

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

<https://doi.org/10.35381/r.k.v10i1.4819>

Consentimiento informado en procedimientos programados en obstetricia, partos y cesáreas

Informed consent for scheduled procedures in obstetrics, deliveries, and cesarean sections

María Gabriela Calle-Ortiz
maria.calle.58@est.ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-6968-5357>

Ricardo Agustín Alarcón-Vélez
ricardo.alarcon@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-1910-8527>

Recibido: 20 de junio 2025
Revisado: 10 de julio 2025
Aprobado: 15 de septiembre 2025
Publicado: 01 de octubre 2025

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

RESUMEN

El presente artículo se realizó con el objetivo de analizar la implementación del consentimiento informado en contextos clínicos, destacando las deficiencias en su aplicación, a pesar de ser un requisito ético y legal. La metodología empleada incluyó una revisión bibliográfica y normativa sobre el tema, identificando factores que dificultan su cumplimiento, la presión institucional y la limitada autonomía de las mujeres gestantes. Los resultados muestran que estos factores obstaculizan una toma de decisiones libre e informada. Se enfatiza la necesidad de mejorar los procesos comunicacionales y proponer mecanismos preventivos y correctivos. Su adecuada aplicación no solo previene conflictos legales, sino que también mejora la calidad del cuidado obstétrico, promoviendo el respeto a los derechos humanos de las mujeres. En conclusión, el consentimiento informado en obstetricia, particularmente en procedimientos programados como partos y cesáreas, constituye un pilar esencial para la protección de los derechos humanos de las mujeres.

Descriptores: Mujer; embarazo; cirugía; autonomía; salud. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

El presente artículo se realizó con el objetivo de analizar la implementación del consentimiento informado en contextos clínicos, destacando las deficiencias en su aplicación, a pesar de ser un requisito ético y legal. La metodología empleada incluyó una revisión bibliográfica y normativa sobre el tema, identificando factores que dificultan su cumplimiento, la presión institucional y la autonomía limitada de las mujeres gestantes. Los resultados muestran que estos factores obstaculizan una toma de decisiones libre e informada. Se enfatiza la necesidad de mejorar los procesos comunicacionales y proponer mecanismos preventivos y correctivos. Su adecuada aplicación no solo previene conflictos legales, sino que también mejora la calidad del cuidado obstétrico, promoviendo el respeto a los derechos humanos de las mujeres. En conclusión, el consentimiento informado en obstetricia, particularmente en procedimientos programados como partos y cesáreas, constituye un pilar esencial para la protección de los derechos humanos de las mujeres.

Descriptores: Mujer; embarazo; cirugía; autonomía; salud. (Tesauro UNESCO).

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es un eje esencial dentro del derecho médico y la bioética contemporánea, al garantizar la autonomía del paciente frente a decisiones clínicas que afectan su salud y dignidad (Beauchamp & Childress, 2019). En el ámbito obstétrico, especialmente en procedimientos programados como partos y cesáreas, este derecho adquiere una trascendencia crítica debido a la complejidad emocional, social y médica que rodea la experiencia del nacimiento. Sin embargo, diversos estudios han evidenciado que en muchos entornos hospitalarios es abordado de forma deficiente, convirtiéndose en un documento formal más que en un proceso comunicativo efectivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En América Latina, y particularmente en países como Ecuador, persisten prácticas de atención obstétrica que vulneran derechos fundamentales, como el derecho a la información, a la decisión libre y a un trato digno. Esta situación refleja una deuda ética y jurídica del sistema de salud con las mujeres gestantes, quienes deben ser consideradas personas activas que cuentan con derechos, y no simples receptoras de intervenciones médicas. Frente a esta realidad, resulta necesario analizar cómo se implementa el consentimiento informado en los procedimientos programados en obstetricia, identificar sus debilidades, y proponer medidas que aseguren su cumplimiento desde una perspectiva integral y garantista.

Este artículo aborda la problemática desde un enfoque normativo y bioético, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de una práctica clínica respetuosa de los derechos humanos, que promueva decisiones médicas compartidas y proteja la integridad física y emocional de las mujeres en procesos de parto o cesárea programados

MÉTODO

El método de investigación adoptado para este estudio es cualitativo, orientado al análisis detallado de las prácticas jurídicas y médicas en torno al consentimiento informado en procedimientos programados de partos y cesáreas. En este contexto el enfoque

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

cualitativo permite explorar la comprensión, interpretación y aplicación del consentimiento informado considerando aspectos éticos, jurídicos y sociales.

De igual manera se utilizará un método descriptivo y analítico, en donde la descripción permitirá caracterizar las prácticas actuales del consentimiento informado en los procedimientos estudiados, mientras que el análisis facilitará la identificación de problemáticas jurídicas y de bioética.

Así mismo se utilizará la técnica hermenéutica, para interpretar los textos jurídicos en su expresión textual o positiva, a fin de lograr una comprensión profunda de la intención del legislador, los valores sociales, todo ello sin dejar de lado los principios generales del derecho, lo cual me permitirá desentrañar el significado de la norma para entender su justa y coherente aplicación a los casos analizados sobre la aplicación del consentimiento informado en procedimientos obstétricos programados, analizando no solo su contenido formal, sino su aplicación práctica y su coherencia con los principios de autonomía, dignidad humana y protección de los derechos de la paciente.

RESULTADOS

El consentimiento informado ha sido conceptualizado desde diferentes enfoques tanto médicos, jurídicos como bioéticos, enfocándose en que constituye un derecho fundamental de los pacientes y una obligación ineludible de los profesionales de la salud.

Autonomía del paciente en el consentimiento informado obstétrico.

Desde la bioética, el consentimiento informado materializa el principio de autonomía y la ética de la relación médico y paciente. En obstetricia, esto implica que la embarazada debe ser tratada como sujeto de derechos, con capacidad para decidir informada y voluntariamente sobre su cuerpo y el de su bebé. En las consultas prenatales debe brindarse a la mujer toda la información sobre cómo puede desarrollarse el parto y sus posibles riesgos, de modo que la explicación en intervenciones programadas debe quedar expresamente documentada en el consentimiento informado. El consentimiento

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

informado no es solo un documento legal, sino un proceso de diálogo, ya que al aplicarlo correctamente se clarifican dudas y se facilita la participación libre de la mujer en la decisión sobre cesárea.

La autonomía del paciente forma el eje central del consentimiento informado, especialmente en obstetricia, donde las decisiones médicas impactan no solo en la salud de la madre, sino también en la del recién nacido. En obstetricia, la mujer debe decidir de manera informada sobre partos o cesáreas programadas, sin imposiciones externas.

Gillon (2003) sostiene que el respeto por la autonomía es uno de los cuatro principios fundamentales de la ética biomédica, en equilibrio con la beneficencia, no maleficencia y justicia. En este contexto, los profesionales de salud deben evitar prácticas paternalistas y garantizar que la paciente reciba información clara, suficiente y culturalmente adecuada.

En América Latina, Garrafa y Porto (2003) destacan que el consentimiento informado en obstetricia debe tener en cuenta desigualdades estructurales que pueden limitar la capacidad real de decisión, como el acceso desigual a la educación y a los servicios de salud.

Basándose en la bioética, Beauchamp y Childress (2019) lo describen como la manifestación libre y consciente del paciente, tras recibir información suficiente y comprensible sobre la naturaleza, riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento, destacando que el consentimiento es una expresión práctica del principio de autonomía. Igualmente, Simón Lorda y Barrio Cantalejo (2004) lo describen como un proceso dialógico en el que médico y paciente comparten información, valores y expectativas, buscando llegar a una decisión consensuada que resalte la autonomía del paciente y la responsabilidad profesional.

Convenios Internacionales

El derecho al consentimiento informado en obstetricia está respaldado por acuerdos y recomendaciones internacionales. La Convención sobre la Eliminación de Todas las

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) exige a los Estados garantizar el acceso pleno a la atención de salud reproductiva sin discriminación. Reiterado que “el consentimiento informado en los servicios de salud reproductiva, incluido el parto, es un derecho fundamental”. De igual manera, la explicación de la ONU sobre violencia contra la mujer señala que la realización de procedimientos obstétricos sin consentimiento informado constituye violencia obstétrica contra las mujeres. CEDAW.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve pautas de parto respetuoso. Sus recomendaciones recientes subrayan que la atención al parto debe preservar la dignidad, privacidad e integridad física de la mujer, y permitir tomar una decisión informada. La Corte Interamericana de Derechos Humanos lo define como “una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico; y para ser válido debe ser previo, libre, pleno e informado, salvaguardando los derechos a la intimidad y la salud” (Como se citó en la Sentencia 2951-17-EP/21 por la Corte Constitucional del Ecuador).

Normativa Ecuatoriana

En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública (2016) establece que el consentimiento informado es un mecanismo legal, ético y clínico para garantizar que las decisiones médicas se adopten respetando la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres, especialmente en procedimientos obstétricos programados como partos y cesáreas.

El consentimiento informado es un derecho del paciente que emerge de los principios de autonomía, dignidad e integridad personal. En obstetricia, adquiere especial relevancia debido a las intervenciones médicas en el embarazo y parto, debido a que los procedimientos programados como cesáreas electivas o partos implican riesgos importantes tanto para la madre como para el recién nacido, además de tener repercusiones psicológicas y sociales a largo plazo (Castro, 2020).

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

En este contexto, se exige que se le brinde información a la paciente sobre riesgos quirúrgicos, opciones de parto, consecuencias de una cesárea innecesaria y alternativas de manejo médico, respetando sus valores y creencias (Rodríguez & López, 2019).

El consentimiento informado se fundamenta en el respeto a la autonomía de la mujer, evitando la paternalización de las decisiones obstétricas.

Haciendo referencia a la paternalización conocemos a aquella práctica en la cual el profesional de la salud, desde una posición de autoridad, toma decisiones en nombre del paciente sin considerar de manera plena su voluntad o sin brindarle la información necesaria para que pueda decidir de forma libre, en ella se privilegia la visión del médico sobre lo que se considera mejor para ella y su hijo, sin reconocer su capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y su proceso reproductivo.

En Ecuador la normativa nacional destaca varios instrumentos jurídicos que regulan el consentimiento informado en salud:

Constitución de la República (2008):

La Constitución ecuatoriana consagra como derecho del paciente el de tomar decisiones responsables, informadas y libres sobre la salud y vida reproductiva, así en el artículo 66 numeral 9 establece que: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Adicionalmente, el artículo 362 establece que la salud es un servicio público que se prestará a través de las instituciones estatales, privadas, autónomas y aquellas que ejerzan las medicinas alternativas, complementarias y ancestrales. Estableciendo que estos serán seguros, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Ley Orgánica de Salud (ley 67): El artículo 7 expresa derechos del paciente, entre ellos: e): “Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento... en términos que reciba consejería y asesoría de personal capacitado”) ...h): Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud, salvo en casos de urgencia (Ley Orgánica de Salud).

Estas disposiciones exigen que la mujer embarazada sea informada sobre riesgos y alternativas y que dé su consentimiento por escrito en intervenciones programadas.

Ley de Derechos y Amparo del Paciente (Ley 77 de 1995): Su artículo 5 reconoce el derecho del paciente a recibir, “en términos que pueda comprender razonablemente”, información sobre diagnóstico, tratamiento, riesgos, y alternativas de cuidado, “antes y en las diversas etapas de atención”. Esto refuerza la exigencia de comunicación veraz y comprensible en todo procedimiento obstétrico.

El Acuerdo Ministerial 5316, emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2016, establece un Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado con carácter obligatorio para todos los establecimientos de salud públicos y privados, de esta manera garantiza el respeto a los derechos de los pacientes, en especial la autonomía y dignidad de las personas.

Desde una perspectiva bioética, el Acuerdo 5316 refuerza el principio de respeto por la autonomía, ya que el consentimiento informado no puede limitarse a la firma de un documento, sino que constituye un proceso comunicativo donde la gestante participa activamente en la toma de decisiones sobre su salud y la de su hijo.

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

Igualmente, el acuerdo se articula con los estándares internacionales fijados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en donde le colocan al consentimiento informado como una decisión previa, libre y plena, que protege los derechos a la intimidad y la salud de las mujeres, especialmente en procedimientos que involucran su vida reproductiva.

Sentencia sobre mal uso del consentimiento informado

Caso relevante en Ecuador: Sentencia 2951-17-EP/21 de la Corte Constitucional

La Corte Constitucional del Ecuador resolvió, en la Sentencia No. 2951-17-EP/21, un caso en que se alegaba una falta del consentimiento informado válido en relación del parto. Los padres de un menor interpusieron una acción de protección contra una clínica privada, argumentando que sus derechos y los del recién nacido habían sido vulnerados por la ausencia de atención médica adecuada antes, durante y después del parto, y por no haber garantizado un consentimiento informado válido.

Dentro de la obstetricia programada, dispone que las mujeres embarazadas deben recibir información clara, comprensible y suficiente sobre los riesgos, beneficios y alternativas de procedimientos como la cesárea o el parto inducido. Esta obligación responde a la necesidad de reducir el paternalismo médico y fomentar una relación clínica más simétrica entre el profesional de la salud y la paciente (Corte Constitucional del Ecuador, Sentencia No. 2951-17-EP/21, 2021).

Los hechos del caso son los siguientes: los padres del niño ECC, alegan que la atención médica recibida en la Clínica demandada, durante el embarazo fue brindada por un médico quien se presentaba como especialista, pero posteriormente se comprobó que no era especialista en ginecología y obstetricia. La madre quien inicialmente se inclinó por un parto humanizado, acudió a la clínica con amenaza de parto prematuro a las 35 semanas de gestación. Fue tratada con medicamentos para inhibir el parto, pero días después volvió con contracciones. El 19 de junio de 2014, ingresó a la clínica con contracciones. Estuvo en trabajo de parto durante aproximadamente 10 horas, sin dilatación ni ruptura de membranas; a pesar de solicitar una cesárea desde las primeras

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

horas, el equipo médico insistió en continuar con el parto natural, tras detectar una disminución en la frecuencia cardíaca fetal, se realizó una cesárea de emergencia. ECC nació prematuro y presentó dificultades respiratorias desde el primer momento, posteriormente fue colocado en el pecho de su madre, quien notó que el bebé se ahogaba y no podía lactar, luego fue trasladado a una termocuna en cuidados intermedios, sin información clara a los padres.

Según los accionantes, el esposo de la pediatra (no identificado ni parte del proceso) habría administrado fentanilo al bebé para sedarlo e intubarlo, sin consentimiento informado. La clínica no contaba con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) ni con ambulancia para traslado. ECC sufrió parálisis cerebral como consecuencia de la atención médica deficiente. El padre consiguió por su cuenta una ambulancia para trasladar a ECC al Hospital Inglés, donde ingresó en estado crítico, sedado y con múltiples fallas orgánicas.

ECC fue diagnosticado con parálisis cerebral, retraso psicomotor severo, leucomalacia periventricular, déficit visual bilateral y trastorno del espectro autista; que lleva a cuidados permanentes, no camina, no habla, y depende completamente de sus padres. La familia se trasladó a Chile en busca de atención médica especializada.

Los formularios firmados por los padres tenían casilleros vacíos y no contenían información clara acerca del procedimiento, los riesgos del parto en agua, y el uso de fentanilo ni especialización del personal médico. Alegan que nunca se les explicó adecuadamente los riesgos del parto prematuro ni las condiciones de la clínica. Dentro de los hechos alegados por los accionados, la madre fue atendida por médicos especializados y el parto fue monitoreado. ECC nació con una condición genética, no atribuible a mala práctica médica. La aplicación de fentanilo fue necesaria por emergencia médica. Y la clínica tenía capacidad para atender partos prematuros según normativa vigente.

La Corte concluyó que sí hubo vulneración del derecho a la salud en su componente de acceso a un servicio de calidad y, especialmente, en el derecho a recibir un

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

consentimiento informado válido; por tal motivo ordenó acciones de reparación, incluyendo la difusión pública de la sentencia por seis meses y la capacitación obligatoria y necesaria al personal médico de instituciones tanto públicas como privadas sobre la importancia del consentimiento válido y la confianza en la relación médico paciente. Este veredicto es fundamental porque reconoce que el consentimiento no solo es un requisito formal, sino un derecho constitucional ligado a la calidad del servicio de salud; y su omisión, puede vulnerar derechos fundamentales como la salud y la vida digna. Así se evidencia que, sin un consentimiento informado válido, se deja a la paciente sin la participación consciente en decisiones médicas esenciales, lo que compromete el procedimiento en sí y su experiencia del cuidado. De tal manera que refuerza que el consentimiento inválido no solo pone en cuestión la calidad asistencial, sino que genera responsabilidad institucional y profesional.

Caso emblemático: I.V. vs. Bolivia (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016)

En este caso la Corte Interamericana de Derechos humanos, responsabilizó al estado boliviano por la esterilización forzada de una mujer peruana refugiada, I.V., durante una cesárea, sin haber obtenido un consentimiento informado válido. I.V. no fue informada sobre el procedimiento, ni su consentimiento fue obtenido de forma libre, informada y plena, lo cual violó su derecho a la autonomía, dignidad, integridad personal, vida privada y libertad reproductiva.

La víctima alegó que nunca fue consultada previamente sobre el procedimiento, y que se enteró de la esterilización quirúrgica al día siguiente, causándole un impacto psicológico y emocional. De igual manera afectó su vida íntima, su proyecto familiar, causándole depresión, rupturas familiares. Debido a que el médico tratante constató que ella había tenido una cesárea previa, que no había trabajo de parto y que el feto se encontraba en situación transversa, decidió someter a la señora I.V. a una cesárea.

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

La cesárea fue iniciada por el médico residente de tercer año. Sin embargo, en el transcurso del procedimiento se verificó la presencia de múltiples adherencias a nivel del segmento inferior del útero, por lo cual, el médico ginecólogo obstetra se hizo cargo de la cirugía, realizando a la señora I.V. una ligadura de las trompas de Falopio. Ambos procedimientos quirúrgicos fueron realizados encontrándose la paciente bajo anestesia epidural.

El aspecto cardinal por discutir era, pues, si tal procedimiento se llevó a cabo obteniendo el consentimiento informado de la paciente, bajo los parámetros establecidos en el derecho internacional para este tipo de actos médicos al momento de los hechos.

La Corte se percató que el reconocimiento del consentimiento informado en el ámbito de la salud ha significado un cambio de modelo en la relación médico paciente, ya que pasó a centrarse en un proceso participativo con el paciente, dejando de lado el modelo paternalista en donde el médico, era quien decidía lo más conveniente para la persona en un tratamiento determinado.

En su defensa el estado boliviano afirmó que la señora I.V. consintió verbalmente la esterilización durante el procedimiento quirúrgico. Además, que la legislación boliviana no exigía en ese momento un consentimiento escrito específico para esterilización Así mismo alegó que la decisión fue tomada cuando los médicos observaron condiciones clínicas que, según ellos, hacían desaconsejable futuros embarazos, tratándose de una intervención en beneficio de la paciente.

Dentro de las pruebas relevantes consideradas por el juzgado, se encuentra la ausencia de consentimiento escrito por parte de I.V. como exigían las normas bolivianas en 1997 y 1998; evidenciándose daños físicos, psicológicos, emocionales, familiares graves. Sin olvidar que la paciente se encontraba en un contexto de vulnerabilidad durante la cirugía, ya que le impedía tomar una decisión libre y voluntaria. Finalmente, la Corte se basó en los artículos 5.1, 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 y 17.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

Rechazó la validez del consentimiento verbal dado en condiciones de estrés y vulnerabilidad, por no cumplir con los estándares de ser previo, libre, pleno e informado. Indicó que hubo responsabilidad internacional del Estado por no prevenir, sancionar ni reparar adecuadamente la violación de derechos. Por tal motivo detalló medidas de reparación como: El Estado debe brindar atención médica especializada, incluyendo servicios en salud reproductiva y sexual, así como tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, de forma inmediata, adecuada y efectiva. A más de una indemnización económica por el daño material e inmaterial causado, a más de los costos del proceso judicial.

El Estado debe realizar un acto oficial en el que reconozca su responsabilidad internacional por los hechos del caso, como forma de reparación simbólica; y la sentencia debe ser difundida en medios oficiales y accesibles, e implementar programas permanentes dirigidos a todos los profesionales de salud para la capacitación respectiva

Caso internacional sobre mal uso del consentimiento informado

V.C. vs. Eslovaquia (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2011)

Una mujer romaní identificada como V.C. fue esterilizada sin su consentimiento informado durante una cesárea, sin que se le explicara el alcance del procedimiento. Estaba en trabajo de parto y firmó un breve documento, bajo presión hospitalaria, sin comprenderlo completamente. El procedimiento se llevó a cabo durante el parto del segundo hijo de la demandante que tuvo lugar por cesárea, el primer parto de V.C también fue por cesárea. La demandante fue ingresada al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Prešov el 23 de agosto de 2000, presentando dolor tipo contracción debido al inicio de la labor de parto. En ese momento la demandante fue informada de que el parto sería por cesárea.

V.C alega que, después de varias horas de labor parto y estando con dolor de gran intensidad, el personal médico le interrogó si quería tener más hijos, en donde V.C contestó afirmativamente, pero el personal médico indicó, si tenía más hijos, tanto ella

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

como el niño morirían. La demandante comenzó a desesperarse, y como le convencieron de que el próximo embarazo sería fatal, les indicó a los médicos que hagan lo que tengan que hacer; entonces le pidieron que firmara en el registro del nacimiento debajo de la nota que indicaba que había solicitado la esterilización. La demandante no tenía claro el término esterilización y firmó el formulario por temor a que, las consecuencias fueran fatales. Al encontrarse en la última etapa del parto, su conocimiento y sus capacidades cognitivas estaban alteradas debido al parto y al dolor.

V.C sufrió graves problemas psicológicos y médicos como consecuencia del procedimiento de esterilización. A finales del 2007 y principios de 2008 la demandante mostró síntomas de un falso embarazo. Creyó que estaba embarazada y mostraba sintomatología de embarazo. Sin embargo, una ecografía reveló que no estaba embarazada. Posteriormente, en julio de 2008, recibió tratamiento psiquiátrico en Sabinov. De acuerdo con sus últimas declaraciones, la demandante continúa sufriendo debido a su infertilidad.

El Tribunal señaló que este episodio violó su derecho a la integridad física y a la vida privada, conforme a los artículos 3 (protección contra trato degradante) y 8 (derecho a la vida privada) de la Convención Europea de Derechos Humanos. La sentencia concluyó que no hubo consentimiento informado, y ordenó al Estado reparar a la víctima, incluyendo una indemnización de 31 000 EUR por daños morales y legales.

En este caso, la paciente no tuvo oportunidad de decidir con conocimiento de causa, lo que vulneró su dignidad y derechos fundamentales.

DISCUSIÓN

El consentimiento debe ser informado, comprendido, libre y voluntario, especialmente en decisiones sensibles como la esterilización; por lo tanto, los sistemas de salud y los Estados tienen la obligación de garantizar procesos clínicos, éticos, transparentes y respetuosos de los derechos humanos. El consentimiento informado en obstetricia constituye un núcleo fundamental para garantizar la autonomía de la mujer embarazada

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

y la protección de su dignidad. A diferencia de otros campos médicos, los procedimientos programados en obstetricia, como partos y cesáreas, involucran no solo la salud de la madre, sino también la vida y bienestar del recién nacido, lo que atribuye al acto médico una complejidad bioética adicional. En esta perspectiva, la información debe ser clara, completa y adaptada a las condiciones culturales y educativas de la paciente, evitando decisiones impuestas o paternalistas.

La Sentencia 2951-17-EP/21 de la Corte Constitucional, ha establecido un estándar robusto en la materia, señalando que la falta de consentimiento informado válido vulnera derechos significativos como la salud, la vida digna y la autonomía personal (Corte Constitucional del Ecuador, 2021). Este pronunciamiento se enmarca en una tendencia regional, donde la Corte Interamericana de Derechos Humanos también ha establecido que el consentimiento informado es un derecho autónomo, indispensable para la protección de la integridad personal

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso I.V. vs. Bolivia (2016), resolvió que realizar una intervención obstétrica sin consentimiento informado válido constituye una violación a la integridad personal y a la autonomía reproductiva. Este contexto refuerza la obligación de los Estados latinoamericanos, incluido Ecuador, de garantizar procesos de información adecuados y accesibles para todas las mujeres, independientemente de su nivel educativo o situación socioeconómica.

Desde el punto de vista bioético, el principio de autonomía adquiere relevancia en la obstetricia, pues las decisiones médicas no pueden justificarse únicamente por criterios técnicos. La paternalización en la atención obstétrica vulnera la libertad de elección y perpetúa prácticas discriminatorias hacia las mujeres (López & Márquez, 2020). De ahí que la ética médica moderna exija un modelo de relación clínica basado en la corresponsabilidad y el diálogo informado.

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

CONCLUSIONES

El consentimiento informado en obstetricia, particularmente en procedimientos programados como partos y cesáreas, constituye un pilar esencial para la protección de los derechos humanos de las mujeres. En el contexto ecuatoriano, tanto la normativa vigente en la Ley Orgánica de Salud y Acuerdo Ministerial 5316, así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia No. 2951-17-EP/21) han reafirmado que la autonomía, la dignidad y la integridad personal no pueden ser vulneradas bajo argumentos de conveniencia médica o institucional.

La reflexión bioética y jurídica muestra la necesidad de promover un cambio cultural en la relación médico-paciente, en el que prevalezca el respeto a la autonomía y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Para ello, es indispensable reforzar la capacitación del personal de salud, elaborar protocolos claros y garantizar que la información sea comprensible y contextualizada a cada paciente.

En definitiva, la construcción de un consentimiento informado auténtico en obstetricia no solo fortalece la calidad de la atención médica, sino que constituye un requisito ineludible para la vigencia plena de los derechos fundamentales de las mujeres en el Ecuador.

Tomando en cuenta que la obtención del consentimiento informado en momentos de dolor, vulnerabilidad emocional o ansiedad impide que la paciente comprenda plenamente los riesgos y las alternativas, limitándonos en este sentido al principio de autonomía que tiene la paciente, dejando abierta la posibilidad que el profesional caiga en el paternalismo. Este acierto coincide con la jurisprudencia nacional (Sentencia 2951-17-EP/21 de la Corte Constitucional del Ecuador) e internacional (Caso I.V. vs. Bolivia,), donde se enfatizó que el consentimiento informado debe ser previo, libre, pleno e informado.

Cabe mencionar que una inadecuada aplicación del consentimiento informado genera riesgos éticos y legales significativos. Desde el punto de vista médico, expone a los profesionales de la salud a reclamos por negligencia, vulneración de la lex artis y responsabilidad civil, administrativa o penal. Desde el plano bioético, deteriora la

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

confianza en la relación médico paciente y reproduce esquemas de violencia institucional que perpetúan la desigualdad de género en la atención obstétrica.

Con todo lo indicado se evidencia la necesidad de implementar lineamientos normativos que fortalezcan el consentimiento informado en obstetricia, como son protocolos estandarizados de consejería previa al parto, formación continua del personal sanitario en comunicación empática y ética, incorporación de buenas prácticas de atención humanizada, y mecanismos de control y supervisión que aseguren la validez de los consentimientos obtenidos.

CONFLICTO DE INTÉRES

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTO

A todos los factores sociales que influyeron en el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador (2008). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. *Registro Oficial 449 de 20-oct-2008*, Quito, Ecuador. <https://n9.cl/hd0q>

Asamblea Nacional. (2006). Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial 423 (con reformas). <https://n9.cl/tcjv2>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press. <https://n9.cl/4l4uj>

Castro, R. (2020). Consentimiento informado en obstetricia: Ética, autonomía y derechos reproductivos. Revista Latinoamericana de Bioética, 20(1), 55–68.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2016). Caso I.V. vs. Bolivia: Sentencia de 30 de noviembre de 2016 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas). <https://n9.cl/vwt24>

María Gabriel Calle-Ortiz; Ricardo Augustín Alarcón-Vélez

Corte Constitucional del Ecuador. (2021). Sentencia No. 2951-17-EP/21: Consentimiento informado y derechos del paciente. Registro Oficial. <https://n9.cl/js6ht>

Garrafa, V., & Porto, D. (2003). Bioética, poder y injusticia: un debate necesario. Revista Redbioética/UNESCO, 1(1), 11–23. <https://n9.cl/0nk92>

Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals.” Journal of Medical Ethics, 29(5), 307–312. <https://n9.cl/gkyycs>

López, V., & Márquez, E. (2020). Bioética y autonomía en la atención obstétrica: análisis crítico de la práctica médica. *Revista Latinoamericana de Derecho y Bioética*, 6(2), 55-72.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial (Acuerdo Ministerial No. 5316). Ministerio de Salud Pública. <https://n9.cl/25re2>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto: Guía para un enfoque integrado. <https://n9.cl/74js4b>

Simón Lorda, P., & Barrio Cantalejo, I. M. (2004). Consentimiento informado: historia, teoría y práctica. Medicina Clínica, 123(16), 665–670. <https://n9.cl/m7mjt>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2011). Caso V.C. vs. Eslovaquia [Traducción al español]. Consejo de Europa / Thomson Reuters Aranzadi. <https://n9.cl/5s7gzj>