IIDH
Instituto Interamericano
de Derechos Humanos

Guía ética para la atención médica de mujeres que presentan emergencias obstétricas en El Salvador

© 2020, Instituto Interamericano de Derechos Humanos

Reservados todos los derechos.

52p Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Guía Ética Para la Atención Médica de Mujeres que Presentan Emergencias Obstétricas en El Salvador. / Instituto Interamericanos de Derechos Humanos – San José, C.R. : IIDH, 2020

52 p. : 21,59 x 27,94 cm.

Las ideas expuestas en este libro son de exclusiva responsabilidad de las personas autoras y no corresponden necesariamente con las del iidh o las de sus donantes.

Se permite la reproducción total o parcial de los materiales aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y se haga llegar una copia de la publicación o reproducción al editor.

Equipo productor de la publicación:

José Thompson J.
Director Ejecutivo del

Larissa Segura
Evelyn Fernández
Coordinadoras académicas

Viviana Guerrero
Larissa Arroyo
Larissa Segura
Autoras

Unidad Editorial-Servicios Especiales-IIDH
Portada y artes finales

Marisol Molestina
Corrección de estilo

Gidget Monge
Diagramación

GS Multigráficos
Impresión

Instituto Interamericano de Derechos Humanos
Apartado Postal 10.081-1000 San José, Costa Rica
Tel.: (506) 2234-0404 Fax: (506) 2234-0955
e-mail:s.especiales2@iidh.ed.cr
www.iidh.ed.cr

CONTENIDO

Presentación 3

Introducción. La ética: su definición, su caracterización y sus usos en el campo médico 5

1. La bioética, una ética especializada para la medicina 6
2. Los principios de la bioética 7
3. La centralidad del principio de autonomía en la atención obstétrica 9
4. La ética médica: una ética orientada a la relación profesional-paciente 10
5. El fin del paternalismo y la nueva ética médica 10
6. Origen e importancia del consentimiento informado 15
7. El deber de confidencialidad y el secreto médico 17
8. La objeción de conciencia y la laicidad en la función pública. 19
9. Los derechos humanos de las mujeres 22
   - a) Marco normativo internacional 24
   - b) Temas centrales de la Observación General No. 14 del Comité DESC 26
   - c)La protección de los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos 31
10. La situación de las emergencias obstétricas en El Salvador 32
11. Recomendaciones para el manejo ética de las emergencias obstétricas en El Salvador 37

Fuentes consultadas 41

Normativa salvadoreña 46

Instrumentos internacionales 47

PRESENTACIÓN

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) en el marco del proyecto "Nuevos Desafíos de Derechos Humanos: Promoción y Protección del Derecho Humanos a la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres y Niñas en El Salvador", realizó una consulta con instituciones de la sociedad civil e instituciones públicas del 02 al 04 de mayo de 2018, cuyos resultados destacaron la situación en la que se encuentran las mujeres en El Salvador a causa de la penalización del aborto y la violencia sexual medida con los miles de casos reportados, la mayoría de las cuales, permanecen impunes.

Una de las consecuencias de la violencia sexual, es el embarazo no deseado en un contexto de difícil acceso a los servicios de salud relacionados con el embarazo, parto y puerperio, lo que hace de El Salvador un país con una tasa de mortalidad materna más alta que el promedio de América Latina y el Caribe.

A esto se suma que el 20 de abril de 1998, entró en vigencia un nuevo Código Penal en El Salvador que eliminó los casos en los que el aborto estaba despenalizado. En enero de 1999, se reformó el artículo 1 de la Constitución Política de El Salvador, en el que se estableció el reconocimiento de la persona humana desde el momento de la concepción. Así, El Salvador es uno de los cinco países de América Latina con una prohibición total en la interrupción del embarazo, inclusive cuando la vida de la madre está en riesgo o el feto carece de viabilidad.

A partir de esos eventos, se ha motivado una persecución penal contra mujeres que presentan emergencias relacionados con el embarazo, presumiendo que son culpables de aborto voluntario, pese a que la falta de acceso a los servicios de salud justifica sobradamente esas emergencias. Las condenas pueden ser de hasta 50 años, y los datos que existen permiten establecer que las mujeres procesadas se encontraban en su mayoría en situación de pobreza. A su vez, se verifican violaciones al derecho a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes, por las condiciones y denegación de servicios de salud adecuados en el que se encuentran las mujeres en los centros penitenciarios.

Tomando en cuenta que los y las profesionales de la salud de hospitales públicos y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) son en la mayoría de los casos, los (a) primeros (as) contactos de las mujeres que presentan emergencias obstétricas, es fundamental sensibilizar y capacitar a estas (os) funcionarios (as) para que eviten potenciales violaciones de derechos humanos de esta población, y por el contrario, contribuyan a que se cumplan los principios de un adecuado acceso a la justicia y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Así, con esta Guía se espera contribuir a que proveedores (as) se servicios de salud, principalmente, cuenten con una herramienta ética y conceptual para incorporar sin riesgos ni amenazas, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres salvadoreñas, en la provisión de sus servicios. Está dirigida, además, a defensores (as) que deseen fortalecer sus capacidades de argumentación y a estudiantes interesados (as) en formarse integralmente para ejercer una profesión respetuosa de los derechos humanos de las mujeres.

José Thompson J.
Director Ejecutivo

INTRODUCCIÓN

LA ÉTICA: SU DEFINICIÓN, SU CARACTERIZACIÓN Y SUS USOS EN EL CAMPO MÉDICO

El concepto de *ética* tiene profundas raíces en la cultura occidental. El vocablo proviene de la cultura griega antigua y quiere decir carácter, morada o costumbre. Parece sencillo, pero su definición es compleja pues se relaciona con los comportamientos y las responsabilidades. Con frecuencia se confunde con el término *moral*, por ello aquí se empezará por definir ambos conceptos.

La ética es "un tipo de saber de los que pretende orientar la acción humana en un sentido racional; es decir, pretende que obremos racionalmente […] La ética es esencialmente un saber para actuar de modo racional" (Cortina, 1998, p. 17). Así, esta disciplina no pretende sólo teorizar o reflexionar sobre los problemas del comportamiento, sino más bien analizarlos para luego modificar lo que no está bien, lo que no es racional, lo que puede estar basado en prejuicios u opiniones.

Por otro lado, como disciplina filosófica la ética, "indaga reflexiva y teóricamente sobre la experiencia del deber y sobre el fundamento de las normas que se extraen de ella para orientar nuestras acciones" (Simón y Barrio, 2008, p. 2). Entonces, surgen dos posibles utilidades de la ética: la primera es ayudar a razonar sobre la conducta y las acciones; la segunda, que sale de esa racionalidad, es producir normas que tiendan al bien y mejoren el comportamiento.

Por su parte, la moral se refiere a las prácticas cotidianas, a las formas de comportamiento cotidiano; define las acciones como correctas o incorrectas, los valores y la manera en que se aplican las normas, es decir, cómo se ponen en práctica.

La diferencia entre los dos conceptos radica en el enfoque: la ética es una reflexión sobre la moral. En la moral están las valoraciones sobre lo bueno y malo; en la ética está la reflexión sobre cómo se llega a esas valoraciones, si tienen justificación racional o no. En otras palabras:

> La moral es un término que se asemeja porque implica un conjunto de juicios establecidos como normas de comportamiento que rigen la práctica diaria de cada individuo. Ambos términos están destinados a distinguir a las buenas y malas conductas. Se dice que la ética se vuelve más reflexiva al cuestionarse el por qué se consideran válidas algunas conductas y otras no, es decir, busca y analiza el fundamento de cada comportamiento; y la moral se ocupa de brindar las pautas morales que tienen las personas o sociedades para dirigir la vida cotidiana. Para muchos filósofos la ética es una reflexión de la moral porque investiga lo que es específico del comportamiento moral y crea un estudio logístico sobre las teorías que establezcan y justifiquen las pautas que dirigen dicho comportamiento (Morales et al., 2011, pp. 21-22).

Hoy en día la ética es de fundamental importancia, especialmente para el ejercicio médico, porque permite reflexionar sobre el comportamiento de las personas profesionales de la salud, lo razonable de sus decisiones y la justificación de sus actos. La ética analiza y revisa las conductas, tanto de individuos como de instituciones, para reflejar en normas los buenos comportamientos y rectificar aquellos que no están fundamentados, que no son racionales o no contribuyen al bien común.

Ejercicio:

Analice el siguiente caso, tomado de Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013, p. 39), utilizando el concepto de ética arriba expuesto:

En el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo Público se detecta la presencia de un contaminante de origen químico en el pozo de agua que abastece a una localidad costera cuya economía se basa principalmente en el turismo.

El resultado del análisis arroja un índice de contaminación que sobrepasa los límites fijados por la normativa. Tras la repetición de la toma de muestras y su análisis, se confirma el dato y se incorpora al Sistema de Información de Calidad del Agua.

El técnico de salud pública encargado del control del abastecimiento elabora un informe en el que, pese a reconocer que se han sobrepasado los límites fijados por la normativa, indica que el consumo del agua del pozo no supone un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población. A pesar de ello, el informe técnico que presenta concluye con la propuesta de adopción de la medida cautelar consistente en la clausura del pozo y ordena informar a la población.

A la vista del informe técnico, la autoridad sanitaria competente para la adopción de la medida cautelar valora la trascendencia del incumplimiento, la repercusión inmediata sobre la salud de la población afectada, el impacto económico que para la localidad tendría la clausura del pozo y la alarma que provocaría entre la población, precisamente al inicio de la temporada turística. Luego, se reúne con el equipo de gestión de salud pública para comunicar su decisión de no ratificar la propuesta de medida cautelar ya que, tras ponderar otros intereses públicos en juego, considera preferible que el pozo siga abasteciendo de agua a la población mientras se buscan alternativas.

Cuando el técnico que realiza el control del abastecimiento es informado por su jefatura de que, a pesar de su informe, no se adoptará la medida que propuso, el técnico se pregunta: ¿qué debo hacer?

1. La bioética, una ética especializada para la medicina

Las reflexiones sobre el comportamiento ético de las personas profesionales del área médica han aumentado desde comienzos del siglo XX, cuando salen a la luz pública hechos controvertidos, especialmente relacionados con el manejo de pacientes que participan en la experimentación médica.

La bioética es la disciplina que analiza la ética aplicada al campo médico. Originalmente es definida como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y los principios morales" (Reich, 1978, p. XIX). Esta nueva forma de análisis pretende usar métodos interdisciplinarios para racionalizar el comportamiento clínico, la investigación biomédica, las políticas de salud y, así, dar cuenta de los desafíos de la medicina moderna en materia de ética.

La bioética se caracteriza por ser una disciplina consensual, secular, cuya toma de decisiones es racional, consciente de la importancia del progreso de la ciencia médica pero cautelosa sobre las implicaciones sociales que tiene. Además, es una ética democrática, apegada a la normativa de los derechos humanos.

El juramento hipocrático, que regula desde la antigüedad la relación profesional-paciente, es, sin duda, el antecedente más importante de la bioética, ya que evidencia la conciencia histórica de las implicaciones éticas de la responsabilidad del profesional de la salud sobre la vida de las personas que atiende. En el siglo XIX el juramento se amplía a distintos códigos de comportamiento y protocolos técnicos que regulan la relación profesional-paciente.

En el siglo XX los problemas que pueden existir en esta relación se hacen evidentes, en especial después de que salieran a la luz pública las atrocidades cometidas por médicos en la Alemania nazi. Estos médicos fueron juzgados por la violación del juramento hipocrático en los Juicios de Núremberg, de los que se desprende el primer código de ética que protege los derechos de los pacientes frente a los abusos en la experimentación médica:

> Los supuestos ensayos incluían

> una serie de barbaries como el someter a los prisioneros a cámaras de alta presión cuyo objetivo era comprobar la capacidad respiratoria del cuerpo humano, así que ante tales condiciones los individuos caían desvanecidos muertos; otros eran asesinados en cámaras de gas y sus cuerpos eran trasladados al Instituto Anatómico de Estrasburgo para obtener sus esqueletos y realizar mediciones antropológicas […] Eran inoculados con el tifus y la ictericia de Weil. Algunas mujeres fueron utilizadas para estudios sobre gangrena gaseosa y a otras se les daba solo agua con sal como alimento para verificar cuanto tiempo resistían estas condiciones. Estos son solo algunos de los experimentos realizados por médicos nazis (Morales et al., 2011, p. 23).

El Código de Núremberg pretende eliminar la repetición de atrocidades como esas mediante la instauración de diez preceptos que protegen la calidad voluntaria de la participación en experimentos y la autonomía de los pacientes, además de subrayar la importancia del consentimiento informado. Sin embargo, como es sabido, pese a la existencia del Código, esa no fue la última vez que se cometieron violaciones de derechos humanos en el campo de la medicina.

Años después, en la década de los setenta, el senador norteamericano Edward Kennedy denunció que en Tuskegee "se había negado el tratamiento con antibióticos a personas afroamericanas infectadas con sífilis, con el supuesto propósito de conocer la historia natural de la enfermedad" (Morales et al., 2011, p. 24). En este experimento, ejecutado entre 1932 y 1972 en una comunidad pobre de Alabama (Estados Unidos), se habían incumplido varias de las normas del Código de Núremberg.

> Estas declaraciones dieron paso a la formación de la Comisión Nacional para la Protección de Investigación Biomédica y Comportamiento el día 12 de julio de 1974, cuya finalidad era crear una serie de principios éticos que regularan las prácticas de investigación en seres humanos, y desarrollar las directrices para asegurar que estas investigaciones se realicen de acuerdo con las normas establecidas. Es así como el 18 de abril de 1979 se da a conocer el Informe Belmont, Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación (Morales et al., 2011, p. 25).

El Informe Belmont no sólo recoge las principales reflexiones sobre las denigrantes prácticas médicas allí ocurridas, sino que también sintetiza los principios de la bioética.

2. Los principios de la bioética

Históricamente, la ética ha intentado orientar la conducta mediante la construcción de principios que sintetizan lo que es un comportamiento correcto. Los principios son mecanismos que funcionan como guías de acción; no tienen rango de ley, pero su funcionamiento práctico permite materializar las ideas en reglas éticas pragmáticas. Estos principios orientadores de la conducta establecen condiciones para lo permitido y lo obligatorio; no son principios absolutos, sino que sirven para discernir lo bueno de lo malo. Funcionan, pues, como un enfoque metodológico para la instauración de procedimientos éticos fácilmente comprensibles.

La bioética no es la excepción en materia de elaboración de principios orientadores. Como se indicó antes, el desarrollo de sus principios está asociado a los resultados del Informe Belmont (1978), cuyas recomendaciones, además de criticar lo sucedido en Tuskegee, ofrecen tres principios cuya puesta en práctica debería evitar la repetición de ese tipo de sucesos. Esos tres principios básicos son: respeto por las personas, beneficencia y justicia (Adinma, 2012). Estos principios fueron luego ampliados en el texto Principios de Ética Biomédica, de Tomas Beauchamp y James Childress, 1979. Así se establecieron los cuatro principios esenciales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

"El principio de beneficencia se refiere a la obligación ética de tratar de obtener los máximos beneficios con los mínimos daños y errores. Da lugar a normas que requieren que los riesgos sean razonables a la luz de los beneficios esperados" (Villalna et al., 2008, p. 300). Remite a la responsabilidad profesional del personal médico de siempre hacer el bien al paciente. Este principio, heredero del juramento hipocrático, pretende maximizar el bien que puede recibir un paciente en manos de su médico y expresar el deber de promover el bienestar de todas las personas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

Al estar centrado en el rol del médico, el principio de *beneficencia* muestra un paternalismo que debe ser equilibrado con los demás principios. *Hacer el bien* es un asunto esencial, pero no es la

única obligación de las personas profesionales de la salud, por eso existen otros tres principios.

El principio de *no maleficencia* se refiere a la obligación de no dañar, no herir o causar dolor innecesario (Adinma, 2012). En otras palabras, el deber médico es siempre intentar hacer el bien al paciente, procurar su salud, bienestar y cuido, pero cuando ello no es posible, la persona profesional de la salud debe evitar dañar, aumentar el dolor o incomodidad, prescindiendo de procedimientos dolorosos innecesarios.

Estos dos principios se refieren al comportamiento de las y los profesionales, su manera de tomar decisiones y sus prioridades. El principio de *justicia,* en cambio, es de tipo social y se refiere al rol de las personas profesionales de la salud en la sociedad, a la forma de distribuir los recursos y las necesidades de las y los pacientes. En otras palabras, este principio denota la obligación de tratar con equidad a todas las personas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007), la idea de brindar trato médico con igualdad y de repartir los costos y beneficios social y no individualmente.

El principio de justicia es necesario para el funcionamiento de los servicios de salud pues garantiza equidad en el tratamiento, el acceso y la calidad. También brinda a cada persona su derecho en igualdad de condiciones y compromete a las personas profesionales de la salud a ser tutelantes de ese derecho y evitar tratos privilegiados en algunos casos o discriminatorios en otros.

Ejercicio:

Utilice los principios de la bioética para el análisis del caso de Marcos, tomado del Programa de base de estudios sobre bioética (Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y El Caribe (2008):

Pablo es un niño de 12 años de edad que fue diagnosticado con Anemia de Fanconi a los 2 años. Su estado de salud se ha deteriorado significativamente por las alteraciones hematológicas características de su patología. Es el hijo menor de Juan y Mónica. Esta familia vive en una pequeña ciudad del sur de la Provincia de Córdoba. Juan es empleado en un banco y Mónica es docente. Viven en una casa modesta, propia, junto a su hija de 14 años y a la madre de Mónica.

Pablo se encuentra internado hace 25 días en una institución pediátrica; el personal médico que lo atiende ha planteado a su madre y a su padre la posibilidad de realizarle un trasplante de médula, como única alternativa terapéutica.

Para seleccionar un donante de médula ósea, que es el tratamiento propuesto, la familia acepta someterse a los estudios correspondientes a fin de determinar si hay compatibilidad con Pablo. Los estudios realizados determinan que ninguno de los tres es compatible.

Frente a esta situación, se plantea la posibilidad de buscar a un hijo que Mónica y Juan tuvieron en la adolescencia y a quien dieron adopción. Éste fue entregado a su madre y padre adoptivos al nacer y a la fecha tiene 22 años. Mónica y Juan tuvieron algo de información sobre él hasta que cumplió los 2 años, luego perdieron todo contacto. La madre de Mónica es la persona que conoce a la familia de crianza de este joven y logra comunicarse con ellos a fin de entrevistarse con su nieto y solicitarle se someta a los exámenes necesarios para el estudio de compatibilidad.

Marcos trabaja en un taller mecánico y está estudiando electrónica. Este joven conoce su situación pero nunca se puso en contacto con su madre y padre biológicos. El estudio permitiría certificar la filiación, conocer su origen biológico y, si hubiere compatibilidad, ser el donante de médula de su hermano biológico.

Marcos rechaza absolutamente la solicitud. Él considera que su madre y padre de crianza son su familia y no quiere información sobre sus orígenes ni contactarse por ninguna causa con su familia biológica. La familia de crianza de Marcos está decidida a apoyar a Marcos en cualquier decisión que tome.

La madre y padre de Pablo proponen al médico que se exija la realización de los estudios frente al pronóstico del niño; el profesional plantea el caso al Comité de Bioética.

3. La centralidad del principio de autonomía en la atención obstétrica

Sin duda, el principio de la bioética de mayor envergadura es el de autonomía, ya que su reciente incorporación ha transformado la relación profesional. Históricamente esa relación se había basado en la total pasividad del paciente en la toma de decisiones, es decir, la completa autoridad del médico para decidir, sin mediar explicación o participación de la persona involucrada. Sin embargo, después de los sucesos históricos narrados arriba esa relación vertical se ha sido modificando para brindar mayor participación y control a las y los pacientes (Seoane, 2010).

La palabra autonomía es de origen griego y significa autogobierno; así, el principio de autonomía es el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en el marco de opciones planteadas científicamente por un médico. La autonomía se refiere al poder para acceder o rechazar los tratamientos ofrecidos e implica que la/el paciente: comprenda la información sobre su condición, el diagnóstico y las terapias posibles; evalúe y ordene los riesgos y beneficios de los tratamientos; exprese sus preferencias con base en sus propios valores y creencias (Chervenak y McCullough, 2015).

Existen varios tipos de autonomía:

> [...] 1) la autonomía decisoria, centrada en la libertad de elección del paciente o usuario, esto es, en su capacidad para deliberar y decidir[se] por un curso de acción entre una gama adecuada de opciones valiosas. El ejercicio de la autonomía decisoria tiene lugar en un proceso comunicativo entre los profesionales asistenciales y el paciente sujeto a determinados requisitos […] 2) la autonomía informativa, consiste en el poder del paciente para disponer y controlar su información de carácter personal, íntima, privada y pública, de modo que pueda decidir por sí mismo cuándo y en qué condiciones procede revelar situaciones referentes a la propia vida y salud […] Finalmente, 3) la autonomía funcional o ejecutiva, referida a la libertad de acción (actuación o abstención) y a la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas (Seoane, 2010, pp. 63-64).

Entonces, para ejecutar a cabalidad el principio de autonomía, es decir:

> [p]ara respetar las decisiones de alguien se requiere que esa persona tenga la capacidad de elegir. Es decir, que tenga: (i) la habilidad de recibir información sobre opciones médicas y entenderlas, al igual que sus beneficios y posibles daños (a menudo llamada consentimiento informado); (ii) la habilidad de considerar los daños y beneficios a la luz de sus propias percepciones y valores; y (iii) la habilidad de plantear sus dudas y decisiones de manera significativa dentro del escenario de la atención a la salud (FIGO, 2012a, p. 6).

El principio de autonomía no es absoluto. A pesar de tener la libertad de decidir y ejecutar, el/la paciente debe hacerse responsable de sus decisiones y actos. Además, la decisión que tome no puede traer consecuencias negativas para terceras personas. Por eso la autonomía supone la capacidad para deliberar y decidir, pero también el deber de responder, que es la capacidad de deliberar con base en las propias convicciones y actuar a partir de esa deliberación. En este proceso, la/el profesional de la salud es el vehículo de ejecución de la decisión, no quien la toma.

Este principio es particularmente importante en el caso de las mujeres, a quienes con frecuencia se les vulnera el derecho a tomar decisiones relativas a su propio cuerpo y se les cuestiona la capacidad de decisión (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2012a). La vulnerabilidad social de las mujeres hace que en el marco de la relación profesional-paciente, pierdan protagonismo sobre la toma de decisiones relativas a su salud:

> Sólo la mujer puede decidir si los beneficios que le proporciona un procedimiento, compensan los riesgos y molestias que pueda sufrir. Incluso si, por ejemplo, otros miembros de la familia sienten que son ellos quienes deben tomar la decisión, es obligación ética del médico asegurarse que su derecho humano a la libre determinación se cumple plenamente en el proceso de comunicación que precede a cualquier consentimiento informado (FIGO, 2012b, p. 317).

Es por ello que al principio de autonomía se le llama "el antídoto contra el paternalismo", ya que implica que la posición del personal médico será dialogadora y receptiva a las preferencias y decisiones de la paciente. Así, empodera a

las mujeres para que decidan en el marco de alternativas médicamente razonables (Chervenak y McCullough, 2015).

4. La ética médica: una ética orientada a la relación profesional-paciente

Como se mencionó con anterioridad, la bioética es la disciplina que estudia la conducta de las personas profesionales del campo médico. Por esa razón, puede ser confundida con la ética médica. Pero se trata de dos conceptos que tienen, en esencia, una diferencia de grado: la bioética es general, la ética médica es específica.

La bioética se centra en el estudio de temas macrosociales ya que "aborda los conflictos éticos que surgen en las ciencias biológicas, como puede ser el caso de la investigación en animales o la manipulación de su estructura genética, o problemas derivados del uso de combustibles derivados del petróleo" (Morales et al., 2011, p. 37); se interesa en los grandes impactos de las tecnologías médicas y sus implicaciones éticas.

Por su parte, la ética médica es la rama de la bioética que estudia los conflictos éticos de la relación profesional-paciente y, en ese sentido, es microsocial. La ética médica se ocupa de la moral médica, sirve para prevenir el surgimiento de conflictos y diseña procedimientos y protocolos para la prevención de los mismos (Chervenak, y McCullough, 2015).

La ética médica mira la manera en que se maneja el personal médico con la persona paciente, el gremio, la sociedad y el Estado. Es el estudio del comportamiento en la relación profesional-paciente para el discernimiento de la actuación correcta y las implicaciones de la actuación errónea. Determina las mejores conductas, las que lleven al beneficio de la persona paciente, y analiza críticamente los paradigmas de conocimiento de la medicina, la cultura médica vigente, la calidad de la atención y del trato.

La ética médica subraya que la actividad esencial de la persona profesional de la salud es cuidar y asistir, no solamente curar. Su tarea social es profundamente ética, pues se trata de cuidar a aquellas personas que están en posición de vulnerabilidad: quienes enferman. Por eso sus responsabilidades no son sólo legales sino también éticas, su deber de servicio público le exige un comportamiento excelente, apegado a toda norma ética (Bunge, 2012).

El conocimiento técnico no es suficiente para resolver los conflictos éticos que se presentan en la práctica clínica. Las mejores decisiones son aquellas que son responsables y que respetan los principios básicos, las que involucran la moral del médico. Por ello, conocer los límites de la propia moralidad es el deber esencial de la ética médica (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

Pero la ética médica no sólo pretende el análisis y reflexión de los conflictos éticos surgidos a la luz de la relación profesional-paciente. También supone un acercamiento a los procedimientos de resolución de casos en los que la voluntad informada de las y los pacientes va contra la percepción de los médicos, poniendo en juego valores, compromisos y actitudes, todas las cuales influyen en la práctica clínica. La ética médica enseña los límites de la incursión del médico en las decisiones, las limitaciones de su propia moral, el respeto por la decisión de la persona paciente y su compromiso con acompañarla en el proceso, cualquiera que sea su decisión.

5. El fin del paternalismo y la nueva ética médica

La ética médica se sustenta en la relación profesional-paciente. Históricamente, esta relación se basa en el poder que tiene el médico sobre la persona paciente y se edifica sobre el saber médico, que otorga un papel preponderante al profesional. Ahora bien, esto no ha dejado de ser así, se trata más bien de que en el marco de la ética médica, lo que hoy en día está en el centro es la relación, no un sujeto (la persona profesional de la salud) o el otro (la persona paciente). La persona paciente ya no es el sujeto pasivo pues, gracias a la autonomía, toma decisiones sobre su vida o su salud.

Poner el énfasis en la decisión del (de la) profesional de la salud y, así, facilitar el ejercicio autoritario de su poder, ha dañado la relación profesional-paciente, ha generado pérdida de confianza, falta de legitimidad y hasta violencia. Todo esto debe ser sustituido por relaciones armónicas basadas en el respeto mutuo y la horizontalidad (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006).

La base histórica de la relación profesional-paciente es la tradicional oposición hipocrática entre beneficencia o autonomía. Se trataba de elegir entre una y otra ya que el profesional de la salud era quien, mediante su conocimiento,

definía el bien de la persona paciente. Es decir, la persona profesional de la salud tenía el poder del saber, y esto le daba legitimidad a sus acciones. En cambio la persona paciente era la que esperaba, y su padecer le limitaba moralmente, la enfermedad limitaba su capacidad de decidir.

A este modelo de relación profesional-paciente se le llama *paternalismo médico*. En el paternalismo médico el poder está concentrado en la persona profesional de la salud, en su saber científico, incuestionable e incompresible para la persona paciente. El (la) médico controla y disciplina a las pacientes. Se le llama paternalismo porque el ejercicio autoritario de poder se justifica en la buena fe. El (la) médico es el "padre" que "cuida a su ignorante y desvalida hija"; en otras palabras, es "una relación asimétrica de poder entre el médico y el paciente, en la cual el primero detenta un poder, que puede ejercer sobre el otro de muchas y muy diversas maneras" (Viesca, 2017, p. 2).

Sin duda, el paternalismo ha estado en el centro de la medicina. Esto no supone necesariamente una actitud negativa, pero ha tenido consecuencias sobre la toma de decisiones de las y los pacientes. Podría considerarse que la actitud paternal de la persona profesional de la salud hacia la persona paciente es una actitud de cuido, de responsabilidad y beneficencia. Pero las nuevas tendencias de ética médica reflejan que el cuido nunca puede estar por encima de la autonomía de las pacientes.

Tomar en cuenta la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos es lo que la ética médica ordena en la actualidad:

> La actitud paternalista consiste en decidir por y sobre el otro sin el otro, o sin tomar en consideración al otro. En general, implica la limitación intencionada de la autonomía o la libertad de decisión y acción de una persona sin tomar en cuenta su parecer, con la finalidad de evitarle un daño o proporcionarle un bien. En su proyección al ámbito asistencial, el paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficencia y la legítima autoridad. El profesional asistencial, superior en conocimientos técnicos, experiencia y pericia, ha sido requerido para favorecer los intereses del paciente o usuario, y lo hace según su propia comprensión de tales intereses. En suma, la esencia del paternalismo es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia (Seoane, 2010, p. 63).

Gracias a la toma de conciencia de las pacientes, a la autocrítica de los (as) profesionales y al aprendizaje de sucesos anteriores, como Núremberg y Tuskegee, el paternalismo ha sido sustituido por un modelo de relación ética entre profesional-paciente, un modelo basado en el respeto y la igualdad del trato, la comunicación y el consentimiento, la participación activa de las pacientes en la toma de decisiones y el riguroso respeto a la confidencialidad médica. Todos estos elementos se verán a continuación.

> La relación que en un pasado cercano era eminentemente paternalista (medicina centrada en el médico) se ha transformado en una relación más participativa (medicina centrada en el paciente), en la que cada individuo debe y exige conocer todo lo relacionado con su persona y su situación de salud. El paciente deja de ser un elemento pasivo para tornarse en una contraparte con derechos, exigencias y expectativas (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, p. 145).

Hoy en día, en la relación profesional-paciente las decisiones son conjuntas, se basan en el diálogo y la confianza, para el beneficio de ambas partes. Pero esta transformación debe trascender las líneas escritas en los manuales de ética y llevarse a la práctica en la clínica.

Un elemento central de esa forma de relación entre profesionales y pacientes, es la transformación de la comunicación. En el modelo paternalista, el aspecto de la comunicación no era esencial. El énfasis estaba puesto en lo que el (la) médico consideraba que debía ser dicho, omitiendo información o incluso negándola. En ese modelo, el acceso a la información por parte de la paciente era disminuido o negado.

Pero en el modelo de la ética médica, la medicina no es sólo un acto técnico que requiere (sin duda) de un alto grado de conocimiento, sino que la medicina es también un hecho social, que implica, para quien la ejerce, del desarrollo de habilidades sociales, como lo son la empatía, la solidaridad y la comunicación. Es con la ética médica que la medicina es ahora una disciplina dialógica, que debe ser en dos vías y que incluye tanto las palabras como los gestos, la vestimenta, los silencios y el entorno, algo que ha sido llamado *lo paraverbal* (Leal, 2003).

Con este cambio de modelo, una buena comunicación es considerada imprescindible en las competencias profesionales de los (as)

profesionales de la salud. No sólo se trata de que exista una transmisión de información del (a) profesional hacia la paciente, sino que sea una comunicación efectiva que asegure el empoderamiento y participación de la paciente, lo cual influirá en la calidad del consentimiento informado, como veremos más adelante.

Esta comunicación efectiva "Asegura una interacción en vez de una transmisión directa, reduce la incertidumbre innecesaria, requiere planificación en términos de los *outcome* o logros requeridos, demuestra dinamismo, sigue el modelo helicoidal más que un modelo lineal" (Moore et al, 2010:1049). Esto quiere decir que la comunicación no debe tener intermediarios, sino que debe reducir la inquietud e inseguridad de la paciente. Esta debe ser pensada y planificada. No puede ser una simple descripción técnica, sino un ejercicio de *ires y venires* (modelo helicoildal), de preguntas y respuestas donde siempre prevalece el respeto y la comprensión.

"Se parte de la idea de que el médico requiere entrenamiento y práctica para lograr un vínculo auténtico con su paciente, lo que resulta un desafío importante al considerar que cada consulta y cada encuentro clínico, es singular" (Hamui-Sutton et al, 2015:18). No se trata de poner en ejercicio las habilidades que ya de por sí tenemos, sino del desarrollo de habilidades comunicativas especiales que necesitan ser aprehendidas y practicadas en el marco de la formación universitaria. *Comunicar* no es sólo hablar. *Comunicar* es escuchar, es comprender, es lo verbal pero también lo no verbal, son los gestos, las respiraciones, son las emociones.

La medicina actual, si bien contempla un gran nivel de tecnificación, de desarrollo tecnológico y de profundidad explicativa que antes no se tenía, ha implicado también la pérdida de las habilidades sociales y humanas de quienes la ejercen. Esta es una de las principales críticas de las pacientes: "El médico establece barreras para evitar involucrarse afectivamente con el paciente y poco a poco se convierte en una persona rígida, fría y sin emociones, lo que tiene consecuencias en la manera en que se comunica con el paciente. Ante este panorama, es conveniente replantearnos la educación médica con la finalidad de retomar una práctica clínica que, además de eficaz en la resolución de los problemas de salud, también satisfaga las necesidades afectivas y sociales de los pacientes y sus familias que buscan ayuda en la recuperación de su salud" (Hamui-Sutton et al, 2015:18).

Retomar y replantear la formación de médicos y especialistas, es una necesidad no sólo por cuanto se deben mejorar las habilidades de comunicación, sino también para la mejora de otras destrezas sociales y éticas que diversos estudios sugieren que se han perdido."El reclamo mundial de enfatizar los ejes ético (como ciencia de la moral) y humanista (referido al conjunto de ideas que expresan respeto hacia la dignidad humana y preocupación por el bien de los hombres) en la formación del médico del siglo XXI se apoya no sólo en la observación repetida de conductas profesionales inadecuadas de los médicos en ejercicio, sino también de inequidades en el sistema de atención de salud que, frecuentemente, violan los derechos de los pacientes y generan reclamos de la sociedad" (Perales, 2008:31).

Por ello, la formación médica no debe incorporar únicamente el desarrollo técnico médico sino también esos elementos humanistas que son cuestionados en la actualidad. Pero que no se comprenda esa formación como un conjunto de cursos, materias o evaluaciones por superar, sino como una formación humana transversal a la carrera que implique la comprensión teórica de la ética, la formación práctica y también la enseñanza mediante el ejemplo de profesores. "La institución formadora del médico debiera tener como objetivo superior no sólo capacitarlo cognitivamente en los aspectos científicos de la medicina, adiestrarlo en el desarrollo de habilidades y destrezas, tanto médicas como tecnológicas, aplicadas a la medicina, sino, especialmente, ayudarlo a formar sus convicciones y motivaciones éticas que requiere su desarrollo moral como personalidad" (Perales, 2008:37).

Esa formación humana transversal implica el desarrollo de los siguientes elementos:

"a. Altruismo: Es la esencia del profesionalismo. La regla es buscar el mejor interés de los pacientes, no el propio.

b. Responsabilidad: Se requiere en diversos niveles como el individual, profesional y social. Es decir, el médico es responsable de cumplir con el contrato implícito que tiene con su comunidad.

c. Excelencia: De acuerdo a lo definido anteriormente, se refiere a la búsqueda continua del conocimiento.

d. Obligación: Es la libre aceptación de un compromiso para servir.

e. Honor e integridad: Es tanto el compromiso para cumplir con los códigos personales y profesionales, como la negación a violarlos.

f. Respeto para los otros: Es la esencia del humanismo y, por lo tanto, elemento indispensable para la armonía entre todos los miembros que integran un equipo de salud" (Hernández, González y Dávila, 2005:44).

Este último punto es de transcendental importancia, ya que los problemas internos dentro de un equipo de salud, la falta de trabajo en equipo o la carencia de enfoques interdisciplinarios, pueden afectar también la calidad del servicio que se brinda a las pacientes y pueden a su vez, ser elementos que lesionen la ética médica.

La ética médica implica como aspecto central un buen trato, respetuoso y apegado a los Derechos Humanos para las pacientes, pero implica también el mismo trato para los demás miembros del equipo de salud. El respeto por su participación, habilidades y conocimientos son esenciales para el trabajo en equipo.

Los conflictos en los equipos de trabajo, si bien son naturales, deben ser atendidos de manera oportuna para generar un buen ambiente de trabajo, pero también para evitar afectaciones innecesarias a las pacientes. Estos conflictos se atienden evitando los siguientes eventos:

"Comunicación: La mala comunicación está presente en gran parte de los conflictos en los servicios: falta de apertura y transparencia administrativas, barreras semánticas, exceso o falta de información (...)

Estructura administrativa del equipo: Existen varios factores administrativos internos que crean desavenencias entre los miembros del equipo. Los que aparecen con más frecuencia son: tamaño del equipo, inequidades en la distribución de tareas y beneficios, especialización del trabajo y burocratización. Así por ejemplo, mientras más grande es el equipo y más especializadas son sus actividades, mayor es la potencialidad para los conflictos (...)

Dimensiones de liderazgo, cultura y trazos personales: Estilos autoritarios y paternalistas de liderazgo tienden a generar más conflictos que aquellos más participativos. Culturas heterogéneas con una menor cantidad de creencias colectivas, también producen más conflictos que los grupos con mayor homogeneidad. Los trazos individuales de personalidad también son muy característicos en relación a los conflictos (...)" (Motta, 2001 citado en Ministerio de Salud, República de Argentina, s.f:62).

El buen manejo del conflicto y la reducción del mismo involucran la trasformación de perfiles autoritarios, un entorno de involucramiento de las familias y las pacientes y la construcción de un entorno donde se respeten la participación de todos los profesionales pero también los no profesionales, lo que ha sido llamado la interdisciplinariedad. "Para practicar la interdisciplinariedad, deben darse ciertas condiciones: los miembros de los equipos de trabajo deben tener frecuentemente oportunidades para: revisar y tomar conciencia de los propios prejuicios, ideologías y creencias; desarrollar una autocrítica de los lugares de poder y de los lugares de saber absoluto; analizar las variables personales, grupales e institucionales y las identificaciones con los modelos formativos propios; admitir que el conocimiento también se encuentra en permanente proceso de cambio, reconociendo la parcialidad y provisoriedad del mismo; proponerse y lograr flexibilizar los límites entre las disciplinas y sostener la cooperación a pesar de las disidencias; desarrollar actitudes y miradas descentradas, tolerando la incertidumbre y la indefinición; plantearse analizar problemas, y no encontrar diagnósticos" (Ministerio de Salud, República de Argentina, s.f.:84).

Uno de los aspectos de mayor esfuerzo en la construcción de esa interdisciplinariedad, es la incorporación de la atención psicológica tanto para quienes integran los equipos de atención obstétrica como para las pacientes. "Aunque pueda parecer una obviedad, cabe explicitar que el hospital es un escenario en el que la experiencia del sufrimiento, tanto físico como psíquico, está constantemente presente, realidad que los diferentes profesionales sanitarios tienen que afrontar de manera excelente en su práctica habitual. Si bien el dolor físico pertenece a la esfera de los pacientes, el dolor psíquico se expresa tanto en pacientes como en profesionales, ya que no es posible acercarse a un paciente que sufre sin que este sufrimiento encuentre un eco en el profesional mismo" (López e Iriondo, 2019:3).

La atención psicológica puede evitar que la experiencia para una paciente pase de ser traumatizante a ser llevadera. Por eso la incorporación del servicio psicológico debería ser una meta del sistema de salud en El Salvador, pero dadas las dificultades económicas para llevar esa meta a cabo, los (as) profesionales de la salud deberán, como parte de su ética médica, incorporar algunas herramientas que le permitan a las pacientes obtener un servicio integral. "Los profesionales sanitarios pueden verse necesitados de asesoramiento sobre cómo abordar y manejar complejas situaciones, en las que los procesos psicoemocionales pueden desempeñar un papel nuclear y que trascienden el conocimiento y el saber hacer de sus respectivos campos de especialización. Se pueden encontrar, de este modo, desprovistos de herramientas para el

manejo efectivo de estas situaciones y sin embargo, solicitar intervenciones centradas en el paciente, aun cuando este no lo desee, cuando quien tiene la dificultad para el manejo son el propio médico o enfermero. Este trabajo de *reconversión* de la demanda, ofreciendo al profesional la ayuda que precisa, irá generando una mayor capacitación en el desarrollo de habilidades, en su relación con el paciente y en la atención a sus aspectos psicológicos" (López e Iriondo, 2019:11).

Como vemos son múltiples los temas y debates de la ética médica. En los capítulos subsiguientes, abordaremos de manera más profunda algunos de los más polémicos pero importantes tópicos: el consentimiento informado, el secreto médico, la objeción de conciencia y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

Ejercicio:

Analice el siguiente caso, tomado del Programa de base de estudios sobre bioética (Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y El Caribe (2008), a la luz de la importancia de la ética médica y todos los elementos que ella implica:

Trinidad es una joven de 16 años. Vive con su madre en la ciudad de Leones, en el seno de una familia de condición humilde. La joven tiene un hijo que nació cuando ella tenía apenas 13 años; a los 15 años dio a luz trillizas sietemesinas en una maternidad pública. Hace 15 días, Trinidad fue internada nuevamente en una maternidad de la Ciudad de Córdoba con 31 semanas de gestación y embarazo múltiple. Los estudios ecográficos prenatales confirmaron que se trata nuevamente de trillizos.

Esta es la cuarta gestación de Trinidad, ya que tiene el antecedente de un aborto espontáneo; todos sus hijos fueron concebidos sin intervenciones biotecnológicas, no por alguna técnica de fertilización asistida. Solamente el padre de su primer hijo aporta una pequeña cantidad de dinero porque hace al menos 6 meses está desocupado. Actualmente se encuentra sin pareja. El padre de los trillizos que están por nacer no ha querido hacerse cargo de ella ni de los hijos que nacerán.

Trinidad cursó la escuela primaria y luego se dedicó al trabajo doméstico por horas de manera irregular, hasta que nacieron las trillizas. A partir de entonces debió quedarse en casa a cuidar de sus hijas e hijo. El único sostén económico de la casa es su madre, quien trabaja en servicio doméstico aunque tiene 6 hijos más, todos menores a Trinidad.

Trinidad está bien de salud, no tiene enfermedades que le impidan concebir nuevamente. En el embarazo anterior Trinidad y su madre firmaron una solicitud de ligadura tubaria, pero el procedimiento no fue realizado porque la ley en este país indica que la mujer debe ser mayor de 21 años para tomar esta decisión. Se desconoce por qué no le permitieron la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU). En el Hospital Municipal de Leones se le ofreció la aplicación de anticonceptivos inyectables y ella los usó: "Pese a todo, quedó embarazada y nos dimos con la sorpresa de que otra vez serán trillizas" dijo el director de la institución.

La madre de Trinidad manifestó: "Mi hija no se descuidó; se ponía inyecciones y no queríamos que tuviera más hijos, pero cuando supimos que volvería a tener trillizos nos quisimos morir, porque no tiene trabajo, el padre de las trillizas la abandonó y yo soy el único sostén económico de ella y su familia".

La madre de Trinidad tiene 49 años y, como se mencionó, trabaja limpiando casas. Recibe una pensión por su marido fallecido, el padre de Trinidad, que la ayuda a cubrir el cuidado de seis hijos; también es el sostén de Trinidad y sus hijas e hijo. "Con tres chicos más de Trinidad no sé si voy a poder arreglármelas", dijo con preocupación.

Trinidad ha indicado claramente que no quiere tener más hijos y que desea que se le liguen las trompas. Cree que con 7 hijos ya es suficiente para su edad y que no querrá volver a quedar embarazada en el futuro. Su obstetra le ha dicho que en caso que los tuviera, probablemente volvería a tener mellizos o trillizos. Su madre ha conversado mucho con ella y ha dado consentimiento expreso, como tutora, para que se le practique la ligadura tubaria.

La cesárea quedó programada para el día 24 de febrero (un día antes de que Trinidad cumpla los 17 años). Trinidad preguntó por la posibilidad de practicar la ligadura tubaria al realizar la próxima cesárea y su madre ha declarado que autoriza el procedimiento. El equipo de profesionales del hospital ha discutido la pertinencia del pedido pero no se ponen de acuerdo al respecto a pesar de numerosas reuniones para lograr una decisión unánime. Han solicitado al Comité de Bioética que analice la situación y elabore una recomendación.

6. Origen e importancia del consentimiento informado

Un tema de constante debate en temas de ética médica es el consentimiento informado. El consentimiento informado es la forma en la que usualmente las pacientes expresan sus preferencias en torno al cuidado médico. Es, además, la forma en que se materializa el principio de autonomía. Por eso el consentimiento informado es una parte esencial de la atención médica. El consentimiento informado se define como la aceptación de la voluntad de la paciente ante una intervención médica, y refleja la comprensión de los riesgos y beneficios de esa intervención (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006).

Para que el consentimiento informado sea real, la decisión de la persona paciente debe basarse en una comprensión de su estado médico que incluya los diferentes tratamientos que se le ofrecen, una descripción de los riesgos y beneficios de esos procedimientos, una opinión de la persona profesional de la salud que explique la diferentes alternativas y una recomendación basada en principios clínicos, no morales. Para que se dé una verdadera comprensión por parte de la paciente, la persona profesional de la salud no debe utilizar términos médicos o estadísticos. Esto quiere decir que es responsabilidad de la persona profesional educar a las pacientes en aspectos específicos de su condición y de su tratamiento, no quiere decir que tiene la responsabilidad de formar a las pacientes como si fueran estudiantes de medicina. El conocimiento de las pacientes sobre los términos técnicos normalmente es limitado, por eso es una obligación ética hacer el esfuerzo razonable para lograr ese entendimiento. Las explicaciones tienen que ser claras y simples, deben atender a las preguntas de las pacientes y, de estar disponible, complementarse con material explicativo impreso (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006).

Son múltiples los estudios y la recopilación de testimonios de pacientes que evidencian que la comprensión de la información médica es inadecuada y que, incluso, existe una pobre comunicación entre las personas profesionales de la salud y las pacientes. Por ello, y para conseguir un satisfactorio cumplimiento del principio de autonomía a través del consentimiento informado, el diálogo entre profesionales y pacientes se debe convertir en una necesidad y en parte de la estructura de la atención médica (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006). El consentimiento informado no puede reducirse a la firma de una fórmula escrita; ésta es el final del proceso de comunicación entre el profesional y la paciente. El consentimiento informado se debe caracterizar, más bien, por ser una relación entre la persona profesional de la salud y la paciente, donde reine el respeto, la comunicación y la toma de decisiones conjuntas.

La fórmula de consentimiento informado sólo documenta el proceso de toma de decisión de la paciente; su objetivo es proteger la decisión a través de un medio escrito, pero eso no elimina la importancia de la comunicación abierta y satisfactoria para una adecuada toma de decisiones (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007). También es esencial comprender que el consentimiento informado no es opcional, es una obligación del trato médico. Cualquier intervención debe estar legitimada por el consentimiento informado de la paciente, que, como el término lo indica, asume que la paciente posee toda la información para tomar una decisión basada en criterios racionales y objetivos.

En ese sentido, vale considerar lo establecido por el Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador, donde expresa:

> **Artículo 23. Sobre el Consentimiento Informado.**
>
> El médico respetará la autonomía de su paciente en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás. Este respeto a la autonomía del paciente se verá reflejado en el proceso del consentimiento informado.

a. Por lo que para efecto de toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica, este solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la siguiente información adecuada:

• El diagnóstico y el pronóstico.

• La naturaleza y el proceso de la intervención y/o fármacos.

• Los beneficios esperados de la intervención y/o fármacos.

• Los efectos secundarios indeseables de la intervención.

• Los beneficios posibles y los riesgos de intervenciones alternativas.

b. La investigación científica solo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona a la que se invita a participar. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento.

c. Para el médico, el proveer información al paciente no debe ser solamente un proceso administrativo o legal, en cambio, debe ser un reconocimiento de la confianza puesta en él o ella por el paciente. La información debe ser adaptada al paciente de acuerdo al grado de escolaridad, de tolerancia (tener tacto en el trato) y hacer una selección de palabras particularmente adecuadas al contexto.

d. El consentimiento debería ser expreso y no dejar ninguna duda sobre la voluntad del paciente o persona interesada y este podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto conlleve para ella desventaja o perjuicio alguno.

e. La información debe transmitirse directamente al paciente cuando se encuentre investido totalmente de su autonomía, o a las personas por él designadas o a su representante legal en caso de que no sea así. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica la cual deberá firmar el paciente o su representante legal. En estos casos, si es a nivel institucional, el médico puede remitir un resumen del caso al Comité de Bioética institucional cuando cuente con él o a la autoridad competente en la institución. En lo privado podrá ponerlo a la disposición de la familia del paciente o a él mismo cuando así lo solicite (Colegio Médico de El Salvador, 2013, pp. 33-34).

Ejercicio:

Analice el siguiente caso, tomado del Programa de base de estudios sobre bioética (Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y El Caribe (2008), a partir de la importancia del consentimiento informado:

Pedro L. es sometido a una intervención quirúrgica mayor en un hospital general de una provincia del país. Luego de la operación, el paciente comienza a sangrar abundantemente. Antes de someterse a la operación, Pedro L., de fuertes convicciones religiosas, le había informado al médico tratante que de ninguna manera deseaba una transfusión de sangre, ya que de acuerdo a su religión este procedimiento es “una fatalidad peor que la muerte”; explicó en detalle que era una decisión meditada y convencida. El paciente dio su consentimiento para la intervención, aclarando esto en reiteradas ocasiones. Su esposa, que lo acompañaba, estuvo también de acuerdo y comparte las mismas convicciones.

Pedro L. es de clase media, tiene un trabajo estable y es mentalmente competente. Ha terminado la escuela secundaria y trabaja en una ferretería. Fue derivado a este cirujano por su médico tratante. Aunque cuenta con seguro social, fue al hospital público porque allí “hay mejores médicos”, según la opinión de la mayoría, comentó.

En la situación postoperatoria descrita se le aplicó un sedante, por lo que estaba solo parcialmente

consciente de lo que sucedía a su alrededor. Sus familiares se encontraban fuera de la sala, ya que por su estado fue trasladado al Servicio de Terapia Intensiva. El médico cirujano, luego de hablar con sus colegas y explicarles que sin una transfusión de sangre el paciente moriría, decidió aplicarle tres unidades de sangre y otros productos que ayudaran a la coagulación. También incluyó antibióticos y otros medicamentos. Cuando Pedro L. despertó no se le informó de lo que había sucedido y de lo que él no se había dado cuenta.

Totalmente recuperado de la cirugía, tres semanas más tarde, el paciente fue dado de alta y se retiró junto con su esposa y sus tres hijos del hospital. Nunca se le informó al paciente sobre las transfusiones que recibió cuando estaba sedado.

7. El deber de confidencialidad y el secreto médico

La confidencialidad es también un aspecto esencial del principio de autonomía de las y los pacientes. Incluye el derecho a la privacidad, a la fidelidad por parte de la persona profesional de la salud y a la protección de esa privacidad ante otras personas. La confidencialidad permite a la paciente manejar su propia información médica. Es, por ende, una responsabilidad legal y ética de las y los médicos, y sólo se justificará su violación ante casos en los que se pudiera causar un daño serio a terceras personas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

La relación profesional-paciente está cimentada en la confianza, lo que implica que la paciente podría brindar información sensible sobre su vida personal, su condición médica y otras características personales, para que sea utilizada con fines clínicos. Supone, por lo tanto, que el médico tiene la obligación ética y legal de garantizar la protección de esa información ante otras entidades, a menos que exista una autorización escrita por parte de la paciente (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006).

Por supuesto que hay excepciones. Por ejemplo, cuando existe una petición legal para la apertura de esa información o, como se dijo antes, debido a la existencia de algún daño a terceros. De lo contrario, la confidencialidad es una obligación ética que debe de ser protegida. La ética médica enseña que el respeto a la confidencialidad es el respeto al principio de autonomía y romperla supone una ruptura en la relación de confianza entre el médico y la paciente. Por ello diferentes organismos éticos y legales a nivel internacional y nacional, han regulado la importancia de este principio ético.

Al respecto, la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente resume el derecho del paciente al secreto de la siguiente manera:

- Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte.

- Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las substancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso.

Por su parte, el Código de Ética Basado en Derechos: Las Responsabilidades Profesionales y Éticas de la FIGO con respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (2003), dice lo siguiente:

> Autonomía y Confidencialidad de las Mujeres:
>
> 1. Apoyar un proceso de toma de decisiones libre de sesgo o coerción, que permita a las mujeres tomar elecciones informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva. Esto incluye la necesidad de actuar solamente en base a un consentimiento o disentimiento plenamente informado, basado en la provisión adecuada de información y educación a la paciente con respecto a la naturaleza, implicaciones de manejo, opciones y resultados de sus elecciones. De esta manera, los profesionales de atención en salud brindan a las mujeres la oportunidad de considerar y evaluar las opciones de tratamiento en el contexto de las circunstancias de su propia vida y cultura.

2. Garantizar que la confidencialidad impedirá que la información reservada y los documentos de registro se comparta de manera verbal o de alguna otra forma, excepto conforme lo requiera la ley o lo desee la paciente.

3. Cumplir con el principio de no discriminación para garantizar que toda mujer recibe un trato respetuoso, independientemente de su edad, estado civil, etnicidad, afiliación política, raza, religión, situación económica, discapacidad u otra condición. Las mujeres deben ser tratadas con respeto hacia su criterio individual y no hacia el de sus parejas o familia.

4. Garantizar que las mujeres adolescentes son tratadas sin discriminar su edad, de acuerdo a su capacidad evolutiva – y no solamente por su edad cronológica – al facilitarles tomar decisiones libres e informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva (FIGO, 2003, p. 3).

Como se puede constatar, la confidencialidad es un principio esencial del ejercicio médico ético y responsable. El secreto médico también es un principio esencial que obliga a la persona profesional de la salud a guardar para sí la información obtenida de la relación profesional, debido a que esta relación supone un acercamiento basado en la confianza profesional-paciente. El derecho al secreto médico es esencial para el buen funcionamiento de los servicios médicos; el incumplimiento del principio de secreto médico puede llevar a las pacientes a mostrarse desconfiadas y poco dispuestas a revelar información sensible pero necesaria para la adecuada atención médica. Por esto el principio de autonomía está estrechamente relacionado con el respeto a la intimidad de las personas (Castilla et al., 1993).

> Como el secreto médico tiene por objeto la preservación de la intimidad, y como ésta es algo propio y exclusivo de cada persona, no corresponde al médico juzgar lo que es íntimo en cada paciente, no puede el médico calificar si algo de lo que ha conocido en el trato con el paciente, es importante o no para el mismo a la hora de decidir si lo puede o no divulgar; como tampoco le sería lícito al médico, salvo faltando al respeto a la intimidad, hacer demasiadas averiguaciones, caer en la tentación de conocer datos del paciente más allá de lo que es imprescindible saber para su diagnóstico y cuidado terapéutico (Castilla et al., 1993).

La persona profesional de la salud debe guardar el mayor respeto a ese otorgamiento de información íntima, de gran sensibilidad para las pacientes. Violar ese secreto médico puede llevar incluso a que la paciente renuncie a seguir recibiendo tratamientos profesionales por parte de los sistemas sanitarios. Este tema es importante porque evidencia que el incumplimiento del secreto médico es una actitud paternalista y violatoria de derechos fundamentales de las pacientes. En cambio, el cumplimiento del principio del secreto médico es muestra de un comportamiento ético apegado a los derechos humanos, y respetuoso de las pacientes como últimas decisoras sobre sus cuerpos.

> La privacidad de las decisiones afirma el derecho humano a elegir, especialmente en los tratamientos médicos, sin la intervención estatal ni de otros, en pro de la autonomía personal. La privacidad física afirma el derecho de la persona de conceder o negar permiso para su reconocimiento físico, pero incluso si el permiso se concede, sigue necesitándose cuidadosa protección contra innecesarios o embarazosos contactos o exposición del cuerpo. La privacidad de información se centra en las cuestiones de confidencialidad del tratamiento médico y es la más importante entre todas estas obligaciones éticas, especialmente en ambientes donde puede haber acceso informático, acceso de los seguros, acceso del gobierno y múltiple procuraduría de los suministradores sanitarios al acceso a los antecedentes del paciente (FIGO, 2012b, p. 322).

Como se mencionó arriba, las mujeres están más expuestas a daños personales cuando se les violenta su confidencialidad y secreto médico. Ellas están vulnerables a una mayor afectación de la violación de este principio y por ello se ha construido normativa, internacional y nacional, para proteger de manera especial a las mujeres, aún más en la atención ginecológica y obstétrica. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de El Salvador (2013, pp. 47-48), indica:

> **Artículo 64**
>
> a. El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.

b. Se entiende por secreto profesional aquello que no es ético revelar sin justa causa. El médico está obligado a mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.

c. El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.

d. En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.

e. El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.

f. El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar, ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.

g. El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 65

a. El médico podrá revelar el secreto exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio Médico de El Salvador si lo precisara, en los siguientes casos:

i. En las enfermedades de declaración obligatoria.

ii. En las certificaciones de nacimiento y defunción.

iii. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.

iv. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y este permita tal situación.

v. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.

vi. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.

vii. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurará siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.

b. Por imperativo legal:

i. En el parte de lesiones, que todo médico está obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.

ii. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez o similar.

iii. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios.

8. La objeción de conciencia y la laicidad en la función pública.

Otro tema sensible que ha generado mucha discusión en ética médica, es el tema de la objeción de conciencia. Por ello, es necesario analizar ese tema y realizar algunas aclaraciones pertinentes.

Si bien existen múltiples definiciones para este concepto, podemos decir que "La objeción de conciencia consiste en la oposición, claramente manifestada, de una persona a un imperativo legal o a una autoridad, basada en los propios principios morales. Por eso, se acostumbra a definir la objeción de conciencia en términos que subrayan el rechazo, por coherencia con los principios de la propia conciencia, a una orden particular, al ordenamiento jurídico

Ejercicio:

Utilice el principio de secreto médico para el análisis del siguiente caso, tomado de la publicación Excluidas, perseguidas, encarceladas. El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, pp. 26-27):

"María, una mujer joven del municipio de Ciudad Delgado en San Salvador, quedó embarazada cuando tenía 18 años. Después de sufrir un aborto espontáneo, fue arrestada y acusada de homicidio agravado en perjuicio de la vida de un recién nacido.

"María era estudiante del último año de bachillerato cuando quedó embarazada. Nunca sintió ninguno de los síntomas del embarazo, sólo tenía algunos dolores en los huesos, condición que siempre había tenido. El 17 de junio de 2009, después de una clase en la que realizó ejercicios físicos, empezó a sentirse muy mal, con dolores más fuertes en los huesos y también en la espalda. Por dos días sufrió desmayos, hemorragia y finalmente sintió que había expulsado algo. Como no mejoraba, su hermana la llevó a un médico particular que le dijo que había tenido un aborto y que era necesario que fuera a un hospital público a hacerse algunos exámenes. Solo en ese momento María se enteró de que había estado embarazada.

"El 23 de junio de 2009, cuando llegó al Hospital Nacional San Bartolo en San Salvador, María tenía un estado de salud muy débil, había perdido mucha sangre y fue necesario hospitalizarla. Desde que ingresó al Hospital, empezaron las acusaciones de que se había provocado el aborto y las amenazas de ser arrestada.

" '[…] me acuerdo que me recibió un doctor […] comenzó a tratarme mal y me dijo – Por lo que vos venís –me dijo– olvídate que vas a salir para tu casa de aquí. Y a los tres días que yo estaba ahí fue que llegó la policía. – […] y abortaste a tu niño […] – ¿Cuál niño? –le decía yo así. – No vas a decir que hubo aquí un niño que has botado ¿y por qué no lo querías es que acaso te trataba mal la persona que estaba con vos? […] de aquí vas a salir –me dijo– pero vas a salir para cárcel'.

"Incluso el médico ginecólogo antes de hacerle el legrado, se aprovechó de que María estaba anestesiada y con poca consciencia para hacerle preguntas acerca del supuesto aborto. '[…] [el doctor] que me hizo el legrado […], y me recuerdo que me estaba dando como sueño y me quería dormir y él me dijo –No, no te durmás […] porque ahorita te voy a hacer una serie de preguntas […] ahorita voy a ir a traer cuaderno para anotar todo. Y luego de ahí del hospital me habían denunciado'.

"Una vez que le hicieron el legrado, María empezó a ser tratada en el área de recuperación y el ginecólogo siguió haciendo preguntas acerca del aborto, sin que María estuviese, todavía, totalmente despierta de la anestesia. Después de dos días, tres policías llegaron para custodiarla en virtud de la denuncia penal hecha por la trabajadora social del hospital.

"El 7 de julio de 2009, después de estar 15 días internada en el Hospital Nacional San Bartolo, le dieron de alta y en la salida del Hospital la policía la capturó y la llevó a las bartolinas (calabozos de la estación de policía) de Cuscatancino. Solo ahí se enteró de que la detuvieron debido a que supuestamente había cometido el delito de homicidio".

o a una práctica determinada que obliga a la persona, sea individualmente, profesionalmente o corporativamente" (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014:4).

Esta oposición tiene varias características. La primera de ellas es que se justifica en función de una contradicción entre las disposiciones morales individuales y la ley o las obligaciones éticas. La segunda es que esa oposición debe ejercerse con responsabilidad y de manera razonada. No puede, por ende, ser simplemente un deseo, una petición o una pretensión, sino que debe ser objeto de argumentaciones racionales que le den coherencia y sentido. El hecho de estar fundamentada en la moral individual no le exime de necesitar un criterio de razonabilidad mínimo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Por ello la solicitud de la objeción y su debida justificación no pueden estar fundamentadas en estigmas o prejuicios de corte ideológico o religioso. Por eso se vuelven necesarios los protocolos, mecanismos de control y rendición de cuentas para evitar que esta práctica se convierta en una militancia ideológica y sea más bien un evento excepcional (Institut Borja de Bioética, 2012). Ese criterio de razonabilidad implica que no toda objeción de conciencia es

procedente, "¿Cómo se establece? Por el marco constitucional, por ejemplo. Eso significa que no todas las creencias se legitiman para reclamar la objeción de conciencia. Las creencias racistas, por ejemplo, no justifican la negación de la asistencia basada en la conciencia" (Institut Borja de Bioética, 2012:44).

La tercera característica es que la objeción de conciencia debe ser una excepción y no la regla. No puede ser una práctica habitual del ejercicio profesional, ya que "El objetor no busca impugnar o cambiar una regla o una política, busca una excepción para sí mismo sin cuestionar la validez de esa regla. Además, en la mayoría de estos casos de objeción tradicional, la práctica es inofensiva" (Institut Borja de Bioética, 2012:18). Este último punto es esencial. La objeción de conciencia si bien es una potestad de los profesionales, no puede bajo ningún término ser perjudicial para las pacientes. No puede ponerlas en riesgo ni mucho menos vulnerarle sus derechos. Debe ser aplicada sólo en condiciones donde se respeten tanto las potestades profesionales como los derechos humanos de las mujeres.

La objeción de conciencia no puede presentarse como una crítica sistemática a la ley o regla, principalmente si se trata de derechos sexuales y reproductivos, sino como un ejercicio personal que no pretende incidir en la regla, pues no les corresponde a los profesionales de la salud realizar cambios legales o reglamentarios en su práctica médica, sino a los entes rectores, a los parlamentarios o a los encargados de las políticas públicas. La objeción de conciencia no puede ser una revocatoria de normas en la práctica médica. No puede ser un método poco transparente de revertir una norma (Institut Borja de Bioética, 2012).

La objeción de conciencia es una facultad que permite ser consecuente con la propia moralidad, pero cuando se trata de prestadores (as) de un servicio público, esta objeción no puede poner en riesgo el acceso a los servicios, es decir, el Estado no puede controlar las creencias y moralidades individuales, obligando a los profesionales de la salud a hacer algo que esté contra sus principios, pero a la vez esta práctica debe estar regulada pues su ejercicio tiene consecuencias para terceros: las pacientes. "La objeción de conciencia no es un derecho absoluto, sino que tiene sus límites en cuanto que puede vulnerar derechos de otras personas. Por ello, debe hacerse un ejercicio coherente y responsable, explicitando la condición de objetor y los límites de la misma, con el fin de permitir una correcta organización de las prestaciones, evitando el perjuicio de terceros" (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014:16).

Los Estados y las instituciones deben velar para que, si la objeción de conciencia existe, esta está regulada de tal forma que se evite violación de derechos, por ejemplo prohibiendo que se dé la objeción de conciencia situacional (contra una paciente en específico y no sobre todos los casos que presenten las mismas condiciones) o garantizando que los profesionales objetores sean reemplazados por otros profesionales no objetores (Institut Borja de Bioética, 2012).

Según Dickens y Cook (2000), el área de ginecología y obstetricia ha generado la mayor cantidad de objeciones de conciencia, lo cual evidencia que la objeción de conciencia ha sido empleada para defender posturas sobre el cuerpo de las mujeres; que finalmente terminan denegando tratamientos vinculados a sus decisiones, lo cual para países latinoamericanos, generalmente afecta más a las mujeres pobres exponiéndolas a graves riesgos para su vida y su salud. Las opciones, principios y determinaciones morales no deberían ser un "costo para las pacientes" ya que perjudicar su salud. Más que una objeción de conciencia sería negligencia y abandono. Por eso la delegación de los casos de un (a) objetor (a) a otro (a) profesional competente no objetor (a) es un asunto de fundamental importancia (Dickens y Cook, 2000). Pero también se debe comprender que cuando haya una emergencia médica o cuando no exista otro (a) profesional competente no objetor (a) disponible, el (la) profesional deberá renunciar a la facultad de la objeción de conciencia y deberá cumplir con sus deberes legales y ética de la atención médica presta y de calidad (International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2006).

Los (as) profesionales de la salud, catalogados (as) como prestadores (as) de servicios público (trabajen o no para el Estado), deben usar la objeción de conciencia con la responsabilidad que son usados todos los principios éticos. Ese uso no debe ser, además, para el estímulo de una agenda religiosa que atente contra los derechos de otros individuos.

Por eso, se hace hincapié en la necesidad de comprender que la laicidad es, así como la objeción de conciencia, un principio ético necesario para el ejercicio médico. Se define laicidad como el "Principio de separación de la sociedad civil y de la sociedad religiosa; defiende el Estado no confesional, la libertad de conciencia y la no imposición de normas y valores particulares de ningún credo religioso; promueve un conjunto de valores seculares y la búsqueda de la razón pública y el debate público" (Escobar, 2013:56). Esto no quiere decir que los

(as) profesionales pierdan su libertad religiosa o su derecho al credo, quiere decir que para efectos de la prestación de un servicio de atención al público se debe separar aquello que es religioso y que forma parte de la esfera de lo privado, de las responsabilidades públicas, comprendiendo que la libertad de credo no puede estar por encima de los demás derechos.

El Estado y sus funciones, incluido por supuesto el derecho a la salud, debe ser imparcial en cuanto a temas religiosos. Esto quiere decir que la prestación de un servicio público debe caracterizarse por que:

"1. Las creencias religiosas, su transmisión y enseñanza se localizan en el ámbito privado; 2. en tanto expresión de un derecho individual, el Estado debe proteger la libertad ideológica, que se manifiesta también en la no profesión de creencia religiosa alguna, así como las ideas antirreligiosas;

3. las faltas a la moral de inspiración religiosa no tienen trascendencia política y más bien el Estado debe definir los delitos mediante criterios universalizables;

4. se debe privilegiar el criterio de argumentación y consentimiento de los individuos, a través del voto y del principio de mayoría, frente a la pretensión de la custodia de verdades reveladas por la divinidad a través de sacerdotes y jerarquías eclesiásticas" (Vázquez, 2008:664-665).

Justamente para el cumplimiento de esas características y para un uso correcto de la objeción de conciencia, se recomienda seguir la guía de acción de la *International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health* (2006), la cual establece como parámetros que: 1. El deber primordial del (de la) profesional de la salud es brindar tratamiento, ofrecer beneficio y evitar daños. La objeción de conciencia es secundaria con respecto a ese deber. 2. Ofrecer un beneficio y prevenir un daño implica que el (la) profesional debe ofrecer información sobre opciones de procedimiento en los cuales el (la) profesional no está de acuerdo en participar o sobre los cuáles haría uso de la objeción de conciencia.

3. Los (as) profesionales tienen un deber de actuar según parámetros científicos y profesionales, y de ejercer el cuidado médico sin tergiversar esos parámetros según sus creencias personales.

4. Los (as) profesionales tienen derecho a ser respetados (as) y no ser discriminados (as) por sus creencias (International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2006).

5. Ser respetados (as) por sus creencias también implica que ellos (as) (los y las profesionales) deben respetar las decisiones y elecciones de sus pacientes en cuando al cuidado médico. 6. Las pacientes tienen derecho a ser referidas de buena fe a otros profesionales no objetores. 7. Los (as) profesionales deberán ofrecer el servicio cuando la referencia a otro (a) profesional no objetor no sea posible. 8. En situaciones de emergencia, para preservar la vida, o la salud física y mental de la mujer, el (la) profesional objetor (a) debe ofrecer el servicio independientemente de sus objeciones personales (International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2006).

9. Los derechos humanos de las mujeres

A pesar de las diferencias culturales e ideológicas, existen principios éticos fundamentales recogidos en la doctrina de los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros documentos ampliamente aceptados y aprobados por los Estados.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) es el primer instrumento en la historia reciente en el que la comunidad internacional reconoce la dignidad y los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación. Su integralidad, universalidad, indivisibilidad e interdependencia fueron reafirmados en el Programa de Acción y la Declaración de Viena, aprobados en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (1993), donde también se los vincula indisolublemente con la democracia y el respeto a las libertades fundamentales; en dicha Conferencia también fueron reconocidos los derechos de las mujeres como derechos humanos.

La voluntad estatal, expresada de buena fe al ratificar los tratados internacionales, debe traducirse en políticas, planes, programas, protocolos, instituciones, entre otros, que den lugar a procesos sostenidos de desarrollo y realización plena de todas las personas. Estas iniciativas deben estar marcadas con la impronta de una ética orientada al respeto a los derechos, la dignidad e igualdad de los seres humanos, que se irradie a la totalidad de acciones desarrolladas en todos los sectores, en aras de la vigencia de los

derechos humanos.

¿En qué consiste el Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH)?

- En primer término, en promover la realización de los derechos humanos en todas las esferas de la vida social, incluyendo los medios de comunicación.

- En segundo lugar, en basar las acciones políticas, sociales, culturales, económicas y de cualquier otra índole, en su doctrina, principios y normas.

- Tercero, en contribuir a que los entes titulares – garantes – de deberes y aquellos que tienen responsabilidades, cumplan con sus obligaciones.

- Por último, en que los sujetos titulares de derechos los conozcan, ejerzan y reclamen.

¿Por qué poner en práctica el EBDH?

Hay dos argumentos principales en favor del EBDH:

- El argumento moral o jurídico, que reconoce que el EBDH es lo correcto.

- El argumento instrumental, que reconoce que el EBDH conduce a resultados mejores y más sostenibles en materia de desarrollo humano.

¿Qué se requiere para aplicar el EBDH?

- Reconocer que todos los sujetos, individuales y colectivos, ostentan la titularidad de los derechos, cuáles son los derechos que les corresponden – sobre todo los de las poblaciones discriminadas y en condición de vulnerabilidad –, sus demandas en torno a ellos y sus capacidades para reclamarlos (organización, conocimiento, experiencia);

- identificar a los titulares de deberes, el grado de cumplimiento de sus obligaciones y sus capacidades y limitaciones;

- analizar las causas estructurales que históricamente han conducido a la violación o negación de derechos, para contrarrestarlas;

- tener una visión del contexto en el que se desenvuelven los sujetos que ostentan su titularidad mediante el examen de los aspectos que lo conforman, entre otros, sociales, políticos, económicos y jurídicos;

- identificar a las fuerzas que interactúan en los escenarios de toma de decisiones y el balance de poder entre ellas, con miras a introducir medidas que "nivelen el terreno" para los sujetos más desfavorecidos; y,

- respetar y reconocer el derecho a participar – e incidir – en la toma de decisiones por parte de los titulares de derechos; para ponerlo en práctica, se deben establecer los procedimientos y espacios necesarios para que este se concrete.

La participación de todas las personas y colectividades sociales reconocidas como titulares de derechos contribuye a su inclusión para que incidan en la toma de decisiones acerca de su realización. No es un acto espontáneo ni el producto de la buena voluntad del funcionariado a cargo. Debe ser un proceso planificado, con objetivos claros, institucionalizado en todos los niveles de la vida pública.

Asimismo, con las debidas adecuaciones, hay que garantizar no solamente la presencia sino también la libertad de expresión de los sujetos titulares de derechos, individuales y colectivos. Esto implica el respeto mutuo entre las partes para posibilitar un diálogo constructivo. Además, debe estar enmarcado en políticas que expresen la voluntad del Estado y hagan posible el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en derechos humanos.

¿Quiénes son los titulares de derechos, de obligaciones y de responsabilidades?

- Titulares de derechos: son todas las personas. El ser humano pasa de ser un sujeto de necesidades, objeto de asistencialismo y clientelismo, a constituirse en un sujeto de derechos.

- Titulares de obligaciones: el Estado y las instituciones públicas conforman el sujeto con obligaciones jurídicas y morales. Aquí se incluye al gobierno nacional, las administraciones regionales y los poderes locales.

- Titulares de responsabilidades: entre otros, los individuos, organizaciones (sistemas universal e interamericano de derechos humanos y todas las entidades interesadas), el sector privado y los medios de comunicación.

Dentro de este enfoque, los derechos humanos relevantes para la ética médica son el derecho a la vida; a no ser discriminado; a no sufrir tortura y trato cruel, inhumano o degradante, y al acceso igualitario a los servicios públicos y a la atención médica. De esta forma, todas las actuaciones y procesos relacionados con la labor médica deben buscar el respeto, la garantía y el goce de estos derechos humanos, cuyas normas y principios se corresponden con la jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y del Sistema Universal de Naciones Unidas relacionada con el derecho a la salud de las mujeres.

Así, corresponde a todas las personas profesionales de la salud y personal sanitario público de El Salvador, garantizar y proteger los derechos humanos de su población, por un compromiso adquirido al ratificar los instrumentos de derechos humanos, como declaraciones, protocolos y convenciones. Lo que es importante reconocer acá es que las personas profesionales de la salud y personal sanitario de los servicios de salud pública son agentes del Estado y, por lo tanto, son "portadores de obligaciones", es decir, tienen la obligación de contribuir a la realización plena de los derechos humanos de sus pacientes. En caso de incumplir con esta obligación se exponen a sanciones internacionales. También estarían incumpliendo con los valores adquiridos de la ética médica que coinciden con las obligaciones en materia de derechos humanos.

a) Marco normativo internacional

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador, en su artículo 10, expresa lo siguiente en relación al derecho a la salud:

> Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
>
> a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
>
> b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
>
> c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
>
> d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
>
> e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; y
>
> f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

El Protocolo hace referencia a la satisfacción del derecho en un contexto de desarrollo de un sistema de salud, que por básico que sea, debe garantizar el acceso al sistema de Atención Primaria en Salud (APS), y el desarrollo progresivo y continuo de un sistema con cobertura para toda la población del país.

Así mismo, en la Observación General No.14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante el Comité DESC) señala que numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

El Comité DESC ha elaborado una detallada explicación sobre cómo el derecho a la salud, en todas sus formas y a todos los niveles, abarca elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación depende de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado parte. El recuadro que sigue muestra los elementos para una política estatal que garantice el cumplimiento del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

A) DISPONIBILIDAD

Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

C) ACEPTABILIDAD

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

D) CALIDAD

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas

B) ACCESIBILIDAD

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Fuente: Arguedas (2014, p. 22).

b) Temas centrales de la Observación General No. 14 del Comité DESC

Vale señalar los temas en que la Observación General No. 14 hace énfasis a partir de la definición amplia del derecho a la salud para la adopción de medidas por parte del Estado. Sigue un recuadro que muestra las medidas que debe adoptar el Estado para la garantía del derecho a la salud de las mujeres. Después, se puntualizan los temas centrales de la Observación General No. 14.

DERECHOS DE LA SALUD DE LAS MUJERES	RESPONSABILIDAD DEL ESTADO
El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva	"La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a del párrafo 2 del artículo 12). Se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto (11), los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (12).
El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas	"La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c del párrafo 2 del artículo 12). Establecer programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y promover los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

DERECHOS DE LA SALUD DE LAS MUJERES	RESPONSABILIDAD DEL ESTADO
El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud	"La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d del párrafo 2 del artículo 12). Tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación General No. 14 del Comité DESC.

- **No discriminación e igualdad de trato.** Al respecto, la Observación General No. 14 indica lo siguiente:

> En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la Observación General No. 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo (Comité DESC, 2000).

- **Igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud**

El Comité DESC señala que los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial en lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.

Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada

de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población (Comité DESC, 2000).

· **La perspectiva de género**

El Comité DESC recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. Así mismo, el Estado, para orientar su labor hacia la garantía del derecho a la salud, debe facilitar la desagregación de los datos socioeconómicos y de aquellos relativos a la salud para determinar y atender las desigualdades y necesidades diferenciadas de la población en la materia (2000).

· **Las mujeres y el derecho a la salud**

En este apartado, el Comité DESC señala:

> Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de su vida. Esta estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones a la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le denieguen sus derechos genésicos (2000).

· **Derecho a la salud sexual y reproductiva**

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para los individuos, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia representó la superación de los programas de planificación limitados estrictamente a la familia, situó a la mujer en el centro de un planteamiento integral de reproducción y reconoció que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva.

Así mismo, en el informe que presentó el Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud en el 2004 (Hunt, 2004) en el marco del décimo aniversario de la CIPD, se considera a la salud sexual y reproductiva en el contexto del derecho a la salud, se resalta que la salud sexual y reproductiva tiene un papel indispensable que desempeñar en el combate contra la intolerancia, la desigualdad de género, el VIH/SIDA y la pobreza, y se recomienda que se preste mayor atención a una comprensión adecuada de la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la salud sexual y los derechos sexuales.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cap. I, sec.1) contiene algunos principios y definiciones innovadoras en relación con la salud sexual y reproductiva, que siguen siendo sumamente pertinentes.

El capítulo II confirma quince principios relacionados con la salud sexual y reproductiva. El Principio 1 inicia con la frase: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". Según el Principio 8:

> Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

Además, el capítulo VII se titula "Derechos reproductivos y salud reproductiva".

Como bien lo menciona Alda Facio (2008), el párrafo 7.2 es largo, pero es tan importante en el desarrollo de los derechos reproductivos como derechos humanos, que se transcribe completo en los que sigue:

> 7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

También se transcribe el párrafo 7.3, de la mayor importancia para establecer que los derechos reproductivos son derechos humanos:

> 7.3. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia.

Al año siguiente, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se adoptaron, también por consenso, las mismas disposiciones adoptadas en la Plataforma de Acción de Beijing, agregando lo siguiente:

> Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (párr. 96).

El término *derechos reproductivos* fue acuñado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (1994) y en el Programa de Acción del Cairo:

> Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, sí están dispersos en todos y sí hay consenso sobre la aplicabilidad de los derechos fundamentales en ámbitos de la vida reproductiva. Es por ello que se puede afirmar que los derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y sí son jurídicamente vinculantes.

Alda Facio (2008) detalla los doce derechos que conforman los derechos reproductivos fundamentales ya reconocidos en instrumentos internacionales, regionales y nacionales:

1. **El derecho a la vida**
   El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

2. **El derecho a la salud**
   El derecho a la salud reproductiva.

3. **El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales**
   El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
   El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.
   El derecho a vivir libre de la explotación sexual.

4. **El derecho a decidir el número e intervalo de hijos**
   El derecho a la autonomía reproductiva.
   El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

5. **El derecho a la intimidad**
   El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.

6. **El derecho a la igualdad y a la no discriminación**
   El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.

7. **El derecho al matrimonio y a fundar una familia**
   El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
   El derecho a contraer o no matrimonio.
   El derecho a disolver el matrimonio.
   El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.

8. **El derecho al empleo y la seguridad social**
   El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
   El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
   El derecho a no ser discriminada por embarazo.
   El derecho a no ser despedida por causa de embarazo.
   El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral.
   El derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad.

9. **El derecho a la educación**
   El derecho a la educación sexual y reproductiva.
   El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.

10. **El derecho a la información adecuada y oportuna**
    El derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud.
    El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.

11. **El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer**
    El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.

12. **El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación**
    El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana.
    El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

Fuente: Facio (2008, p. 28).

c) La protección de los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

La atención a los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos inicia cuando la Convención Americana sobre Derechos Humanos instrumentó dos órganos competentes para conocer las violaciones de derechos humanos: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El Sistema Interamericano ha jugado un papel clave en la garantía de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito regional y mundial. Ha hecho un especial aporte a la eliminación de las discriminaciones y ha favorecido que las mujeres puedan gozar de sus derechos y libertades fundamentales mediante la creación de los organismos e instrumentos interamericanos que se indican a continuación:

ORGANISMO/INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Comisión Interamericana de la Mujer (CIM)	Fue creada en 1928 como un primer esfuerzo en la región para velar por los derechos civiles y políticos de las mujeres. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando se adoptan iniciativas concretas dentro del Sistema Interamericano para proteger y garantizar de manera más efectiva los derechos de la mujer.
Convención Americana sobre Derechos Humanos	En noviembre de 1969 se celebró en San José de Costa Rica la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. En ella, los delegados de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) redactaron la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978, al depositarse el undécimo instrumento de ratificación por un Estado miembro de la OEA.
Relatoría para la Condición de la Mujer en las Américas	Iniciativa que surgió en 1994 en el seno de la Comisión, impulsada por la creciente conciencia sobre la variedad de formas por las cuales leyes y prácticas a escala nacional impedían a la mujer el ejercicio pleno y libre de sus derechos. La finalidad de esta Relatoría es monitorear el cumplimiento por parte de los Estados miembros de la OEA de las obligaciones internacionales establecidas en los instrumentos regionales sobre derechos humanos en lo relativo a los derechos de la mujer.
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará"	Fue adoptada en 1994 por la Asamblea General de la OEA. Hasta la fecha es el único instrumento internacional que trata expresamente el problema de la violencia contra las mujeres. Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como una necesidad fundamental para la lucha contra el fenómeno de la violencia hacia su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público

ORGANISMO/INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
	como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad. Su importancia radica en que ha sido ampliamente ratificado1 por los Estados de la región, clara evidencia de los propósitos de proteger efectivamente los derechos de las mujeres.
Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de San Salvador)	El Pacto de San Salvador se firmó el 17 de noviembre de 1998; en él se reafirma el deseo de reconocer y ampliar los derechos de las mujeres, en especial los derechos reproductivos, cuando en el artículo 10 señala: "1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". Solicita además a los Estados establecer medidas que tiendan al cumplimiento de este derecho, haciendo énfasis en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST)	Es un instrumento internacional de los derechos humanos, creado con el objetivo de prevenir y sancionar casos de tortura y otras actividades similares. La CIPST entró en vigor el 28 de febrero de 1987.

1 A la fecha ha sido ratificada por 32 de los 34 miembros de las OEA. A saber: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Granada, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

10. La situación de las emergencias obstétricas en El Salvador

A pesar de la amplia normativa internacional que tutela el derecho a la salud de las mujeres, el 20 de abril de 1998 entró en vigencia un nuevo Código Penal en El Salvador, en el que quedaron eliminados los casos de aborto despenalizado. En seguida, en enero de 1999, fue reformado el artículo 1 de la Constitución Política, estableciéndose el inicio de la vida de una persona a partir de la concepción. Así, El Salvador es uno de los cinco países de América Latina con una prohibición total de la interrupción voluntaria del embarazo, inclusive cuando la vida de la madre o del feto está en peligro. Entonces comenzó una persecución penal contra las mujeres que presentan emergencias relacionados con el embarazo, pues se presume que son culpables de aborto voluntario.

Esta prohibición provoca que las mujeres salvadoreñas no gocen de un completo acceso a la atención médica y, por ende, del cabal cumplimiento de su derecho a la salud, específicamente a la salud sexual y a la salud reproductiva. Según la Organización Panamericana de la Salud, en El Salvador se registra una tasa de mortalidad materna más alta que en el promedio de América Latina y el Caribe, asunto que está relacionado con el difícil acceso a los servicios de salud relacionados con el embarazo, parto y puerperio. En su mayoría, las muertes maternas se dan por enfermedades hipertensivas del embarazo y hemorragias postparto, la mayoría de ellas prevenibles pero poco atendidas porque la criminalización de las mujeres con complicaciones en el embarazo podría estar disuadiéndolas de buscar el servicio. La alta tasa de violencia sexual contra menores y la falta de acceso a anticoncepción provocan que las mujeres busquen abortos inseguros e ilegales, lo cual también contribuye con la muerte

o suicidio de estas mujeres.

Según un informe del Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana publicado en 2013,

> [...] en el periodo comprendido entre enero de 2000 y el primer trimestre de 2011, 129 mujeres fueron procesadas por aborto o por homicidio agravado. El 68.22% se encuentra entre los 18 y 25 años. De las mujeres procesadas, 49 fueron condenadas, 23 por aborto y 26 por homicidio en distintos grados. Las condenas pueden ser de hasta 50 años. Este número no incluye a las mujeres menores de edad que han sido procesadas por aborto o por delitos conexos ya que no fue posible acceder a esos expedientes por ser menores de edad (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, p. 13).

Según ese mismo informe,

> [...] de las mujeres procesadas por presentar emergencias obstétricas cuyos datos se conocen, el 3.1% tiene estudios universitarios; el 1.55% tiene estudios técnicos y el 11.63% tiene estudios de bachiller. El 17.83% tiene el tercer ciclo de educación y el 22.48% contaba con menos de nueve años de educación. El 6.98% corresponde a mujeres analfabetas; el 73.64% son mujeres solteras y sin pareja; el 51.16% no recibían remuneración económica por su trabajo y 31.78% contaban con empleos de remuneraciones muy bajas. Estos datos permiten establecer que las mujeres procesadas se encontraban en su mayoría en situación de pobreza. En los casos presentados, la persecución penal fue infundada o durante el proceso de investigación se cometieron violaciones al derecho al debido proceso, particularmente a la presunción de inocencia y al derecho a la defensa. En 56 casos, las mujeres fueron puestas en detención provisional, pasando directamente de las camas de los hospitales a las celdas del sistema judicial y después a la cárcel (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, p. 13).

También se verifican violaciones al derecho a vivir libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes debido al maltrato, las condiciones y denegación de servicios de salud adecuados al que son sometidas las mujeres en los centros penitenciarios. Además, posteriormente padecen discriminación laboral por sus antecedentes penales y exposición mediática.

De lo descrito se desprenden los siguientes problemas:

- Criminalización de las mujeres en situación de vulnerabilidad que presentan emergencias obstétricas en los hospitales públicos.
- El personal sanitario es obligado a denunciar a las mujeres que presentan emergencias obstétricas en los centros de salud so pena carcelaria, según la interpretación jurídica del Código Penal de El Salvador; a esto se suma el trato discriminatorio que, en algunos casos, sufren a manos del personal sanitario.

El objetivo de la ética médica es contribuir a que las personas profesionales de la salud y el personal sanitario de El Salvador, en su calidad de agentes del Estado, conozcan sus obligaciones en cuanto a los derechos humanos de las mujeres que utilizan los servicios de salud y, por tanto, se reconozcan como actores fundamentales en la protección de esos derechos.

En El Salvador la ley indica: “El que provocare un aborto con el consentimiento de la mujer o la mujer que provocare su propio aborto o consintiere que otra persona se lo practicare, serán sancionados con prisión de dos a ocho años”. En el caso de que el aborto sea cometido por personal de salud, la pena aumenta: “Si el aborto fuere cometido por médico, farmacéutico o por personas que realizaren actividades auxiliares de las referidas profesiones, cuando se dedicaren a dicha práctica, será sancionado con prisión de seis a doce años. Se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión o actividad por el mismo período”.

Si bien el aborto es un hecho punible de acuerdo con los artículos 133 a 137 del Código Penal y su artículo 312 penaliza la omisión de denuncia, el artículo 232, inciso 2, del Código Procesal Penal introduce una excepción al indicar lo siguiente:

> Tendrán obligación de denunciar los delitos de acción pública los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud, que conozcan

> esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté bajo el amparo del secreto profesional.

Es decir que, pese a las sanciones estipuladas en el Código Penal, el Código Procesal Penal brinda una excepción a la denuncia amparada en el secreto profesional. Como el incumplimiento del secreto médico es una violación a un derecho fundamental de las pacientes, una denuncia de este tipo violaría el derecho a la intimidad protegido por tratados internacionales, por la Constitución y por otras normativas ratificadas por el Salvador (Hernández, Cierra y Ramírez, 2004).

Diversos estudios demuestran que las principales denunciantes de abortos por emergencias obstétricas son las personas profesionales de la salud que atienden a las mujeres, quienes no son culpables de aborto provocado. Pese a ello, fueron denunciadas por quienes debieron protegerles: sus médicos. Estas denuncias violan el secreto profesional y, al mismo tiempo, provocan la pérdida de confianza de las pacientes, quienes dejan de asistir a los centros médicos para atenderse cuando lo requieren. Así, no garantizar la confidencialidad aumenta la inseguridad de las mujeres que tienen emergencias obstétricas:

> En 74 de los casos, las denuncias de las mujeres provinieron de hospitales públicos o del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Este tipo de denuncia plantea dos problemas importantes: la violación del secreto profesional al que tiene derecho la paciente y consecuentemente, la desconfianza que esta práctica genera en otras mujeres que se encuentren con problemas obstétricos similares, lo que puede impulsarlas a no buscar apoyo médico (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, p. 44).

El secreto profesional es la obligación legal del personal de salud de mantener en secreto la información que se ha recibido de las personas usuarias de los servicios de salud y que deriva del juramento hipocrático.

En El Salvador, esta obligación la establece el Código de Salud en su artículo 37, al determinar que:

> El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente de cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

El artículo 187 del Código Penal establece que: "El que revelare un secreto del que se ha impuesto en razón de su profesión u oficio, será sancionado con prisión de seis meses a dos años e inhabilitación especial de profesión u oficio de uno a dos años". Incluso, el personal médico, farmacéutico, de enfermería y demás que ejerce profesiones relacionadas con la salud, está eximido de denunciar los hechos delictivos de los que tenga conocimiento al prestar los auxilios de su profesión, si es que ese conocimiento está bajo el amparo del secreto profesional (Código Procesal Penal, artículo 265).

Cualquier obligación legal que tengan las personas funcionarias o empleadas públicas de denunciar o informar un hecho punible bajo su conocimiento debe ser interpretada bajo la excepción legal de no denunciar todo aquello que haya sido revelado bajo el secreto profesional, en este caso, la atención médica que se brinda a una mujer cuando presenta indicios de aborto, ya sea espontáneo o inducido.

Esto se complementa con el deber de abstención de declarar, según el artículo 205 del Código Procesal Penal, que indica:

> No podrán declarar sobre los hechos que han llegado a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, bajo pena de nulidad, los ministros de una iglesia con personalidad jurídica, los abogados, notarios, los profesionales y auxiliares de las ciencias relacionadas con la salud, según los términos del secreto profesional, y los funcionarios, empleados y demás servidores públicos sobre secretos de Estado. Si el testigo invoca erróneamente ese deber, se procederá a interrogarlo.

La protección jurídica que deriva del artículo 187 del Código Penal no sólo es para quien desempeña una profesión de la salud y quien, en el ejercicio de su profesión, recibe información. También la gozan todas las personas que comparten información con una persona profesional de la salud para que ésta ejerza su profesión. Las mujeres que hayan presentado emergencias obstétricas y que busquen atención en salud, podrían brindar información a las

personas profesionales en salud por la necesidad en la que se encuentran y por la confianza del vínculo que desarrollan. De esto se deriva una obligación legal para las personas profesionales en salud de guardar secreto sobre la información que hayan recibido.

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se pronunció en el caso De La Cruz Flores versus Perú en el sentido de que los médicos tienen un derecho y, a la vez, un deber de respetar la confidencialidad de la información a la que tengan acceso en el ejercicio de su profesión (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013). En otras palabras, el secreto médico es una responsabilidad social del personal médico. Existe una exigencia legal de que la persona profesional en salud no divulgue todo aquello de lo que se entere durante la atención a una usuaria del servicio. Es importante notar que esto no contempla únicamente aquella información revelada de forma explícita, sino también toda información que por su conocimiento, puede deducir.

El deber de confidencialidad se cimienta en una absoluta confianza entre las personas profesionales en salud y las personas usuarias de los servicios. Para que esta relación se dé, las usuarias deben fiarse de que la información que brindan será resguardada y no será usada en su contra. Esta relación está intrínsecamente vinculada con el acceso al derecho a la salud y traicionarla puede llevar a la discriminación y estigmatización de la paciente.

El Centro de Derechos Reproductivos recomendó en 2010 que El Salvador:

> [T]om[e] medidas para impedir que las mujeres que acuden a hospitales públicos sean denunciadas por el personal médico o administrativo por el delito de aborto. Las historias revelan situaciones de maltrato en el acceso de servicios de salud esenciales, porque su personal las estigmatiza y discrimina. La consecuencia de este maltrato y discriminación, así como el temor a la denuncia, hace que las mujeres tengan miedo a acceder a los servicios de salud cuando tienen emergencias obstétricas o cuando necesitan de cuidados post aborto. Esta situación comprende una violación a los derechos a la salud y a la vida de las mujeres, así como al derecho a la igualdad y a estar libre de violencia (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, p. 67).

Específicamente con respecto al aborto, la Organización Mundial de la Salud (2014) ha manifestado que las intervenciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva deben:

- Cumplir con una atención de calidad.
- Basarse en la evidencia científica y prestarse de forma respetuosa y positiva.
- Mantener la privacidad y confidencialidad de la persona.
- Presentar la información con claridad, sin coacciones y fomentando la toma de decisiones con la información suficiente.
- Ser prestadas por personas debidamente capacitadas, competentes y que no juzguen a la paciente.
- Velar por que los servicios de salud almacenen y utilicen cantidades adecuadas de material de calidad (tanto productos como equipos).

La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial Sobre los Derechos del Paciente, estipula que: "Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niegue (el derecho a la confidencialidad) al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos" (Declaración de Lisboa, 2005, párr. 1ero).

El equipo de salud debe ajustarse al marco normativo vigente para la atención de pacientes con emergencias obstétricas. La transgresión de estas obligaciones implica su incumplimiento. En caso de ocasionar un daño, conlleva responsabilidades civiles y, si se tipifica en algún delito (lesiones, muerte, incumplimiento de deberes de funcionario, entre otros), también penales.

Cuando se presenta una colisión entre la obligación de denunciar, según el artículo 312 del Código Penal, y la obligación de no revelar el secreto profesional, según el artículo 187 del mismo cuerpo normativo, al tomar la decisión de denunciar (o no hacerlo) la persona profesional de la salud debe valorar la magnitud de los hechos que han sido puestos en su conocimiento. En cualquier caso, se debe entender que vencerá el deber de salvaguardar la vida y salud de las mujeres, dentro y fuera del centro de salud.

El deber jurídico del secreto profesional inicia desde el primer contacto de la mujer

usuaria del servicio de salud con la persona profesional de la salud, y no termina cuando esta atención cesa. Impera aun cuando termina la relación profesional. Los únicos casos en que no obliga el secreto profesional es cuando existen enfermedades infectocontagiosas. No existe una ley en El Salvador que prevea la obligación del personal médico de dar a conocer a los agentes judiciales la información confidencial de una mujer que no haya dado su consentimiento para hacerlo, por ejemplo, la de haber presentado una emergencia obstétrica. Por lo contrario, la normativa nacional establece la obligación de cumplir con el secreto profesional.

Ejercicio:

Analice el siguiente caso, tomado de la publicación Excluidas, perseguidas, encarceladas. El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador (Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana, 2013, 33-34), con base en sus conocimiento técnicos, los deberes éticos y su posición personal.

"Rosmery, una mujer salvadoreña y madre de tres niños, quedó embarazada de su cuarto hijo cuando tenía 22 años. El 17 de enero de 2002, con aproximadamente 18 semanas de embarazo, tuvo una emergencia obstétrica que le causó una gran hemorragia y le hizo perder el conocimiento. Inconsciente, fue conducida por su mamá y su padrastro al Hospital Nacional de San Bartolo en la ciudad de Ilopango. En el hospital fue necesario practicarle un legrado cuando aún estaba inconsciente. Cuando estaba despertándose de la anestesia, los médicos le empezaron a hacer preguntas sobre el paradero del feto, entre otras, a las que no pudo responder debido a su estado de salud. A pesar de que Rosmery aseguraba que ella no sabía lo que había pasado y todo había sido muy confuso, los médicos que la atendieron llamaron a la policía para denunciarla por el delito de aborto.

"Alrededor de las seis de la tarde de ese mismo día, la policía la arrestó en el hospital y le designaron tres policías que la custodiaron durante los ocho días que duró internada. Ese mismo día le tomaron su declaración y uno de ellos le dijo que la tenían vigilada porque saliendo del hospital ya no iba a volver a su casa sino que se iba para la estación de policía porque había matado a su hija.

" 'Cuando yo llegué al hospital llegué inconsciente y estando allí, cuando yo ya volví en sí, los médicos me empezaron a preguntar unas cosas. Me preguntaron un montón de cosas que ¿qué había hecho el niño que había tenido? […] De allí como a las seis de la tarde de ese mismo día, ya habían policías alrededor de mi cama. Uno de ellos me dijo que me tenían vigilada porque saliendo de allí yo ya no iba a volver a mi casa sino que iba [con ellos para la policía], […] que ya no iba a volver a mi casa porque había matado a mi hija. […] Los mismos médicos llamaron a los policías. Ahí fue donde a mí me dijeron que estaba arrestada, […] Eso me lo tomaron ese mismo día en el hospital a las seis de la tarde. […] Cuando ellos me empezaron a tomar declaraciones me empezaba a despertar de la anestesia que me habían puesto'.

"El 24 de enero de 2002, Rosmery fue dada de alta en el hospital y estuvo ocho días en las bartolinas de Apuno. Aún convaleciente y con sangrados, tuvo que dormir en el suelo, y padeció dolor y mucho frío, cosa que empeoró su salud. Durante el tiempo de esta reclusión, nunca fue llevada a las consultas programadas de control para verificar su estado de salud con posterioridad al legrado, ya que los policías nunca oficializaron su detención por lo que no podía ser trasladada para ir a las citas médicas.

" 'Aun cuando yo voy a ver mi periodo tengo mucho dolor, demasiado, pero es por […] Lo helado del suelo. Dormir en puro suelo, y uno así todo delicado. Y a mí no me sacaron a las consultas que me dejaron, yo llevaba citas del hospital y a ninguna me llevaron'. Rosmery solo recibió atención médica adecuada una vez que fue trasladada definitivamente a la cárcel de mujeres de Ilopango, después de ser condenada por homicidio agravado".

11. Recomendaciones para el manejo ética de las emergencias obstétricas en El Salvador

Como se ha podido ver, la situación de las mujeres en El Salvador es compleja, especialmente para aquellas que viven emergencias obstétricas y están en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. Las personas profesionales de la salud que atienden a estas mujeres tienen el deber ético de abogar por un cuidado respetuoso e integral de su salud; su conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva supone el deber de proporcionar los cuidados necesarios, con base también en la razón y la ética.

Las personas profesionales de la salud deben ejercer su profesión con sensibilidad, calidad y accesibilidad para todas las mujeres. El personal médico no debe promover el incumplimiento del derecho humano a la salud, no puede discriminar ni afectar la autonomía de las mujeres. Este personal debe prestar el servicio con base en los más altos estándares técnicos y éticos del ejercicio profesional, además de atender la salud de las mujeres de acuerdo a la mejor evidencia científica posible, con un trato equitativo y accesible (FIGO, 2012b).

Por lo general, la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva no se debe a la carencia de conocimiento técnico por parte de las personas profesionales de la salud sino, más bien, a su deficiente conciencia sobre la importancia que tienen en la tutela del derecho humano a la salud de las mujeres. Ese impedimento de acceso a la salud sexual y reproductiva también tiene que ver con la infracción a las responsabilidades éticas básicas, por ejemplo, las relacionadas con la confidencialidad y el secreto médico, que son responsabilidad intrínseca del ejercicio profesional médico (FIGO, 2003).

Los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia deben guiar a las personas profesionales obstétricas en su juicio clínico y en su práctica cotidiana. Estos no sólo son principios, son deberes éticos en el tratamiento de las mujeres embarazadas (Chervenak y McCullough, 2015).

Para identificar cuándo se trata de un problema de ético es necesario comprender la acción: la participación del actor médico y del actor paciente. El actor médico y el actor paciente tienen valores morales que están en juego cuando hay situaciones de conflicto. Además, existe una relación entre ellos que puede eventualmente ser problemática. Por ello también es necesario hacer un balance entre los deberes de la persona profesional y los derechos de la paciente.

Para el análisis de estos conflictos éticos es importante tener una guía de acción que permita la comunicación constructiva entre los dos actores en juego. Esto permite incluso que puedan hablar el mismo lenguaje y, así, tomar decisiones basadas en derechos y en deberes éticos. El qué y el quién importa en estos casos, por eso hay que ir más allá de las acciones y determinar los actores y sus justificaciones.

Un sistema únicamente anclado en los deberes del personal médico pone todo el énfasis en la acción médica; un sistema únicamente de derechos pone énfasis en las atribuciones de la paciente. Por eso se propone un sistema basado en metas, donde los derechos y los deberes estén equilibrados. Así, los deberes del médico se materializan en actos cuyas consecuencias cumplen la meta esencial de la medicina, pero, a la vez, los derechos de las mujeres se hacen presentes, son respetados y protegidos (Bewley y Lupton, 2003).

También, es importante la reflexión sobre los comportamientos y conductas éticas del personal médico. Por ejemplo, éste debe ejecutar su profesión con justicia, honestidad, integridad y cooperación, no sólo en consideración de sus colegas sino de otros profesionales de la salud, para que haya una comunicación clara entre ellos, y también con las pacientes. El trabajo en equipo respetuoso y comprensivo beneficia a las pacientes.

Pero las recomendaciones esenciales se orientan a la relación médico-paciente. La naturaleza de esta relación está basada en la necesidad y solicitud de cuidado de salud por parte de las pacientes. Por lo tanto, como ya se ha dicho, es una relación basada en la confianza, y el bienestar de la paciente debe ser el centro de esa relación. Las responsabilidades que el personal médico tiene sobre las necesidades de las pacientes deben fomentar un cuido respetuoso de esa relación y deben fundamentarse en la humanidad y la dignidad de las pacientes. Éstas pueden sentirse vulnerables o estar en condición de vulnerabilidad, y el médico debe reconocerlo, y respetar, no violentar, a las mujeres en esta condición (RANZCOG, 2015).

Los médicos deben buscar el mejor interés del paciente y ese debe ser el centro de la atención. Deben reconocer y respetar la diversidad de valores y sistemas de creencias de una sociedad diversa, como la actual, por eso la comunicación es la llave para una práctica médica ética. El

personal médico no debe discriminar a las pacientes por su edad, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, convicciones políticas, creencias religiosas o condición socioeconómica. Esto significa que no deben imponer sus sistemas de creencias morales y religiosas, al contrario, deben explicar y comprender su rol como uno de los actores sociales relacionados con la salud, respetando las decisiones de la paciente (RANZCOG, 2015).

El personal médico debe ser cuidador del bienestar integral de las mujeres. Esto supone considerar las circunstancias, personalidad, expectativas, miedos, creencias y valores de la paciente, estar alerta de los riesgos y beneficios, considerar las opciones de tratamiento y decidir los pasos a seguir, respetuoso de las decisiones hechas por las pacientes (RANZCOG, 2015).

Se sugiere, por tanto, seguir los pasos recomendados por la American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) para analizar problemas éticos en la práctica clínica de la obstetricia, especialmente en los casos de mujeres que enfrentan emergencias obstétricas. Estos pasos son una guía lógica de resolución de dilemas éticos que facilitan la toma de decisiones y la orientación ética de las y los profesionales.

El primer paso es identificar quién debe ser la persona decisora; aquí, el profesional se pregunta: ¿De quién es la decisión? Generalmente se asume que es la mujer la tomadora final de las decisiones. El profesional analiza la habilidad de la persona para tomar decisiones, su nivel de decisión, su competencia y las determinaciones legales que permitirán a esta persona decidir.

El segundo paso es recolectar los datos clínicos y establecer los hechos. En este punto es muy importante que el profesional identifique científicamente las bases del caso. En este paso se determina la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y la prognosis. Es un paso de base científica.

El tercer paso es identificar todas las opciones médicamente apropiadas para la paciente en cuestión. Es aquí cuando se establece el proceso de diálogo activo con la paciente para que ésta ejerza su derecho al consentimiento informado.

El cuarto paso establece una evaluación conjunta de estas opciones de acuerdo con los principios y valores que están involucrados. Es muy importante determinar cuáles opciones violan los principios de ética esenciales, por lo que se debe proceder a eliminar de la gama de opciones aquellas que incumplan con estos compromisos y que son moralmente inaceptables. A la luz de esa eliminación se deben examinar cuáles opciones siguen siendo viables, es decir, cuales cumplen con los deberes éticos del médico.

En el quinto paso se identifican los conflictos de ética posibles y se establecen las prioridades. Aquí se aplican los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía al caso en cuestión.

En el sexto paso se selecciona la opción que muestra mayor compromiso ético, racionalidad y justificación argumentativa, que se apega a los criterios técnicos y científicos y, a la vez, respeta la voluntad autónoma de la paciente.

En el séptimo paso se vuelve a evaluar la decisión, después de ejecutada, para determinar si lo decidido se terminó llevando a la práctica y si los resultados esperados coincidieron con la realidad clínica.

Se sugiere también seguir el método de las cuatro celdas propuesto por Jonsen, Siegler y Winslade y adaptado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2012a):

> Las cuatro celdas contemplan las siguientes variables: 1) indicaciones médicas (incluidos los principios sobre el beneficio y el daño); 2) preferencias de la paciente (autonomía o protección, capacidad de decidir); 3) calidad de vida (cómo percibe la mujer los resultados buscados de una intervención prospectiva —desde sus circunstancias— y el impacto sobre su calidad de vida), y 4) contexto (asuntos relacionados con la justicia) (p. 11).

Abajo se muestran las cuatro celdas:

INDICACIONES MÉDICAS:	PREFERENCIAS DE LA PACIENTE:
Características técnicas del caso, riesgos y beneficios, diagnósticos, tratamiento y prognosis.	Sus deseos, que quiere y que no quiere, cómo se relaciona con los deseos de sus familiares, qué entiende sobre su condición, posibles escenarios, su capacidad de elegir.
CALIDAD DE VIDA (SEGÚN LO DEFINIDO POR LA PACIENTE Y NO POR EL EQUIPO DE SALUD):	**JUSTICIA:**
Se analizan con la paciente los diferentes cursos de acción a tomar.	Contexto socioeconómico, distribución y acceso a los recursos, costos y beneficios, situación de la mujer fuera del centro médico.

FUENTES CONSUTADAS

Adinma, J. (Marzo 23, 2012). *Bioethics in Obstetrics*. En Sifakis, S. (ed). From Preconception to Postpartum (297-314). IntechOpen. DOI: 10.5772/28758. Recuperado de http://www.intechopen.com/books/from-preconception-to-postpartum/bioethics-in-obstetrics.

Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico. (2015). *Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones, de la interrupción del embarazo en El Salvador.* El Salvador: La Agrupación Ciudadana. Recuperado de https://agrupacionciudadana.org/download/del-hospital-a-la-carcel-consecuencias-para-las-mujeres-por-la-penalizacion-sin-excepciones-de-la-interrupcion-del-embarazo-en-el-salvador/.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2007). "Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology. Commitee Opinion." Recuperado de https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Ethical-Decision-Making-in-Obstetrics-and-Gynecology?IsMobileSet=false.

Arguedas, G. (2014). *Derechos económicos, sociales y culturales y el derecho humano de las mujeres al más alto nivel de salud física y mental: herramienta para su monitoreo.* Costa Rica: IIDH.

Arroyo Navarrete, L. (2009). *El secreto profesional y el derecho a la confidencialidad en las diversas áreas profesionales de la salud. Interrupción terapéutica del embarazo: aportes para la reflexión. Costa Rica.* Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir. Recuperado de http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=1169.

Bewley, S., y Lupton, M. (2003). *Ethical frameworks for obstetrics and gynaecology. The Obstetrician & Gynaecologist*, 5, (208-213). Recuperado de https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1576/toag.5.4.208.26917.

Briozzo, L. (2009). *Secreto profesional y confidencialidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 55,* (234-239). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A04V55N4.pdf .

Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.

Cáceres, F. y Molina, G. (2010). *Inequidades sociales en atención materna.* En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 61 No. 3 (231-238). Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a07.pdf

Cañete, R., Guilhem, D., y Brito, K. (2013). *Paternalismo médico*. Revista Médica Electrónica, 35(2). Recuperado de http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm.

Castilla, A., et al. (1993). *Secreto médico: aspectos conceptuales y fundamentación ética.* Cuader-

nos de Bioética, 3. Recuperado de http://aebioetica.org/revistas/1993/3/15/30.pdf.

Cavallo, M. (2011). "*La confidencialidad médica en materia de aborto en Argentina, Perú y Uruguay/Conflicting Duties Over Confidentiality in Argentina and Peru". International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 112 (159-162). Recuperado de https://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP28_Confidencialidad_aborto.pdf.

Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana. (2013). *Excluidas, perseguidas, encarceladas. El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador.* Nueva York: CDR/LA Agrupación Ciudadana. Recuperado de https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/crr_ElSalvadorReport_Sept_25_sp.pdf.

Chervenak, F., y McCullough, L. (2015). *The Professional Responsibility Model of Obstetric Ethics in Clinical Practice. Global Library of Women's Medicine.* DOI 10.3843/GLOWM.1044. Recuperado de https://www.glowm.com/section_view/heading/The%20Professional%20Responsibility%20Model%20of%20Obstetric%20Ethics%20in%20Clinical%20Practice/item/491.

Cortina, A. (1998). *Ética de la Empresa*. Madrid: Editorial Trota.

Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005

Duarte, S. y Machado R. (2016). *Competencias esenciales de la formación en obstetricia*. En: *Revista Panamericana de Salud Pública,* (5):382–7. Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n5/382-387/es

Dickens, B. y Cook, R. (2000). The scope and limits of conscientious objection. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Disponible en: https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php

Escobar, J. (2013). *Educación en Bioética, laicidad y ética pública*. En: *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 55-64, Universidad El Bosque. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1892/189228429004.pdf

Facio, F. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Costa Rica: IIDH.

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia - FIGO. (2003). *Código de ética basado en derechos: las responsabilidades profesionales y éticas de la FIGO con respecto a los derechos sexuales y reproductivos.* Recuperado de http://figo-toolkit.org/wp-content/uploads/2012/08/2.2_FIGOcodeEthics_Sp.pdf.

--- (2012a). *Introducción de FIGO a los principios y a la práctica de la bioética: casos de estudio relacionados con la salud de las mujeres*. Recuperado de https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/PublicationsandResourcesFathallafiles/FIGO%20Curriculum%20FK%20FINAL_.pdf.

--- (2012b). *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*, hechas por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO. Recupera-

do de http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D-160072C179/$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Uruguay (2014). *Objeción de Conciencia. Un Debate sobre la Libertad y los Derechos*. Seminario Regional. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117_file1.pdf

Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2013). *Casos prácticos de ética y salud pública.* Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (29). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas/SESPAS. Recuperado de https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/46702/1/cuaderno29.pdf.

González Vélez, A.C., y Melo Arévalo, C. (Agosto, 2016). *Objeción de conciencia institucional. Impacto en la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Memorias.* Segundo Seminario Regional Latinoamericano. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe - CODAJIC. Recuperado de http://www.codajic.org/node/2510.

Gutiérrez Cruz, D., et al. (s/f). *Secreto profesional en El Salvador*. El Salvador: IPAS.

Hamui-Sutton, A. et al. (2015). *Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural*. En*: Revista CONAMED*, vol. 20, núm 1, enero-marzo 2015, pags. 17-26. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con151d.pdf

Hernández, C., González, L. y Dávila, D. (2005). *Relevancia de la ética y el profesionalismo en la formación médica.* En: Revista Avances, Mayo/Agosto 2005/ VOL. 3, N.6. Disponible en: http://www.cmzh.com.mx/media/107334/rev_06_relevancia_de_la__tica_y_el_profesionalismo_en_la_formaci_n_m_dica.pdf

Hernández, E., Cierra, A., y Ramírez, P. (2004). *El aborto inseguro y el secreto profesional, El Salvador.* (Tesis de Maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva). Universidad de El Salvador. Recuperado de http://ri.ues.edu.sv/12054/.

Hunt, P. (2004) *Informe del Relator Especial para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Comisión de Derechos Humanos, 60 período de sesiones, Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/CN.4/2004/49.

Inter-American Commission of Women. Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI*). Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará.* Recuperado de https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-EmbarazoInfantil-ES.pdf.

International Federation of Obstetricians and Gynecologists, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2006). "Ethical Guidelines on Conscientious Objection". En: *Reproductive Health Matters*, 14:27, 148-149, DOI: 10.1016/S0968-8080(06)27223-9. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2806%2927223-9?needAccess=true

Institut Borja de Bioética. (2012). *Consideraciones sobre la objeción de conciencia.* En: *Bioética y Debat*, Volumen 18 - número: 66 monográfico 2012. Disponible en: http://www.bioetica-debat.org/

contenidos/PDF/BD66ESP.pdf

IPAS. (2016). *Delatando a las mujeres: el deber de cada prestador/a de servicios de denunciar. Implicaciones jurídicas y de derechos humanos para los servicios de salud reproductiva en Latinoamérica.* Recuperado de http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/790/CRIPPCS16.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Jonsen, A., Siegler, M., y Winslade, W. (2006). *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine.* The McGraw-Hill Companies.

Leal, F. (2003). *La palabra y el silencio en la comunicación médico-paciente.* En: *Archivo argentino de pediatría*; 101(1). Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/54.pdf

López, A. e Iriondo, O. (2019). *Intervención psicológica en el ámbito hospitalario*. En: *Número Monográfico: Psicología Y Salud,* Número 1, Volumen 10. Disponible en: https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2

Ministerio de Salud, República de Argentina (s.f.). *Módulo 8: Trabajo en equipo en salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001033cnt-modulo_8_trabajo-equipos-salud.pdf

Moore, P et al. (2010). *La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?* En: *Revista Med Chile*, 138: 1047-1054. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf

Morales, J., et al. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf.

Motta, P. (2001). *Desempeño en equipos de Salud*. OPS – Editora FGV, Brasil. En: Ministerio de Salud, República de Argentina (s.f.). *Módulo 8: Trabajo en equipo en salud.* Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001033cnt-modulo_8_trabajo-equipos-salud.pdf

Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y El Caribe. (2008). *Programa de base de estudios sobre bioética. Parte I: Programa temático. Programa de educación en ética*. UNESCO: Montevideo. Recuperado de https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Bioetica_Base.pdf.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014). Aborto sin riesgos: guía para proveedores y servicios de salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1.

--- (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.* Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1.

Perales, A. (2008). *Ética y Humanismo en la Formación Médica*. Disponible en: *Acta Bioethica*, 14 (1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v14n1/art04.pdf

Reich, W. (1978). *Introduction. Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York.

Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. (Febrero 14, 2011). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Sra. Rashida Manjoo – Adición – Misión de seguimiento a El Salvador. Doc. de la ONU A/HRC/17/26/ Add.2. Recuperado de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10045.pdf.

Sánchez Escobar, C.E., et al. (s/f). *Código Penal de El Salvador Comentado*. Consejo de la Judicatura, (I y II). Recuperado de http://www.cnj.gob.sv/index.php/recursos/publicaciones-cnj/231-codigo-penal-de-el-salvador-comentado.

Seoane, J. (2010). *Las autonomías del paciente*. Dilemata, 3, (61-75). Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35.

Simón, P. y Barrio, I. (2008) *Ética, Moral, Derecho y Religión. Un mapa de conceptos básicos para entender la bioética clínica. Ética de los Cuidados, 1(2).* Recuperado de http://www.index-f.com/eticuidado/n2/et6740.php.

RANZCOG - *The Royal Australian and New Zealand Obstetrics and Gynaecology Bioethics Working Group. (2015). "The RANZCOG Code of Ethical Practice".* Recuperado de https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Governance/Policies%20and%20Guidelines/RANZCOG-code-of-ethical-practice.pdf.

Vázquez, R. (2008). *Laicidad, Religión y Deliberación Pública.* En: *Doxa, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 31, ISSN: 0214-8676 pp. 661-672. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/16371462.pdf

Vázquez, V. y Ruvalcaba, J. (2016). *La Salud Materna como Indicador de Inequidad en Salud Pública*. En: *Journal Of Negative and Non Positive Results*, 2016;1(3):115-122 115, DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1021. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5600075.pdf

Vera Sánchez, A.C. (Agosto, 2016*). El secreto profesional en el ámbito sanitario*. Centro de Apoyo en Derechos Humanos SURCUNA, 5(7). Recuperado de https://www.revistaeugenioespejo.org/index.php/ree/article/view/3/1d.

Viesca, C. (2017). *Paternalismo médico y consentimiento informado*. Recuperado de https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4445/3.pdf.

Villalna, J., et al. (2008). *Generalidades de la bioética*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 21(4). Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2008/in084g.pdf.

NORMATIVA SALVADOREÑA

Código Civil de El Salvador. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Civil_El_Salvador.pdf.

Colegio Médico de El Salvador. (2013). *Código de Ética y Deontología Médica*. Recuperado de https://colegiomedico.org.sv/wp-content/uploads/2012/07/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-COLMEDES-A.pdf.

Código Procesal Penal Comentado. (2018). El Salvador: Consejo Nacional de la Judicatura. Recuperado de http://escuela.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/leyes-nuevas/codigo-procesal-penal-comentado-CNJ-v1.pdf.

Código de Salud de El Salvador. Recuperado de https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/C05DF89C-12FA-42EE-9A21-76D290715A8A.pdf.

Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Recuperado de https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073651293_archivo_documento_legislativo.pdf.

Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia contra las Mujeres. Recuperado de https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073006947_archivo_documento_legislativo.pdf.

Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres. Recuperado de http://www.transparencia.gob.sv/institutions/centa/documents/137527/download.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º periodo de sesiones, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *La mujer y la salud:* 02/02/99 CEDAW Recom. General 24. Recuperado de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención Belem Do Pará. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Recuperado de https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html.

IIDH

Instituto Interamericano
de Derechos Humanos

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos es una institución internacional autónoma de carácter académico, creada en 1980 en virtud de un convenio suscrito entre la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la República de Costa Rica.

Hoy en día, es uno de los más importantes centros mundiales de enseñanza e investigación académica sobre derechos humanos. Ejecuta más de 50 proyectos locales y regionales para la diseminación de estos derechos entre las principales entidades no gubernamentales y entre las instituciones públicas del hemisferio americano.

Con el apoyo de

Suecia
Sverige