



Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus



Gac. Méd. Espirit. 2023;25(3):1-17
ISSN: 3005-3781
ISSN-L: 1608-8921

Artículo de Investigación

Percepciones sobre la aplicación de principios bioéticos en mujeres puérperas en un Hospital público del Ecuador

Perceptions on the bioethical principles application in postpartum women in a public hospital of Ecuador

Ana Delgado Ocampo^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1932-5225>

¹Clínica Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, Quito, Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: javosalud12@gmail.com



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

<http://revgmespirituana.sld.cu>



RESUMEN

Fundamento: El puerperio es el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas posparto; durante el cual, es necesario brindar atención conforme a los principios bioéticos inscritos en la normativa de salud vigente en el Ecuador.

Objetivo: Analizar las percepciones que tienen las mujeres puérperas sobre la aplicación de los 4 principios bioéticos durante la atención en salud.

Metodología: El estudio es de tipo descriptivo con enfoque cualitativo. Los datos corresponden a 10 mujeres puérperas mayores de edad, atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arizmendi" de la ciudad de Quito, que respondieron a una entrevista sobre los principios bioéticos aplicados en la atención recibida. Se realizaron análisis de contenido a través del *software* ATLAS TI versión 23.

Resultados: Se obtuvo una percepción positiva de las mujeres puérperas acerca de la aplicación del principio de justicia. Por otra parte, se evidencian 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. Se percibe el consentimiento informado como un mero trámite administrativo. El principio de beneficencia se lo asume como parte de la vocación del personal y la no maleficencia genera malestar si no va acompañado de información clara y oportuna.

Conclusiones: Los principios bioéticos son transversales en la normativa de salud vigente, pero sobresale el de justicia en la atención a mujeres puérperas.

DeCS: PERIODO POSPARTO/ética; SALUD DE LA MUJER/ética; ATENCIÓN A LA SALUD; ÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS; ECUADOR.

Palabras clave: Periodo posparto y ética; salud de la mujer y ética; atención a la salud; ética basada en principios; principios bioéticos; parto; mujer puérpera; normativa de salud; hospital público; Ecuador.

ABSTRACT

Background: The puerperium is the period of time beginning at the end of labor until six postpartum weeks; during which it is necessary to provide attention in accordance with the bioethical principles included in the current health guidelines in Ecuador.

Objective: To analyze the perceptions that postpartum women have about the 4 bioethical principles application during health care.

Methodology: The study type is descriptive with a qualitative approach. The data correspond to 10 adult postpartum women assisted at the Nueva Aurora "Luz Elena Arizmendi" Pediatric Obstetric and Gynecological Pediatric Hospital in the Quito city, who responded to an interview about the bioethical principles applied in the received care. Content analysis was conducted through ATLAS TI version 23 software.

Results: A positive perception was obtained from postpartum women concerning the application of the Justice principle. Furthermore, difficulties are evident in the Autonomy section, mainly in the comprehension of the information provided to the patient about the procedures during the labor and puerperium, as well as coercion by health personnel. Informed consent is perceived as a mere administrative formality. The Beneficence principle is assumed as part of the vocation of the personnel and Non-maleficence generates discomfort if it is not accompanied by clear and opportune information.

Conclusions: Bioethical principles are transversal in current health guidelines, but that of Justice stands out in the care of postpartum women.

MeSH: POSTPARTUM PERIOD/ethics; WOMEN'S HEALTH/ethics; HEALTH CARE (PUBLIC HEALTH); PRINCIPLE-BASED ETHICS; ECUADOR.

Keywords: Postpartum period and ethics; women's health and ethics; health care (public health); principle-based ethics; bioethical principles; birth; postpartum woman; health guidelines; public hospital; Ecuador.



INTRODUCCIÓN

El puerperio es definido como el periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que comprende desde las primeras veinticuatro horas hasta los sesenta días posteriores al parto. De acuerdo al tipo de evolución, se lo clasifica en: fisiológico, cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal; y patológico, cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, y se relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia, o una enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa, que puede provocar una evolución negativa. ⁽¹⁾ Por lo anterior, es fundamental brindar cuidados a la mujer durante este periodo, puesto que uno de los eventos adversos es la muerte materna, que, en el Ecuador, durante 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. Las principales causas de estas muertes fueron los trastornos hipertensivos (26 %), sepsis (10.24 %), hemorragias obstétricas (7.87 %), o debido a 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; y las causas indirectas (42.51 %), como enfermedades existentes antes del embarazo que evolucionaron durante el mismo, no debida a causa obstétrica directa, pero si agravadas por los efectos fisiológicos propios del embarazo. 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 estudios en la región, 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. ⁽³⁾ 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. ⁽⁴⁾ Acerca del principio de no maleficencia, en un estudio realizado en Colombia, se evidencia prácticas de inducción del parto, que dependían de la rotación de turnos según la disposición del personal de salud, lo que genera 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. ⁽⁵⁾ Por último, el principio de beneficencia, en una investigación 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. ⁽⁶⁾

En el caso del Ecuador, se registran artículos publicados sobre bioética en servicios de emergencias, o en el campo de la salud pública, ^(7,8) pero no en la atención a mujeres durante el parto y puerperio en establecimientos de salud públicos, por lo que fue pertinente la realización de un estudio cuyo objetivo sea analizar las percepciones que tienen las mujeres puérperas sobre la aplicación de los 4 principios bioéticos durante la atención en salud; por cuanto, el desconocimiento de la aplicación



de estos principios éticos en la atención en las mujeres puérperas durante su hospitalización, podrían incidir de manera directa en su salud, y, de igual manera, en el desempeño de los profesionales en los servicios sanitarios.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo de corte transversal, con enfoque cualitativo, basado en entrevistas a mujeres puérperas atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arizmendi, de la ciudad de Quito Ecuador. La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años y usuaria del servicio de hospitalización de ginecología; los de exclusión: ser menor de 18 años, tener diagnóstico de óbito fetal o aborto y tener discapacidad intelectual. Se empleó la técnica de entrevista semiestructurada, aplicadas en el transcurso tres semanas, entre febrero y marzo del año 2023, en las instalaciones de hospitalización de alto riesgo obstétrico, previa aceptación mediante consentimiento informado; la misma fue grabada en audio y tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente. Se abordó a 13 mujeres, de las cuales tres rechazaron participar, debido a que se encontraban con el alta médica.

Instrumentos

Se empleó una guía de entrevista, la cual fue construida tomando como base los cuatro principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, y está constituida por 8 preguntas, aprobadas por un experto 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. 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.

Análisis de datos

Para el tratamiento de los datos se emplea la técnica de análisis de contenido, para lo cual se utilizó el programa ATLAS.ti 23 en su versión gratuita. Se establecieron cuatro categorías que corresponden a los principios bioéticos, y que, a su vez incluyen ocho dimensiones; justicia (acceso igualitario a cuidados de salud), autonomía (intencionalidad, comprensión, y coacción), beneficencia (positiva y utilidad), no maleficencia (interés físico y psicológico); y una adicional de normativa, que estuvo por fuera de las categorías iniciales, pero que fue recurrente en los testimonios de las participantes. 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 tres dígitos. Para identificar conceptos y términos que se interrelacionan o *nodos*, se emplearon gráficos de conexiones.



RESULTADOS

Los resultados de las entrevistas se las detalla con base en las categorías relacionadas a los principios bioéticos.

Principio de justicia

De acuerdo a la dimensión de acceso igualitario a cuidados de salud, se considera la atención recibida y otros aspectos relacionados a ella -como es el acompañamiento de un familiar, 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).

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)*

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)*

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:

“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, representó un problema en razón de procedimientos de atención estándar 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:

“...excluida ¡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)

Principio de autonomía

En cuanto a la dimensión de intencionalidad de este principio bioético, que se refiere a 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, oposición al mismo procedimiento, pero motivada por otras razones como la demanda de la pareja:

“...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)

Posterior al parto, en relación a aceptar métodos de anticoncepción permanentes o temporales, las respuestas dependieron en gran 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)

“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)

“...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 mija, 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 anesthesiólogo, 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)

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 en el momento preparatorio, parto y puerperio inmediato. Así, antes de 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 esposo, va a ver todo”. (DM004)

Respecto del consentimiento informado, que, si bien es cierto, tiene que ver con el principio de autonomía, 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:

“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: ¡firmé 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)

Por otra parte, se presentan 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)

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)

“...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)

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 él bebe. No vamos a poder reaccionar fácil o rápido. Necesitamos cogerle y ponerle encima suyo para atenderle en seguida al bebe 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.

Por otra parte, en algunos fragmentos de entrevistas, se evidencia ciertas contradicciones respecto de este principio, nuevamente en el momento 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)*

Normativa de atención a mujeres puérperas

En esta categoría, los testimonios se desagregan de acuerdo a los componentes de parto y posparto de la normativa vigente en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública. Respecto del componente 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)

“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)*

Por otra parte, una persona tuvo resistencias a que ingresen las parejas al parto y posparto, 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 acertado el tiempo hasta que salgan las mamitas 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)

Acerca de evitar procedimientos invasivos y cesáreas 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)

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)

“...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)

DISCUSIÓN

El análisis de las entrevistas, ha mostrado que el principio de justicia en la atención recibida por mujeres puérperas, es percibido como el 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. Por otra parte, el acceso igualitario a la atención en los servicios de salud -públicos-, se reconoce como un derecho; esto quizá, influido por el marco legal vigente en el Ecuador. No obstante, 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; ⁽⁹⁾ que, en el caso del Ecuador, constituye un problema en razón de lo limitado de los recursos humanos, infraestructura, entre otros elementos, que se han evidenciado en los testimonios de varias de las entrevistadas.

El principio de autonomía en la atención, en el que la noción de acción autónoma, depende de la intencionalidad, la comprensión de la información recibida y la ausencia de coacción previa a la toma de decisiones de las mujeres puérperas sobre su salud. ⁽¹⁰⁾ La intencionalidad depende de las motivaciones; 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 externas, 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 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. ⁽¹¹⁾ La comprensión de la información recibida, se afecta 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; ⁽¹²⁾ en este caso, pueden entrar en conflicto los principios de autonomía y beneficencia, que no son del todo nuevo, y que han sido documentado en otros estudios con mujeres puérperas, como una investigación en la que se propone un modelo deliberativo para tratar de abordar este problema, mediante el diálogo, 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, menciona que este podría llegar a persuadir si ve que la decisión que está a punto de adoptar no es conveniente para ella, puesto que se basa en información posiblemente errónea, y esta actuación, “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”. ⁽⁴⁾ por otra parte, las prácticas de coacción 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. ⁽¹³⁾ El análisis del consentimiento informado entendido este 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; ⁽¹⁴⁾ en esta investigación, 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 recursos humanos, 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.

El principio de beneficencia, 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. 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 el Diccionario Latinoamericano de Bioética que 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. ⁽¹⁵⁾

En el principio de no maleficencia, 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; ante esto, como señala Manrique-Tejedor J, et al. en la asistencia al embarazo y parto, 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, ⁽¹⁶⁾ 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, 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. 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.

Los principios bioéticos que se presentan de manera explícita y tácita en la normativa de salud en mujeres púerperas, 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 puede ver afectada 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. ⁽¹⁵⁾ 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 púerpera 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.

CONCLUSIONES

El principio de justicia se observa a través de la atención de la salud como un derecho, por parte de las mujeres puérperas; este al igual, que otros derechos reconocen que tiene que ser sustentado por el Estado. No obstante, para que esto se cumpla, depende de la disponibilidad de recursos de todo tipo, que se percibe como limitado por las mismas usuarias. Respecto del acceso a servicios, se reconoce que es igualitario en cuanto al trato, pero no consideran las particularidades de cada mujer, que requieren de un tratamiento diferenciado.

El principio de autonomía, es uno de los más complejos en su aplicación en mujeres puérperas, debido a los factores señalados en las tres dimensiones que intervienen: intencionalidad, comprensión y ausencia de coacción para la toma de decisiones, y que, al interrelacionarlos, se evidencia el modelo de relación clínica que subyace entre el 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 con 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.

En la normativa de salud vigente relacionada con el parto y el 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, 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.

Por último, se debe considerar para futuros estudios sobre principios bioéticos en la asistencia sanitaria, se incorporen modelos de relacionamiento clínico para la toma de decisiones en la atención del parto; y que los hallazgos de esta investigación sirvan de insumo para el análisis del alcance de la aplicación de la normativa sobre salud sexual y reproductiva, así como de la organización de los servicios de salud; e, incluso para la formulación de políticas de salud en mujeres puérperas en el Ecuador.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAL. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. Chile; 2015. [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: 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. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Gaceta Epidemiológica de Muertes Maternas SE 51 Ecuador 2021 [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2021. [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
3. 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]. Washington: OPS; 2016. [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=0&showall=1&lang=es#gsc.tab=0
4. 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 [citado 18 Ene 2023];(26):53-62. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000173/538>
5. 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 [citado 18 Ene 2023];37(1):53-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n1/0120-386X-rfnsp-37-01-53.pdf>
6. 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. Rev Conamed [Internet]. 2011 [citado 18 Ene 2023];16(supl1):6-12. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/supl1/4.pdf>
7. Castro V, Alarcon C, Guanopatin L. Conocimientos y prácticas de bioética y la percepción del paciente en un servicio de emergencia hospitalario. Rev Publicando [Internet]. 2015 [citado 18 Ene 2023];2(5):185-210. Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/97/pdf_58
8. Montesinos-Guevara C, Simancas-Racines D. Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. Práctica Familiar Rural [Internet]. 2019 [citado 18 Ene 2023];4(3):106-9. Disponible en: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/123>
9. Siurana-Aparisi J. Principios de bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010 [citado 18 Ene 2023];(22):121-57. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
10. Mir Tubau J, Busquets Alibés E. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat [Internet]. 2011 [citado 18 Ene 2023];17(64):1-7. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf
11. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Perú Exp Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 18 Ene 2023];23(1):22-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf>



12. Comité de Ética y Políticas Públicas. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. El proceso de consentimiento informado y autonomía de la mujer embarazada. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2023 [citado 18 Ene 2023];87(6):365-8. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n6/0048-766X-rehog-87-6-365.pdf>
13. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de relación médico-paciente [Internet]. [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: http://riillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
14. Hardy-Pérez A, Rovelo-Lima JE. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. Medicina e Investigación [Internet]. 2015 [citado 18 Ene 2023];3(1):8-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-moral-etica-bioetica-un-punto-S2214310615000084>
15. Unesco. Universidad Nacional de Colombia. Diccionario latinoamericano de bioética [Internet]. Colombia: Unesco. Universidad Nacional de Colombia; 2008. [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
16. Manrique-Tejedor J, Fernández-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 [citado 18 Ene 2023];19(2):80-2. Disponible en: https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/042_coill_es.pdf

Conflicto de intereses

Yo, Ana Beatriz Delgado Ocampo, con CC 1716655921 en calidad de investigadora principal del artículo de investigación: Percepciones sobre la aplicación de principios bioéticos en mujeres púerperas en un Hospital público del Ecuador, declaro no tener conflicto de interés alguno para realizar este estudio.

Contribución de cada autor en el estudio

Ana Beatriz Delgado Ocampo: Conceptualización, curación de datos, análisis cualitativo de los resultados del estudio, metodología, administración del proyecto, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción-revisión y aprobación de la versión final.

Agradecimientos

La autora agradece de manera especial a las autoridades del Hospital General Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, por el apoyo para la elaboración y aprobación de este estudio.

Recibido: 11/09/2023

Aprobado: 30/11/2023

Publicado: 13/12/2023

