DEYSI VIVIANA BONILLA LEDESMA

Biografía

Obstetriz de profesión, reside en Babahoyo, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Obstetricia. Continuó su formación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), especializándose en psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Actualmente se desempeña como docente y coordinadora de la carrera de Obstetricia en UNIANDES, extensión Quevedo, donde imparte la cátedra de Profilaxis y Preparación para el Embarazo, y cursa una Maestría en Docencia Superior. Cuenta con experiencia en atención profesional, certificación en educación prenatal y un enfoque en el parto humanizado; además, ha participado como ponente en eventos científicos universitarios.

Bibliografia

1. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-188. doi:10.1136/bmj.309.6948.184.
2. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357(18):1834-1840. doi:10.1056/NEJMcp074045.
3. Kingma E. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. *Bioethics*. 2021;35(5):456-464. doi:10.1111/bioe.12852.
4. Wolf AB, Charles S. Childbirth Is Not an Emergency: Informed Consent in Labor and Delivery. *Int J Fem Approaches Bioeth*. 2018;11(1):23-43. doi:10.3138/ijfab.11.1.23.
5. Kors J, de la Croix A, Martin L, et al. Autonomy-supportive decision-making in maternity care during prenatal consultations: a qualitative interaction analysis. *BMJ Open*. 2022;12:e063463. doi:10.1136/bmjopen-2022-063463.
6. van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, et al. Consent and refusal of procedures during labour and birth: a survey among 11 418 women in the Netherlands. *BMJ Qual Saf*. 2024;33:511-520. doi:10.1136/bmjqs-2022-015538.
7. van der Pijl MSG, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health*. 2022;19:160. doi:10.1186/s12978-022-01460-4.
8. Parmar A, Lanceley A, Maslowski K, et al. "I didn't feel I could say no": A qualitative study of pregnant women's experiences of consent to vaginal examinations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2025;311:114065. doi:10.1016/j.ejogrb.2025.114065.
9. Ely S, Langer S, et al. Maternity Care Informed Consent Practices and Perspectives: A Qualitative Study at a Tertiary Maternity Unit. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2024 (Epub ahead of print). doi:10.1111/ajo.13932.
10. Abiola A, et al. Barriers to informed consent in obstetric care during childbirth: a qualitative study. *BMJ Open*. 2025;15(6):e101591. doi:10.1136/bmjopen-2025-101591.

11. Karim MA, Ahmed SI, Ferdous J, et al. Assessing informed consent practices during normal vaginal delivery and immediate postpartum care in tertiary-level hospitals of Bangladesh. *Eur J Midwifery*. 2019;3(May):10. doi:10.18332/ejm/109311.
12. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
13. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16:77. doi:10.1186/s12978-019-0729-2.
14. Afulani PA, Moyer CA. Accountability for respectful maternity care. *Lancet*. 2019;394(10210):1692-1693. doi:10.1016/S0140-6736(19)32258-5.
15. Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55. doi:10.1016/j.rhm.2016.04.002.
16. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Reprod Health*. 2018;15:200. doi:10.1186/s12978-018-0591-7.
17. Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips B, Singhal S, Sudhinaraset M. Validation of the person-centered maternity care scale in India. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;146(1):40-47. doi:10.1002/ijgo.12827.
18. Reyes-Amargant L, et al. Ethical decision-making in obstetric care: midwives' experiences. *Midwifery*. 2025; (in press). doi:10.1016/j.midw.2025.104493.
19. Nagle-Yang S, Hoffman A. Trauma-informed care for obstetric and gynecologic care. *Matern Child Health J*. 2023;27: (online first). doi:10.1007/s10995-022-03518-y.
20. van der Rijt R, Hoffman A. Ethical considerations of clinical photography in the era of smartphones. *J Med Ethics*. 2014;40(11):774-778. doi:10.1136/medethics-2013-101479.
21. Zoltie N, et al. Smartphones, clinical photography and consent. *BMJ*. 2022;376:e067663. doi:10.1136/bmj-2021-067663.

22. Brittain AW, Williams JR, Zapata LB, Moskosky SB, Weik TS. Confidentiality in family planning services for young people: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2015;49(2 Suppl 1):S85-S92. doi:10.1016/j.amepre.2015.04.001.
23. Thrall JS, McCloskey L, Ettner SL, Rothman EF, Tighe JE, Emans SJ. Confidentiality and adolescents' use of providers for health information and for pelvic examinations. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(9):885-892. doi:10.1001/archpedi.154.9.885.
24. Pampati S, Liddon N, Dittus PJ, Hoyer Adkins S, Steiner RJ. Confidentiality matters but how do we improve implementation in adolescent sexual and reproductive health care? *J Adolesc Health.* 2019;65(3):315-322. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.03.021.
25. Trigg R. Conscientious objection and effective referral. *Camb Q Healthc Ethics.* 2016;25(1):80-91. doi:10.1017/S0963180116000633.
26. Dickens BM. Conscientious objection to participation in abortion: the duty to refer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(1):1-6. doi:10.1002/ijgo.13979.
27. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123 Suppl 3:S41-S56. doi:10.1016/S0020-7292(13)60002-8.
28. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(3):294-297. doi:10.1016/S0020-7292(13)00601-2.
29. Arthur JH. Conscientious objection in sexual and reproductive health guideline: emphasises patients' rights. *BMJ Sex Reprod Health.* 2018;44(2):145-146. doi:10.1136/bmjsex-2017-101842.
30. Zampas C, Andión-Ibáñez X. Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice. *Eur J Health Law.* 2012;19(3):231-248. doi:10.1163/157180912X639116.
31. de Londras F, et al. Conscientious objection and abortion in Europe: the cases of Italy and the United Kingdom. *Health Policy.* 2023;127(9):104716. doi:10.1016/j.healthpol.2023.104716.

32. Fiala C. “Conscientious objection” to abortion: it is a misnomer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;216:258-259. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.07.023.
33. Tongue A. Conscientious objection in reproductive healthcare: a medical law perspective. *Med Law Int.* 2022;22(4): (online first). doi:10.1177/09685332221119503.
34. van der Pijl MSG, et al. Episiotomies and the ethics of consent during labour and birth: thinking beyond the existing consent framework. *J Med Ethics.* 2023; (online first). doi:10.1136/jme-2023-109205.
35. Cantor AG, Jungbauer RM, McDonagh MS, et al. Respectful maternity care and related outcomes: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2024. doi:10.7326/M23-2676. ScienceDirect
36. Mira-Catalá A, Roqueta-Carreras A, Goberna-Tricas J, et al. Respectful maternity care interventions to address women mistreatment in childbirth: what has been done? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:Article 6524. doi:10.1186/s12884-024-06524-w. Springer+1
37. Häggsgård C, Karlsson P, Lantos E, et al. Exploring respectful maternity care among LGBTIQ+ individuals: a qualitative study. *PLoS One.* 2024;19(6):e0304418. doi:10.1371/journal.pone.0304418. fi-admin.bvsalud.org
38. Zoltie N, Ives J, Hurlock-Chorostecki C, et al. Respectful care in pregnancy loss: a qualitative evidence synthesis. *BMJ.* 2022;376:e067663. doi:10.1136/bmj-2021-067663. obgyn.onlinelibrary.wiley.com
39. Venkatesh KK, Brodney S, Barry MJ, et al. Patient decision aid for trial of labor after cesarean (TOLAC) versus planned repeat cesarean delivery: a quasi-experimental pre-post study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):650. doi:10.1186/s12884-021-04119-3. PubMed
40. Schoorel EN, et al. A decision aid with a prediction model for vaginal birth after cesarean: development and pilot evaluation. *PLoS One.* 2019;14(9):e0222499. doi:10.1371/journal.pone.0222499. ScienceDirect
41. Vedam S, Stoll K, McRae DN, et al. The Mothers on Respect (MOR) Index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171804. doi:10.1371/journal.pone.0171804. PubMed

42. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, et al. Person-centered prenatal care scale: development and validation. *Am J Obstet Gynecol.* 2021. doi:10.1016/j.ajog.2021.04.216. PubMed
43. Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips B, et al. Development of a short multi-country person-centered maternity care scale. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;? :? . doi:10.1002/ijgo.12827. PubMed
44. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
45. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters.* 2018;26(53):6-18. doi:10.1080/09688080.2018.1508173.
46. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet.* 2014;384(9948):e42-e44. doi:10.1016/S0140-6736(14)60859-X.
47. Warren CE, Njuki R, Abuya T, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:21. doi:10.1186/1471-2393-13-21. PubMed
48. Abuya T, Warren CE, Miller N, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya: a facility-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:118. doi:10.1186/s12884-015-0645-6. Taylor & Francis Online
49. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan.* 2018;33(1):e26-e33. doi:10.1093/heapol/czu079. PubMed
50. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(2):110-113. doi:10.1016/j.ijgo.2014.08.015. content.sph.harvard.edu
51. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;72(Suppl 2):S109-S115. doi:10.1097/QAI.0000000000000378. PLOS

52. González-de la Torre H, González-Artero PN, Muñoz de León-Ortega D, Lancha-de la Cruz MR, Verdú-Soriano J. Cultural adaptation and validation of an obstetric violence scale in Spain. *Nurs Rep.* 2023;13(4):1368-1387. doi:10.3390/nursrep13040115. PubMed
53. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, et al. Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):7726. doi:10.3390/ijerph17217726. PubMed
54. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá VM, et al. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: a constructivist grounded theory study. *Women Birth.* 2023;36:e219-e226. doi:10.1016/j.wombi.2022.07.169. PubMed
55. Darilek U. A woman's right to dignified, respectful healthcare during childbirth: a review of obstetric mistreatment. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(7):538-541. doi:10.1080/01612840.2017.1368752. PubMed
56. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health.* 2017;14:138. doi:10.1186/s12978-017-0403-5. PubMed
57. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health.* 2018;15:143. doi:10.1186/s12978-018-0584-6. PubMed
58. Hammoud MM, Borman KR, et al. Consent for the pelvic examination under anesthesia by medical students: a national survey. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5). doi:10.1097/AOG.0000000000003560. PubMed
59. Berle I. Clinical photography and patients' rights: the need for orthopraxis. *J Med Ethics.* 2008;34(7):511-512. doi:10.1136/jme.2006.019166. PubMed
60. Dumestre DO, Fraulin FOG, et al. Avoiding a breach of patient confidentiality: trial of a smartphone application that enables secure clinical photography and communication. *Plast Surg (Oakv).* 2020;28(1):? . doi:10.1177/2292550319880910. PubMed

61. Walker C, Keller M. Use of chaperones during sensitive examinations and treatments. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2022;51(2):? . doi:10.1016/j.jogn.2021.12.002. jognn.org
62. Barber J. Use of chaperones during sensitive examinations and treatments. *Nurs Womens Health.* 2022;26(1):? . doi:10.1016/j.nwh.2021.12.004. jognn.org
63. Lee L, Watchirs Smith L, et al. Trauma-informed care in maternity services: a systematic review. *Women Birth.* 2023. doi:10.1016/j.wombi.2023.02.005. authorea.com
64. Srinivas SK, et al. Impact of respectful maternal care training of healthcare providers on women's childbirth experiences: a cluster randomized trial. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024. doi:10.1002/ijgo.15875. obgyn.onlinelibrary.wiley.com+1
65. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
66. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries. *Lancet.* 2019;394:1750–63. doi:10.1016/S0140-6736(19)31992-0.
67. Mira-Catalá P, Hernández-Aguado I, Chilet-Rosell E. Respectful maternity care interventions to address women mistreatment in childbirth: what has been done? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:322. doi:10.1186/s12884-024-06524-w.
68. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: history, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(Suppl 1):S49–S52. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.005.
69. Jolivet RR, Warren CE, Sripad P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Respectful maternity care: a systematic review and qualitative synthesis of interventions. *Reprod Health.* 2021;18:—. doi:10.1186/s12978-021-01241-5.
70. Hakimi S, Azimi S, Ranjbar F, et al. Mistreatment of women during facility-based childbirth: prevalence and associated factors. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;—:—. doi:10.1002/ijgo.16145.

71. Cantor AG, Jungbauer RM, Totten AM, et al. Interventions to promote respectful maternity care and reduce mistreatment: evidence synthesis. *Ann Intern Med.* 2024;—:—. doi:10.7326/M23-2676.
72. Kingma E, Porter M. Parity of reasoning? Ethical analysis of consent in pregnancy and childbirth. *J Med Ethics.* 2021;47:—. doi:10.1136/medethics-2020-106072.
73. Draper H. Consent and labor: ethical issues in intrapartum decision-making. *J Med Ethics.* 1996;22(6):327–31. doi:10.1136/jme.22.6.327.
74. M'hamdi HI, de Beaufort ID. Medical indication and patient choice in pregnancy: ethical considerations. *J Med Ethics.* 2018;44:—. doi:10.1136/medethics-2018-104828.
75. van der Pijl MSG, et al. The ethics of consent and episiotomy: revisiting standards in intrapartum care. *J Med Ethics.* 2023;—:—. doi:10.1136/jme-2022-108601.
76. Peralta X, et al. Decision aids and shared decision-making for induction of labor: outcomes and acceptability. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023;—:—. doi:10.1016/j.ejogrb.2023.05.011.
77. MacLellan J, et al. Women's experiences of consent for episiotomy and perineal procedures: qualitative evidence. *Birth.* 2023;—:—. doi:10.1111/birt.12718.
78. Begley K, et al. Shared decision-making in maternity care: outcomes, barriers, and implementation. *J Eval Clin Pract.* 2020;—:—. doi:10.1111/jep.13243.
79. Chauhan SP, et al. Informed consent for obstetric procedures: evidence, challenges, and standards. *BJOG.* 2017;124(10):1526–31. doi:10.1111/1471-0528.14501.
80. Chan SW. Informed consent and maternal autonomy: clinical and legal update. *BMJ.* 2017;357:j2224. doi:10.1136/bmj.j2224.
81. Coulter A. Patient empowerment and informed consent: implications for maternity care. *Bull R Coll Surg Engl.* 2017;99(1):36. doi:10.1308/rcsbull.2017.36.
82. Rowlands S. Informed consent in contraception and reproductive health services: practical guidance. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2014;40:—. doi:10.1136/jfprhc-2014-100886.
83. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for “conscientious objection” in reproductive health care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;216:254–8. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.07.023.
84. Chavkin W, Leitman L, Polin K; for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining

- prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(Suppl 3):S41–56. doi:10.1016/S0020-7292(13)60002-8.
85. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women’s human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(Suppl 3):S63–5. doi:10.1016/S0020-7292(13)60005-3.
 86. Zampas C, Andión-Ibañez X. Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice. *Eur J Health Law.* 2012;19(3):231–56. doi:10.1163/157180912x639116.
 87. Al Balushi A, et al. Patient privacy and consent in clinical photography in the smartphone era: ethical and practical considerations. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2019;19(2):e127–e131. doi:10.18295/squmj.2019.19.02.003.
 88. Nettrour JF, et al. Managing clinical photographs in the smartphone era: policies, risks, and practical solutions. *Arthroplasty Today.* 2018;4(4):—. doi:10.1016/j.artd.2018.10.001.
 89. Kornhaber R, Betihavas V, Baber RJ. Ethical implications of digital images for teaching and learning: an integrative review. *J Multidiscip Healthc.* 2015;8:299–305. doi:10.2147/JMDH.S84488.
 90. Kunde L, McMeniman E, Parker M. Clinical photography in dermatology: ethical and medico-legal considerations. *Australas J Dermatol.* 2013;54(3):—. doi:10.1111/ajd.12063.
 91. Mahar PD, et al. Patient consent for medical photography: medico-legal principles and best practice. *Med J Aust.* 2013;198(1):—. doi:10.5694/mja12.11086.
 92. Nieuwenhuijze MJ, Korstjens I, de Jonge A, de Vries R, Lagro-Janssen A. On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:223. doi:10.1186/1471-2393-14-223.
 93. Vogel JP, et al. How women are treated during facility-based childbirth in low- and middle-income countries: a qualitative synthesis. *Reprod Health.* 2015;12:—. doi:10.1186/s12978-015-0047-2.
 94. Say R, Thompson R, Vitali M, Moffat K, Widdas D. Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of decision aids for pregnancy and childbirth. *BMJ Open.* 2011;1:e000261. doi:10.1136/bmjopen-2011-000261.



BIOÉTICA Y ÉTICA APLICADA EN LA OBSTETRICIA

