



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD ECLESIAÍSTICA DE CIENCIAS FILOSÓFICO TEOLÓGICAS

**“PERCEPCIONES DE LAS MUJERES PUÉRPERAS SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS
CUATRO PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL
GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA
ARISMENDI”, QUITO, ECUADOR”.**

AUTORA

DELGADO OCAMPO ANA BEATRIZ

DIRECTOR

DR. PATRICIO STALIN TRUJILLO MONTALVO (PhD)

AÑO 2023

DEDICATORIA

A las mujeres de mi país en su etapa más vulnerable, la maternidad; por tenerla, por no tenerla y por vivirla cada día, según su realidad, con fuerza y valentía.

A mi madre Elsa, a mis abuelas Beatriz y Herminia quienes vivieron sus maternidades de manera distinta, pero en conexión con su interpretación del amor.

A mi padre Fausto por dejarme ser yo, siempre.

Al Javi por estar a mi lado y ser mi compañero de vida.

A Daniel y Andrés, mis sobrinos, para que tengan presente que el servir a los demás, puede ser una opción de vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador por permitirme estudiar esta Maestría y abrir una nueva etapa en mi carrera profesional.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, especialmente al padre Efrén Santacruz por permitirme ingresar a la Maestría.

Al Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi” por darme las facilidades necesarias para la consecución de esta investigación.

A mis compañeros de Maestría: Kari, Verito, Eli, Daya, Víctor y Diego, con quienes compartí gratos momentos.

A mi familia: A Javier por animarme en la consecución de este proyecto y a mis padres por su apoyo incondicional.

INDICE

Resumen	1
Abstract	3
CAPÍTULO 1	5
1.1 Introducción	5
1.2 Justificación.....	5
1.3 Problema de investigación	6
1.4 Preguntas de investigación	9
1.5 OBJETIVOS.....	9
1.5.1 Objetivo general	9
1.5.2 Objetivos específicos	9
CAPÍTULO 2	10
2.1 El puerperio, definiciones, fases, clasificación	10
2.2 Marco Legal de la atención de salud a la mujer puérpera en el Ecuador	12
2.3 Introducción a la Bioética.....	17
2.4 Principios de la Bioética.....	23
2.5 Experiencias previas de estudios de Bioética en mujeres puérperas	26
CAPÍTULO 3	28
Materiales y métodos	28
3.1 Diseño de investigación	28
3.2 Muestra del estudio	28
3.3 Técnica empleada.....	28
3.4 Instrumentos.....	29
3.5 Recolección de la información.....	30
3.6 Sistematización y análisis de las entrevistas	31
CAPITULO 4	33
Resultados	33
4.1 Principio de Justicia.....	33
4.2 Principio de Autonomía.....	36
4.3 Principio de Beneficencia	41
4.4 Principio de No Maleficencia	43
4.5 Normativa de atención a mujeres puérperas	45
CAPITULO 5	51
5.1 Discusión.....	51
5.2 Conclusiones	61

5.3 Recomendaciones	63
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
7.1 Consentimiento informado	70
7.2 Entrevista semiestructurada	73

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Nube de palabras Principio de Justicia	35
Ilustración 2 Nube de palabras Principio de Autonomía	39
Ilustración 3 Nube de palabras Consentimiento Informado	41
Ilustración 4 Nube de palabras Principio Beneficencia	43
Ilustración 5 Nube de palabras Principio de No Maleficencia	45
Ilustración 6 Nube de palabras. Normativa de atención parto y puerperio	49
Ilustración 7 Conexiones entre nodos percepción del principio de Justicia.....	52
Ilustración 8 Conexiones entre nodos percepción del principio de Autonomía.....	55
Ilustración 9 Conexiones entre nodos percepción del principio de Beneficencia	57
Ilustración 10 Conexiones entre nodos percepción del principio de No Maleficencia	59
Ilustración 11 Conexiones entre nodos percepción de principios bioéticos en la normativa de salud vigente	60

Resumen

Introducción: El puerperio es el periodo de tiempo comprendido entre el parto y las seis semanas posteriores, cuando el organismo de la mujer retorna a parámetros previos al embarazo; durante el cual, es fundamental brindar cuidados a la mujer para evitar complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio; situaciones que pueden comprometer los principios bioéticos en la atención de las mujeres puérperas, inscritos en la normativa de salud vigente en el Ecuador.

Objetivo: Analizar las percepciones que tienen las mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos durante la atención en salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

Metodología: El estudio es de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, sobre una muestra por conveniencia de diez mujeres puérperas mayores de 18 años, atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arizmendi” de la ciudad de Quito. La recolección de la información se la realizó mediante una entrevista semiestructurada sobre percepciones respecto de la aplicación de los cuatro principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, en la atención recibida. Para la sistematización y análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido, a través del software ATLAS TI versión 23.

Resultados: Se obtuvo una percepción positiva de las mujeres puérperas sobre la aplicación del principio de Justicia; por otra parte, se evidencia dificultades en el de Autonomía, sobre todo en la comprensión de la información brindada a la paciente acerca de los procedimientos durante el parto y puerperio, además de coacciones por parte del personal sanitario, además, perciben el consentimiento informado como un trámite administrativo. Se menciona el principio de Beneficencia como parte de la vocación del personal, y la No maleficencia genera

malestar si no va acompañado de información clara y oportuna. Los principios bioéticos son transversales en la normativa de salud vigente, pero sobresale el de Justicia en la atención a mujeres puérperas.

Conclusiones: El principio de Justicia es percibido en mayor medida como el derecho a la salud, aunque esto depende de los recursos con los que cuenten los establecimientos de salud; el principio más complejo en su aplicación es el de Autonomía, debido al tipo de relación clínica médico-paciente. Los principios de Beneficencia y No Maleficencia, en momentos presentan conflicto con el de Autonomía, debido a dificultades en la información oportuna y por características relacionadas al parto y a la mujer puérpera.

Palabras clave: Principios bioéticos, parto, mujer puérpera, normativa de salud, hospital público.

Abstract

Background: The puerperium is the period of time between childbirth and the following six weeks, when the woman's body returns to pre-pregnancy parameters; during which it is essential to provide care to the woman to avoid obstetric complications during childbirth and postpartum; situations that can compromise bioethical principles in the care of postpartum women, registered in the current health regulations in Ecuador.

Objective: To analyze the perceptions of postpartum women on the application of the four bioethical principles during health care at the Nueva Aurora Pediatric Obstetric and Gynecological Hospital "Luz Elena Arismendi".

Methodology: The study is descriptive with a qualitative approach, on a convenience sample of ten postpartum women over 18 years of age, attended at the Gynecological Obstetric Pediatric Hospital of Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi" in the city of Quito. The information was collected through a semi-structured interview on perceptions regarding the application of the four bioethical principles: autonomy, justice, beneficence and non-maleficence, in the care received. For the systematization and analysis of the data, the content analysis technique was used, through the ATLAS TI version 23 software.

Results: A positive perception of postpartum women on the application of the principle of Justice was obtained; On the other hand, there are difficulties in the Autonomy area, especially in understanding the information provided to the patient about the procedures during childbirth and the puerperium, as well as coercion by health personnel, in addition, they perceive informed consent as an administrative procedure. The principle of Beneficence is mentioned as part of the staff's vocation, and Non-maleficence generates discomfort if it is not accompanied by clear and timely information. Bioethical principles are transversal in current health regulations, but Justice stands out in the care of postpartum women.

Conclusions: The principle of Justice is perceived to a greater extent as the right to health, although this depends on the resources available to health facilities; the most complex principle in its application is that of Autonomy, due to the type of clinical doctor-patient relationship. The principles of Beneficence and Non-Maleficence sometimes conflict with the principle of Autonomy, due to difficulties in timely information and characteristics related to childbirth and the pregnant woman.

Keywords: Bioethical principles, childbirth, puerperal woman, health regulations, public hospital.

CAPÍTULO 1

1.1 Introducción

El puerperio es el período en el que la mujer experimenta transformaciones en el orden anatómico y funcional, que, luego del parto, regresan de manera paulatina al estado previo al embarazo; y, por lo general se extiende convencionalmente hasta los dos meses del posparto. Comprende varias etapas que van desde el puerperio inmediato, precoz, alejado y tardío. Es fundamental brindar cuidados a la mujer durante este periodo, puesto que pueden presentarse varias situaciones adversas, como las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio, tratamientos incorrectos, o hasta la muerte materna. Respecto de la atención a mujeres puérperas en el Ecuador, existen documentos normativos en los cuales se enfatiza el parto institucionalizado, adaptando a la usuaria a la características, prácticas profesionales y recursos disponibles en los establecimientos de salud. Esta situación puede comprometer los principios bioéticos en la atención de las mujeres puérperas, los cuales son elementos claves en la humanización de la atención materna.

1.2 Justificación

El puerperio definido como el periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que, de acuerdo al tipo de evolución, se lo clasifica en: fisiológico, cuando su evolución es normal; y patológico, cuando se presentan signos de peligro, que se los relaciona con alguna patología, que pueden ser desde una infección o una hemorragia, una enfermedad aguda o crónica, hasta una de tipo infecciosa o degenerativa, que puede poner en riesgo la vida de la parturienta o del recién nacido. La duración del puerperio propiamente dicho, se extiende desde las primeras veinticuatro horas, hasta el décimo día posterior al parto. (1) Por lo anterior, es fundamental brindar cuidados a la mujer durante este periodo, puesto que uno de los eventos adversos durante el mismo, es la muerte materna, que, en el país, en los últimos cinco años, han ido en aumento con 135 casos reportados en el año 2017 hasta 143 en

el 2022; aunque el punto más alto de casos reportados fue en el año 2020 con 156 muertes maternas. La mayor parte de estas muertes ocurridas antes de los 42 días de puerperio, y las principales causas registradas fueron los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas. En este sentido, el mayor porcentaje de defunciones resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto, y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (2)

Al respecto, en el país existen documentos normativos sobre la atención a la mujer en el período de embarazo, parto y puerperio, (3,4) en los cuales se enfatiza principalmente en el control prenatal y el parto institucionalizado, adaptando a la usuaria a las características y recursos de los establecimientos de salud. Esto puede limitar el reconocimiento de la aplicación de los principios bioéticos -como el de autonomía-, al momento en que la usuaria toma decisiones sobre su proceso de salud, o el de no maleficencia, respecto de los procedimientos aplicados, los mismos que pueden ser elementos fundamentales en la atención materna, así como ayudar a fortalecer la participación de las madres, sus familias, y del desarrollo de habilidades en el personal sanitario. (5)

En este sentido, el presente estudio es importante por cuanto se requiere profundizar en los aspectos bioéticos, inscritos en los procedimientos aplicados a mujeres puérperas en establecimientos de salud públicos, y las percepciones al respecto que tienen sus usuarias.

1.3 Problema de investigación

La Constitución del Ecuador, en su Art. 32 establece que “la salud es un derecho garantizado por el Estado, a través del acceso permanente y oportuno a programas y servicios de atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, que se regirán por los principios de equidad y bioética”, entre otros. Adicional, en el Art. 43, indica que el “Estado

garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a la gratuidad de los servicios de salud materna, y la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto”. (6) Por otra parte, en la Ley Orgánica de Salud, en su Art. 25 menciona que “los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio”. (7) Estas disposiciones se concretan a través de estrategias como la de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMYN), la cual en su componente de parto y puerperio dispone que la gestante, “durante la labor de parto y en todo el período del puerperio pueda ser acompañada por una persona que ella defina, así como permitir el uso de vestimenta de su preferencia, permitirle la ingesta de líquidos o alimentos que no estén clínicamente restringidos”,(8) así como poner a su disposición espacios adecuados para el parto normal, en la posición que sea de su elección; además, que, el personal que atiende el parto, evite procedimientos invasivos y de ser así, procurar en todo el momento, explicarle las razones para ello. Adicional a esta estrategia, la Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con guías de práctica clínica para la atención de trabajo de parto, parto y post parto inmediato, y del parto por cesárea, en las que se mencionan -en gran parte- recomendaciones señaladas en la estrategia.(3,9)

No obstante, de lo señalado, todavía se presentan en cantidad importante, eventos como la muerte materna, que, en el país, en el año 2021, fue de 143, de las cuales, el 89.44% (128) ocurrieron antes de los 42 días de puerperio. Las principales causas de estas muertes fueron los trastornos hipertensivos (26%), sepsis (10.24%), hemorragias obstétricas (7.87%), o debido a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto, y puerperio, de intervenciones inadecuadas o de tratamientos incorrectos; y las causas indirectas (42.51%), que consisten en patologías presentes antes del embarazo y que evolucionaron durante el mismo, no debida a causa obstétrica directa, pero si agravadas por los cambios fisiológicos propios de esta etapa.

Entre las provincias que notificaron el mayor número de muertes maternas se encuentra Pichincha, y de manera específica en la ciudad de Quito, con 19 casos, que representa el 14.8%.

(2)

Si bien es cierto, que estos desenlaces pueden tener diferentes orígenes que van desde factores socioeconómicos, ambientales o de la organización de los servicios de salud, también puede deberse a la débil aplicación de los cuatro principios de la bioética tanto en el acceso a los servicios como en los procesos asistenciales a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Tal es así, que, de acuerdo a un informe de la OPS (2016), el principio de justicia se ve afectado en cuanto a que “las mujeres indígenas y afrodescendientes reciben menor número de visitas prenatales y su probabilidad de morir en el parto es tres veces mayor a las mujeres de origen no indígena y no-afrodescendiente”.(10) Respecto del principio de autonomía, este se vulnera de manera habitual, en razón de que la asistencia se centra en aspectos exclusivamente biológicos del proceso de parto, desconociendo otros aspectos, como son los social-familiar y psicológicos, así como de la participación activa de la usuaria en los procedimientos durante el parto y posparto. (5) Acerca del principio de no maleficencia, en un estudio realizado en Colombia, se evidenció prácticas de inducción del parto, que dependían de la rotación de turnos según la disposición del personal de salud, lo que generó en las mujeres momentos de desinformación, incertidumbre y vulneración durante el parto, además de falta de privacidad, aislamiento y algunas muestras de trato desinteresado de parte del personal de salud. (11) Por último, el principio de beneficencia, en una investigación de Nieto-González, L (2011) con mujeres puérperas en México, apenas “el 37 % refirieron conocer sus derechos como pacientes, y además que, el nivel del indicador del trato digno percibido por la mujer embarazada fue regular”. (12)

En el caso del Ecuador, se registran artículos publicados sobre bioética en servicios de emergencias, o en el campo de la salud pública, (13,14) no así, en la atención que reciben

mujeres durante el parto y puerperio en establecimientos de salud públicos, por lo que es oportuno y pertinente la realización del presente estudio. Adicional, el desconocimiento de los principios éticos durante la hospitalización por parte de las mujeres puérperas, podrían incidir de manera directa en su salud, al igual que en el desempeño de los profesionales en los servicios de salud.

1.4 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las percepciones que tienen las mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención en salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arizmendi?

¿De qué manera convergen las percepciones de las mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención en salud, con la normativa de atención en salud vigente en el Ecuador?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Analizar las percepciones que tienen las mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos durante la atención en salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar las percepciones de mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención en salud recibida
- Analizar las percepciones de las mujeres puérperas sobre la aplicación de principios éticos, respecto de la normativa de atención en salud vigente en el Ecuador.

CAPÍTULO 2

2.1 El puerperio, definiciones, fases, clasificación

Definiciones.

El puerperio, también llamado postparto, puede definirse como el periodo de tiempo que comienza con el parto hasta los cuarenta y cinco días posteriores, cuando vuelve el organismo femenino a su estado previo al embarazo.(1) Otra definición consiste en el período donde se producen “transformaciones de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas a su estado pre grávido, y se extiende convencionalmente hasta los 45-60 días del posparto”. (9)

Fases del puerperio

Desde el punto de vista clínico se divide en diferentes momentos evolutivos:

1. Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
2. Puerperio propiamente dicho: Abarca del 2º al 10º día posnatales.
3. Puerperio alejado: Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto.
4. Puerperio tardío: Desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

No obstante, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), este período se extiende hasta el primer año, debido a que “no todos los órganos regresan a su estado basal en los 60 días post parto”. (15)

Clasificación.

Por otra parte, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo del parto y post parto inmediato (MSP, 2015), por tipo de evolución, el puerperio se clasifica en:

- Puerperio Fisiológico: Cuando no se presentan signos de peligro y su evolución se desarrolla dentro de parámetros normales.
- Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, se relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, cualquier enfermedad aguda o crónica, (9) como la diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, o una condición como edad materna avanzada, o enfermedades degenerativas que pueden provocar una evolución patológica del puerperio.

Complicaciones durante el puerperio

Entre los principales síntomas de alerta, principalmente durante las primeras 24 horas hasta el día 10, se menciona el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre. En el caso de la fiebre, esta se presenta en el 50% de los postoperatorios generales incluyendo los obstétricos y ginecológicos, y generalmente se resuelve de manera espontánea; (16) en menos de la mitad se identifica una causa infecciosa a su origen, que con frecuencia son hipoxia, tejido necrótico, complejos inmunitarios (pirógenos internos); o a su vez, las bacterias (pirógenos externos).

No obstante, una de las condiciones asociadas a la fiebre puerperal, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2021), es la endometritis puerperal, que se refiere a la infección del revestimiento uterino y que puede extenderse hacia el miometrio (llamada endometriometritis) o involucrar al parametrio (llamada parametritis), y ocurre en 1% al 2% de los nacimientos, pero es significativamente más común después de un parto por cesárea -entre 10 a 20 veces mayor-. La mayor parte de las mujeres con endometritis desarrollan síntomas dentro de los primeros 5 días después del parto; por lo que, es uno de los diagnósticos más frecuentes en el reingreso posparto a un hospital. (16)

Otras complicaciones que pueden aparecer en el puerperio, son la sepsis o hemorragia, anemia, várices maternas, síndrome hipertensivo gestacional, partos prolongados, trastornos psicológicos puerperales, como la depresión postparto, entre otros.

2.2 Marco Legal de la atención de salud a la mujer puérpera en el Ecuador

La **Constitución del Ecuador del año 2008**, define a la salud como un “derecho garantizado por el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”; en su Art. 35, establece a las mujeres embarazadas como grupos de atención prioritaria, y, además, en el Art. 43 señala que “el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a la gratuidad de los servicios de salud materna, la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto, y, disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia”. (6)

La **Ley Orgánica de salud**, en su artículo 25, indica que “los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afro ecuatorianos, de las medicinas alternativas con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona”; y en el Art. 21, “el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias”. (17)

De acuerdo al **Modelo de Atención Integral de Salud** (MAIS, 2012), se contemplan algunas estrategias, orientadas al cuidado de mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio, así como prestaciones específicas durante el puerperio. Además de ampliar la cobertura del parto institucional. (18)

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, cuenta con normativa para la atención de mujeres en período de embarazo, parto y puerperio vigente, como la **Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado** (MSP, 2008), que tiene como uno de sus objetivos el “promover la participación y el consentimiento informado de las usuarias en todos los procesos de atención médica institucional durante el embarazo y todas las fases del trabajo de parto”. (4) En la misma guía, se señala de manera textual que, durante el parto, se debe realizar los siguientes procedimientos:

1. Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
2. Establecer una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
3. Evaluar a la paciente, realizar el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
4. Explicar en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y hacer conocer a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
5. Escuchar atentamente y responder las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evitar emplear términos técnicos.
6. Permitir que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
7. Asegurarse de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.

8. No imponer una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, dejar que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
9. Permitir que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño.
10. Cumplir el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.
11. Promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.
12. Antes de dar el alta médica, proporcionar asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja. (4)

Adicional, existe la Guía de Práctica Clínica de Atención del parto y postparto inmediato (MSP, 2015), en las cuales se especifica, las mejores prácticas y recomendaciones en la atención de este grupo,(9) así como la atención en casos de cesárea. Al respecto, también cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Atención del Parto por Cesárea (MSP, 2016), en la que se describen recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica para el manejo de manejo de la cesárea.(3)

Por otra parte, el MSP cuenta con la **Estrategia de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN)**, la cual, en su artículo Capítulo 1, sobre el objeto y ámbito de aplicación, dispone que los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que atienden partos, cumplan con los objetivos y componentes establecidos en esta norma, luego de lo cual serán acreedores al reconocimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Prestadores de Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS, mediante una Certificación como "Amigos de la Madre y del Niño". (8) Al respecto, de acuerdo a esta estrategia, los establecimientos de salud están obligados a cumplir con los siguientes objetivos específicos:

1. Contribuir al mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención prenatal.
2. Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido.
3. Contribuir a mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
4. Proporcionar lineamientos para prevenir la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis.
5. Establecer lineamientos para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.

En cuanto a los componentes, se disponen cuatro, que a su vez incluyen un número determinado de pasos y/o procedimientos específicos:

1. General

a) Paso 1. Capacitar y dar a conocer la norma en el establecimiento de salud.

2. Prenatal

Paso 2. Cumplir con las sesiones de educación prenatal a las embarazadas.

Paso 3. Captar y controlar a madres embarazadas, y asegurar el tratamiento de mujeres en riesgo.

Paso 4. Garantizar la prueba de VIH y sífilis, así como su tratamiento en todas las embarazadas.

Paso 5. Articularse con agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto.

3. Parto y postparto

Paso 6. Permitir el acompañamiento por una persona de elección de la madre, antes, durante y después del parto.

Paso 7. Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales.

Paso 8. Asistir a la madre para que se movilice y asuma la posición a su elección.

Paso 9. Proporcionar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.

Paso 10. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.

Paso 11. Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto: pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.

Paso 12. Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre.

Paso 13. Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida de la madre y bebé.

Paso 14. Permitir el contacto con bebés que requieran internación e informar sobre su evolución.

Paso 15. El alta: asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para la madre y el bebé.

4. Lactancia materna

Paso 16. Informar a todas las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia.

Paso 17. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.

Paso 18. Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia, incluso en caso de separación de sus bebés.

Paso 19. No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna.

Paso 20. Practicar alojamiento conjunto de madres y recién nacidos durante las 24 horas del día.

Paso 21. Fomentar la lactancia a demanda, sin horas ni duración de toma.

Paso 22. No dar biberones ni chupones a los recién nacidos.

Paso 23. Referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia.

Paso 24. No entregar material de propaganda o muestras gratis de leche de fórmula, biberones o chupones.(8)

2.3 Introducción a la Bioética

El término Ética “viene de la palabra griega ethos la cual significa la morada, el abrigo permanente o casa”; es decir, se refiere al hecho de vivir bien y feliz en nuestra morada.(19) Según Hardy, E (2015), esta experiencia de una vida o morada satisfactoria y plena es posible cuando se tiene un conjunto de valores, virtudes, principios, costumbres o normas que informen cada una de nuestras decisiones y relaciones. Es por eso que “ethos/casa siempre aparece en singular y ethos/moral siempre va en plural. El ethos/ moral tiene como objetivo hacer la morada humana (ethos/casa) una experiencia feliz, sostenible, agradable, comunitaria y completa”. (20)

Al respecto, según Castro-Hernández, M. (2001) la ética como tal “es una rama de la filosofía que estudia, evalúa y distingue las acciones de los seres humanos en buenas o malas, en correctas o incorrectas. Es aquello que no pertenece al campo de los sentidos o de lo físico, sino al entendimiento, conciencia o lo espiritual. Tampoco pertenece al campo jurídico, sino al fuero interno y el respeto humano”.(21) Esta distinción, por supuesto, puede variar de cultura a cultura.

En el campo de la medicina, de acuerdo al mismo autor, la Ética médica -que se refiere al conjunto de principios y normas que regulan la asistencia médica-, tiene como “fundamento ineludible el comportamiento y las relaciones interpersonales establecidas entre un médico (sabedor, conocedor y actor competente) y un paciente (objeto y sujeto, a la vez orgánico, social

y personal) en el que aquel ve a un amigo”; (21) es decir, es la parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en la medicina y las ciencias de la vida.

Por otra parte, el término Bioética es de reciente aparición y trata de sustituir a los términos como ética médica o deontología médica, dándole un enfoque interdisciplinario, global y sistemático. Este término permite la incorporación de otros profesionales de las ciencias de la vida, o del derecho; (21) por lo que, la Bioética ha sido considerada como la Ética del siglo XXI. Al respecto, Sánchez-Torres, F. (2010), señala que “los acontecimientos que convulsionaron el mundo durante el siglo XX, particularmente en la segunda mitad, pusieron en crisis los valores y las costumbres de la sociedad occidental y llevaron a plantear la necesidad de repensar la ética tradicional, para poder encarar las nuevas circunstancias”. Y añade que, “la carrera desbordada de la ciencia y la tecnología, en especial en el campo de la biología, motivaron a que los filósofos y los teólogos, como también los científicos, se vieran obligados a reflexionar, acerca de estos campos del conocimiento”.(22)

A manera de un recuento histórico, “las primeras proposiciones acerca de una ética -en este caso la médica-, se remontan a la cultura china 2700 años AC, en las que se escriben tratados sobre medicina donde enfatizan la obligación del médico de demostrar misericordia por el enfermo, su deber de disminuir el sufrimiento y el imperativo ético para el médico de tratar a todos sus pacientes en forma similar”. De igual forma, en la cultura india, con los Vedas (2000 AC), a través de los llamados códigos de iniciación en la interpretación de los signos de enfermedad y las intervenciones mágicas, enuncian el rol del médico, que debe dar día y noche lo mejor de sí para beneficio de sus pacientes. (21)

Posteriormente, de acuerdo a Tealdi, J. (2008), en la llamada Escuela Hipocrática (400-300 AC), se señalan las cualidades morales de *un buen médico*, frente a sus pacientes; sus

deberes “incluían el beneficio de su paciente, no dañar, la confidencialidad, abstención de la explotación monetaria o sexual de sus pacientes e involucrarse con aquellos pacientes en riesgo o necesidad de asistencia. El paradigma de estos deberes se expresa en el Juramento Hipocrático, que por lo demás todavía se realiza, en su versión original o levemente modificada, en las ceremonias de graduación de los médicos”.(23)

Durante la Edad Media occidental, esta visión cambia y se enriquece incorporando una dimensión social de la ética médica por la cual el médico define su rol dentro de la sociedad. Los médicos deben mostrarse integrados al tejido social de la época, mereciendo el grado de autoridad intrínseca que la sociedad le confiere y dispuestos a someterse al control colectivo que dicha sociedad ejerce. El marco de la profesión médica de aquel entonces incluye el privilegio de educar, examinar, licenciar y disciplinar a sus miembros y una tácita declaración de servicio público.(21)

En el siglo XIX, el médico inglés Thomas Percival, escribe su libro “Medicals Ethics”, considerado el primer tratado articulado acerca de la disciplina médica; en él se repite el enunciado de las tradicionales virtudes hipocráticas y se proclaman nuevas restricciones sobre la conducta de los médicos y las relaciones profesionales entre colegas. Respecto de esto último, para el año de 1847, “se funda la Asociación Médica Americana cuya primera obra fue la confección de un código de conducta ética de los médicos”. (22)

A finales de este siglo, en Estados Unidos, se postula un nuevo paradigma, enfocado esencialmente a la práctica de la medicina en el medio hospitalario. Se enfatiza en la necesidad de una vinculación estrecha entre médicos y otros profesionales involucrados en la atención de un paciente, la obligación de realizar adecuados registros clínicos y la limitación del número de pacientes atendidos por un profesional en beneficio de una mejor atención. Además, a decir de Tealdi, J., se “declara la obligación del profesional a entregar una oportuna información a

los pacientes de sus diagnósticos y los tratamientos a efectuarse”.(23) Como consecuencia de estos nuevos postulados, se concluyó que la ética profesional debiera ser abordada desde una nueva mirada de filosofía moral.

Fue así que, en la primera mitad del siglo XX, el biólogo-filósofo norteamericano Aldo Leopold comenzó a plantear un nuevo rostro de esa ética al sentar las bases de una nueva moral para la conducta humana, mediante el desarrollo de una ética ecológica.(22) Sin embargo, en estos años, sucede un acontecimiento que marca la historia contemporánea de la humanidad y de manera específica la de la ética médica, como es la Segunda Guerra Mundial; producto de la cual, se pone en evidencia las prácticas del nazismo respecto de la experimentación con seres humanos. El Código de Núremberg “fue la respuesta de la sociedad occidental a los experimentos realizados por los médicos nazis en personas y enfatizan el consentimiento voluntario del ser humano sobre el cual se realizará la investigación y la responsabilidad ética y legal del experimentador científico”.(24)

Posteriormente, a partir de la década del sesenta, en la sociedad -sobre todo norteamericana-, se plantean debates públicos acerca de varios temas relacionados a los derechos civiles, la sexualidad, y también otros relacionados a la salud, como el control de la natalidad, esterilización, inseminación artificial, y, otros más sensibles como la muerte cerebral, la eutanasia, trasplantes de órganos, eugenesia, bancos de espermios. Respecto de estos temas en el campo de la salud, los científicos y los médicos en su mayoría no incorporaban las cuestiones orales que podrían contener estos temas y que pudiesen ser objeto de estudio de otro tipo de especialidades de otros campos de conocimiento. En este contexto, en los Estados Unidos de Norteamérica se desarrollaron estudios, y a la vez, cuestionamientos a ciertos procedimientos médicos contrarios a la ética, como el realizado en la Willowbrook State School, “una institución estatal para niños con deficiencia mental, en la que, entre 1963 y 1966 se realizó un estudio donde niños sanos fueron intencionalmente inoculados vía oral e

intramuscular con el virus causal de la Hepatitis A, tras lo cual se estudiaba los efectos de la gammaglobulina en los internos contagiados”;(25) o, el realizado en Tuskegee Alabama, llevado a cabo entre 1932 y 1972, en el que “fueron enrolados personas de origen afroamericano, portadores de sífilis, en su mayoría pobres y analfabetos y a los cuales se les negó el tratamiento de su enfermedad, y los cuales no dieron su consentimiento ni fueron informados de su diagnóstico”.(20)

Estos estudios, al ser expuestos a la opinión pública, provocaron que, en el año de 1974, el Congreso Norteamericano creara la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento (NCPHSBB por sus siglas en inglés) y encargue a un grupo multidisciplinario de once expertos (tres profesores de medicina, dos investigadores biomédicos, tres abogados, un representante de la comunidad y dos filósofos), la tarea de establecer los principios éticos básicos que deberían regir las conductas de la investigación biomédica que involucraran a seres humanos. Tras cuatro años de deliberación en 1978, el trabajo de la Comisión culmina con la aparición del Informe Belmont (llamado así porque su lugar de reuniones plenarias era la Belmont House). En su reporte final, la Comisión determinó los principios éticos que podrían utilizarse en la evaluación de la investigación en seres humanos. A saber: Respeto por las personas (que rápidamente cambió su nombre por autonomía), Justicia, No Maleficencia y Beneficencia, que fueron conocidos también como los *Principios Belmont*, o *Principialismo*; (26) los cuales fueron elegidos como base para la evaluación de proyectos de investigación en seres humanos, aunque, a decir de Sánchez-Torres (2010), estos principios no son aceptados de manera unánime como principios morales propiamente dichos, sino como procedimientos para resolver problemas corrientes surgidos en el proceso de prestación de servicios sanitarios.(22)

De esta manera, el año de 1978 con el informe mencionado, la Bioética nació oficial y legalmente. Complementario a esto, se dio impulso a una metodología de análisis ético para

determinar, qué tipo de intervenciones o procedimientos en los procesos de investigación eran correctos o no, lo cual fue asimilado por médicos, investigadores y la comunidad científica en general, además de gestores de salud, directores de instituciones, especialmente aquellas de larga estadía (psiquiátricos), y otros actores de los campos jurídicos, políticos, comunicadores sociales y sobre todo, organizaciones de defensa de derechos humanos.(21)

Por otra parte, según Castro-Hernández, el Informe Belmont realizó una compleja tarea al intentar definir algunos términos sobre los cuales aún no hay absoluto consenso; por ejemplo, las definiciones del inicio de la gestación, del embrión y del feto. Y añade, que, de hecho, para la Comisión, los embriones humanos no fueron reconocidos como sujetos humanos de experimentación y “por tanto no estarían protegidos legalmente frente a experiencias científicas; hasta hoy, en Estados Unidos, esta definición es motivo de debate mayor”. (21)

De manera simultánea a la conformación de los expertos, en la década de los 70, aunque previo al informe Belmont, el oncólogo Van Rensselaer Potter, apenas iniciada la década de los 70, plantea “el surgimiento de una ética diferente a la tradicional, que se ocupa de la relación del hombre con su entorno, es decir, una ética ecológica que, por lo mismo, habría de considerarse interdisciplinaria, pues incluye tanto las ciencias biológicas como las humanidades” (Materón-Palacios, S, 2010). (22) Por otra parte, Gracia-Guillén, D (2002), citando a Potter V, señala que, “si hay dos culturas que se muestren incapaces de entenderse, son las ciencias y las humanidades, por lo que es necesario tender un puente hacia el futuro: ese puente entre las dos culturas podría ser la Bioética”. Incluso, este autor la concibe como una ciencia multidisciplinaria, vale decir, “un conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento”; y añade, que “se trata de una ciencia en proceso de construcción, que tiene como objetivo fundamental la supervivencia de la especie humana y de su entorno”. (27)

A manera de resumen, en palabras de Tejedor-Manrique, J. (2015) la Bioética, es considerada como “una disciplina, que surgió para responder a la necesidad de encontrar solución a una serie de problemas éticos derivados del avance tecnológico, en el ámbito de la salud y de la investigación biomédica”. Su función radica en mediar en las discusiones sobre la aplicabilidad de las nuevas tecnologías; pero ha ido “reorientando su camino, incorporando a su estudio problemas relacionados con la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios y también con los derechos de los pacientes y la protección de sus libertades”.(28)

En el caso específico de la asistencia a la mujer gestante, se presentan cuestiones delicadas de índole sanitaria, ética, social y legal; puesto que dicha asistencia implica “una serie de exigencias, en cuanto a los resultados de las intervenciones y a los valores, para conseguir una atención a la embarazada basada en la excelencia y la responsabilidad”, (29) además de considerar los aspectos culturales, como las creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

2.4 Principios de la Bioética

En el campo de la atención sanitaria, toda profesión dispone de un código deontológico que “proporciona las normas que todos sus profesionales deben cumplir en el desarrollo de sus tareas. Pero, además, la disposición ética profesional, que complementa a dichos códigos profesionales y posibilita justificar cada acción que se realiza”.(5) De acuerdo a Gutiérrez, I. (2011), la relación del equipo obstétrico con la gestante es algo a lo que, en ocasiones, no se le presta demasiada atención; incluso, los problemas morales que surgen en el mundo de la atención al embarazo, parto y puerperio no son pocos, por lo que es fundamental reflexionar sobre los cambios del contexto sociocultural y sanitario,(30) por lo que es necesaria la incorporación de los principios éticos tanto en la asistencia sanitaria como en la resolución de controversias en el campo de la investigación científica. En el campo asistencial, “el derecho a

la autonomía, en este caso de la persona gestante, junto a la beneficencia, no maleficencia y justicia, constituyen cuatro pilares básicos sobre los que se sustenta la bioética”. (31) Al respecto, se detalla los cuatro principios derivados del Informe Belmont, y que se detallan a continuación:

-Principio de justicia: El principio de justicia se refiere a tratar a todos los pacientes equitativamente sin discriminaciones. “Las diferencias solo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos. Este principio establece la distribución de los recursos y eliminar la discriminación ya sea por raza, sexo, nivel socioeconómico”.(28) No obstante, “las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social”. En el caso de los países de América latina, para concretar las cuestiones relativas a la justicia, “es necesario sopesar los dos modelos políticos contemporáneos: el socialista y el liberal capitalista”; (32) por lo tanto, la escasez de recursos en estos países influye de manera importante en la aplicación de este principio; por lo tanto, los criterios de eficiencia y equidad en la asistencia sanitaria, entrarán en juego ante la realidad de la limitación de cualquier tipo de recursos.(33) Incluso, en muchos países de la región, pacientes con ciertas afecciones crónicas no tienen oportunidades de acceder a los servicios de salud, por tanto, para ellos el principio de justicia es el más importante. (23)

-Principio de no maleficencia: El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente, recoge la consigna latina de la ética médica “primum non nocere”, es decir, no perjudicar. Tratar de hacer el bien, pero en caso de no poderlo hacer, no hacer el mal.(28) En el caso del cuidado materno infantil, Tejedor-Manrique señala, que este principio obliga a no hacer daño a la gestante y, si es necesario hacérselo, a que sea el menor mal necesario para conseguir un mayor bien. Adicionalmente, tiene que ver con los intereses de las personas, que pueden considerarse de manera amplia como son los

referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos (daños físicos, como el dolor, la discapacidad, el daño mental, y la muerte), como la salud y la vida. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte, por lo que, “el contenido del principio de no-maleficencia suele estar amparado por prescripciones penales”. (32)

-Principio de beneficencia: El principio de beneficencia, en palabras de García-Pérez, M. (2006) “se trata del núcleo constitutivo de la práctica médica, la consecución de un beneficio, en términos de salud, para quienes acuden solicitando asistencia sanitaria. No sólo presenta en sí mismo la problemática de definir el bien, lo que es bueno, y de quién lo define, sino que su evidente relación con el anterior principio, el de no-maleficencia, hace que se deban valorar en cada caso los equilibrios entre beneficios y riesgos potenciales ante cualquier intervención biomédica”.(33) En el caso de la asistencia a las mujeres púerperas, significa prestar un servicio profesional competente, eficiente, responsable y adecuado a sus necesidades, aunque según Tubau, M. (2011), citando a Beauchamp y Childress distingue dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños. (34)

-Principio de autonomía: La autonomía es un principio ético que obliga moralmente a respetar a cada persona en su individualidad, en sus valores, deseos, ilusiones y preferencias; implica promover activamente la expresión de dichas preferencias. Se identifica con “la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos relativos a la vida y a la muerte”. (23) Para que el paciente pueda decidir libremente, tiene que estar informado por parte del profesional sobre los aspectos más importantes de la situación que le acontece. El consentimiento informado representa una garantía para que se cumpla dicho principio.(28) Por otra parte, según Beauchamp y Childress (2011) “la autonomía es un concepto que admite grados para tomar decisiones en casos clínicos, por lo que no les interesa tanto el concepto de

autonomía como la noción de acción autónoma”. Es decir, la acción es autónoma cuando el que actúa cumple con las siguientes condiciones: a) sea intencional, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción. “La intencionalidad no admite grados, la comprensión y la coacción sí. Para poder determinar si una acción es autónoma, tenemos que conocer si es o no intencional y, además, comprobar si supera un nivel substancial de comprensión y de libertad de coacciones, y no si alcanza una total comprensión o una total ausencia de influencias. A estas acciones se las llama substancialmente autónomas, pero no completamente autónomas”. (34) En el campo de la asistencia sanitaria, en países de América Latina, la ética biomédica se está desarrollando en torno al principio primordial del respeto a la persona y a sus derechos humanos, y contribuye a la humanización de la práctica médica y el aumento en la defensa de la autonomía de los pacientes, plasmado en el consentimiento informado como un requisito indispensable en la atención de la salud, en la que, los pacientes pueden reclamar sus derechos en los casos de mala práctica. (32)

2.5 Experiencias previas de estudios de Bioética en mujeres puérperas

La bioética al ser una disciplina relativamente nueva, y más aún aplicada a la práctica de salud en mujeres en período de puerperio, la disponibilidad de estudios aplicados es un tanto limitada, por lo que los artículos sobre el tema, corresponden en gran parte a revisiones bibliográficas, los mismos que se describen a continuación:

En España, Manrique-Tejedor J, et al (2015) realiza una revisión bibliográfica, acerca de los aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto, cuyas conclusiones indican que, los principios considerados “de mínimos” (justicia y no maleficencia), al ser considerados superiores en importancia a los “de máximos” (autonomía y beneficencia) “pueden suponer que en ocasiones se contrapongan unos a otros y generen conflictos. En la asistencia al embarazo y parto, toda decisión del profesional en relación a la gestante debe acompañarse de una reflexión sobre todos los aspectos implicados; la ética profesional es el soporte que

sustentará dicha decisión. En caso de negar la posibilidad de autonomía personal, se recomienda explicar cuidadosamente a la embarazada el porqué de dicha situación, sus características, riesgos y posibles consecuencias”.(28) Por otra parte, Goberna -Tricas J (2017), en su estudio sobre bioética de la relación asistencial, y la violencia obstétrica en atención al parto, resuelve, que “la aplicación clínica de un modelo de comunicación deliberativo, que reconozca el principio de autonomía de la mujer en la toma de decisiones, puede ser elemento clave en la mejora de la satisfacción materna y ayudar a potenciar la responsabilidad de madres y profesionales, disminuyendo las prácticas jerárquicas y patriarcales catalogadas como violencia obstétrica. Pero este modelo no es posible si no existe un compromiso desde la propia organización sanitaria”. (5,35) Adicional, Nieto L. (2011) en su estudio sobre percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica, concluye que “la mujer embarazada percibe el trato digno otorgado por el personal de enfermería como buena, aunque por debajo del estándar de cumplimiento, sobresaliendo el que las enfermeras no se presentan con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor”. (12)

CAPÍTULO 3

Materiales y métodos

3.1 Diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, con enfoque cualitativo. Se eligió este diseño metodológico puesto que “es útil para describir un fenómeno y sus características, es decir, representar sus principales atributos o cualidades”;(36) y ha demostrado tener amplia utilidad a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, al permitir a los investigadores describir y comprender creencias, experiencias, actitudes, comportamientos, percepciones e interacciones humanas, a partir de datos no numéricos(37).

3.2 Muestra del estudio

El universo del estudio comprende mujeres puérperas atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arizmendi, que es un establecimiento de tercer nivel de atención (especializado) y segundo nivel de complejidad, que pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El método de muestreo a emplear en este estudio, fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, la cual, permite seleccionar aquellos casos de personas que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para la investigadora. La muestra comprende diez mujeres puérperas mayores de 18 años, hospitalizadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arizmendi (HGONA) de la ciudad de Quito. Los criterios de exclusión fueron: mujeres menores de 18 años, mujeres con diagnóstico de óbito fetal o aborto, y mujeres con discapacidad intelectual.

3.3 Técnica empleada

Para la recolección de datos, se emplea la técnica de entrevista semiestructurada. Al respecto, a esta técnica se la define como “una conversación más o menos dirigida entre el investigador (emisor) y el sujeto de estudio (receptor) con un fin siempre bien determinado y

enfocado a la resolución de los objetivos y preguntas de investigación”(38). Desde esa perspectiva, la entrevista involucra el diálogo directo con una o varias personas que poseen información necesaria para alcanzar los objetivos de un análisis, estudio o investigación

Dado que los objetivos de un análisis de un estudio o investigación pueden ser muy variados, existen al menos tres variantes de entrevistas: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por contar con preguntas de base de parte el investigador, sin embargo, éste puede formular nuevas preguntas en función de las necesidades de ampliación o aclaración identificadas durante el diálogo con el interlocutor(39). Por último, debido a las características que presentan las entrevistas semiestructuradas, éstas suelen ser empleadas en los estudios que analizan la percepción de los sujetos frente a ámbitos de acción pública. (37) En este sentido, se decidió emplear esta técnica porque permite recopilar las percepciones de las mujeres puérperas acerca de la aplicación de los principios bioéticos en el proceso de atención.

3.4 Instrumentos

En cuanto a los instrumentos empleados, se aplicó una guía de entrevista semiestructurada, la cual fue construida por la investigadora, tomando como base los cuatro principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, y está constituida por 8 preguntas, aprobadas por el director de tesis y validadas mediante una prueba piloto realizada a 5 mujeres elegidas al azar en la sala de alto riesgo obstétrico del mencionado hospital para determinar la funcionalidad de las preguntas, y realizar los ajustes necesarios, que fueron de forma en el lenguaje, en la que se eliminaron terminología técnica de difícil comprensión para las mujeres entrevistadas en el pilotaje.

Adicional, se contó con un documento de consentimiento informado, en el que se describe e informa a las participantes el propósito de la investigación, los procedimientos a

aplicar y sus posibles riesgos. Dicho documento contiene además un apartado en el que las personas que se encuentran de acuerdo en participar y declaran su conformidad con el uso de datos proporcionados.

3.5 Recolección de la información

Las entrevistas fueron aplicadas por la investigadora en el transcurso tres semanas en el horario de 16H00 a 18H00; el cual fue escogido para no interrumpir con la atención médica y de especialistas en el Servicio, quien se traslada a las instalaciones de ARO-SUR del HGONA para imprimir la bitácora, que contiene los nombres, condición médica y ubicación de cada mujer puérpera hospitalizada, luego procedió a tamizar el listado de las posibles participantes, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, hasta obtener un listado preliminar. Posteriormente, con base en el listado preliminar, ubica a cada posible participante en la sala y cama respectiva en el ala ARO-SUR, donde se presenta con la posible participante, corrobora información de los criterios, y procede a explicar el resumen de la investigación que consta en el consentimiento informado.

Luego de obtener la aceptación a participar por parte de la usuaria, explica nuevamente el objetivo del estudio asegurándose de que no haya dudas, y aclara que de negarse o retirarse del estudio, esto no influirá en la atención médica que está recibiendo mientras esté hospitalizada. Previo a la aplicación de la entrevista, se explica que la misma será grabada en audio para poder recopilar de mejor manera la información, lo cual es consentido por la participante. La entrevista tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente.

3.6 Sistematización y análisis de las entrevistas

Para el tratamiento de los datos se emplea la técnica de análisis de contenido. Dicho análisis fue ejecutado en tres fases: clasificación por categorías, identificación de dimensiones, e identificación de temas relacionados a procedimientos inscritos en la normativa de atención de salud a mujeres puérperas vigente.

La primera fase de análisis involucró la identificación de la categoría temática primaria a la que se asociaba cada fragmento de las transcripciones, y comprenden los principios bioéticos de: a) Justicia, b) Autonomía, c) Beneficencia y, d) No maleficencia. Dicha clasificación partió de las definiciones especificadas en el marco teórico.

La segunda fase de análisis consistió en la identificación de las dimensiones clasificadas dentro de cada categoría primaria y que constan en la matriz de operacionalización de variables: a) Justicia (acceso igualitario a cuidados de salud), b) Autonomía (intencionalidad, comprensión y coacción), c) Beneficencia (beneficencia positiva y utilidad), y d) No maleficencia (interés físico y psicológico).

De manera paralela, la tercera fase de análisis temático involucró la identificación de los temas o factores que eran mencionados de manera recurrente, y que tenían que ver con el cumplimiento de la normativa de atención a mujeres en las etapas prenatal, parto y puerperio del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para garantizar la anonimización y confidencialidad de la información obtenida de las mujeres entrevistadas, se procedió a asignar un código constituido por dos letras y dos dígitos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1 Códigos de entrevistas

#	Código de entrevista
1	DA001

2	JP002
3	HU003
4	DM004
5	SS005
6	JH006
7	BQ007
8	PA008
9	DC009
10	NH010

Elaboración propia

En cuanto a la sistematización y análisis de las entrevistas, se empleó la técnica de análisis de contenido, para lo cual se utilizó el programa ATLAS.ti 23 en su versión gratuita. Se establecieron cuatro códigos con base en las categorías planteadas: Justicia, Autonomía, Beneficencia y No Maleficencia, que corresponden a determinadas preguntas de la entrevista; además, consideró una de Normativa, que estuvo por fuera de las categorías iniciales, pero que fue recurrente en los testimonios de las participantes, las cuales se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 2 Categorías identificadas

#	Categoría	N° pregunta en la entrevista	Condición
1	Justicia	1,2	Contemplada
2	Autonomía	3,4,5	Contemplada
3	Beneficencia	6,7	Contemplada
4	No Maleficencia	8	Contemplada
5	Normatividad	-	Emergente

Elaboración propia

CAPITULO 4

Resultados

Los resultados de las entrevistas se las detalla con base en las categorías relacionadas a los principios bioéticos, descritos en la tabla anterior.

4.1 Principio de Justicia

En este apartado, y de acuerdo a la dimensión de acceso igualitario a cuidados de salud, se pudo evidenciar que gran parte de las entrevistadas, consideran la atención recibida y otros aspectos relacionados a ella -como es el acompañamiento de un familiar o la realización de exámenes o entrega de medicamentos-, como un “derecho”, que se expresa en los siguientes testimonios:

“Es un derecho porque la salud está en la Constitución, entonces es un derecho que nosotros tenemos, o sea como prioridad mismo y como la salud está como principal y la educación son gratuitos” (JP002)

“Tener acceso a la educación y en nosotros tener acceso a la salud, el derecho a la salud...pienso que es un derecho que este mi pareja, o sea, que me acompañe” (SS005).

“...derecho a elegir como, cómo pueden ser los procedimientos” (DC009)

“Creo que tenemos derecho a la salud, al bienestar (...) prácticamente como se dice, aquí se viene a hacerse controlar, hacer los controles que tenemos. Entonces creo que eso es nuestro derecho fundamental, la salud y la vida” (BQ007)

Adicional, algunas entrevistadas se reconocen como grupos de atención prioritaria; tanto ellas como sus hijos: *“sé que en uno de los principales derechos como mujer embarazada es ver, sobre todo el bienestar de mi persona, ya que se puede afectar al bebé, pero más de eso no tengo conocimiento” (NH010)*

“Somos vulnerables cuando estamos embarazados, cuando el bebé es muy pequeñito entonces pienso que debe darse prioridad, eso” (DC009)

Por otra parte, existen personas que consideran la atención como un beneficio del que son objeto, como se observa en los siguientes testimonios: *“Creo que es como un beneficio para mí porque hay personas que no tienen como para pagar un hospital” (JP002)*

“Para ser sincera, es la primera vez que yo siento que no lo hacen como un favor a la persona” (JH006)

Respecto de la discriminación en la atención, las respuestas fueron favorables en varias de las entrevistas: *“Entonces todo me hicieron aquí, no fue necesario salir, gastar en otro lado, que se yo para los ecos” (DA001)*

“Vi como es una sala para todas las mujeres en la misma área. He visto a todos que atienden en el mismo sentido, igual a mí al momento de parto, no tenía un solo cuarto” (JH006)

“...al menos por parte de los doctores y guardias, igual a todos. No excluyen a nadie, ni hacen importante a nadie” (DM004)

No obstante, esta igualdad, entra en conflicto en momentos, con la necesidad de la atención prioritaria en determinados casos; e incluso la presencia de cierta indiferencia en la atención, por parte del personal médico, como se expresa en los siguientes testimonios:

“...ni porque me vieron con los dolores es que me dieron prioridad, había personas delante de mí y yo tenía que respetar eso (...) por más que yo me estoy muriendo” (DA001)

“Usted no tuvo que haber venido, porque en su caso no es de emergencia, usted está quitando el derecho de que se atiendan a otras personas” (PA008)

“...si te ignoran, te ignoran o si te toma atención, te toman atención, o sea, lo mismo a todos, creo yo” (BQ007)

Por otra parte, el trato igualitario, en determinadas entrevistas representó un problema en razón de procedimientos de atención “estandar” para todas las mujeres, sin considerar sus particularidades, como si es su primer parto o ya ha tenido anteriores. Esto se manifiesta en los siguientes extractos:

“...ellas (enfermeras) como que ya asumen que uno por tener el tercer o el cuarto bebé unas ya saben todo. Y si sabemos algo ¿no? por experiencia, pero no es que lo tuve así uno tras otro y me acuerdo todo” (JP002)

“...excluída ¡Sí! porque las otras mamás ya sabían, entonces sabían el proceso, ya sabían cómo dar de lactar, sabían cómo darle el agarre, como cuidarle, como cambiarle y así” (SS05)

Adicional, se obtiene una nube de palabras en las que se evidencia la palabra *derecho*, como la más frecuente, seguida de otras como *prioridad*, *salud*, *atención*, *vida*, *obligación*.

Ilustración 1 Nube de palabras Principio de Justicia



4.2 Principio de Autonomía

En cuanto al principio bioético de Autonomía, se agrupan los testimonios de acuerdo a las dimensiones planteadas en la matriz de variables. A saber: intencionalidad, comprensión, sin coacción. No obstante, se pudo establecer la categoría de consentimiento informado, que tiene que ver con este principio, cuyos testimonios se describen a continuación:

Respecto de la intencionalidad, en la aceptación de los procedimientos realizados durante el parto, se presentaron casos, como el someterse a un procedimiento de cesárea, motivada por la paciente y el esposo: “...es que yo quería, yo dije incluso, sí es que me harían la cesárea” (DM004). Por el contrario, otros testimonios, indican oposición al mismo procedimiento, pero motivadas por distintas razones: resistencia al procedimiento, demanda de la pareja y la falta de información:

“...no entendía porque me decían que tenía que hacerme una cesárea (...) pero bueno, ¡ahora sí! estoy firmando este papel, porque ella (la doctora) decía que iba a ser un parto normal” (PA008)

“...ahora de lo que me dijeron que iba a ser la cesárea, yo me sentía como protegida con mi marido, que él me daba ánimo, él me decía no mija, no te hagas” (DA001)

“Yo no sé, el caso es que yo no aceptaba la cesárea. Y cuando en ese momento me puso así la hoja para firmar (...) a la final ¿qué me irán a hacer? Me puse seria, y no firme ese papel” (SS005).

Posterior al parto, en relación a aceptar métodos de anticoncepción permanentes o temporales, las respuestas dependieron en mayor medida de partos anteriores, puesto que la mitad de las participantes tenían tres o hasta cinco hijos. En estos casos la opción principal por parte del personal de salud era la ligadura; aunque, en algunos casos, la demanda de un método anticonceptivo partía de la mujer, como se observa en los siguientes testimonios:

“Me dijeron: ¿señora se va a ligar? Dije no, ligarme no, tratarme de cuidar de otra forma, sí, pero con el implante. Pero hasta ahí no me dijeron nada más” (NH010)

“...en consulta externa pedí que me hicieran la ligadura, pero, no me hicieron porque justo como comenzó la pandemia, ya cerraron los hospitales” (BQ007)

“Y dije yo voy para la ligadura, lo que yo quiero hacer. Igual nos pusimos de acuerdo con mi esposo” (DC009)

En cuanto a la comprensión de la información facilitada por el personal de salud, previo a la aplicación de algún procedimiento, esta dependía de diversos factores como: nivel de instrucción de la paciente o los antecedentes ginecológicos:

“... la verdad, pienso que las que no tienen la educación necesaria, no saben muy bien lo que tienen que hacer” (HU003)

“Señora, vamos a hacerle así, me explicaban el procedimiento que íbamos a tener, cuánto se iban a demorar (...) muy amables en el aspecto del trato. Pero como le decía a veces uno no entiende. Y dicen ya le expliqué. Bueno, ya listo gracias, ya entonces, ya no vuelve uno a preguntar porque le dicen: ya le expliqué” (JP002)

“...no es tan igual para las mamás que son primerizas, como para las mamás que ya hemos tenido varios partos (...) viene la pediatra o no sé si decir la de neonatología, y le pregunta: ¿Es su primer bebé? Sí, ah ya hija, tiene que hacer así y así. ¿Y usted, es su primer bebé? No, es mi tercero ¡Ah, entonces ya sabe! Entonces, bueno, no me dio chance a preguntar nada”. (DM004)

De igual manera, influye el momento en el cual, el personal sanitario explica los procedimientos (etapa preparatoria o en emergencias), o las características del personal sanitario (médico con experiencia, médico en formación; actitudinal), como se describe en los siguientes fragmentos:

“...el único que me explicó lo que me iba a hacer era el anestesiólogo, me dijo señora, le vamos a poner esto por aquí, por acá, uno que otro dolor, fue el único que me dijo” (SS005)

“...fue muy rápido en mi experiencia, entonces no tuve tiempo para estar diciendo: miren, mi opinión... ¡no! actuaban ellos o pasaba algo más” (DC009)

“...era un doctor ya de edad, muy amable, muy profesional. Ellos, como ya tienen su experiencia (...) explica a uno a todo lo que tiene que hacer” (DA001)

“...al menos aquí me han brindado la información necesaria con la paciencia que yo creo que nadie tendría” (SS005)

“Yo te voy a operar. Yo me llamo (...) yo te voy a operar, tranquila, tranquila. Ya me tranquilicé y me sentí mejor, porque ya me dijo: le vamos a cortar aquí, le vamos a hacer esto, para que no entre el espermatozoide” (HU003)

En varias entrevistas se pudo evidenciar prácticas de coacción previas a tomar una decisión sobre el proceso de atención por parte de las entrevistadas, en el momento preparatorio, parto y puerperio inmediato. Así, previo a iniciar un procedimiento, se presentan condicionamientos relacionados a la firma del consentimiento informado, o a la aplicación de protocolos, como se observa en los siguientes testimonios: *“...otro joven se acercó, y dijo, bueno si no va a firmar (el documento de consentimiento informado), no se le puede atender aquí”*. (NH010)

“Nunca me dijeron; no, sólo fue como que acate las órdenes que me decían aquí, nada más (...) solo decían tengo que hacerle y llevar estos tubos porque tengo que hacerle exámenes, pero no de que. No, no me decían de qué, yo solo decía bueno” (SS005)

De igual manera, la percepción del personal sobre ciertas prácticas culturales, sumado a la escasa información a la paciente, pueden actuar como condicionamiento para tomar una decisión: *“Sí. Cuando me dijo, si me quería llevar la placenta, ahí me dijo: si quiere puede*

llevar la placenta; yo la verdad no sabía. Yo dije, creo que sí. La doctora me dijo: Pero ¿qué vas a hacer con ella? Yo le dije, no sé. Ella me dijo, te explico: ¡mira, se hace esto, pero son rituales! Yo le dije, la verdad, no me la voy a llevar”. (JP002)

En otros casos, la idea de que el conocimiento parte solamente del personal médico, puede actuar como un elemento de coacción frente a una decisión por parte de la paciente: “...es preferible acceder a lo que el doctor me decía. Porque ellos son los que saben. Él sí me explicó todo (...) cómo me iba a hacer, cómo me iban a cortar, incluso. Su esposito, va a ver todo”. (DM004)

Sistematizados los testimonios que corresponden a este principio bioético, se obtuvieron las palabras más frecuentes: *doctor, cesárea, parto, atención.*

Ilustración 2 Nube de palabras Principio de Autonomía



La categoría adicional que se incluyó en este segmento, es el consentimiento informado, que, si bien es cierto, tiene que ver con el principio de autonomía, pero debido a lo recurrente en los testimonios, se decidió agruparlos en una categoría independiente.

De manera frecuente, las entrevistadas asumen la firma del documento de consentimiento informado como un trámite administrativo previo y necesario para la aplicación

de un procedimiento o la atención de salud en general, y aceptan firmar de manera pasiva, como lo demuestran los siguientes extractos:

“Era un documento, dónde me explicaban lo que ellos según me hacían y yo firmaba como que aceptaba lo que me iba a pasar o no iba a pasar” (SS005)

“No, no me leyeron nada, solo me dijeron que firme ahí, pero hace unos días atrás yo ya había venido, igual ya había firmado ese documento. Entonces ya no se me hacía que había visto por primera vez (...) entonces yo cogí y firmé porque nadie me decía nada, solo decía: ¡firme señora aquí!” (HU003)

“Sólo me dijeron que ese papel, era un papel donde decía todo lo que ellos me iban hacer y entonces ahí me hicieron firmar en la parte de atrás. Y nada más” (JH006)

“Para firmar, para hacerme el eco, para tener consentimiento de hacerme los exámenes. Eso es lo que me dijo. Bueno, yo todo el rato confié y firme, confié y firme. No leí la verdad. No leí” (NH010)

Incluso, como se evidenció en el apartado de prácticas de coacción previo a la aplicación de procedimientos, se evidencian otras, esta vez, antes de la firma del documento:

“Sí, me hicieron firmar. O sea que vea que corría algún riesgo, por ejemplo, me dijeron que yo podía perder el útero, que también podía entrar en una, por ejemplo, intubarme. Que podían incluso, hasta ponerme hasta pintas de sangre. Eso, todo me explicaron” (DC009)

“Me dijeron firme este permiso, este consentimiento para hacer a cesárea y yo, me quedé sorprendida, porque en ningún momento pedí cesárea, en ningún momento, nadie, ni los doctores que me hacía tener otros subcentros, me dijeron me tocaría cesaría” (NH010)

Aunque se presentaron testimonios de personas que recibieron información previa a la firma del consentimiento:

“Nos hicieron firmar, unas actas de que le doy permiso (...) con los riesgos y complicaciones que se conlleva. También me explicaron, por qué se ponen estos medicamentos, si esto sí, si esto no. Entonces, en esa parte, si estoy informada” (BQ007)

En otros casos, las entrevistadas mencionan como una exigencia la firma del consentimiento, llevada a cabo esta vez por estudiantes o personal en formación: “Claro, el documento afuera, si me hicieron firmar, algunos documentos que estaban llenando los chicos (practicantes). Los que nos bombardeaba con preguntas; y lo que le llevaron al bebé a la incubadora. Eso firmé” (DC009)

“...sé que son estudiantes me doy cuenta ya, pero porque tiene que llenar sus informes (...) muchas preguntas a la vez. Y las mismas preguntas una y otra vez” (NH010)

Las palabras más frecuentes en esta categoría fueron: *atención, doctor, documentar, papel, preguntar.*

Ilustración 3 Nube de palabras Consentimiento Informado



4.3 Principio de Beneficencia

Respecto del principio de Beneficencia, se lo desglosa conforme a las dimensiones de beneficencia positiva y utilidad.

En el primero, la beneficencia positiva, en varias participantes se relacionó con el derecho a ser atendidas, con la misión y la vocación del personal de salud: “...yo creo que hacen (los médicos) respetar nuestros derechos y mantener, como que el derecho de nosotras, la prioridad, de eso de ser, atendidas (...) si nos hicieron sentir eso, entonces ese es el propósito de ellos” (JP002)

“...que yo salga bien, o sea el bienestar de la paciente, pienso yo, porque los trabajos de ellos, valen con su trabajo el salvar vidas (...) el bienestar mío” (DM004)

“...debe ser por vocación que quieren atender a las personas, porque les gusta su profesión. Otra. Como le digo, hay estudiantes que también quieren coger experiencia”. (BQ007)

No obstante, hubo otros testimonios que tenían que ver con la necesidad de acumular experiencias en practicantes:

Entonces, yo creo que cuanto más paciente hay, más experiencia tienen. Eso es lo que he llegado a comprender” (NH010)

“...él, que tenía toda la intención de aprender, el joven que me hizo, porque quería hacerlo, o sea, dijo: ¡déjeme hacerlo a mí licenciada! ella tenía más experiencia de años, pero eso claro, pero yo hubiera querido que la licenciada me haga, que no me dolía” (DA001)

Por otra parte, en unos testimonios se evidenció que, durante el parto, en ciertos procedimientos se plantearon algunas consideraciones a favor de la paciente por parte del médico: “...vele las maneras ¿cómo la ves del hígado? pero no le hagas perder la estética. Entonces ahí respetaron lo que yo le dije, y sí, me ayudaron. Igualmente me dijeron, usted ya no puede quedar embarazada, por lo que ya le pasó. Se le va a complicar, mejor ya hágase la ligadura” (DM004)

En cuanto a la utilidad, algunos testimonios dieron cuenta de procedimientos necesarios en casos emergentes, como aquellos en los que el neonato y la madre se encontraban en inminente peligro: “Yo creo que sí actuaron de la forma que era; y ahorita estamos con vida. Porque dicen que sí hubiéramos corrido peligro los dos, de morir; entonces, si fue como si nos dieron esa atención oportuna y rápida, porque si no hubiera sido así, hubiéramos corrido con otra suerte” (DC009)

“Entonces ahí fue que actuaron, pero por instinto también, porque digamos, a mí se me reventó lo que es la placenta también, se me desprendió. Si a mí se me hubiera reventado la placenta en mi casa, no creo que hubiera corrido con la misma suerte que ahora tengo, porque ellos actuaron enseguida” (PA008)

Las palabras más frecuentes en este principio fueron: *beneficiar, derecho, información, paciente.*

Ilustración 4 Nube de palabras Principio Beneficencia



4.4 Principio de No Maleficencia

Respecto del principio de No Maleficencia, se identifican testimonios relacionados a la prohibición de producir, intencionada o imprudentemente, daño a otros, ya sea de manera física o psicológica; algunos de estos, tenían que ver con el momento y las opciones en las posiciones

para el parto: *“Pero por mi situación, el doctor me dijo; que no (la posición de pie durante el parto) porque se puede caer, es más complicado para el bebé. No vamos a poder reaccionar fácil o rápido. Necesitamos cogerle y ponerle encima suyo para atenderle en seguida al bebé de cualquier necesidad que tenga, porque era prematuro”* (NH010)

“Sí. Incluyendo la maniobra de Hamilton, que le digo que me hubiera gustado que me pregunte. Yo creo que si fue un beneficio que el doctor trató hacer para mí, porque yo no sabía cuánto más me iba a demorar en dilatar, estaba cansada y él notó, creo que eso. Ósea yo estaba ya a punto, de llorar del cansancio, porque aparte de eso, yo no había podido dormir dos noches, entonces era doble cansancio y el doctor yo creo que no sé cómo, pero lo vio, y él en cierto modo trató de ayudarme así, pero si me hubiera gustado, que me pregunte” (JP002)

Por otra parte, en algunos fragmentos de entrevistas, se evidencia ciertas contradicciones respecto de este principio, nuevamente en la etapa del parto:

“...yo nunca tuve contracciones, eso era lo que trataba de decirle a la doctora, por qué ella me dijo: que es normal. Pero yo dije doctora yo no siento contracciones a veces siento que mi bebé medio se mueve así, y ella, como que decía no, el bebé está bien. Y cuando no estaba bien, ya tenían que inducirme el parto y me dijeron: no señora usted tiene que esperar hasta las 41 semanas, imagínese si esperaba un poco más, mi bebé ya lo sacaban muerto” (SS005)

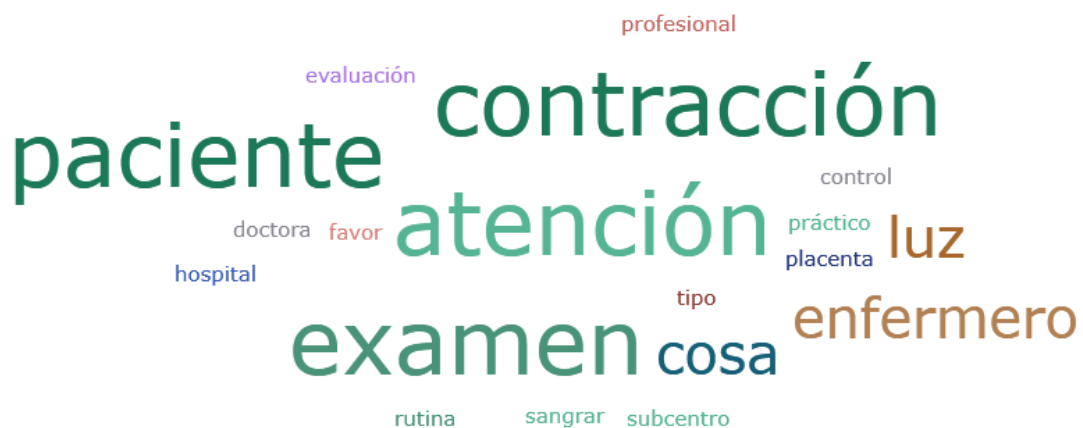
En la etapa de posparto, sobre todo en el acceso a métodos de anticoncepción, se pudo evidenciar que la opinión del médico, sumado a la escasa información complementaria puede ocasionar dificultades en la salud reproductiva de la paciente: *“...al doctor se le ocurre la genial idea que no use el anticonceptivo porque estaba gordita. Y como dice que es muy*

hormonal y todo eso y más los ovarios poli quísticos. No use, y no usé un mes y quedé embarazada” (HU003)

En cuanto a la esfera psicológica, ciertas intervenciones eran llevadas a cabo por personal en formación, como se observa en el siguiente testimonio: “*No era psicóloga, estaba practicando. Hacía las prácticas pre profesionales. Lo que me dijo, te noto tranquila que chévere, o sea fue como una conversación sincera entre, entre amigas, digamos, porque no fue como profesionalmente, porque ella me explicó que no era profesional que estaba haciendo sus prácticas”*. (DC009)

Las palabras más frecuentes identificadas en este principio fueron: *paciente, atención, contracción, examen.*

Ilustración 5 Nube de palabras Principio de No Maleficencia



4.5 Normativa de atención a mujeres puérperas

Esta categoría, si bien, varios de sus contenidos pueden incluirse dentro de los principios bioéticos, se determinó desagregarlos de acuerdo al objetivo específico de este estudio, a través de sus componentes de parto y postparto de la estrategia de Establecimientos de la Salud como Amigos de la Madre y del Niño, normativa vigente en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y de la cual, el hospital, centro de este estudio posee certificación de la aplicación de la misma.

Respecto del componente de la estrategia que indica: “permitir el acompañamiento de una persona a elección de la madre, antes, durante y después del parto”, y que estaría relacionado con los principios de justicia y autonomía; en gran parte de las entrevistadas mencionaron dificultades en torno a esta disposición, como se aprecia en los siguientes testimonios:

“...pese a que llevó su celular, igual estaba molesta, porque no le dejaban pasar a su esposo. Bueno pues todas pasamos por lo mismo” (NH010)

“...le dijeron que ya se vaya, porque mi hermana preguntó si se podía quedar para los cuidados y todo eso. Le dijeron que no, señora, porque aquí con los cuidados que le damos es suficiente. Entonces es como que nunca hubo un cuidado. No vinieron en toda la noche”. (SS005)

“Lo que si me sorprendió era que, nos quitaron todas las pertenencias y nos tenían incomunicadas del todo, con nuestros familiares, o sea, no puedes comunicarte por teléfono y decir: Me están haciendo esto, estoy haciendo esto. Eso es una incomodidad” (JH006)

No obstante, hubo personas que reconocieron este derecho en momento del parto: *“Le hicieron entrar a mi esposo, o sea fue como que ellas me conocían, entonces fue muy jovial la cosa, en medio del dolor, de los pujos, de todo, fue bonito. Entonces mi esposo estaba mal. Pero todo fue bonito”* (BQ007)

“...mi esposo me acompañó hasta lo último” (DA001)

“Desde la primera vez que vine nos supieron indicar en el carnet, que podemos estar acompañadas en el parto, la posición para dar a luz y todo eso” (DM004)

Por otra parte, una persona tuvo resistencias a que ingresen los esposos al parto y postparto, debido a una posible afectación a su privacidad: *“por ahí también en esa*

parte está mal, y han dicho que es por eso porque los papás vienen y están viéndoles los senos de las mamás por ahí. Escuche, no sé si de dos mamás que conversaron, que por eso han acortado el tiempo hasta que salgan las mamas y los papás pueden entrar más después” (HU003)

En cuanto a garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales, la mayor parte de las entrevistadas mencionaron haber sido informadas sobre las diferentes opciones para el parto, aunque este procedimiento se ajustaba en razón de la urgencia del caso, por ejemplo: “...acudí ayer a emergencias con ropa y me dieron abajo una bata, y con esa estuve hasta que mi bebé nazca, aquí ya en piso me dieron ésta porque tiene las aberturas para dar de lactar, eso” (SS005)

El trato en el momento del parto y posparto, tiene una alta significación en las entrevistadas, como se observa en el siguiente testimonio: “Lo que sí no me gusta es la atención déspota que tienen, que tienen para tratar a las mujeres, porque a veces, por ser doctoras o enfermeras, no se ponen en el papel de una mujer recién dada a luz; o no son madres, no saben, le juzgan” (BQ007)

“...le dije a la doctora: no es porque uno quiera venir de gana, sino que yo como madre primeriza, para mi cualquier cosa se me hace nuevo y del Centro de Salud, donde yo me hago atender me mandan acá” (PA008)

En cuanto a proporcionar “métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el parto” -que tiene relación con el principio de beneficencia-, no fue muy frecuente entre las entrevistadas; y las que sí, les fueron proporcionados por la pareja, o previamente en un centro de salud de menor complejidad, como se observa en los siguientes extractos:

“...la doctora le supo indicar que él (esposo) me tenía que masajear. Claro que fue para él algo traumático. Porque a veces se piensa que para una se es feliz, felicidad y estar el apoyo, pero claro que ellos también se sienten mal” (DC009)

“Las doctoras, todas, y eran... a ver cómo quiere sentada, parada y unos baloncitos que tenían y un montón de cosas” (NH010)

Acerca de evitar procedimientos invasivos y cesarías innecesarias – principio de no maleficencia-, algunas entrevistadas mencionaron que se les planteó esta intervención sin haberlas consultado, como, por ejemplo: *“Me dijeron firme este permiso, este consentimiento para hacer a cesárea y yo, me quedé sorprendida, porque en ningún momento pedí cesárea, en ningún momento, nadie, ni los doctores que me hacía atender en otros subcentros, me dijeron me tocar cesaría” (DA001)*

“...no entendía porque me decían que tenía que tenía que hacerme una cesárea” (JP002)

El componente de “garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto, como apego inmediato, y lactancia a la primera hora” -principio de beneficencia-, en varios testimonios se puede apreciar como las primeras acciones por parte del personal sanitario: *“Sí, en seguida me puse en mi pecho (al bebé), y lo tuve ahí, hasta que coja el seno” (HU003)*

“...yo no podía darle de lactar y abajo, en preparación, en recuperación, donde estaba para que se me pase la anestesia, le dieron a mi bebé leche. Le trajeron leche, en unas jeringuillas así, hasta que yo pueda extraerme” (SS005)

Contrario a lo anterior, se presentan otros extractos en los que estos procedimientos cambian cuando la partera no es primeriza, por ejemplo: *“Ellas vuelta te dicen: ay, no ¡estás cogiéndole mal, cógela bien! Estás poniendo mal ¡Ponle bien! ¿Qué bebé es... el número tres? No, no le hagas así entonces” (DA001)*

“Y yo no tengo todavía el pezón muy salido para que mi bebé pueda lactar, el día de ayer. Entonces yo sufría desesperada con la herida y todo. Yo quería que venga alguna enfermera. Y nadie venía toda la noche. Yo estuve aquí tratando de controlar a mi bebé, según decían que los médicos venían a vernos y no vinieron” (BQ007)

“...al modo de ella me dice: cámbiele el pañal, yo cogí, le cambié y boté el pañal en la basura y me dice ¿pesó el pañal? le digo, no, es que eso no sabía. Entonces, ya me tocó sacar de la basura, ir a coger y pesarlo” (DM004)

En cuanto a realizar “procedimientos médicos al recién nacido e identificar posibles riesgos y complicaciones que amenazan la vida de la madre y el bebé” – principio de beneficencia-, se evidencia lo siguiente: *“Yo vengo de un centro de salud, por la situación en que yo me encontraba, me diagnosticaron en la niña, una anemia severa. Entonces la doctora me dio traslado, acá a este hospital”* (BQ007)

“Entonces la doctora se acercó a pedirme disculpas. Me dijo que ella había actuado así porque el beneficio, por lo que tenía que sacar al bebé lo más rápido posible. Que, si lo sacaban en forma horizontal, puede que el bebé hasta que salga, y ya chao hasta se muera” (DC009)

Por último, el componente de “asesorar y garantizar métodos de planificación familiar”, como se observó en extractos anteriores, las entrevistadas presentaron dificultades en acceder a ellos; a esto se suma una creciente demanda de las pacientes como un derecho, sin la necesidad de recibir autorización por parte de las parejas.

Las palabras más frecuentes en esta categoría fueron: atención, maternidad, mujer, doctor, persona.

Ilustración 6 Nube de palabras. Normativa de atención parto y puerperio

noche **mujer** **luz** paciente doctor
niño
pañal **atención** cuidado semana
maternidad **persona**
cama
seno leche recuperación

CAPITULO 5

En este capítulo, se desarrolla la discusión con base en la teoría expuesta en el marco de referencia y los resultados producto de las entrevistas. A esto se añade, el análisis de los términos asociados a las categorías principales y emergente, obtenidos a través del programa Atlas-Ti, que se los expone mediante ilustraciones de conexiones entre nodos. Adicional, las conclusiones y recomendaciones del estudio.

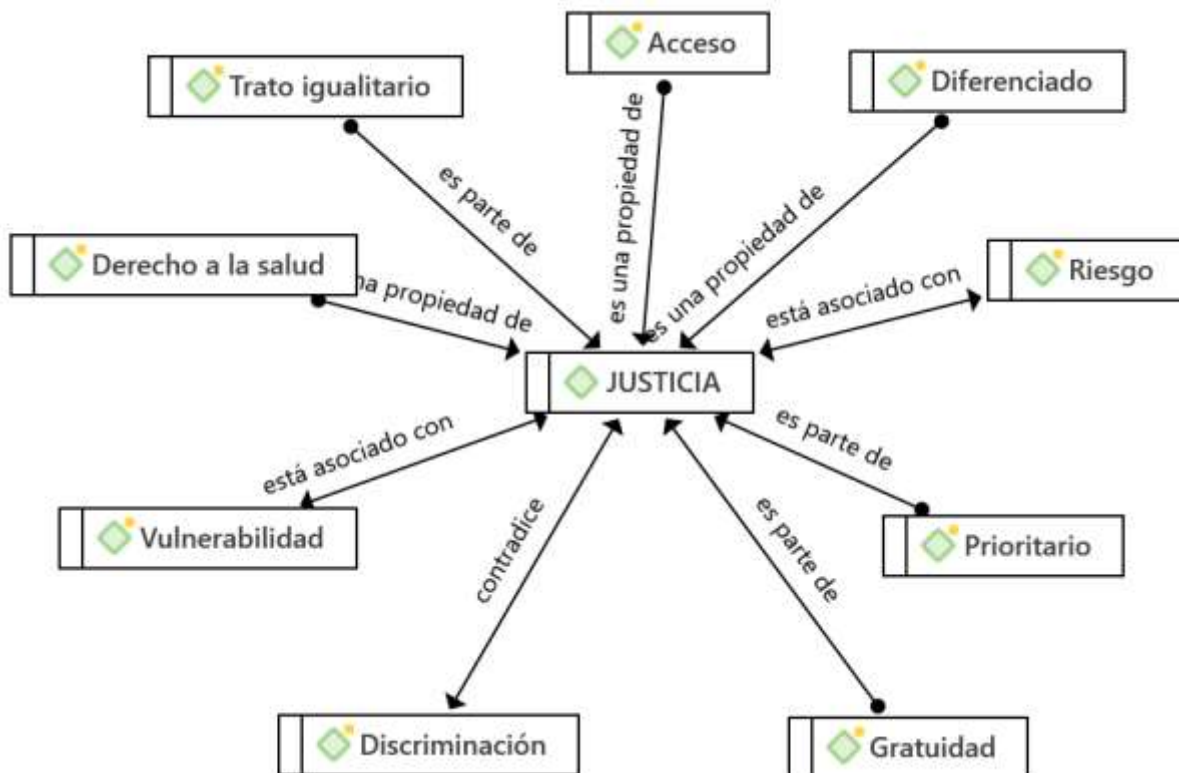
5.1 Discusión

Respecto de la percepción del principio de Justicia en la atención recibida por mujeres puérperas, se parte de que este, se refiere al trato sin discriminaciones, y en el caso de que estas se presenten, se justifican solamente si van en beneficio de otras que demuestren condiciones desfavorables en su esfera biológica, psicológica o socio económica. En este sentido, los testimonios dan cuenta, de que el trato se considera igualitario cuando se somete a las mismas condiciones -de espacio y procedimientos- a todas las mujeres que reciben atención, a pesar de que estas resulten incómodas, como, por ejemplo; la ubicación de varias mujeres en un mismo espacio; o de que se les aplique los mismos procedimientos durante el parto, sin considerar si se trata de madres primerizas o con antecedentes de otros partos. No obstante, el principio de justicia, también contempla las diferencias de las personas que requieren un trato diferenciado; en este caso, las mujeres puérperas y sus bebés se consideran como un grupo de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad, sobre todo en la dimensión biológica (posibles complicaciones en la madre y factores de riesgo en los recién nacidos).

Por otra parte, el acceso igualitario a la atención en los servicios de salud -públicos-, se reconoce como un derecho -al igual que la educación-, por parte de las usuarias del hospital, e, incluso se identifica expresiones de exigencia de una atención efectiva, así como de la entrega de medicamentos y la realización de exámenes complementarios. Esto quizá, influido por el marco legal vigente, como la Constitución, la Ley Orgánica de Salud u otras, que establece la

gratuidad de la atención, y, a la mujer embarazada y puérpera, así como los recién nacidos, como grupos de atención prioritaria. No obstante, si bien es cierto, que la atención de salud, es percibida como un derecho; no es menos cierto, que la concreción de este derecho, depende de la disponibilidad de recursos, y esto tiene que ver con el modelo de desarrollo económico de un país, que se expresa a través de la provisión de recursos suficientes al sector de la salud. (32) Es decir, el cumplimiento del principio de justicia en la atención de salud a mujeres puérperas, depende en gran parte de la cantidad de recursos (infraestructura, humanos, medicamentos y tecnológicos) con los que cuente un establecimiento de salud; y esto es percibido de manera directa por las usuarias, sobre todo en la limitada cantidad de personal sanitario y espacios para la atención del parto el acceso igualitario a los servicios y en los procedimientos durante el parto y postparto.

Ilustración 7 Conexiones entre nodos percepción del principio de Justicia



Elaboración propia

En cuanto al principio de Autonomía en la atención, en el que la noción de acción autónoma, depende de la intencionalidad, la comprensión de la información facilitada y la

ausencia de coacción de elementos externos previo a la toma de decisiones de las mujeres puérperas sobre su salud. (34) Se parte de la intencionalidad, que, si bien es cierto no admite grados, pero esta depende de las motivaciones de las mujeres, tanto para aceptar como para rechazar ciertos procedimientos, como, por ejemplo, la cesárea. Estas motivaciones pueden ser internas, como la baja tolerancia al dolor durante el parto, experiencias traumáticas de partos anteriores, los tiempos de recuperación -que en el caso de la cesárea puede ser mayor-, y el temor a complicaciones obstétricas, que están ampliamente documentadas en el país, como los trastornos hipertensivos, la sepsis y las hemorragias obstétricas, que pueden desembocar en su efecto más trágico: la muerte materna y neonatal. Por motivaciones externas, se consideran las exigencias familiares y de la pareja, e incluso, las concepciones religiosas y culturales relacionados al parto normal vs la cesárea, o hasta la muerte del feto y/o el neonato; hechos que afectan el cómo se percibe la mujer en cuanto a su rol y en la organización de la vida familiar y social. (29) Por otra parte, el momento en que se da el parto, si este transcurre dentro de lo planificado por la mujer, su familia y el médico, o, por el contrario, se presenta en una situación de emergencia – parto expulsivo-, incide de igual manera en su autonomía, y en no pocas ocasiones, como se aprecia en los testimonios, la decisión de aceptar un procedimiento, se la traslada al personal sanitario.

Uno de los puntos críticos en la aplicación del principio de autonomía, percibido por las mujeres puérperas, corresponde a la comprensión de la información recibida, previo a someterse a un procedimiento; la misma que debe superar al menos un nivel substancial, (20) puesto que, resulta difícil alcanzar una total comprensión debido, entre otros factores, al momento del parto, nivel de instrucción de la usuaria, estímulos -internos y externos- que aumentan la distraibilidad en la mujer, desde las mismas contracciones, elementos del espacio destinado a la atención hasta dificultades en la capacidad comunicacional y de transmisión de información en el personal sanitario; y sobre todo, a la relación médico-paciente, que en

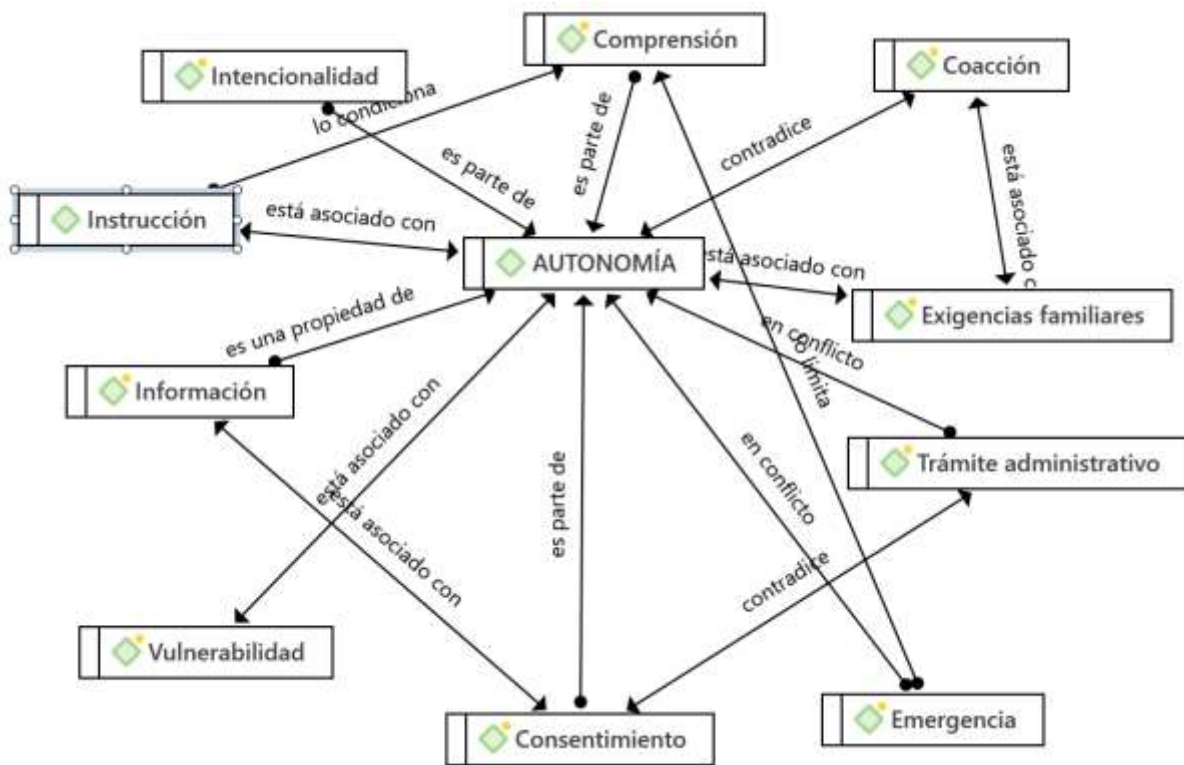
ocasiones puede volverse tensa, como una confrontación entre dos autonomías; por un lado, el médico que ofrece lo más oportuno según su criterio, y la mujer que acepta o rechaza lo ofrecido; (31) esto se pone de manifiesto de manera particular en el caso de la cesárea, que no ha sido contemplada en la fase prenatal, y que quizá, debido a la necesidad de prevenir un desenlace negativo, el personal sanitario decide realizarlo con la finalidad de beneficiar a la mujer y el feto, sin proveer la información necesaria, o peor aún corroborar si la misma fue comprendida en sus aspectos básicos. En este caso, pueden entrar en conflicto los principios de autonomía y beneficencia, que no es del todo nuevo, y que ha sido documentado en otros estudios con mujeres puérperas, (15) uno de los cuales, propone un modelo deliberativo para tratar de abordar este problema, en el cual, el diálogo tendría un rol fundamental, en el que el profesional sanitario realiza recomendaciones y orienta a la mujer a partir de su formación y experiencia, pero también y sobre todo basadas en una comprensión adecuada de los valores y objetivos de la usuaria; incluso, en palabras de Governa-Tricas, J. “se permite *persuadir* si ve que la decisión que está a punto de adoptar no es conveniente para ella, debido a que se basa en información que no es la adecuada, y esta, no sería contraria a la autonomía como sí lo es la coacción o la imposición, sino que tiene que ver con la interpelación y el cuestionamiento”. (5) En el caso en el que la mujer rechaza de manera informada un determinado procedimiento, y que el profesional haya explicado de manera amplia, sobre los posibles efectos de su no realización, este se enfrenta a un dilema ético muy complejo, en el cual tiene la obligación ética de respetar y proteger la autonomía de la mujer, incluso por encima del deseo y obligación ética de beneficencia en relación con el feto como paciente. (31)

Por otra parte, las prácticas de coacción identificadas en los testimonios tienen que ver con restricciones a la continuidad de la atención, la posibilidad de padecer una complicación obstétrica o a su vez, con el feto. Incluso, el discurso del conocimiento del médico como fuente de saberes que se impone a través de la aplicación rígida de protocolos y *órdenes* relacionadas

a su esfera biológica, que, en un caso en particular, llega a descalificar una opción relacionada a la *cultura* de la mujer, como es la conservación de la placenta, donde se pone de manifiesto la dependencia de sus decisiones a la autoridad del médico, el cual, en el mejor de los casos aporta con información sobre los hechos, y la paciente decide con base en sus propios valores, lo que, corresponde a un modelo informativo de relación clínica; (35) aunque, en varios testimonios, se evidencia un modelo paternalista en la relación clínica, en la que el médico realiza intervenciones necesarias de acuerdo a su criterio, sobre qué es lo mejor para la puerpera, sin que sea necesaria su participación, lo que obviamente afecta su autonomía; por lo que, además, estas decisiones se centran en los aspectos fisiológicos del proceso de parto y puerperio.

Consideración aparte, es el análisis del consentimiento informado en las mujeres puerperas de este estudio, entendido este como como un proceso cuya aplicación práctica “se fundamenta en el principio bioético que considera al *otro* como un igual; siendo una expresión de ello el respeto a su autonomía”; (31) lo que pone en evidencia, la participación de la paciente en su atención de salud. En los testimonios, se aprecia que este, se convierte en un trámite administrativo para la aplicación de un procedimiento; un fin en sí mismo, donde la firma de la paciente sobrepasa en importancia a la aceptación motivada e informada; aunque, como se señaló, la limitada cantidad de recurso humano, espacios adecuados y, sobre todo, la situación del parto, muchas veces obliga a intervenciones de emergencia, lo que dificulta la comprensión y asesoría a la paciente, previo a la firma del consentimiento.

Ilustración 8 Conexiones entre nodos percepción del principio de Autonomía

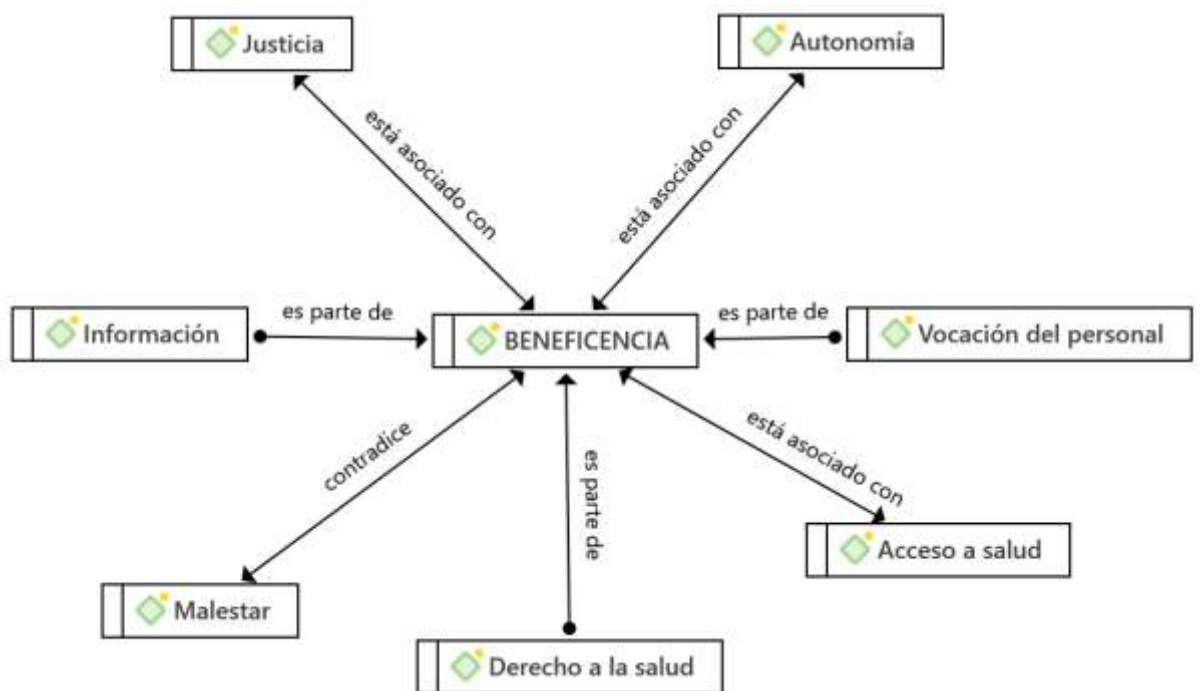


Elaboración propia

Respecto del principio de Beneficencia, este es percibido de manera positiva en los testimonios, que, en palabras de García-Pérez, M., en cuanto “se trata del núcleo constitutivo de la práctica médica, la consecución de un beneficio, en términos de salud, para quienes acuden solicitando asistencia sanitaria”. (33) Las usuarias lo relacionan con la vocación de servicio del personal de salud, su *misión*; en el sentido de que las intervenciones son orientadas a salvaguardar su vida, su bienestar suyo y del feto; y que hayan actuado a tiempo, a pesar de que no tuvieron información oportuna al respecto, sobre todo en situaciones médicas emergentes. No obstante, no se cuestiona el hecho de que personal de salud en formación intervenga en procedimientos de los cuales no tienen experiencia en el manejo, y que, puede generar malestar en las pacientes, pero de alguna manera lo *admiten*, para que estos desarrollen experticias, e incluso *ser atendidas* posteriormente sin problemas. Esta particularidad, podría generar conflictos entre los principios de beneficencia y la autonomía, puesto que el primero exige hacer y promover el bien de los pacientes, pero se debería aplicarlo mediante una autonomía fortalecida, a través de la comprensión de los posibles riesgos que implica ser

atendida por personal en formación. Es decir, “la beneficencia como principio, depende de que lo benéfico sea validado por el afectado (paciente) y no en forma paternalista por el agente (terapeuta)”.(23) En el ejemplo en mención, las entrevistadas reconocen que el personal sanitario actuó en su beneficio y del feto, pero no se les informó acerca de que el personal en formación iba a intervenir en determinado procedimiento. Al respecto, quizá el principio primordial en las entrevistadas haya sido el de justicia, a través de asegurar el acceso a la atención sanitaria, por encima del tipo de profesional que le brinda la atención. En este punto es probable que, para algunas entrevistadas, el acceso a la salud sea un derecho, pero para otras, sea un favor, el cual, para ellas sea una ganancia en sí mismo, colocando en segundo plano quién la provee y si tuvo la información necesaria para su consentimiento (autonomía); en lo que concuerda Tealdi (2008), quien señala que “en muchos países de América Latina las personas tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, por tanto para ellos el principio de justicia es el más importante”. (23)

Ilustración 9 Conexiones entre nodos percepción del principio de Beneficencia



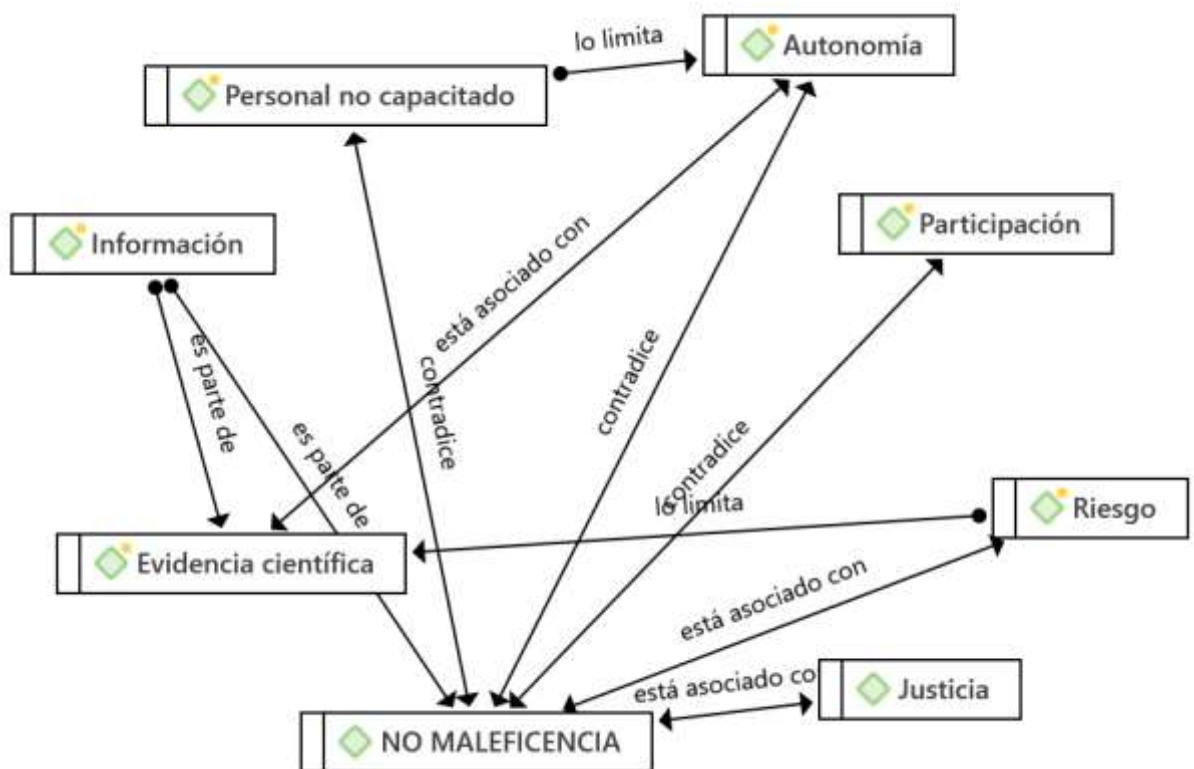
Elaboración Propia

El principio de No Maleficencia, uno de los cuatro pilares éticos rectores de la práctica de la medicina, considerado de *mínimos* junto con el de Justicia, según la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (2023), “es una prescripción ética fundamental en que el ser humano bajo ningún motivo ha de infligir dolor a su prójimo, pues no hay ideas superiores que lo permitan ni ideologías que lo justifiquen”.(31) En el caso de la asistencia a mujeres púerperas entrevistadas, se evidencian dos momentos: durante el parto y el puerperio inmediato. En el primero, el principio de autonomía puede verse comprometido ante una situación emergente en la que el profesional sanitario debe decidir por la salud y la vida de la paciente, siempre y cuando, las actuaciones estén basadas en la evidencia científica, como se pone de manifiesto en el caso de impedir la elección de la *posición de pie* durante el parto, y la otra sobre la aplicación de la maniobra de Hamilton; en ambos casos, el profesional decide la mejor alternativa, ajustado al deseo de no causar daño al paciente y al feto. Sin embargo, en el segundo caso, la entrevistada señaló que le hubiera gustado que *le informen* acerca de la maniobra. Este hecho indica que, “los principios *de mínimos* (justicia y no maleficencia), al ser considerados superiores en importancia a los *de máximos* (autonomía y justicia) pueden suponer que en ocasiones se contrapongan unos a otros y generen conflictos; como bien señala Manrique, J., et al (2015) en la asistencia al embarazo y parto, y añade que, en caso de tener que negar la posibilidad de autonomía personal, “se debe fundamentar y explicar cuidadosamente a la embarazada el porqué de dicha situación, sus características, riesgos y posibles consecuencias”, (28) y garantizar la participación de la paciente en la toma de decisiones.

Durante el puerperio, este principio, se pone de manifiesto en varios procedimientos que se evidenciaron en las entrevistas, como el facilitar métodos anticonceptivos y el contacto con el recién nacido. En el primer caso, el posponerlo podría ocasionar afectaciones en las esferas psicológica y social de la paciente, al atravesar por un embarazo no programado, y que era prevenible, mediante información oportuna y adaptada a los valores y creencias de la

paciente; en el siguiente, conforme lo menciona Manrique-Tejedor, J., “el contacto precoz del recién nacido con la madre, no solo cumpliría el deseo de ésta, sino también porque es recomendable para el recién nacido”. Y añade, que “si el personal de salud no facilita este contacto inmediato, no solo se obviaría el principio de beneficencia, sino que se estaría actuando de manera contraproducente”, tanto para la madre (incertidumbre) y el recién nacido (apego inmediato). En ambos casos, se estaría incumpliendo el principio de no maleficencia.

Ilustración 10 Conexiones entre nodos percepción del principio de No Maleficencia



Elaboración propia

Los principios bioéticos que se presentan de manera explícita y tácita en la normativa de salud en mujeres puérperas, atraviesan varios de sus componentes. A saber, en la fase del parto, en lo que corresponde a facilitar a la paciente el acompañamiento de un familiar, si bien existen casos en que esto se cumple; en varios testimonios, por el contrario, se privilegió la asistencia sanitaria (Justicia) por encima de la Autonomía y la Beneficencia -como principios máximos-, a pesar de que, en la normativa, se expone los beneficios de aplicar esta medida en

la mujer durante el parto. Sin embargo, varias de las entrevistadas reconocen este procedimiento como un derecho, aunque no todas lo exigen, e incluso, alguna lo puede ver afectado su intimidad, al estar presentes otros hombres en la sala de parto.

Algo parecido ocurre con el respeto a las prácticas interculturales (posición durante el parto) y el garantizar un ambiente acogedor; el primero, todavía no es percibido como un procedimiento en el que ellas lo deciden, sino que lo trasladan al juicio del médico, y mucho depende del momento emergente en que se le consulta (parto expulsivo). En la segunda situación, las entrevistadas, en determinado momento llegan a privilegiar el trato *cordial*, y sus efectos emocionales (Beneficencia), antes que la información sobre las intervenciones.

Respecto de proporcionar métodos no farmacológicos durante el parto, este corresponde al principio de Beneficencia, no obstante, este procedimiento fue el que menos referencias tuvo en las entrevistadas, de lo que se podría interpretar, que este es el menos asimilado en el personal de salud. De manera similar, en algunos testimonios, se presentó la posibilidad de procedimientos invasivos (cesáreas) que fueron impedidas por la misma paciente o un familiar, lo que tiene relación con el principio de No Maleficencia. Cabe mencionar, que la aplicación de ambos principios depende del personal sanitario. (23) Estas dificultades, se producen quizá, a la escasa información sobre este tipo de métodos (en el caso de los no farmacológicos y los procedimientos invasivos) en las etapas de formación, o durante el ejercicio profesional.

Los procedimientos posteriores al parto tanto en la mujer púérpera como en el recién nacido, se condicen con el principio de Beneficencia en mayor medida, aunque, en ocasiones, se los concibe como *estándar*, para la mayor parte de ellas, que perciben que no se les considera sus particularidades, como ser su primera gesta, o con varios partos previos, hecho que afecta su participación en la toma de decisiones sobre su estado de salud y del recién nacido.

Ilustración 11 Conexiones entre nodos percepción de principios bioéticos en la normativa de salud vigente

personal sanitario y la mujer puérpera, en el que la autoridad del médico se impone al criterio pasivo de la mujer en el momento de decidir sobre procedimientos relacionados a su salud. Como parte del principio de autonomía, las mujeres puérperas perciben el proceso de consentimiento informado como un trámite administrativo previo a la aplicación de un procedimiento; un fin en sí mismo, donde la firma de la paciente sobrepasa en importancia a la aceptación motivada e informada.

El principio de Beneficencia es percibido como parte de la vocación y formación del personal sanitario; sin embargo, es poco frecuente que se cuestione los diferentes procedimientos aplicados por diferentes tipos de profesionales, incluso de aquellos en formación; lo que podría entrar en conflicto con el principio de autonomía, por la actitud pasiva como receptoras de atención. Por otra parte, este criterio de máximo, se subordina al de Justicia, puesto que, para las entrevistadas, quizá lo más importante sea el ser atendida.

La No Maleficencia es un principio de mínimos, que, junto al de Justicia, se considera irrefutable en la práctica médica, tanto para el personal de salud como para las mujeres puérperas, sin embargo, ocurre algo parecido como con el principio de Beneficencia, que toma en cuenta de manera limitada la opinión de la paciente. No obstante, este principio, así como el de beneficencia dependen en mayor medida del momento del proceso del parto y las características particulares de las mujeres puérperas.

Por último, en la normativa de salud vigente relacionada al parto y puerperio, se identifican de manera transversal los principios bioéticos; no obstante, el que sobresale en importancia por parte de las pacientes es el de Justicia, entendida esta como el acceso a la atención oportuna y sin discriminación durante el parto; otros procedimientos que tienen que ver con el principio de Autonomía, como la elección de la posición de parto, el recibir alternativas no farmacológicas al dolor, todavía no son reconocidas como un derecho, en parte debido a la limitada interacción con el personal de salud para una adecuada deliberación

respecto de su salud. Resultados que son similares a otros estudios realizados en la región con mujeres puérperas.

5.3 Recomendaciones

Considerar para futuros estudios sobre principios bioéticos en la asistencia sanitaria, se incorpore modelos de relacionamiento clínico para la toma de decisiones en la atención del parto.

La propuesta metodológica de este estudio, se pueda considerar para proceso de mejoramiento de la calidad de la atención en los establecimientos de salud públicos y privados que trabajan con el grupo de mujeres embarazadas y puérperas.

Los hallazgos de este estudio, sirvan de insumo para el análisis del alcance de la aplicación de la normativa sobre salud sexual y reproductiva en el país, así como de la organización de los servicios de salud; e, incluso para la formulación de políticas de salud en mujeres puérperas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAL. Protocolo de atención del puerperio fisiológico [Internet]. Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico. Chile; 2015. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Gaceta Epidemiológica de Muertes Maternas SE 51 Ecuador [Internet]. Quito. Ecuador; 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. [Internet]. 2016. 1–41 p. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado [Internet]. Ecuador; 2008. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUÍA_TÉCNICA_PARA_LA_ATENCIÓN_DEL_PARTO_CULTURALMENTE_ADECUADO.pdf
5. Goberna-Tricas J. Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. Dilemata [Internet]. 2018;(26):53–62. Available from: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000173>
6. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución República del Ecuador 2008 [Internet]. Primera. Ecuador: Presidencia de la República; 2008. 57 p. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
7. Congreso Nacional Ecuador. Ley Órgánica de Salud del Ecuador [Internet]. Plataforma

- Profesional de Investigación Jurídica Ecuador; 2015 p. 13. Available from:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 108 - Normativa para la certificación como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño [Internet]. Ecuador; 2016 p. 38. Available from:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/ESAMyN/Normativas/Acuerdo_Ministerial_108.pdf
 9. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica (GPC). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato [Internet]. Vol. 53, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador; 2015. 556–581 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
 10. Organización Panamericana de la Salud. Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres [Internet]. Panamá; 2016. Available from:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=39620&showall=1&lang=es
 11. Rocha-Acero M, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León D. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2019;37(1):53–65. Available from: <moz-extension://7f5f8eb4-082e-4f94-994a-548e01dcf1b8/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Frfnsp%2Fv37n1%2F0120-386X-rfnsp-37-01-53.pdf>

12. Nieto-González LA, Romero-Quiroz MDLÁ, Córdoba-Ávila M, Campos-Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería Perception of fair treatment for pregnant women in obstetric. Conamed [Internet]. 2011;16:6–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59774>
13. Castro V, Alarcon C, Guanopatin L. Conocimientos y prácticas de bioética y la percepción del paciente en un servicio de emergencia hospitalario. Dialnet [Internet]. 2015;2(5):185–210. Available from: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/97>
14. Montesinos-Guevara C, Simancas-Racines D. Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Fam Rural* [Internet]. 2019;4(3):106–9. Available from: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/123>
15. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Décima. OPS O, editor. Estados Unidos: OPS; 1992. 179 p.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Puerperio normal y patológico. [Internet]. *Medicina perinatal*. 2021. 81–86 y 109–112 p. Available from: https://www.sarda.org.ar/images/Guia_de_practica_clinica_de_puerperio_normal_y_patologico.pdf
17. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley organica de salud - Ecuador. *Plataforma Prof Investig Jurídica*. 2015;13.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral De Salud MAIS - Lineamientos operativos para la implementación del MAIS. *Msp*. 2012;1:219.
19. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. In: Aristóteles [Internet]. Editorial. Costa Rica; 1991. p. 377. Available from:

https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/literaturauniversal/etica_a_nicomaco_edincr.pdf

20. Hardy A., Roveló JE. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Med e Investig* [Internet]. 2015;3(1):8–16. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-moral-etica-bioetica-un-punto-S2214310615000084>
21. Castro-Hernández M. Breve historia de la Bioética. *Arch Prehist Levantina* [Internet]. 2001;24(64):363–71. Available from: https://www.revmedmaule.cl/wp-content/uploads/2020/12/Vol33_N1_CAPITULO9.pdf
22. Universidad Nacional de Colombia. Memorias de la mesa sobre Bioética Clínica [Internet]. Colombia; 2010. 870 p. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Boris-Pinto-Bustamante/publication/236117146_Bioetica_narrativa_y_relacion_medico-paciente_en_los_ambitos_formativos_en_medicina/links/0c9605161951b76ca2000000/Bioetica-narrativa-y-relacion-medico-paciente-en-los-ambit
23. Tealdi JC, UNESCO, Universidad Nacional de Colombia. Diccionario latinoamericano de bioética [Internet]. 2008. 688 p. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
24. Subdirección de Investigación. Facultad de Medicina y Hospital Universitario UANL. CÓDIGO DE NUREMBERG. NORMAS ÉTICAS SOBRE EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS.
25. Lolas F, Quezada Á, Rodríguez E. Investigación en Salud. Dimensión Ética [Internet]. 2004. 1–14 p. Available from: <https://doi.org/10.34720/thx4-2q23>
26. National Institute of Health. Informe Belmont: Principios y guías éticas para la

- protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. Centro de Investigación de Bioética Universidad de Navarra. Estados Unidos: Centro de Investigación de Bioética Universidad de Navarra; 1979. Available from:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
27. Gracia-Guillén D. De La Bioética Clínica a La Bioética Global : Treinta Años De Evolución. *Acta Bioética* [Internet]. 2002;1:27–39. Available from:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100004
 28. Manrique-Tejedor J, Fernandez-Cuesta I, Figuerol-Calderó M, Tejedor-Molina A, Teixido-Badia J, Barranco-Moreno M. Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *Agora Enferm* [Internet]. 2015;19(2):80–2. Available from:
https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/042_coill_es.pdf
 29. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Peru Exp Salud Pública* 23(1) [Internet]. Available from: moz-extension://7f5f8eb4-082e-4f94-994a-548e01dcf1b8/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.pe%2Fpdf%2Fv23n1%2Fa04v23n1.pdf
 30. Irene N, Gutiérrez M. VALORES , ÉTICA y BIOÉTICA : CONOCIMIENTO EN UNA POBLACIÓN DE OBSTETRAS ASISTENCIALES Values , ethics and bioethics : knowledge in a obstetricians relief population. 2011;10–24. Available from:
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/656>
 31. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. El proceso de consentimiento informado y autonomía de la mujer embarazada. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2023;87(6):365–8. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n6/0048-766X->

rechog-87-6-365.pdf

32. Siurana-Aparisi J. Principios de bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS [Internet]. 2010;(22). Available from:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
33. García-Pérez MÁ. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit [Internet]. 2006;4(2):341–56. Available from:
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37747662/261v4n2a13091842pdf001-libre.pdf?1432701814=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLos_principios_de_la_bioetica_y_la_inser.pdf&Expires=1673014492&Signature=fOfELv6pH~ajRNvZlYhR7LuGM90thKtyzhvJl8P
34. Mir Tubau, Joan & Busquets Alibés E. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress; Bioética & Debat [Internet]. 2011;V 17((nº 64)):1–7. Available from:
http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf
35. Emanuel E, Linda L, Ezekiel J. Modelos de Relacion Clinica Paginas 109 a 118. In: Modelos de relación clínica [Internet]. 2006. p. 1–18. Available from:
http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosFOREAPS/Modelos de Relacion Clinica Paginas 109 a 118.pdf
36. Pathak V, Jena B, Kalra S. Qualitative research. Perspect Clin Res [Internet]. 2013;4(3):191. Available from:
<https://www.proquest.com/openview/69b6c78d849cd34fb324e69c998d26d8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035655>
37. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos

- cualitativos. Organ Panam la Salud [Internet]. 2006;53. Available from:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>
38. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2013;1113–7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
39. Pérez-Luco Arenas R, Lagos Gutiérrez L, Mardones Barrera R, Sáez Ardua F, Pérez Luco Arenas R, Lagos L. Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teórica y emergente. *Ambitos Rev Int Comun* [Internet]. 2018;(39):11. Available from:
[https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/68886/11_institucional.us.es-Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa Un intento de síntesis entre las aproxim.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/68886/11_institucional.us.es-Taxonomía%20de%20diseños%20y%20muestreo%20en%20investigación%20cualitativa%20Un%20intento%20de%20síntesis%20entre%20las%20aproxim.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

7. ANEXOS

7.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES ADULTAS EN PUERPERIO.

PARTE I. INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

Título de la investigación:

Percepciones de las mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención de salud del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, Quito, Ecuador.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Delgado Ocampo, estudiante de la Maestría de Bioética

CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN:

La atención en salud a las mujeres luego del parto es tan importante como lo es la atención a las pacientes que se encuentran embarazadas.

Existen cuatro principios bioéticos los cuales son: El de autonomía (que la paciente pueda tomar decisiones en la atención en salud), la justicia (trato justo), la beneficencia (hacer el bien) y la no maleficencia (no perjudicar) los cuales deben cumplirse en la atención en salud.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

En el presente estudio se trata de analizar cómo perciben las usuarias la atención de salud recibida en este Hospital y si, según su experiencia, consideran se han aplicado los cuatro principios bioéticos mencionados anteriormente.

La entrevista es sencilla y no existen respuestas, ni buenas ni malas. La experiencia vivida en este hospital será recopilada a través de una entrevista.

Las mujeres que pueden participar son mayores de edad y que se encuentren hospitalizadas en este hospital.

No participarán en esta investigación:

- Mujeres adolescentes, menores de 18 años.
- Mujeres con diagnóstico de óbito fetal o aborto.
- *Mujeres con algún tipo de discapacidad.*
- *Mujeres puérperas que no deseen participar en el estudio.*

PROCEDIMIENTOS:

Los pasos para que usted participe en la presente investigación son:

- 1.- La entrevistadora identificará posibles participantes para la investigación tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- 2.- La entrevistadora preguntará a la posible participante si está dispuesta a ser parte de esta investigación.
- 3.- Se informará que su participación en la investigación es **voluntaria** y que se dará a través de responder a una entrevista. También se informará que podrá realizar las preguntas necesarias antes de iniciar el proceso.
- 4.- Se informará que la entrevista aplicada será grabada en audio para poder recopilar la información de mejor manera; lo cual requiere del consentimiento correspondiente de la participante.
- 5.- Posteriormente, si hay aceptación de la participante; la entrevistadora explicará de forma verbal el consentimiento informado y firma del mismo.
- 6.- Luego, se procederá con la aplicación de la entrevista, cuyo tiempo aproximado de aplicación es de 60 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

La presente investigación no pretende que sus participantes sufran algún tipo de riesgo o daño. Si se presenta alguna molestia durante el desarrollo de la entrevista la entrevistada podrá parar y desistir, de ser el caso, en cualquier momento.

Si se identifica algún tipo de riesgo o afectación de índole psicológica o social en la participante se le informará sobre los servicios del sistema de salud públicos disponibles cercanas a su domicilio y se realizarán acciones encaminadas a la disminución o tratamiento necesarios. Esto constituirá una gestión personal de la investigadora que además realizará el seguimiento que sea necesario hasta que la afectación o riesgo haya disminuido o se encuentre siendo tratada.

Es importante indicar que al participar en esta entrevista la participante podría ayudar a considerar criterios para una posible mejora del servicio. Cabe indicar que la participación o no, en el presente estudio no influenciará en la atención hospitalaria que la usuaria se encuentre recibiendo.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

Al participar en esta investigación la participante, no recibirá ningún tipo de pago o recompensa monetaria o material; así mismo su participación no tendrá ningún tipo de costo.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:

La entrevista será contestada por la participante de manera anónima; es decir sin utilizar el nombre para archivar la información, inclusive de los audios grabados; puesto que serán reemplazados por un código que impedirá la identificación. La información proporcionada será confidencial y será utilizada solo en el contexto de la investigación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE

La participación dentro de esta investigación no es obligatoria, sino voluntaria. Si la mujer púérpera decide no participar, esto no compromete su estancia o atención de salud que reciba dentro del Hospital. Se recalca que el retirarse de la investigación y dejar de responder puede darse en cualquier momento de la aplicación de la entrevista.

Comunicación y transferencia de los resultados:

Los resultados de la investigación serán comunicados a través de una convocatoria de manera general a los participantes a través de redes sociales del Hospital.

Más información: En caso de que requiera más información se puede comunicar con el director del proyecto: Ana Beatriz Delgado Ocampo, teléfono celular 0987497002, abedelo@hotmail.com o al Dr. Galo Sánchez del Hierro, Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700 – Ext. 2917.

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: **“Percepciones de las mujeres púérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención de salud del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, Quito, Ecuador, octubre 2022- febrero 2023.”**

Entiendo el procedimiento para participar en la presente investigación, que el tiempo aproximado para la entrevista es de 60 minutos, que mi participación es voluntaria, confidencial (anónima) y los beneficios en cuanto contribuir a la mejora de este servicio de salud.

Comprendo que no recibiré ningún tipo de incentivo o recompensa por esta entrevista de la que puedo retirarme cuando lo considere necesario y que esta decisión no afectará a la atención en salud que estoy recibiendo.

Confirmando que he hecho preguntas y me han sido respondidas. Además, en caso de tener dudas me puedo comunicar con Ana Beatriz Delgado Ocampo, directora del proyecto y entrevistadora.

También conozco que se me entregarán una copia de este documento, una vez se de la firma de las partes (participante y entrevistador).

Por lo tanto, acepto participar en esta investigación.

<i>(Nombre del participante)</i>	<i>CÉDULA/ PASAPORTE</i>	<i>(Firma o huella del participante)</i>	<i>Fecha</i>
<i>ANA BEATRIZ DELGADO OCAMPO</i>	<i>CÉDULA/ PASAPORTE</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, declaro que a pesar de que previamente acepté participar en la investigación en mención, **revoco mi autorización**, lo cual implicará que los datos o información obtenidos relacionados a mi participación sean eliminados y no se utilicen para ningún fin; aclarando que esto no tendrá ninguna penalidad o impacto en la atención en salud que estoy recibiendo y que por ley corresponde.

<i>(Nombre del participante)</i>	<i>CÉDULA/ PASAPORTE</i>	<i>(Firma o huella del participante)</i>	<i>Fecha</i>
----------------------------------	------------------------------	------------------------------------------	--------------

7.2 Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE PERCEPCIONES DE MUJERES PUÉRPERAS SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS CUATRO PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI - HGONA” QUITO, ECUADOR.

Código: _____

Fecha y hora: _____

Lugar (provincia/cantón/ parroquia): _____ Servicio: _____

Presentación:

Mi nombre es Ana Beatriz Delgado Ocampo, estudiante de la Maestría de Investigación en Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, me encuentro realizando mi tesis bajo la

dirección del Dr. Patricio Trujillo. Para lo cual realizo un estudio sobre “**Percepciones de mujeres puérperas sobre la aplicación de los cuatro principios bioéticos en la atención de salud del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi**”, Quito, Ecuador.”

Por tal motivo, solicito su colaboración respondiendo sinceramente la siguiente entrevista:

Principio de Justicia

- 1.- Conoce usted, ¿cuáles son sus derechos en la atención que recibe en este Hospital? Describa por favor.
- 2.- ¿Puede usted describir, si recibió la atención de salud que necesitaba de este Hospital?
- 3.- ¿Según su experiencia, la atención recibida en este Hospital es igual para todas las pacientes? ¿Por qué, puede explicarme?

Principio de Autonomía

- 4.- ¿Tomaron en cuenta su opinión en la atención que recibió en este Hospital? ¿En qué se dio cuenta de esto?
- 5.- ¿Le explicaron el porqué de los procedimientos médicos que le realizaron?, Estuvo de acuerdo, le hicieron firmar algún documento, por favor explique.

Beneficencia/ No Maleficencia

- 6.- Sabe usted, cuál fue el propósito/intención del personal de salud en la atención que recibió en este Hospital. Explique por favor.
- 7.- ¿Considera usted que los procedimientos médicos aplicados durante el parto, buscaron su beneficio? Explique por favor
- 8.- ¿Alguna acción realizada en este Hospital, cree que no fue favorable tanto para usted como para su bebé?