

Bioética y humanización del parto

JOSÉ ANTONIO SEOANE

Profesor Titular de Filosofía del Derecho.

Universidad de A Coruña

Luisa quiere un parto vaginal después de una cesárea previa (V-BAC) y consulta esta posibilidad con María, una matrona. María comprueba que Luisa tiene características adecuadas para ello y le informa de los riesgos y los beneficios del V-BAC, advirtiéndole de que podría llegar a ser necesario un segundo parto quirúrgico. Días después de esta consulta Luisa llega de parto al hospital con una dilatación de 4 cm. y un patrón de parto complicado. El Dr. Gómez, Jefe del Servicio de ginecología y obstetricia, está presente cuando Luisa llega a admisión y comenta con ella su plan de parto. Aunque no existe un protocolo específico al respecto en el Servicio, el doctor Gómez le indica que no secunda su elección de V-BAC y que es una práctica infrecuente en su Servicio. Además, pone en cuestión la decisión de María de apoyar la elección y el plan de parto de Luisa, y le deja claro a María que procederá a un parto quirúrgico ante la mínima variación de lo normal durante el parto (modificado y adaptado a partir de Foster & Lassiter, 2011).

1. LA BIOÉTICA

1.1. Concepto y justificación de la Bioética

En el año 1970 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter acuña el término «bioética» (*bioethics*) para referirse a la reflexión sobre los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida y de las relaciones entre los seres humanos y los demás seres vivos. La bioética sería una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico o de los sistemas vivos (*bíos*) y el conocimiento de los valores humanos (*éthos*), trazando

un puente entre las ciencias y las humanidades. Dentro de ella ocupa un lugar destacado la bioética clínica o asistencial, escenario principal de la humanización del parto.

La preocupación sobre los aspectos éticos de la práctica clínica existe desde hace siglos. Médicos, enfermeras, matronas y otros profesionales implicados en el cuidado de la vida y la salud humanas se cuestionan cómo afrontar los problemas éticos de su actividad, en particular cómo armonizar el manejo de los hechos clínicos y los valores. La novedad de las últimas décadas del siglo XX y los comienzos del siglo XXI es la aparición de circunstancias y problemas desconocidos que exigen replantearse las respuestas tradicionales.

De una parte, los avances científicos y tecnológicos en materia de salud han proporcionado una capacidad de intervención y control de la vida desconocida en épocas anteriores. La posibilidad de modificar e intervenir en los procesos de generación de la vida (técnicas de reproducción asistida, ingeniería genética, diagnóstico prenatal, anticoncepción, aborto, etc.) ha transformado el comienzo de la vida, y algo análogo ha sucedido en el final de la vida con el desarrollo de las técnicas de soporte vital y de los cuidados intensivos y paliativos. Estos cambios han originado nuevos interrogantes éticos, que se pueden resumir en uno: ¿es éticamente correcto o bueno todo lo técnicamente posible? De otra parte, la universalización del derecho a la protección de la salud y de su cobertura pública ha garantizado el acceso igualitario de los ciudadanos a los servicios sanitarios y, progresivamente, a los servicios sociales y sociosanitarios. No obstante, la desproporción entre las necesidades y demandas de salud y la limitación de los recursos disponibles obliga a encarar nuevos desafíos: ¿Qué es una necesidad básica de salud? ¿Deben ser atendidas todas las demandas? ¿Deben ser garantizadas únicamente con recursos públicos? Si hay que establecer límites a las prestaciones, ¿qué criterios han de utilizarse para la distribución de los recursos sociosanitarios? Por último, existen cambios sociales, derivados del paso de sociedades axiológicamente homogéneas a sociedades plurales y heterogéneas desde el punto de vista axiológico. El pluralismo exige una forma distinta de aproximarse a los problemas éticos, cuyo eje es el reconocimiento de la autonomía de los pacientes y usuarios, y determina que la bioética se presente como una ética civil, pluralista, racional, deliberativa y dialógica. Todo lo anterior repercute en la relación clínica. La autonomía ha dado lugar a un nuevo modelo de relación asistencial, de toma de decisiones y de definición de la salud, en el que el respeto de los derechos de las pacientes y usuarias, en particular la facultad de tomar y realizar decisiones en relación con su vida y su salud y sobre la atención que desean recibir, ocupa un lugar preferente. Este nuevo modelo reemplaza al modelo predominante a lo largo de la historia, el paternalismo, cuya esencia es dejar de lado

el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia: el médico, la matrona u otros profesionales deciden unilateralmente qué es beneficioso para la paciente de acuerdo con sus propios criterios. Ahora se abandona este modelo vertical y jerárquico por un modelo horizontal, que considera la autonomía de la paciente como un bien o valor básico.

1.2. Un método deliberativo y prudencial

Las cuestiones éticas no pueden ser ignoradas ni tratadas intuitivamente por los profesionales y las instituciones asistenciales. Tampoco basta el sentido común, la experiencia clínica ni una decisión en conciencia para resolver las cuestiones de valor. La correcta resolución ética de estos problemas exige una metodología y un procedimiento de identificación, análisis y deliberación sobre los valores y los aspectos éticos implicados en la práctica asistencial. Ésta es también una de las aportaciones de la bioética, entendida como proceso de deliberación sobre los fines individuales y colectivos de la vida humana y sobre los valores presentes en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de los seres humanos (Gracia, 2001).

La teoría bioética más difundida es el principialismo. Su origen es el Informe Belmont (1979), elaborado por una Comisión creada por el Congreso de los EE.UU. para identificar los principios básicos que deberían regir la investigación con seres humanos y dar respuesta a problemas éticos surgidos en las décadas precedentes. La Comisión propuso un método basado en tres principios amplios y comprensivos como marco de análisis para guiar la resolución de problemas éticos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Ese mismo año Tom L. Beauchamp y James F. Childress ampliaron la reflexión a la práctica clínica en su obra *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 2008), señalando cuatro principios como gramática o lenguaje bioético normativo, común y universal: no maleficencia, beneficencia, autonomía, justicia.

El *principio de no maleficencia* implica ante todo no dañar (*primum non nocere*): no hacer daño físico, psíquico o moral a los pacientes, y asistir y no abandonar al paciente, así como respetar su dignidad, igualdad y autonomía.

El *principio de beneficencia* exige hacer y promover el bien de los pacientes desde su autonomía, procurando que realicen su propio proyecto de vida.

El *principio de justicia* requiere tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Gestionar y distribuir equitativamente los recursos sociosanitarios de acuerdo

con criterios de imparcialidad, sin discriminar injustificadamente a las personas por razón de nacimiento, raza, sexo, situación económica, religión, opinión, discapacidad o cualquier otra circunstancia.

El *principio de (respeto de la) autonomía* equivale a respetar la libertad y responsabilidad de cada persona en la gestión de su propia vida y salud. Reconocer su condición de agente moral y su facultad para tomar decisiones y llevarlas a la práctica de acuerdo con sus valores. Incluye también la protección de las personas con autonomía o capacidad disminuida.

Los principios configuran el marco de toma de decisiones, pero no resuelven por sí solos los problemas bioéticos, que son particulares y concretos. El razonamiento bioético, como cualquier razonamiento práctico, consta de un momento deontológico, que atiende a los principios, y un momento consecuencialista, teleológico o prudencial, que atiende a las consecuencias y a las circunstancias del caso. La síntesis de ambos tiene lugar mediante la deliberación y la prudencia (Aristóteles, 1999), que permiten justificar y realizar un juicio ético sobre la situación concreta, pasando de la generalidad de los principios a la singularidad del caso concreto. Así, la ética basada en principios se acompaña de una ética de la virtud o basada en las virtudes (Pellegrino & Thomasma, 1993), dando lugar a la que se ha denominado ética de la responsabilidad (Gracia, 2004; Feito, 2009), más adecuada para una ética del cuidado como modelo para las matronas y, en general, la enfermería (Barrio et al., 2006; Davis, Tschudin, Reave, 2009).

2. BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

La relación clínica es una práctica social institucionalizada cuya finalidad es el cuidado de la salud de las personas, que ha sido y es el fin de la actividad de los profesionales asistenciales. La salud es una realidad cultural o histórica, que no cabe reducir a puro hecho. Tradicionalmente se ha caracterizado comparándola con su concepto antagónico, dando lugar a definiciones negativas o dialécticas: es el caso de la contraposición entre salud y enfermedad. Aun así, la salud no siempre se ha entendido del mismo modo, por la distinta apreciación de los valores de salud y enfermedad a lo largo de la historia. En la cultura primitiva, ejemplificada en los relatos de las grandes religiones mediterráneas, se concibe la salud como gracia y la enfermedad como des-gracia. En la cultura antigua, interpretando la realidad en términos de naturaleza, la salud se concibe como orden y la enfermedad como des-orden. En la cultura moderna, sobre todo a partir del siglo XVII, la salud no es ya primariamente una cuestión de hecho

sino un problema de valor, y se entiende la salud como dicha y la enfermedad como des-dicha (Gracia, 1998). En el siglo XX, en consonancia con el modelo social, político y económico imperante, la salud deviene un bien de consumo y se concibe como bienestar, sublimando el concepto moderno, como sucede en la utópica definición de la Organización Mundial de la Salud del año 1946. Para el siglo XXI se ha ensayado una caracterización de la salud más positiva, autónoma y equilibrada, alejada de la irrealizabilidad del concepto recién mencionado: se habla ahora de salud sostenible (Callahan, 1998). Ya no se trata de obtener el perfecto bienestar físico, intelectual y social, algo vetado e indeseable para una vida auténticamente humana. El objetivo es un bienestar razonable y prudente, que haga posible desarrollar una vida social valiosa (Gracia, 2004) y que sea universalizable, procurando el grado de salud más alto posible para todos. Se habla también de salud como capacidad humana básica (Nussbaum, 2006) y como oportunidad o posibilidad de vida (Daniels, 2002). La salud es valiosa porque nos capacita o habilita para perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar en el marco social, como propone la Organización Mundial de la Salud en su nueva definición de salud (CIF 2001) desde una perspectiva biopsicosocial –biológica, individual y social–, en términos de funcionamiento y capacidades, como resultado de la interacción entre el individuo y el entorno.

La salud es una necesidad humana y, a la vez, un valor o un bien apreciado por los individuos y las comunidades. La condición valiosa de la salud es un elemento importante en el proceso de humanización del cuidado de la salud a través de la bioética. Los valores son un lenguaje humano: el ser humano siempre valora la realidad y no puede no valorarla. Un valor es la cualidad de algo que lo hace apreciado y lo convierte en un bien. Y a partir del valor surge nuestro deber moral básico: realizar los valores positivos, en este caso el cuidado de la salud, y no realizar lo que se valora negativamente. En el cuidado de la salud y el ejercicio de las profesiones asistenciales conviene subrayar una distinción importante, pues no todos los valores ni los deberes y acciones derivados de ellos son iguales. El valor de las cosas es su precio, de carácter intercambiable y reemplazable; en cambio, el valor de las personas es su dignidad, de carácter insustituible, que está por encima de cualquier precio y no admite nada equivalente (Kant 1996, Ak. 434).

Cabe dar un paso más. La salud no es únicamente algo valioso, sino algo merecido por todos los seres humanos y, como tal, exigible. La salud es también una cuestión de justicia, por lo que toda sociedad justa debe asegurar la salud como un bien básico para la convivencia, y lo hace a través de mecanismos informales o no institucionalizados, como las costumbres o la moral, y a través de mecanismos institucionalizados, de los cuales el más importante es el Derecho.

De ahí que el valor y el merecimiento de la salud y su condición de deber de justicia justifiquen su reconocimiento y protección como un derecho. Los derechos expresan de forma adecuada el valor y el merecimiento de la salud. Son una categoría moral, que identifica los bienes más valiosos para la sociedad. Son también una categoría jurídica, incluida en las normas jurídicas estatales de mayor rango, las Constituciones, y en relevantes disposiciones internacionales; tienen carácter vinculante, para los poderes públicos y los ciudadanos, y son directamente exigibles por sus titulares, los ciudadanos. Son, finalmente, una categoría política, que articula la estructura del orden jurídico y de la comunidad política, orienta y limita la actuación de los poderes públicos y actúa como el principal criterio de legitimidad del poder. El reconocimiento de la salud como derecho se constata en el plano internacional ya en el Preámbulo de la Constitución de la OMS (1946) y, dos años más tarde (1948), en la Declaración universal de derechos humanos (artículo 25.1). Con posterioridad, el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 1966 (art. 12) y otras numerosas disposiciones, como la reciente Declaración universal sobre Bioética y derechos humanos de la UNESCO, aprobada en octubre de 2005, han perfilado el estatuto jurídico de la salud en el Derecho internacional de los derechos humanos. En el plano nacional, en los modernos Estados constitucionales de Derecho comienza la protección de los derechos en los textos constitucionales y se completa con la labor legislativa y jurisprudencial. En España, la Constitución de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43.1 y, además, tutela indirectamente la salud mediante otros derechos de su catálogo iusfundamental y una estructura institucional compuesta por órganos y procedimientos destinados a su protección. Su desarrollo más importante es el catálogo de derechos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP) (Seoane, 2004, 2006. Un examen detallado de la regulación jurídica de los derechos de la mujer embarazada y de la asistencia por maternidad en Carril, 2011).

3. BIOÉTICA Y RELACIÓN CLÍNICA

3.1. Del paternalismo a la autonomía y los derechos

Las relaciones entre los profesionales asistenciales, entre ellos las matronas, y las pacientes han cambiado. El modelo de relación clínica predominante a lo largo de la historia ha sido el paternalismo –maternalismo–, que consiste en decidir por y sobre el otro sin el otro, o sin tomar en consideración al otro. En general, implica la limitación intencionada de la autonomía o la libertad de decisión y acción de una persona sin tomar en

cuenta su parecer, con la finalidad de evitarle un daño (paternalismo proteccionista o no maleficente) o proporcionarle un bien (paternalismo beneficente o perfeccionista). En su proyección al ámbito sanitario, el paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficencia y la legítima autoridad. La profesional asistencial, superior en conocimientos (técnicos), experiencia y pericia, ha sido requerida para favorecer los intereses de la paciente o usuaria tal y como son entendidos por la profesional. En suma, la esencia del paternalismo es actuar apoyándose en el principio de beneficencia y dejando de lado el resto de los principios, en especial el de respeto de la autonomía.

Hace unas décadas, por influencia anglosajona y con una impronta más teórica que práctica, surge un modelo alternativo, que denominaré autonomismo, que consiste en decidir por y sobre uno mismo sin los otros, o sin considerar a los otros. El autonomismo es la reacción pendular frente al paternalismo. Éste equivale en la relación clínica a que la paciente, al igual que una niña menor de edad, es incapaz de distinguir lo beneficioso o perjudicial para ella, y se ve obligada a comportarse de manera pasiva, aguardando el juicio de la profesional acerca de cómo debe decidir y actuar. Frente a ello se vindica la autonomía, que significa la salida de la paciente o usuaria de la tutela paterna –materna- y la conciencia de la capacidad de darse sus propias normas y de decidir sobre su propio bien en el contexto sanitario. En la compendiosa afirmación de John Stuart Mill: «Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano» (Mill, 1970, p. 66).

Paternalismo y autonomismo son modelos extremos y fallidos. Hay que evitar la polaridad beneficencia-autonomía y reinterpretar sus notas distintivas para fundamentar razonablemente la relación clínica actual, que ya no es la relación diádica entre un médico y un enfermo (Laín, 1983), sino el resultado de la evolución de aquella relación y de la incorporación de nuevos elementos y personajes (Lázaro y Gracia, 2006). El «enfermo» no es o está siempre enfermo: es enfermo, paciente, usuario, cliente, consumidor,..., y se ha desplazado de una posición pasiva y paciente a una posición más activa. Algo semejante sucede con el médico, que ha dejado atrás su rol privilegiado y sacerdotal. Además, uno y otro conviven rodeados de terceros: familiares, amigos, y hasta la sociedad en su conjunto, así como otros profesionales que comparten la función asistencial (personal de enfermería, matronas, auxiliares, asistentes sociales, psicólogos,...) e incluso profesionales no asistenciales. El cuidado de la salud ya no se proporciona individualmente sino por un equipo. A esto cabe añadir la transformación de la forma de prestación de la asistencia de la salud, que ha arrinconado la práctica de la medicina como profesión liberal en beneficio de la generalización del cuidado de la salud en sistemas colectivos de seguridad y asistencia social, inicialmente de carácter sanitario y paulatinamente social, esto es, de carácter sociosanitario (Seoane, 2008).

3.2. La autonomía de la mujer embarazada y la toma de decisiones

Un elemento ético nuclear del nuevo modelo de relación clínica es la autonomía, que presenta tres dimensiones estrechamente relacionadas. 1) La *autonomía decisoria*, referida a la libertad de elección, esto es, a la capacidad de la paciente o usuaria para deliberar y decidir(se) por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado. 2) La *autonomía informativa*, que se ocupa de la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales. 3) La *autonomía funcional*, que alude a la libertad de acción (actuación o abstención) de la paciente o usuaria y la capacidad de realizar por sí misma las decisiones adoptadas (Seoane, 2010).

La dignidad y la autonomía de la mujer embarazada se expresan de modo eminente a través de su derecho a recibir tratamiento y cuidados y del derecho a adoptar decisiones autónomas. El ejercicio de la autonomía decisoria se inserta en un proceso comunicativo sujeto a determinados requisitos, esencialmente tres: *información* (cualquier dato que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y de salud de la paciente y sobre el modo de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla), concebida como un proceso gradual y no como un acto clínico aislado, y que debe comunicarse de forma proporcionada y ajustada a las necesidades y capacidad de comprensión de cada paciente; *voluntariedad* (decisión libre, no adoptada bajo coacción, intimidación, manipulación u otra influencia indebida); y *capacidad* o competencia (aptitud para comprender y realizar libremente un acto o ejercer un derecho), cuya evaluación es responsabilidad de los profesionales, quienes han de tener en cuenta que la incapacidad de cada persona es variable y graduable, pues son exigibles diferentes niveles de capacidad en razón de la decisión que deba adoptarse y/o realizarse.

Atendiendo sobre todo a esta última, tres son sus escenarios o modalidades de ejercicio, que en razón del principio de respeto de la autonomía (art. 2 LBAP) deben seguir este orden: 1) la decisión de una paciente o usuaria capaz en el momento presente, manifestada a través del consentimiento informado (art. 8 LBAP); 2) la decisión de una paciente en un momento pasado, durante la capacidad, para un momento posterior de incapacidad para adoptar y/o ejecutar tal decisión, a través de los procesos de planificación anticipada de la atención y de las instrucciones previas (art. 11 LBAP); 3) la decisión durante la incapacidad de una paciente, que abre paso a las decisiones de representación (art. 9 LBAP).

3.3. La planificación anticipada del embarazo: el plan de parto

Conocer, atender y respetar las decisiones personales de las pacientes y usuarias es una obligación básica de los profesionales asistenciales. Como regla general se presume que toda mujer mayor de edad es capaz de actuar y ejercer de forma autónoma sus derechos. Por consiguiente, puede tomar decisiones sobre su embarazo por sí misma, autorizando los cuidados o tratamientos a través del consentimiento informado, que es la manifestación de la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud, así como denegar dicha autorización; y puede también negarse o renunciar a un tratamiento propuesto (2.4 LBAP), o revocar la autorización para que deje de aplicarse, si previamente lo ha autorizado con su consentimiento (art. 8.5 LBAP).

Con todo, es recomendable planificar con antelación los cuidados y, en el caso de la mujer embarazada, prever la atención futura relacionada con su embarazo mediante el plan de parto o nacimiento. La planificación anticipada de la atención (*advance care planning*), surgida para la atención de los pacientes en las fases finales de la vida, es un proceso comunicativo entre profesionales, familiares y paciente sobre los objetivos vitales, los valores personales, los deseos y las expectativas de éste referidas a los cuidados en dicha fase vital. Se desarrolla de forma paulatina y prolongada, tomando en consideración una pluralidad de contextos (psicológico, cultural, familiar, social) y prestando atención específica a dimensiones frecuentemente preteridas en la relación clínica, como la emocional y afectiva (Barrio, Simón, Pascau, 2004).

En el caso de la mujer embarazada el proceso de planificación anticipada no se refiere a la fase final de la vida sino, al contrario, a un proceso generador de la vida como el embarazo y la gestación, y se traduce en el plan de parto o nacimiento. Esta planificación serviría para reforzar la relación clínica entre la paciente y los profesionales asistenciales, entre ellos la matrona, y también con el entorno familiar y personal, especialmente la pareja; para que la paciente y su pareja conozcan mejor las características y consecuencias del embarazo y del parto. Además, permitiría a la mujer definir qué tipo de atención y qué cuidados considera adecuados y desea recibir, y cuáles no, delimitando la actuación de los profesionales asistenciales durante el embarazo y en el parto, garantizando el respeto de su voluntad en los supuestos en que no se encuentre en condiciones de decidir de forma autónoma (pues si conserva capacidad para tomar decisiones autónomas será su decisión en ese momento, manifestada como autorización o rechazo, la que prevalezca). Finalmente, el diálogo y la planificación contribuyen a la consideración del embarazo y el parto como un acontecimiento vital normal, y no como enfermedad o proceso patológico.

4. BIOÉTICA Y RELACIONES PROFESIONALES

Al igual que la relación clínica, las relaciones entre los profesionales asistenciales, especialmente entre la matrona y el personal médico han cambiado. El modelo clásico, caracterizado por la subordinación, sumisión y obediencia de la matrona al médico, dio paso a un modelo de reacción, caracterizado por la confrontación entre ambos profesionales, en el que la matrona actúa como defensora o representante incondicional de la paciente frente al médico. Entre ambos extremos cabe un modelo de equilibrio y armonización de roles profesionales, un modelo de colaboración.

Las relaciones del modelo clásico se rigen por un criterio jerárquico o vertical, en el que la matrona está subordinada al médico. Esto da lugar a una actitud de sumisión y obediencia y a cierta pasividad profesional, en la medida en que su ámbito de actuación es un ámbito delegado. La capacitación de la matrona clásica procede habitualmente de la experiencia previa de maternidad o de anteriores contribuciones al parto, y su cuidado de las pacientes se rige en exclusiva por el principio de beneficencia. Por el contrario, las relaciones profesionales del modelo contemporáneo se rigen por el criterio de competencia: existen ámbitos de actuación propios de las matronas y ámbitos de actuación compartidos, que propician una relación y una actitud de colaboración con los médicos y los restantes profesionales implicados en la asistencia. La matrona está capacitada técnicamente, lo que hace posible que decida y actúe profesionalmente con autonomía y responsabilidad. Y ha de disponer también de competencia ética para aspirar a la excelencia profesional, ejerciendo su labor de cuidado no solo con criterios de beneficencia, sino también conforme a los restantes principios bioéticos: no maleficencia, justicia y autonomía, ya que el modelo de cuidado centrado en la paciente o usuaria obliga a reinterpretar su obligación de beneficencia, mediada irremisiblemente por el respeto de la autonomía (Barrio et al., 2006; Feito, 2009; Davis, Tschudin, Reave, 2009; ICM 2002, 2005, 2008; Foster & Lasser 2011).

5. CONCLUSIONES

Una lectura ética del caso que introduce el capítulo, con el apoyo de las herramientas teóricas y metodológicas proporcionadas por la bioética, permite identificar y resolver algunos problemas que trascienden el ámbito meramente técnico e incorporan una dimensión valorativa o axiológica. Así, el significado actual de la relación clínica conduce a contemplar el plan de parto de Luisa como el ejercicio de su autonomía para tomar decisiones, y la consiguiente obligación de los profesionales asistenciales de respetar

en principio tal decisión, elegida de forma voluntaria por una persona capaz y con información suficiente y adecuada. Además, la obligación de respetar tal decisión subsiste aunque Luisa no disponga de capacidad suficiente para decidir de forma autónoma en el momento del parto, pues previamente, siendo capaz, ha planificado su atención y ha adoptado una decisión al respecto (parto vaginal sin cesárea previa), dejando constancia en su plan de parto.

La actuación inicial de María, la matrona, se acomoda al significado contemporáneo de su ejercicio profesional. De una parte, reconoce y hace posible el respeto de la autonomía de la paciente, informando a Luisa de las características, consecuencias y riesgos de su elección, apoyándola para que sea la paciente quien adopte la decisión y contribuyendo a la planificación anticipada. De otra parte, simultáneamente toma en consideración los restantes principios éticos, en particular sus obligaciones profesionales de no maleficencia y beneficencia, procurando el equilibrio entre el respeto de la decisión autónoma de Luisa y la obligación de evitar un daño o perjuicio en razón de las circunstancias específicas del parto.

El caso plantea también los problemas éticos referidos a las relaciones profesionales entre la matrona y el ginecólogo. La actitud del Dr. Gómez frente a María y también frente a Luisa, la paciente, evoca el modelo clásico. Lo destacable no es que finalmente no pueda llevarse a cabo el parto vaginal previsto y deseado por Luisa, si surgen riesgos que lo desaconsejan en el momento del parto, opción que ya ha sido contemplada por María y por Luisa e incorporada a la planificación anticipada de las decisiones referidas al parto. El planteamiento del caso no permite saber qué sucede, aunque sí sepamos que la decisión final debe ser el fruto de una deliberación conjunta que armonice el respeto de todos los valores, bienes y principios éticos en juego, así como los derechos y deberes implicados, ponderando las alternativas clínicas disponibles. En cambio, sí merece un comentario ético el comportamiento poco respetuoso del ginecólogo con las decisiones autónomas de la paciente y con las decisiones profesionales de la matrona. La inexistencia de un protocolo específico o la escasa frecuencia del V-BAC en el Servicio no son argumento suficiente para no secundar la decisión de la paciente. Al médico y al resto de los profesionales asistenciales no se les exige estar de acuerdo o compartir la decisión de la paciente sobre su plan de parto, pero sí permitir que ella pueda adoptar tal decisión de forma voluntaria e informada, conocerla y respetarla, siempre que no suponga incumplir otras obligaciones profesionales –e.g. en caso de aparición de riesgos que pongan en peligro la vida y la salud y no dejen otra alternativa que un parto quirúrgico-. Tampoco resulta procedente desacreditar a María, y menos aún con argumentos de autoridad. Las posibles diferencias de criterio entre el médico y la matrona deben

dirimirse en el seno del equipo asistencial: es una obligación y una responsabilidad profesional básica de ambos exponer y razonar cuál es la mejor praxis clínica para definir entre todos los miembros del equipo el curso de acción óptimo técnica y éticamente. En tal sentido, si María considera que no está justificado un parto quirúrgico debería exponer las razones técnicas para llevar adelante el V-BAC y, además, recordar la obligación ética de todos los profesionales de respetar las decisiones autónomas de la paciente. Por otra parte, la planificación anticipada de la atención, en este caso a través del plan de parto, debería integrar a todos los profesionales asistenciales, incluyendo al Dr. Gómez. De este modo sería posible conocer las diferentes posturas y definir mejor la atención futura, de modo que todos se sientan responsables de ese curso de acción y se eviten conflictos como el surgido en el caso. Tomar en consideración estos argumentos e integrarlos en el ejercicio profesional de la matrona es la contribución de la bioética a la humanización del parto.

BIBLIOGRAFÍA

Aristóteles (1999). *Ética a Nicómaco* (7.^a edición). Edición bilingüe y traducción de María Araujo y Julián Marías. Introducción y notas de Julián Marías. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Barrio, I. M.; Simón, P. y Pascau, M. J. (2004). El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enfermería clínica*, 14 (4), 235-241. Disponible en http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=193.144.49.219&articuloId=13065577&revistaId=35 [30.12.2010].

Barrio, I. M.; Molina, A.; Sánchez, C. M.; Ayudarte, M. L. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Suplemento 3), 41-47. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple5.html> [30.12.2010].

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2008). *Principles of biomedical ethics* (6th edition). New York: Oxford University Press.

Callahan, D. (1998). *False hopes: Why american quest for perfect health is a recipe failure*. New York: Simon & Schuster.

Carril Vázquez, X. M. (2011). Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad, en López Villar, C. (co-ord.); . *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*. A Coruña, Universidad da Coruña, 73-86.

Daniels, N. (2002). *Justice, Health, and Health Care*, en Rhodes, R.; Battlin, M. P.; Silvers, A. (ed.). *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*, New York: Oxford University Press, 6-23.

Davis, A. J.; Tschudin, V.; Reave, L. (eds.) (2009). *Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (2006). Madrid: Triacastela.

Feito Grande, L. (2009). *Ética y enfermería*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Foster, I. R. & Lasser, J. (2011). *Professional ethics in midwifery practice*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.

Gracia, D. (1998). Historia de los conceptos de salud y enfermedad, en Gracia, D. *Bioética clínica*. Santa Fe de Bogotá: El Búho, 19-31.

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117 (3), 99-106. Disponible en http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=193.144.49.219&articuloid=13015505&revistaid=2 [30.12.2010].

Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela.

International Confederation of Midwives (2002). *ICM Essential competencies for basic midwifery practice*. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/CoreDocuments/tabid/322/Default.aspx> [30.12.2010].

International Confederation of Midwives (2005). *ICM Philosophy and model of midwifery care*. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/CoreDocuments/tabid/322/Default.aspx> [30.12.2010].

International Confederation of Midwives (2008). *ICM International code of ethics for midwives*. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/Core-Documents/tabid/322/Default.aspx> [30.12.2010].

Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785). Edición bilingüe y traducción de José Mardomingo. Barcelona: Ariel.

Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (1964). Madrid: Alianza.

Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3), 7-17. Disponible en <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple2.html> [30.12.2010].

Mill, J. S. (1970). *Sobre la libertad* (1859). Traducción de Pablo de Azcárate. Madrid: Alianza.

Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión* (2006), traducción de traducción de Ramón Vilà Vernis y Albino Santos Mosquera. Barcelona: Paidós.

Pellegrino, E. D. & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press.

Seoane, J. A. (2004). El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación. *Derecho y Salud*, 12 (1), 41-60. Disponible en <http://www.ajs.es/00000198670085403/0000009b810f530e9.html> [30.12.2010].

Seoane, J. A. (2006). Derecho, Ética y salud. *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la salud*, 22, 11-16. Disponible en http://www.fcs.es/eidon/revistas/eidon_22.html [30.12.2010].

Seoane, J. A. (2008). La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y Salud*, 16 (1), 1-28. Disponible en <http://www.ajs.es/00000198670085403/0000009b811138a27.html> [30.12.2010].

Seoane, J. A. (2010). Las autonomías del paciente. *Dilemata* 3, 61-75. Disponible en <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/viewArticle/35> [30.12.2010].

World Health Organization (1946). *Constitution Statement WHO*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization. (Versión en español: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Madrid: OMS. OPS. IMSERSO).