

LA AGENCIA MORAL DE LAS MUJERES EN EL CUIDADO PERINATAL: la desigualdad generada a partir del abandono del bienestar materno en el sistema de salud español

Women's Moral Agency in Perinatal Care:
Inequality Arising from the Neglect of Maternal Well-Being in the Spanish Healthcare System

Rocío PARICIO DEL CASTILLO¹

¹ Psiquiatra de la infancia y la adolescencia en Hospital Universitario Puerta de Hierro, España

ABSTRACT

This reflexive article examines how the increasing medicalization of reproductive processes, combined with the neglect of women's emotional and relational well-being, generates structural forms of reproductive injustice within the Spanish healthcare system. It explores how the biomedical reduction of pregnancy, childbirth, and the postpartum period constrains women's moral agency, pathologizes distress, and reinforces gender inequalities. Drawing on frameworks of reproductive justice, relational justice, and care ethics, the article proposes an ethics of accompaniment that integrates narrative capacity, relational autonomy, and interdisciplinary care as key elements for developing a more just, human, and equitable clinical practice in perinatal health.

Keywords: Perinatal Mental Health, Women, Reproductive Justice, Care Ethics, Perinatal bioethics

RESUMEN

Este artículo de reflexión analiza cómo la creciente medicalización de los procesos reproductivos, unida a la desatención del bienestar emocional y relacional de las mujeres, produce formas estructurales de injusticia reproductiva en el sistema sanitario español. Se examina cómo la reducción biomédica del embarazo, parto y posparto limita la agencia moral de las mujeres, patologiza el malestar y perpetúa desigualdades de género. A partir de marcos de justicia reproductiva, justicia relacional y ética del cuidado, se propone una ética del acompañamiento que integre la capacidad narrativa, la autonomía relacional y la atención interdisciplinar como ejes para una práctica clínica más justa, humana y equitativa.

Palabras clave: Salud mental perinatal, Mujeres, Justicia reproductiva, Ética del cuidado, Bioética perinatal

Recibido: 21/11/2025

Aceptado: 20/12/2025

1. Introducción

La salud perinatal de las mujeres en los países desarrollados se encuentra, en la actualidad, en el cruce de profundas tensiones éticas. Por un lado, el embarazo, el parto y el postparto han experimentado una creciente medicalización por parte de los sistemas sanitarios (Miller et al., 2016). De este modo, se han mejorado los protocolos clínicos, se han multiplicado las pruebas de *screening* y se ha reforzado el seguimiento y la vigilancia biomédica, lo que ha permitido disminuir los riesgos obstétricos y mejorar indicadores cuantificables. Uno de los mayores logros sanitarios es la práctica erradicación de la mortalidad materna prevenible en muchos países de altos ingresos, así como la mejoría de la supervivencia infantil en situaciones de alta complejidad, como es la prematuridad extrema o las enfermedades neonatales (Organización Mundial de la Salud, 2025). Sin embargo, esta intensificación del control clínico ha venido acompañada de reducción de los procesos reproductivos a su dimensión biomédica, donde la salud se mide en términos de seguridad y eficiencia, y el cuerpo femenino se convierte en objeto de intervención y supervisión, restringiendo su seguimiento a parámetros físicos y a un enfoque centrado en el riesgo que deja en la periferia las dimensiones psicológicas, relaciones y sociales, que constituyen el núcleo de la experiencia materna.

Simultáneamente, se observa un abandono estructural del bienestar emocional y de la salud mental de las mujeres en la etapa perinatal. La atención perinatal centrada en el cumplimiento de protocolos y la supervisión física tiende a invisibilizar la dimensión existencial y moral del cuidado (Arnau Sánchez et al., 2016). Las necesidades psíquicas y relacionales, y los problemas emocionales que pueden aparecer durante la maternidad, son tratadas como cuestiones secundarias, o bien son identificadas como trastornos mentales, tales como la ansiedad y la depresión postparto, que son derivados a servicios saturados, fragmentados y a menudo inaccesibles (Anderson et al., 2017). Este desequilibrio entre la hiperintervención biomédica y el abandono del bienestar revela una injusticia reproductiva que se manifiesta en el silenciamiento de las voces de las mujeres y en la desatención de las condiciones que permitirían vivir la maternidad con sentido, autonomía y apoyo.

Desde una perspectiva bioética, esta situación interpela directamente a la noción de agencia moral. Las mujeres son con frecuencia tratadas como receptoras pasivas de decisiones médicas, y no como sujetos capaces de interpretar, narrar y orientar su propia experiencia reproductiva. En lugar de situarlas como sujetos de su propio proceso, capaces de interpretar su experiencia y participar en las decisiones, el sistema las coloca en posiciones de dependencia epistémica y vulnerabilidad no reconocida (Belvedresi, 2018).

Abordar la paradoja entre la medicalización de los procesos reproductivos y el abandono de la experiencia de las mujeres exige una mirada ética amplia que integre la justicia relacional y de género, reconociendo la pluralidad de las experiencias maternas y entendiendo el cuidado como una práctica de acompañamiento y reconocimiento. La bioética perinatal no puede limitarse a la regulación del riesgo, sino que debe desarrollar una ética del vínculo y de la vulnerabilidad compartida.

El presente artículo parte de esta premisa para examinar cómo los sistemas de salud y las políticas públicas pueden interferir en el ejercicio pleno de la agencia moral de las mujeres durante los procesos reproductivos. Para ello se propone articular tres dimensiones interdependientes: la comprensión psicológica y relacional de las experiencias maternas; la integración de los principios de justicia reproductiva y relacional; y el desarrollo de una ética del acompañamiento que reoriente la práctica clínica hacia el reconocimiento y la igualdad efectiva. Siguiendo el modelo del conocimiento situado, la autora aborda la reflexión sobre la salud perinatal desde su práctica clínica como psiquiatra perinatal en un hospital público español. Por ello, en el texto se incluyen algunos ejemplos

anonimizados de experiencias de mujeres dentro del sistema público de salud español, representativos de vivencias que muchas mujeres pueden experimentar en la atención médica a sus procesos reproductivos en este país.

2. Los procesos perinatales como experiencias psicológicas, identitarias y vinculares

El embarazo, el parto y el puerperio son etapas cargas de significados psicosociales. Más allá de su dimensión biológica (caracterizada por unos complejos procesos fisiológicos y neurohormonales que la neurociencia actual está intentando desentrañar), constituyen experiencias que reconfiguran profundamente la identidad, la corporalidad y la relación con los otros (Duarte-Guterman et al., 2019; Olza et al., 2020). El tránsito hacia la maternidad suele implicar una transformación del sentido del yo, donde lo biográfico, lo corporal y lo social se entrelazan generando nuevas narrativas (Paricio del Castillo y Polo Usaola, 2020). El cuerpo deja de ser vivido únicamente como propio y pasa a convertirse en espacio compartido, mediado por la presencia del bebé, las expectativas familiares, las normas culturales y las representaciones sociales de la maternidad.

Desde una perspectiva psicológica, esta etapa está marcada por la ambivalencia afectiva. Las emociones positivas (deseo, ternura, ilusión) coexisten con sentimientos de ansiedad, miedo, pérdida de control o incluso duelo (Osma, 2017). Tales emociones, lejos de ser patológicas, forman parte de la normalidad de un proceso que pone en juego la vulnerabilidad y el cambio identitario. Sin embargo, los discursos culturales dominantes tienden a borrar la ambivalencia, imponiendo un relato uniforme de felicidad y plenitud que niega variedad, la complejidad y la riqueza las experiencias maternas (Paricio del Castillo y Polo Usaola, 2020).

La fenomenología de la maternidad muestra que el cuerpo se convierte en espacio relacional, investido por la presencia del bebé y también por las expectativas sociales, los discursos culturales y las presiones normativas sobre lo que significa ser una “buena madre”. Los arquetipos sociales configuran una moral implícita de la maternidad. De este modo, encontramos el imaginario colectivo de “la embarazada feliz” (aquella que espera, radiante, la llegada de su criatura), “la madre abnegada” (aquella madre que encuentra su goce y disfrute en la satisfacción continuada de las necesidades de sus criaturas, relegando las suyas propias sin cuestionamiento) o “la mala madre”, dentro de la que se inscriben todas las conductas que no tienen encaje dentro de la maternidad idealizada (Paricio del Castillo y Polo Usaola, 2020).

Los imaginarios indicados actúan como dispositivos de control experiencial que delimitan qué emociones o actitudes son socialmente aceptables. Las mujeres que no encajan en estos moldes pueden experimentar culpa, vergüenza o sensación de fracaso, especialmente cuando su vivencia materna se aleja del ideal normativo. Así, la maternidad deja de ser una experiencia plural y se convierte en una exigencia moralizada que erosiona la confianza de las mujeres en sí mismas y debilita su autoestima, invalidando sus experiencias, juzgándolas y actuando como mordazas frente a una posible petición de ayuda cuando la vivencia real de la mujer se desvía del ideal hegemónico.

El sistema sanitario, lejos de contrarrestar estas presiones, suele reproducirlas a través de una atención centrada en el riesgo y el cumplimiento de protocolos. En muchos casos, los profesionales disponen de poco tiempo para la escucha o carecen de formación específica en salud mental perinatal (Paricio del Castillo et al., 2024). La consecuencia es una fragmentación asistencial que impide prestar una atención integral a la salud en el ámbito perinatal: mientras se controlan de forma minuciosa los parámetros físicos, los aspectos emocionales y relaciones quedan relegados, los problemas de salud mental son infradetectados y frecuentemente desatendidos, pero cualquier malestar identificado por los profesionales de la salud mental es susceptible de ser considerado patológico (Paricio del Castillo, 2024). Por ejemplo, frente a la aparición de un malestar posparto que la mujer transmite al sistema sanitario, en la actualidad española éste tiende a ser rápidamente etiquetado como depresión o ansiedad, entrando en la

categoría de trastorno mental, pero pocas veces se interroga por sus raíces socioculturales, morales y contextuales (la falta de apoyo, la precariedad, el aislamiento o la carga desigual de cuidados). Esto supone una patologización de las experiencias de las mujeres que contribuye a una discriminación de las mismas y una desigualdad de género a la hora de recibir una atención sanitaria de calidad, sufriendo un mayor riesgo de medicalización (Bacigalupe et al., 2022).

La simplificación de las experiencias de las mujeres en sus procesos reproductivos tiene también repercusión en la investigación. Un caso paradigmático es la hiperémesis gravídica, un cuadro que produce una gran repercusión funcional en las mujeres, al presentar vómitos continuados que pueden llevarlas a la desnutrición y a menudo requieren ingreso hospitalario, que no cuenta con tratamientos de buena eficacia y no ha sido suficientemente estudiada, encontrándose, no obstante, en la literatura, atribuciones de la misma a rasgos de personalidad disfuncional de las mujeres o a rechazo del bebé que gestan, sin evidencia científica suficiente que lo avale (Boelig et al., 2018; Vinnars et al., 2024).

Del mismo modo, bajo el ideario colectivo de la buena madre, se ocultan el amplio abanico emocional que habitualmente experimentan las mujeres en sus procesos de maternidad, de modo que cualquier emoción desgradable es considerada un marcador de “falla materna”. Sin embargo, la evidencia señala que la ambivalencia materna, entendida como la experiencia simultánea de sentimientos negativos y positivos hacia la maternidad y el hijo, existe en un continuo que va desde situaciones saludables hasta grados patológicos con repercusiones problemáticas para la vinculación afectiva madre-bebé (Raneberg y MacCallum, 2024).

Se presenta a continuación un ejemplo clínico de ambivalencia afectiva:

María, 33 años, primípara, expresa tras el parto un sentimiento de desconcierto en la relación con su bebé. Explica que lo quiere, pero no siente el “amor intenso” que esperaba. El personal sanitario le responde con frases como “ya te llegará el instinto”, sin explorar su vivencia emocional. La falta de reconocimiento aumenta su angustia y su sensación de fracaso moral, cuando en realidad se trata de una experiencia frecuente que puede ser compatible con el establecimiento con un vínculo materno saludable, pero que requiere exploración por personal formado, apoyo y acompañamiento.

Este tipo de situaciones revela la distancia entre las experiencias reales de las mujeres y las expectativas institucionales o culturales. El sistema sanitario, centrado en lo físico, no solo no acoge la ambivalencia, sino que a veces la silencia y empuja a las mujeres a interpretar su malestar como patológico o como una falta personal que, a su vez, puede incrementar las dificultades en su rol materno.

Esta omisión revela la existencia de un problema ético de fondo a nivel social: la reducción del cuidado materno a un acto técnico, en detrimento de su dimensión relacional y sociocultural. Sin embargo, para lograr una atención perinatal verdaderamente humana y justa, es imprescindible conocer la diversidad y complejidad de las experiencias maternas. La salud mental perinatal es una parte integral de la salud de las mujeres que son madres y sus bebés, y no puede ser reducida a síntomas, ya que emerge en la interacción entre el cuerpo, la subjetividad y el entorno, y para que, en el proceso de convertirse en madres, las mujeres puedan disfrutar del mayor estado de bienestar que resulte posible, deben tener la capacidad de sostener la ambivalencia y encontrar sentido en el cambio identitario. Promover esta capacidad requiere una ética del acompañamiento que priorice la escucha, la validación emocional y la coconstrucción del cuidado.

Las experiencias de las mujeres no sólo se niegan en el plano afectivo, sino que también se silencia el conocimiento sobre sus propios cuerpos a la hora de interpretar los datos biofísicos en sus procesos reproductivos. Un ejemplo clásico es el establecimiento rutinario de la edad gestacional y el cálculo de la fecha prevista de parto a partir de la ecografía de la semana 12, obviando la fecha de la última regla y la experiencia de la propia mujer respecto al momento de la concepción. Por protocolo, en los hospitales españoles se procede a la inducción del parto por “gestación cronológicamente prolongada” entre la semana 40 y la 41+5, pero partiendo de la fecha

establecida por la ecografía de la semana 12, sin ponderar el conocimiento de la mujer sobre la concepción de su propio embarazo y dando por “verdad absoluta” los datos biométricos fetales registrados en un momento determinado. Así, se anula nuevamente la narración de las mujeres frente a las técnicas empleadas sobre sus cuerpos.

La capacidad narrativa, entendida como la posibilidad de nombrar, ordenar y dar sentido a la propia experiencia, es una dimensión central de la agencia moral en la perinatalidad (Charon, 2001). Contar y ser escuchada permite a la mujer situar su vivencia en el marco de su biografía, discernir entre lo esencial y lo circunstancial, y reconstruir una identidad en tránsito. La narración, además de ser una práctica cognitiva, tiene un valor ético, puesto que habilita opciones y promueve la capacidad de decisión, fortalece la autonomía y transforma la experiencia de vulnerabilidad en un recurso para la toma de decisiones. Las intervenciones basadas en la medicina narrativa han demostrado beneficios en la satisfacción materna, la autoeficacia y la calidad de la relación clínica, ofreciendo un marco metodológico que convierte la escucha en una herramienta de empoderamiento. Por ello, incorporar la práctica narrativa en la atención perinatal puede devolver la voz a las mujeres, reduciendo el aislamiento y reconociendo la ambivalencia afectiva como una experiencia legítima, alejándola de la patologización o el estigma (Donzelli, 2015).

3. Justicia reproductiva, justicia relacional e igualdad de género

El marco de la justicia reproductiva surgió como una ampliación crítica del enfoque de derechos reproductivos, integrando no solo la garantía de acceso al aborto y la anticoncepción, sino también la consideración de las condiciones sociales, económicas y culturales necesarias para que las personas puedan decidir sobre su reproducción de manera libre y segura (Arguedas-Ramírez y Wenner, 2023). Se gestó en Estados Unidos en los años noventa a través del trabajo del colectivo SisterSong, conformado por mujeres negras, indígenas y de otras comunidades racializadas, que cuestionaron la perspectiva liberal centrada exclusivamente en derechos individuales, señalando que la autodeterminación reproductiva requiere también justicia social, igualdad económica y protección frente a la discriminación.

Este enfoque articula tres derechos fundamentales: el derecho a tener hijos, el derecho a no tenerlos y el derecho a criarlos en entornos seguros y saludables, reconociendo que las barreras estructurales (como la pobreza, la violencia, la falta de acceso a servicios de salud y la discriminación racial) limitan efectivamente la libertad reproductiva (Arguedas-Ramírez y Wenner, 2023). De este modo, la justicia reproductiva amplía la concepción clásica de autonomía para situarla en un marco social y político más amplio: no basta con tener derecho a decidir, sino que, además, es necesario poseer las condiciones materiales, relacionales y epistémicas que permitan ejercer esa decisión. En el contexto perinatal, esto implica garantizar acceso a cuidados de calidad que integren salud física, mental, social y emocional.

La justicia reproductiva y la no discriminación de las mujeres en materia de salud exige que el sistema sanitario reconozca que los procesos reproductivos son un ámbito específico de la salud de las mujeres, con necesidades propias y no extrapolables a los modelos masculinos de atención según la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979). La evidencia muestra que mujeres presentan mayor incidencia de depresión a lo largo de la vida, y que los trastornos afectivos son particularmente prevalentes durante el embarazo y el posparto (Parker y Brotchie, 2010). Sin embargo, la respuesta institucional a este hecho es desigual: mientras las políticas de salud perinatal se centran en la reducción de la mortalidad o en la detección de riesgos obstétricos, la salud mental y el bienestar emocional suelen quedar en segundo plano, pese a las recomendaciones crecientes de integrar la salud mental en la atención perinatal por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Esta omisión constituye una forma de injusticia estructural de género, porque desatiende necesidades específicas derivadas de los procesos reproductivos.

Además, cuando las necesidades específicas de las mujeres son desatendidas, se perpetúa una desigualdad en la distribución del bienestar y de la vulnerabilidad. La igualdad formal (tratar igual a hombres y mujeres) no garantiza la igualdad efectiva si no se reconocen las diferencias biológicas, psicosociales y relaciones que configuran la experiencia femenina de la salud.

Aquí es donde la noción de justicia relacional, inspirada en la ética del cuidado, adquiere relevancia. La teoría de la ética del cuidado, desarrollada por pensadoras como Joan Tronto, inspiran una reformulación de las instituciones sanitarias, señalando que no basta con ofrecer servicios, sino que debe existir una responsabilidad colectiva para garantizar tiempo, acompañamiento, escucha y equidad en el cuidado (Parra Jounou y Tronto, 2024). Esta perspectiva sostiene que la autonomía y la moralidad humanas son inseparables de los vínculos y contextos de relación que las sostienen, y, aplicada al ámbito perinatal, implica que la salud de las mujeres no depende únicamente de su autodeterminación individual, sino también de las condiciones relacionales, familiares e institucionales que les permiten ejercerla (d'Agincourt-Canning et al., 2019). En la práctica clínica, la justicia relacional se traduce en propuestas como la integración de equipos interdisciplinarios (psicólogos, matronas, medicina), el reconocimiento social del trabajo de cuidado y políticas que valoren tanto la dimensión biológica como la relacional de la maternidad (por ejemplo, garantizando licencias maternales adecuadas; o reconociendo social y económicamente el trabajo reproductivo y de cuidado).

A continuación, se recoge un ejemplo clínico de desigualdad relacional en el ámbito sanitario:

Ana, 28 años, migrante, trabaja en condiciones precarias y carece de red familiar. Durante el embarazo muestra abatimiento intenso, inquietud, intensa ambivalencia hacia su bebé e ideas pasivas de acabar con su vida, llegando a fantasear con fallecer en el parto como una vía de “solucionar” sus problemas. Su médico de cabecera la deriva al centro de salud mental de referencia, pero dada la lista de espera no es atendida hasta el octavo mes de embarazo. La atención que recibe es por parte de un psiquiatra general sin formación en perinatalidad que interpreta su malestar como “ansiedad reactiva en el embarazo”. Tras el parto, no realiza seguimiento en la red de salud mental, y no se ponen en marcha medidas de atención social y comunitaria. Esta desatención no es un fallo individual, sino una expresión estructural de injusticia reproductiva: su contexto social limita su capacidad de agencia y bienestar.

La justicia reproductiva y la justicia relacional convergen en un mismo principio: toda mujer tiene derecho a ser cuidada como sujeto moral pleno, en su singularidad, su vulnerabilidad y su capacidad de agencia. Desde esta perspectiva, la igualdad efectiva en el ámbito perinatal no puede reducirse a tratar igual a todas las mujeres, sino a adaptar la atención a sus características, contextos y vulnerabilidades específicas, reconociendo que la reproducción es un ámbito diferencial de la salud femenina con necesidades propias.

4. Hacia una ética del acompañamiento

La atención perinatal necesita reorientarse hacia una ética del acompañamiento, inspirada en la ética del cuidado, la fenomenología de la corporalidad y las teorías feministas de la vulnerabilidad. Acompañar significa estar presente, escuchar, validar y permitir que la mujer participe activamente en la construcción de su propio relato. Reconocer la agencia moral como capacidad narrativa exige también repensar el consentimiento informado, puesto que no basta con transmitir información; es necesario acompañar el proceso decisivo en contextos relacionales donde la mujer pueda recibir apoyo, tiempo y reconocimiento. La literatura reciente sobre autonomía relacional en obstetricia subraya que muchos fallos del consentimiento en el parto se deben a dinámicas de poder, escaso tiempo clínico y ausencia de continuidad, que convierten la decisión en una formalidad vacía y aumentan la vulnerabilidad a intervenciones no consentidas. Así, d'Agincourt-Canning analiza cómo las relaciones sociales e institucionales configuran la toma de decisiones en

salud mental perinatal (d'Agincourt-Canning et al., 2019). Estudios realizados sobre el enfoque de cuidado (“care ethics”) han visibilizado las dinámicas de poder, para priorizar la relación entre matrona/salud y la mujer por encima de decisiones normativas abstractas (Newnham y Kirkham, 2019). Y los denominados “modelos de decisión relacional” (midwife-woman) muestran que la confianza, la vulnerabilidad y la relación son fundamentales en el consentimiento informado (Noseworthy et al., 2013). Además, investigaciones empíricas recientes documentan cómo muchas mujeres experimentan coerción o limitaciones en su autonomía durante el parto, lo que exige reformular las prácticas de consentimiento (Eichinger et al., 2024).

Este modelo contrasta con la lógica de intervención y corrección que predomina en el paradigma biomédico, puesto que, en lugar de patologizar el malestar o reducirlo a un dato clínico, la ética del acompañamiento reconoce que el sufrimiento perinatal es un proceso con significado, que forma parte del tránsito identitario y relacional hacia la maternidad.

La ética del acompañamiento propone prácticas concretas, como son el tiempo de conversación, la comprobación del entendimiento en lenguaje común, la oferta de apoyo continuo por matronas, la derivación a recursos especializados en salud mental perinatal en caso de ser necesario y dispositivos que garanticen un seguimiento cercano, que transforman el consentimiento en un proceso compartido y prevenido de coacción. Estas medidas están en línea con algunas recomendaciones profesionales y con las guías de la OMS sobre cuidado intraparto respetuoso y comunicación efectiva (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2021; Restrepo Sánchez, 2024; OMS, 2018).

Se expone un ejemplo sobre el valor ético de la escucha y su repercusión en la construcción de bienestar de las mujeres en la maternidad:

Sara, 35 años, que ha dado a luz hace 24 horas, rompe a llorar en la planta de maternidad. La matrona acude a la habitación y ella relata que se siente “invadida” por las visitas familiares y que no tiene espacio para interactuar con su bebé y establecer la lactancia materna sin sentirse evaluada. Expresa sentimientos de vergüenza ante ser vista por los familiares de su pareja ofreciendo el pecho a su bebé, que está mostrando algunas dificultades en el enganche. La matrona valida su necesidad de intimidad, apoya en el enganche del bebé y ayuda a articular límites, implicando a la pareja en la modulación de las visitas. Al día siguiente, Sara refiere una disminución marcada de la angustia. El alivio no vino de una intervención técnica, sino de una relación de reconocimiento.

En términos operativos, incorporar la capacidad narrativa y el consentimiento relacional puede materializarse en medidas muy concretas dentro de las prácticas sanitarias en el sistema de salud español, como reservar al menos una consulta ampliada antenatal y una en el posparto temprano para escucha narrativa; promover modelos de continuidad de atención (midwife-led continuity), que aumentan la confianza y reducen intervenciones innecesarias; formar a profesionales en competencias narrativas y en comunicación para el consentimiento compartido; y garantizar rutas rápidas de derivación a apoyo psicológico cuando la narración revele sufrimiento significativo (Sandall et al., 2024). Estas intervenciones combinan evidencia de mejora en experiencia y resultados con principios éticos de justicia relacional.

La ética del acompañamiento implica reconocer que la salud no se produce solo en el cuerpo, sino también en el vínculo, y que el bienestar no se alcanza aislando el sufrimiento, sino dándole un lugar dentro de la trama propia de significados. Se trata de una práctica que requiere tiempo, continuidad del cuidado, formación en salud mental perinatal y políticas sociales que apoyen el descanso, la corresponsabilidad y la protección laboral. Por ello, la ética del acompañamiento es una perspectiva política que transforma la relación asistencial

en un espacio de reconocimiento y coconstrucción, donde las mujeres pueden reappropriarse de su voz, de su experiencia y de su poder moral.

5. Conclusiones

La atención perinatal constituye un espacio privilegiado para observar cómo las estructuras sanitarias y sociales distribuyen el cuidado, la vulnerabilidad y el reconocimiento. Lejos de ser un proceso meramente biológico, la maternidad es un acontecimiento vital donde se reconfiguran identidades, vínculos y horizontes de sentido. Sin embargo, las políticas públicas y los modelos asistenciales siguen operando bajo una visión reductora que medicaliza el cuerpo mientras abandona la experiencia, dejando sin respuesta necesidades emocionales, relaciones y sociales que son constitutivas del bienestar materno, y produciendo injusticias que afectan de manera particular a las mujeres.

A lo largo de este artículo se ha mostrado que la combinación de hipertecnificación y desatención psicosocial no es accidental, sino que constituye la expresión de una forma de injusticia reproductiva que trata las necesidades psicoemocionales específicas de las mujeres como secundarias o accesorias. El sistema sanitario tiende a privilegiar indicadores biomédicos fácilmente medibles, mientras relega el sufrimiento psíquico, la ambivalencia afectiva y las transformaciones identitarias a un segundo plano. Esta simplificación reproduce las desigualdades de género e invisibiliza la pluralidad de experiencias maternas, que con frecuencia quedan atrapadas entre expectativas idealizadas y realidades de apoyo insuficiente.

La perspectiva de la justicia relacional permite comprender que la autonomía y la agencia moral de las mujeres no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino de condiciones materiales, sociales y vinculares que las sostienen o las debilitan. Una atención perinatal justa debe reconocer esta interdependencia y garantizar que las mujeres tengan acceso a cuidados integrales que incluyan escucha, acompañamiento emocional, apoyo comunitario y condiciones laborales y sociales que posibiliten la vivencia de la maternidad sin sobrecarga ni aislamiento.

En este sentido, la ética del acompañamiento propuesta constituye una alternativa al paradigma biomédico dominante. Acompañar no significa controlar ni corregir, sino reconocer la singularidad de cada experiencia, acoger la ambivalencia y promover espacios donde las mujeres puedan reconstruir su relato, fortalecer su agencia y participar activamente en las decisiones sobre su cuidado. Este enfoque es, a la vez, ético y político: solo puede desplegarse si existen estructuras institucionales que lo hagan posible (tiempo clínico suficiente, formación específica, equipos interdisciplinarios, políticas de conciliación y licencias maternas adecuadas) y una cultura que valore la complejidad de la maternidad más allá de los estereotipos. Reorientar la bioética perinatal hacia una perspectiva de justicia reproductiva y relacional implica reconocer la especificidad de la salud mental perinatal, escuchar la pluralidad de experiencias maternas y comprender que la agencia moral se sostiene en condiciones de apoyo, no de aislamiento. La ética del acompañamiento ofrece un camino para reconstruir la relación asistencial como un espacio de reconocimiento, participación y cuidado mutuo.

La bioética perinatal necesita, por tanto, desplazar su eje desde la regulación del riesgo hacia el reconocimiento de la experiencia materna como espacio moral. Esto implica incorporar la voz de las mujeres en la toma de decisiones, cuestionar las narrativas hegemónicas sobre la maternidad, y entender la salud mental perinatal no como un ámbito marginal, sino como un componente central del bienestar y la justicia de género.

Una sociedad comprometida con la igualdad de género no puede permitir que los procesos reproductivos (fundamentales para la continuidad de la vida y de la comunidad)

sigan siendo espacios de soledad, malestar o invisibilidad. La bioética perinatal debe ser una bioética feminista, relacional y orientada a la justicia, capaz de transformar las estructuras que limitan la experiencia materna y garantizar que toda mujer pueda vivir la maternidad con dignidad, apoyo y libertad.

5. Agradecimientos

El presente texto nace como continuación de una línea de investigación desarrollada en la Universidad Rey Juan Carlos y que culminó con la tesis doctoral “Derechos humanos y salud mental perinatal: especial protección a la maternidad y la infancia”, dirigida por doña Ángeles Cano Linares y doña Mónica Díaz de Neira, y que fue reconocida con el premio extraordinario de doctorado.

Especial agradecimiento a la jefa de servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Puerta de Hierro, la doctora Inmaculada Palanca Maresca, por promover la atención de la salud mental perinatal por medio de un programa específico, y a todas las profesionales sanitarias que, con su trabajo diario y su implicación personal, acompañan a las mujeres en sus procesos reproductivos y de maternidad.

Referencias

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion. (2021). *Informed Consent and Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/02/informed-consent-and-shared-decision-making-in-obstetrics-and-gynecology>
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C., & Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 20(3), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Arguedas-Ramírez, G., & Wenner, D. M. (2023). Reproductive Justice Beyond Borders: Global Feminist Solidarity in the Post-Roe Era. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 51(3), 606–611. <https://doi.org/10.1017/jme.2023.101>
- Arnau Sánchez J, Martínez-Ros T, Castaño-Molina A, Nicolás-Vigueras D, Martínez-Roche E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370–381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de Género y Medicinalización de la Salud Mental: Factores Socioculturales Determinantes desde el Análisis de Percepciones Expertas. *Atención Primaria*, 54(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Belvedresi, R. E. (2018). Historia de las Mujeres y Agencia Femenina: Algunas Consideraciones Epistemológicas. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 3(1), 5–17. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/19865/21594>
- Boelig, R. C., et al. (2018). Interventions for Treating Hyperemesis Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 31(18), 2492–2505. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1342805>
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. (1979). G.A. Res. 34/180, arts. 11, 12.
- d'Agincourt-Canning, L. et al. (2019). Perinatal Mental Health: The Lens of Relational Ethics. In L. d'Agincourt-Canning & C. Ells (Eds.), *Ethical Issues in Women's Healthcare: Practice and Policy* (online edn). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med/9780190851361.003.0011>
- Donzelli, G. (2015). Medical Humanities and Narrative Medicine in Perinatal Care. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(1), 1–2. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.900041>
- Duarte-Guterman, P., Leuner, B., & Galea, L. A. M. (2019). The long and short term effects of motherhood on the brain. *Frontiers in neuroendocrinology*, 53, 100740. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.02.004>
- Eichinger, J., Büchler, A., Arnold, L., et al. (2024). Women's and Provider's Moral Reasoning About the Permissibility of Coercion in Birth: A Descriptive Ethics Study. *Health Care Analysis*, 32, 184–204. <https://doi.org/10.1007/s10728-024-00480-4>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet (London, England)*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond Autonomy: Care Ethics for Midwifery and the Humanization of Birth. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2147-2157. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>
- Noseworthy, D. A., Phibbs, S. R., & Benn, C. A. (2013). Towards a Relational Model of Decision-Making in Midwifery Care. *Midwifery*, 29(7), e42-e48. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.022>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarめa, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS one*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Maternal Mortality (Fact Sheet)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Osma, J., et al. (2017). Proyecto Mamá Feliz: Ambivalencia Afectiva Durante el Embarazo. VI Jornada de Salud Mental Perinatal, Barcelona, Mayo 2017. *Psicosomàtica y Psiquiatría*, 1. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0115>.
- Paricio del Castillo, R. (2024). Salud Materno-Infantil y Salud Mental Perinatal: Un Ámbito de Mejora en la Sanidad Española. *Revista Española de Salud Pública*, 98, e202404031. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/209>
- Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e Identidad Materna: Deconstrucción Terapéutica de Narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 33-54. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020003>.
- Paricio del Castillo, R., Díaz-de Neira-Hernando, M., & de los Ángeles Cano-Linares, M. (2024). Derechos Humanos en la Atención a la Salud Materno-Infantil: La Integración de la Salud Mental Perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 19-41. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000200002>
- Paricio del Castillo, R. (2024). Integration of Perinatal Mental Health into Maternal and Child Care: Progress and Challenges from the World Health Organization's Perspective. *European Journal of Mental Health*, 19, e0032, 1-7. <https://doi.org/10.5708/EJMH.19.2024.0032>
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender Differences in Depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.492391>
- Parra Jounou, I., & Tronto, J. C. (2024). Care Ethics in Theory and Practice: Joan C. Tronto in Conversation with Iris Parra Jounou. *Contemporary Political Theory*, 23, 269-283. <https://doi.org/10.1057/s41296-024-00680-6>
- Raneberg, A., & MacCallum, F. (2024). Maternal Ambivalence Questionnaire (MAQ): Development and Preliminary Validation. *Journal of Family Psychology*, 38(5), 820-830. <https://doi.org/10.1037/fam0001234>
- Restrepo-Sánchez, A. (2024). Autonomy, Violence, and Consent in the Obstetric Field. *Hypatia*, 40, 498-524. <https://doi.org/10.1017/hyp.2024.84>
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife Continuity of Care Models Versus Other Models of Care for Childbearing Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Vinnars, M. T., Forslund, M., Claesson, I. M., Hedman, A., Peira, N., Olofsson, H., Wernersson, E., & Ulfsson, H. (2024). Treatments for hyperemesis gravidarum: A systematic

review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 103(1), 13-29.
<https://doi.org/10.1111/aogs.14706>