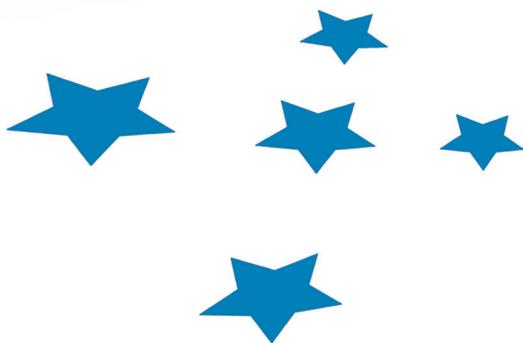


IIDH

Instituto Interamericano
de Derechos Humanos

Guía ética y médica para la atención de mujeres hondureñas que presentan emergencias obstétricas



CON EL AUSPICIO DE:



Instituto Interamericano de Derechos Humanos

Asamblea General
(Composición 2023)

Presidencia Honoraria

Thomas Buergenthal
Sonia Picado

Claudio Grossman
Presidente

Mónica Pinto
Vicepresidenta

Wendy Singh
Vicepresidenta

Carlos M. Ayala Corao
Lloyd G. Barnett
Eduardo Bertoni
Allan Brewer Carías
Santiago A. Cantón
Douglas Cassel
Margeret Crahan
Robert K. Goldman
María Elena Martínez Salgueiro
Juan E. Méndez
Elizabeth Odio Benito
Nina Pacari
Carlos Portales
Víctor Manuel Rodríguez Rescia
Hernán Salgado Pesantes
Fabián Salvioli
Mark Ungar
José Antonio Viera Gallo
Renato Zerbini Ribeiro Leao

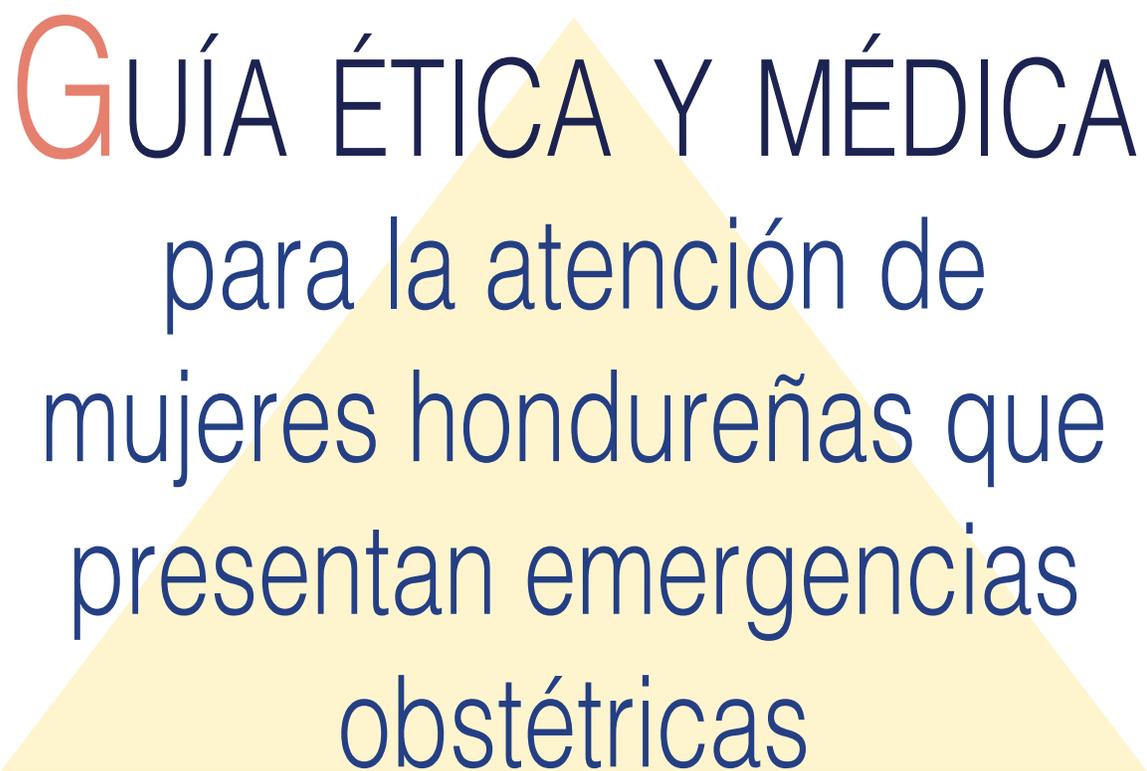
José Thompson J.
Director Ejecutivo

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Margarette May Macaulay
Esmeralda Arosemena de Troitiño
Roberta Clarke
Joel Hernández García
Julissa Mantilla Falcón
Edgar Stuardo Ralón Orellana
Carlos Bernal Pulido

Corte Interamericana de Derechos Humanos

Ricardo C. Pérez Manrique
Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot
Humberto Antonio Sierra Porto
Nancy Hernández López
Verónica Gómez
Patricia Pérez Goldberg
Rodrigo Mudrovitsch

A large yellow triangle is positioned behind the text, pointing downwards. The text is centered within the triangle.

GUÍA ÉTICA Y MÉDICA

para la atención de
mujeres hondureñas que
presentan emergencias
obstétricas

© 2023, Instituto Interamericano de Derechos Humanos
Reservados todos los derechos.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos Guía ética y médica para la atención de mujeres hondureñas que presentan emergencias obstétricas 59 p. : 22 x 28 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 IIDH

Larissa Segura Mora

Evelyn Fernández Rojas

Coordinación técnica y académica

Dylan Valentín Martínez Duarte

Autor

Maylin Cordero Gamboa

Corrección de estilo

Ernesto Vega Cortés

Diseño de portada

Walter Meoño Segura

Diseño, diagramación y artes finales

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.....	7
INTRODUCCIÓN.	
La ética y la moral, su definición, su interpretación y su aplicación en la medicina	9
1. La bioética, una subdisciplina de la ética ligada a la medicina	10
2. Los principios de la bioética	13
3. El principio de autonomía como derecho fundamental en la atención obstétrica.....	15
4. La ética médica: acción de la relación médico-paciente.....	17
5. Del paternalismo a la ética médica	
6. Conceptualización y significado del consentimiento informado	20
7. El deber de confidencialidad y el secreto médico.....	22
8. La objeción de conciencia y la laicidad en la función pública	27
9. Los derechos humanos en las mujeres	28
a) Marco normativo internacional.....	32
b) Protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.....	38
c) Estándares interamericanos en materia de garantía del debido proceso y protección judicial.....	38
10. La situación de las emergencias obstétricas en Honduras	40
11. Recomendaciones para el manejo ético de las emergencias obstétricas en Honduras	47
FUENTES CONSULTADAS	53
Normativa hondureña.....	56
Instrumentos internacionales	57

Actualmente, 6 países de América Latina y El Caribe cuentan con códigos penales que prohíben todas las formas de aborto, incluso cuando la vida de la mujer embarazada está en peligro, o cuando el nacimiento es inviable. Esto ha sometido a miles de mujeres a procesos judiciales irrespetuosos con los estándares de acceso a la justicia, y que concluyen con condenas desproporcionadas en su contra por el delito de aborto voluntario. Honduras es uno de estos países desde que el Congreso Nacional aprobó en enero de 2021, una reforma de la Constitución que busca “blindar” la prohibición absoluta del aborto que ya existe en el país. El artículo indica que es “prohibido e ilegal la práctica de cualquier forma de interrupción de la vida del que está por nacer, a quien debe respetarse la vida en todo momento”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de los casos de mortalidad materna se deben a causas que serían evitables a través de la implementación de una variedad de medidas de prevención y atención de las emergencias obstétricas.

Entre los casos en los que se criminaliza a las mujeres por presentar emergencias obstétricas, requerir un aborto terapéutico, o precisar de la AOE, están los de las mujeres con embarazos cuyos productos tienen malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, las mujeres víctimas de violación sexual y las niñas embarazadas. Por ejemplo, en Honduras una de cada cuatro niñas en este país ha estado embarazada al menos una vez antes de cumplir los 19 años. En este país, además, se denuncia un caso de violencia sexual, en sus diferentes formas, cada tres horas y media, todos los días.

De manera reiterada la Sociedad Civil ha denunciado estas problemáticas ante el Sistema de Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la CEDAW, y estos a su vez han emitido recomendaciones que el Estado sigue sin cumplir, como por ejemplo, no aprobar la reforma que incorpora la prohibición absoluta del aborto en el artículo 67 de la Constitución hondureña; respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres a la vida, a la salud y a la integridad, y avanzar en el progreso de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, de acuerdo con las obligaciones internacionales que tiene el Estado.

El 10 y 11 de marzo de 2021, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) escuchó los argumentos en el caso Manuela y otros vs. El Salvador, y el 2 de noviembre emitió la sentencia correspondiente. Manuela era una madre de dos hijos de escasos recursos que en

2008 fue detenida, encadenada e interrogada sin la presencia de un abogado y posteriormente condenada a 30 años de prisión por homicidio agravado después de sufrir una emergencia obstétrica que le hizo perder el embarazo. Murió a los dos años de su condena, a causa de un cáncer. La sentencia reconoce la responsabilidad pública de El Salvador por no garantizar el derecho de Manuela a la vida y a la salud y busca reparaciones en nombre de su familia.

El 5 de enero de 2022, la CIDH presentó ante la Corte IDH el caso Beatriz respecto de El Salvador, relativo, también, a la prohibición absoluta de la interrupción voluntaria del embarazo. El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por las violaciones a los derechos de Beatriz y su familia debido a que la ley vigente impidió que pudiera acceder a una interrupción legal, temprana y oportuna, ante una situación de riesgo grave a la vida, la salud e integridad personal, y de inviabilidad del feto con la vida extrauterina. En su Informe de Fondo la CIDH recomendó al Estado, entre otras cosas, adoptar todas las medidas necesarias, incluyendo el diseño de políticas públicas, programas de capacitación, protocolos y marcos guía, para asegurar que el acceso a la interrupción del embarazo y a la salud sexual y reproductiva sea efectivo en la práctica y libre de obstáculos incompatibles con los estándares de derecho internacional de derechos humanos.

Estos casos permitirán a la Corte crear estándares internacionales que protejan a las mujeres que enfrentan tales situaciones, y su jurisprudencia será parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), que es reconocido y seguido por la mayoría de los países de América Latina y El Caribe, incluido Honduras.

El IIDH, por su origen y mandato, está obligado a difundir la doctrina emanada de la existencia y funcionamiento del SIDH, de esta manera, continua su labor de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y niñas hondureñas, con herramientas pedagógicas y metodológicas dirigidas a portadores de obligaciones.

Una de estas herramientas, es la *Guía ética y médica para la atención de mujeres hondureñas que presentan emergencias obstétricas*. Tomando en cuenta que los y las profesionales de la salud de hospitales públicos 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) de 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 hondureñas, 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.

Joseph Thompson
DIRECTOR EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN. LA ÉTICA Y LA MORAL, SU DEFINICIÓN, SU INTERPRETACIÓN Y SU APLICACIÓN EN LA MEDICINA

En lo que respecta a la conceptualización, ética y moral se emplean generalmente como sinónimos, lo cual corresponde a un significado etimológico confluyente en sus raíces griega y latina. La palabra ética procede del griego *ethos*, que significa “el carácter, el modo de ser”. Por su parte, moral procede del latín *mos moris*, que significa también “carácter o modo de ser”. En el uso común se emplean casi siempre de manera indistinta y, a veces, conjuntamente. Por ello, definiremos ambos conceptos.

La ética se vincula con el comportamiento del ser humano y se refiere a la disciplina filosófica que constituye una reflexión sobre los problemas morales, y que es tanto racional como metódica y sistemática.

La ética es “la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad. Es una ciencia de una forma específica de conducta humana” (Sánchez-Vásquez, 1969, p. 8). Asimismo, la ética es “la ciencia normativa de la actividad humana en orden al bien” (Sanabria, 2001, p. 8).

Podemos resumir que la ética es la reflexión filosófica acerca de esos cánones de conducta, una toma de conciencia sobre la moralidad, que se cuestiona no solo por las formas y criterios para elegir cómo actuar, sino incluso por esa capacidad que tiene el ser humano de hacerse estos cuestionamientos y, en última instancia, por la propia condición humana.

Por su parte, la moral es el conjunto de principios, normas y valores con los cuales el ser humano regula su vida. Es el objeto de estudio de la ética.

La moral es un término que se asemeja a la ética porque implica un conjunto de juicios establecidos como normas de comportamiento, los cuales rigen la práctica diaria de cada individuo. Ambos términos están destinados a distinguir las buenas y malas conductas. Se dice que la ética se vuelve más reflexiva al cuestionarse el porqué 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).

La moral es un sistema de contenidos que refleja una determinada forma de vida. Tal modo de vida no suele coincidir totalmente con las convicciones y hábitos de todos y cada uno de los miembros de la sociedad tomados aisladamente (Cortina *et al.*, 2001, p. 14).

Por lo tanto, la moral tiende a ser cambiante y varía en el tiempo: lo que en un momento dado era moralmente aceptado en una época y lugar determinado, puede llegar a no ser más aceptado con el paso del tiempo.

En la actualidad, la ética es la que dicta la responsabilidad del ciudadano con el Estado y de este con la sociedad, procurando mantener la armonía en la convivencia y llegando a acuerdos tanto explícitos como implícitos en diversos ámbitos. Allí radica su vigencia. La ética como ciencia de la moral debe adaptarse a las dinámicas sociales del momento histórico, a fin de que pueda tener ese lado práctico, flexible y mutable del que carecía en la antigüedad. Es base fundamental para el ejercicio médico profesional, puesto que permite mantener una relación médico-paciente adecuada, empática y con enfoque humanitario.

1. LA BIOÉTICA, UNA SUBDISCIPLINA DE LA ÉTICA LIGADA A LA MEDICINA

El origen del término *bioética* es algo controvertido. Unos abogan por el bioquímico oncólogo Van Rensselaer Potter (1911-2001), quien empezó a usar la palabra *bioethics* en dos trabajos: un artículo publicado en 1970 con el título “*Bioethics: the Science of Survival*” y un libro, publicado en 1971, que llevaba por título “*Bioethics: Bridge to the future*”, el cual reproducía el artículo publicado el año anterior.

Sin embargo, desde el descubrimiento en 1997 del trabajo de un teólogo, filósofo y educador alemán, Fritz Jahr (1895-1953) se ha comenzado a reconocerlo, de manera paulatina, como el autor del término y concepto de la bioética. En 1927 Fritz Jahr publicó un editorial en la revista *Kosmos* (Vol. 21, pp. 2-4) titulado “*Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas*”.

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales.

A los dos grandes principios de la ética hipocrática, el de *hacer todo* por el bien del enfermo (beneficencia) y el de *no dañarlo* (no maleficencia), expresado este último en el aforismo que dice *priman non nocere* (primero no dañar), se han sumado recientemente otros. Esto se debe, en parte, a que los desarrollos en el pensamiento médico y la filosofía, en particular después de 1970, han dado nacimiento a lo que ahora se conoce como bioética.

La bioética se ha consolidado como un espacio de reflexión multidisciplinario, necesario para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito específico

de la atención sanitaria, y a pesar de ser una disciplina joven y en continuo desarrollo, se ha convertido en una herramienta de trabajo fundamental. Además, desarrolla tareas de formación de profesionales en el campo de la biomedicina y la bioética.

Dentro de la historia de la bioética, a modo de resumen, destacaremos tres acontecimientos que llevaron al cuestionamiento y evolución de las prácticas médicas a nivel mundial:

a. Código de Núremberg

Considerado el documento más importante de la bioética, este código supone una primera internacionalización y socialización de las alertas en temas biomédicos. Internacionalización porque es la comunidad internacional quien actúa ante unos hechos del ámbito médico, y socialización porque es toda la sociedad quien se enfrenta con lo que son agresiones a unos individuos concretos.

Es en base a este código que se han formulado los principios básicos para la investigación médica en humanos, y del que han derivado los demás códigos y declaraciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), así como otras organizaciones médicas internacionales.

El código está compuesto por diez preceptos, entre los cuales se destaca:

- El consentimiento voluntario del paciente, que es esencial para ejecutar cualquier tipo de investigación.
- La persona involucrada, que debe estar plenamente consciente de su libertad de decidir si toma participación en el experimento o no.
- La persona investigadora, que tiene la responsabilidad de proporcionar toda la información acerca de la clase, duración y propósito de las pruebas, así como de las ventajas y desventajas y los posibles beneficios y consecuencias para la salud que puedan surgir durante o después de que se realicen.

A pesar de destacar el consentimiento informado como eje primordial de este código, y que el ser humano tiene la libertad de interrumpir una atención o práctica médica en caso de que lo considere necesario, hubo situaciones posteriores a este que, de igual forma, llevaron a la elaboración de documentos importantes para cuidar y respetar los derechos humanos de las personas pacientes.

b. Declaración de Helsinki

En 1947 se creó la *World Medical Association* (WMA), días después de los juicios de Núremberg, y en ese mismo año se emite la Declaración de Ginebra.

En 1949 se crea el Código Internacional de Ética Médica, en el cual se destaca la importancia que tiene la persona paciente para el médico, sobre cualquier otra cosa.

La Declaración de Helsinki (DoH) es la declaración más conocida de la WMA. Fue adoptada en 1964 y ha sido enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre de 2013. La actual versión (2013) es la única oficial.

Esta declaración procede a desarrollar los diez puntos del Código de Núremberg, y a ellos se les suma la Declaración de Ginebra (1948), la cual es considerada como un reemplazo del juramento hipocrático antiguo, aunque basada en sus principios. El consentimiento informado, la autonomía de las personas pacientes y la relación ética médico-paciente son de los pilares fundamentales de dicha declaración.

c. Informe Belmont

El informe Belmont surge en la década de los setenta debido a las atrocidades médicas que se dieron a conocer y que fueron cometidas por médicos en el Experimento Tuskegee en Alabama, Estados Unidos. Conocido como uno de los capítulos más oscuros de la medicina, se trató de una prueba con personas afrodescendientes que inició en 1932 y pretendía estudiar los efectos de la sífilis en las personas contagiadas por la enfermedad, debido a que en esa época la sífilis era una epidemia preponderante en las comunidades rurales del sur de los Estados Unidos.

El informe Belmont tiene tres principios básicos y estos se enfocan en el respeto hacia las personas, la beneficencia y la justicia, estableciéndose así por considerar los valores morales que rigen a la sociedad, y ello tiene que ver con las conductas propias de cada individuo.

Desde la época hipocrática hasta la actualidad, han surgido distintos documentos con carácter deontológico que demuestran la importancia de la atención médica desde la moral. Es por ello, que la atención médica tiene dos componentes inherentes, uno de carácter técnico que hace referencia a los hechos y uno de carácter ético referente a los valores morales.

La bioética centra su estudio de manera sistemática en la conducta humana en los campos de las ciencias de la salud e intenta dar una respuesta adecuada a la complejidad creciente en la atención sanitaria y en las políticas de salud. Es necesaria para crear conciencia de la necesidad de reflexión crítica sobre los conflictos éticos generados por los avances de la ciencia.

Es importante recabar que, la bioética toma postura en los conflictos éticos derivados de los avances de la ciencia y la medicina, no tiene posicionamientos morales extremos y no pretende dar respuestas determinadas ni definitivas sino que, ante las situaciones que generen conflictos, pretende aportar elementos para la reflexión crítica y busca exhortar que las decisiones a tomar sean bajo un contexto de diálogo, de respeto y de igualdad.

Una de las características propias de la bioética es su interdisciplinariedad debido a que estudia sistemáticamente las dimensiones morales, sociales y políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Por ejemplo, en la práctica médica suelen surgir disyuntivas sobre el abordaje adecuado y el análisis de casos correspondientes a las necesidades de salud de las personas para tomar decisiones técnicas y éticas, por ende, es necesario

hacer énfasis en que la bioética nos permite estudiar y valorar la situación de salud desde distintas esferas, tomando en consideración la interseccionalidad y la transversalidad de cada paciente.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), establece que hay que reconocer que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Es preciso hacer énfasis en cómo la bioética y los derechos humanos se complementan considerando la bioética como campo normativo particular en la atención y el cuidado de la salud y de la vida y los derechos humanos como campo normativo universal básico de obligaciones morales y jurídicas para todas las formas del vivir del ser humano.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 10 de diciembre de 1948), en su artículo 3, dice: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”. Esto desde el punto de vista bioético es que cada valor fundamental se interrelaciona con otros valores que a su vez le dotan de significado.

La vinculación de la bioética y los derechos humanos, suele generar una confusión entre los medios del desarrollo científico y tecnológico y los fines del desarrollo humano. Tal como lo explica Juan Carlos Tealdi (Revista Brasileira de Bioética, año 1, vol. 1, pp.-11, 2005): “el mundo industrializado privilegia los derechos civiles y políticos porque sus sociedades tienen satisfechas para la población en general sus necesidades básicas. Y en ese sentido esos países se preocupan con mayor interés por una bioética centrada en el desarrollo científico y tecnológico. Pero los países y las regiones pobres reclaman con mayor énfasis los derechos económicos, sociales y culturales, porque en una región como América Latina el porcentaje de población en la pobreza, la indigencia y la exclusión es mayoría.” Es en este sentido, que en países como Honduras, la bioética está centrada en el derecho a la salud.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La reflexión de la bioética está basada en los hechos concretos, principios y reglas que rigen la conducta de la humanidad. Los principios guían al personal de salud hacia un enfoque particular en la solución de un problema. No tienen un carácter absoluto ni tienen prioridad entre sí; funcionan como reglas generales para guiar la toma de decisiones frente a problemas éticos y para ordenar los argumentos en las discusiones de casos.

Son necesarios y suficientes para resolver los dilemas éticos, pues consisten en reglas que ordenan los argumentos y nos permiten resolver las diversas situaciones que pueden suscitarse.

El desarrollo de los principios de la bioética está relacionado e influenciado por el Informe Belmont (1978). En 1979, los estadounidenses Tom L. Beauchamp y James F.

Childress publican un libro llamado “Principios de la ética biomédica” y, a partir de entonces, estos principios son parte fundamental del desarrollo de la bioética y dictan una forma peculiar de definir y manejar los valores involucrados en las relaciones de las personas profesionales de la salud con sus pacientes.

Los principios fundamentales de la bioética planteados por Beauchamp y Childress, universalmente reconocidos, son:

Beneficencia

Es un principio ético básico que prioriza y enfatiza en la atención de la persona paciente, considerando, a su vez, a otras personas que puedan beneficiarse de un avance médico en particular. Se refiere a la acción o práctica de hacer el bien y ayudar a las personas sin pedir nada a cambio. Este es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el de promover el bien para la persona enferma y la sociedad, y en el cual se han fundamentado los códigos médicos desde el Juramento de Hipócrates.

La beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista, y resulta más adecuada que el principio de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien, y no simplemente desear hacerlo.

No-maleficencia

La medicina se ha asociado con la máxima latina *primum non nocere*: sobre todo, no hacer daño, la cual practicaban y enseñaban los médicos hipocráticos.

Este principio es distinto al de beneficencia, puesto que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, principalmente, el imperativo de hacer el bien de manera activa y evitar el mal.

El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el no haber promovido su bien, la exigencia ética es más imperativa.

Autonomía

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales de las personas, incluido el de la autodeterminación.

Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Conlleva el reconocimiento de que el ser humano, también la persona enferma, es un sujeto y no un objeto.

Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que la persona paciente debe ser correctamente informada de su situación y de las posibles alternati-

vas de tratamiento que se le podrían aplicar. Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de las personas pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión.

La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en la persona enferma se centra en el llamado “**consentimiento informado**”, que regula la relación entre el médico y su paciente.

Justicia

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todas las personas pacientes de la misma forma, pero sí que cada una tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con la persona paciente el médico no debe anteponer juicios de valor ni hacer distinciones en razón de raza, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, origen sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en la persona paciente al ser humano que acude en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.

El análisis de los principios de la bioética nos conduce a reconocer que la persona paciente es un ser humano y, por ende, un fin en sí mismo y no un instrumento para conseguir otras cosas, y que el sentido último de las cosas para los humanos está en los otros humanos.

3. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA COMO DERECHO FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

El principio de autonomía es considerado un punto de inicio, fundamental para la toma de decisiones en lo que al ejercicio de la práctica médica se refiere.

Con todo, no se puede hablar hoy de derechos de las personas pacientes sin conocer el principio de autonomía, como tampoco se puede hablar de respeto a la autonomía sin especificar qué significa la autonomía del paciente.

En la filosofía moral la noción de autonomía tiene varios sentidos, conforme se presentan las diversas tradiciones filosóficas en occidente. Para la tradición kantiana, deontológica, la autonomía se asocia a la libertad individual, basada en la voluntad (Ribeiro-Alves, 2012).

La autonomía de la voluntad, como principio de la moralidad, se considera propiedad constitutiva del ser humano, que elige y actúa; así, en esa perspectiva es su propio legisla-

dor moral y al mismo tiempo agente de su propia razón moral. La condición de ser moralmente autónomo es razón suficiente para merecer respeto.

Autonomía, en términos generales, es la condición o capacidad de autogobierno o de cierto grado de independencia. La voluntad de la persona paciente adquiere un rol protagónico, ya que esta tiene el poder de decisión sobre los tratamientos y prácticas médicas. Asimismo, las personas proveedoras de la salud tienen el deber de brindarle la información de una manera completa y correcta, con base en su diagnóstico y su tratamiento particular, ofreciendo información acerca de los beneficios y riesgos de este en un lenguaje comprensible y no técnico, así como respetando sus valores morales, cristianos y sus tradiciones ancestrales.

La autonomía implica que cada persona adulta con consentimiento, es decir, que posea discernimiento, intención y libertad, pueda escoger aquello que le proporcione mayor seguridad y que considere “mejor” para sí misma.

Como contrapartida, debe primar un absoluto respeto sobre esa libre elección, aun cuando pueda parecer irracional o imprudente.

Es importante distinguir tres manifestaciones de la 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. 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 de 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.

[...] 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).

Las personas pacientes ejercen su capacidad para la toma de decisiones en respuesta a las alternativas que son ofrecidas o recomendadas por el médico mediante el proceso de consentimiento informado.

El principio ético de «respeto a la autonomía» obliga al médico a empoderar a la persona paciente para que tome decisiones informadas sobre el manejo clínico de su condición, brindándole una presentación imparcial de información relacionada con las alternativas médicamente razonables para el manejo de su condición, los beneficios clínicos y riesgos de cada alternativa, así como apoyar su toma de decisiones (FIGO, julio 2020).

Históricamente, a las mujeres se les ha vulnerado el derecho a la autonomía, negándoseles el derecho a una participación activa en la toma de decisiones sobre su situación de salud y su corporalidad, cuestionándoles dicha capacidad desde una hegemonía con base en una estructura social de dominación jerárquica.

El personal de salud debe priorizar la escucha activa en la relación médico-paciente, dado que esta permite atender y entender a totalidad la situación de salud de la persona paciente, reconociendo la comunicación como una necesidad primaria en la atención médica.

Para mejorar la calidad de la atención sanitaria, además de atender el aspecto científico-técnico es preciso atender el aspecto relacional y la comunicación asertiva, puesto que esta influye de manera directa y significativa en la satisfacción de las personas pacientes y la forma correcta de abordar la su situación salud-enfermedad-tratamiento.

Con respecto a las mujeres y sus familias: cada profesional de la salud al que acude una mujer durante el proceso de parto debe escuchar lo que dicen las mujeres y sus familias, y debe comunicar los conocimientos y la información sobre la salud de una manera culturalmente segura y sensible, y en un idioma que la mujer y su familia entiendan (FIGO, septiembre 2021).

4. LA ÉTICA MÉDICA: ACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Desde la aparición del concepto de bioética hace unas décadas, se menciona a la ética médica como diversos aspectos conceptuales que derivan del ejercicio de la medicina. Es un concepto específico de la bioética.

La bioética, a su vez, determina el conjunto de principios éticos que regulan nuestra relación con la vida y todo lo viviente. En ella, llamamos ética médica a los principios que distinguen lo que es o no es correcto en relación con todo acto médico.

La ética médica es una manifestación de la ética en general —concepto íntimamente relacionado con la moral— y se refiere, específicamente, a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud y otros profesionales vinculados con el sector. Además, es parte fundamental en la relación médico-paciente, puesto que nos permite reflexionar, analizar y empatizar con los conflictos éticos que pueden suscitarse dentro de la consulta médica.

La ética médica es vital en el mundo actual, en el que los avances médicos y científicos de todo tipo son exponenciales, y la velocidad del descubrimiento y la ciencia pueden desbordar nuestra relación de respeto hacia la vida y los actos médicos. La ética médica norma los actos médicos y también nos permite cuestionar si, en realidad, todo lo que se puede hacer en materia médica de verdad debería hacerse.

Además, las circunstancias en que se ejerce la medicina han hecho que los aspectos legales del ejercicio de esta ocupen la atención, ya sea mediante normas, lineamientos, protocolos —entre otros instrumentos— diseñados por las dependencias estatales de salud o por organismos internacionales no gubernamentales, tales como sociedades médicas y/o colegios médicos.

Uno de los orígenes del ejercicio ético médico más conocidos es el Juramento Hipocrático, el cual ha sido inculcado a las personas médicas a nivel mundial desde las facultades de ciencias médicas y las asociaciones. La primera actualización importante, conocida como “Declaración de Ginebra”, ocurrió durante la segunda asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM), en 1948, como reacción ante los crímenes médicos cometidos durante la Segunda Guerra Mundial, ya mencionados.

Posteriormente, la Declaración de Ginebra fue enmendada en las asambleas de la AMM en 1968, 1983 y 1994, y fue revisada editorialmente por el Consejo de la AMM en 2005 y en 2006. Finalmente, un grupo de trabajo *ad hoc* realizó modificaciones que fueron aprobadas por la Asamblea de la AMM en 2017, siendo esta la versión actual del juramento hipocrático (Sánchez-Salvatierra y Taype-Rondan, 2018).

La AMM ha desarrollado el Código Internacional de Ética Médica, como un canon de principios éticos para los miembros de la profesión médica en todo el mundo.

En la Declaración de Ginebra de la AMM, denominada “El compromiso del médico”, así como en todo el cuerpo de políticas de la AMM, se definen y aclaran los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos y profesionales de la salud, ellos mismos y la sociedad en su conjunto (AMM, 2022).

La relación médico-paciente, históricamente se ha caracterizado por una rígida estructura vertical, en cuya base se centra la idea paternalista de que la persona enferma tiene una incapacidad física y moral donde solo se le permite obedecer y que, las decisiones prudentes y acertadas solo las puede tomar el profesional de la salud bajo una lógica funcional de mando.

Esta normativa paternalista impuesta socioculturalmente, que durante siglos ha regido las relaciones humanas, ha evolucionado a un enfoque autónomo, dado que en la actualidad es inherente el reconocimiento del derecho que tiene toda persona de tomar decisiones sobre sí misma según sea su proyecto de vida. La persona enferma es sujeta de derechos y puede decidir libremente sobre su enfermedad y los tratamientos que considere acordes a tratar la misma, permitiendo así el ejercicio de una medicina basada en la autonomía del paciente y en su participación activa.

La ética de las virtudes es la más apropiada para poner de manifiesto la necesidad de proyectar una serie de valores éticos que orienten realmente la manera de actuar del profesional de la salud. El aprendizaje de las virtudes es un saber práctico, que se adquiere ejerciéndolo y creando un ambiente adecuado que sirva para formar la personalidad del profesional.

5. DEL PATERNALISMO A LA ÉTICA MÉDICA

Como hemos leído, la relación médico-paciente se sustenta en la ética médica. La medicina occidental ha cultivado en el médico la tendencia a mostrarse como un protector de sus pacientes y a tomar decisiones en cuanto a su salud, relacionadas tanto con su

promoción como con su prevención, así como con el diagnóstico de sus enfermedades y su manejo. Esta decisión, que coarta la autonomía de las personas pacientes, es lo que se denomina *paternalismo médico*. Y la manera en que se desarrolla el paternalismo médico en la cotidianidad da lugar a estereotipos y cuestionamientos que inciden negativamente en la salud.

Los cambios sociales, culturales, económicos, tecnológicos, entre otros, sucedidos en la segunda parte del siglo XX impactaron en la persona paciente y en el profesional médico.

Los derechos de la persona enferma no siempre fueron respetados en la historia de la medicina. En muchos sentidos, hubo épocas en las que el mayor interés radicaba en la perspectiva médica, independientemente de los resultados —positivos o negativos— que sus decisiones implicarán para el paciente.

El médico tradicional estuvo ligado históricamente a la concepción paternalista y absolutista de la medicina, según la cual el enfermo era un “no responsable”, y por ello el médico decidía discrecionalmente.

En la actualidad, así como el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales ha valorado enormemente la vida de los individuos, con independencia de su lengua, religión, edad, formación, etc., también ha evolucionado el reconocimiento de los derechos de las personas pacientes, quienes ya no se limitan a recibir y obedecer, sino que pueden ejercer su derecho a entender, a preguntar, a disentir, a exigir y, finalmente, a demandar.

Es así como la relación médico-paciente, y en particular la entrevista médica, han dejado de ser disciplinas empíricas que surgían a partir de la práctica de los conocimientos médicos adquiridos en las escuelas de medicina, y se han transformado en un sistema de interrelación que permite, mediante el diálogo y la concertación, mejorar el estado de salud y la comunicación entre las personas profesionales de la salud y las comunidades.

La decisión compartida es un proceso mediante el cual la elección de las acciones médicas se realiza conjuntamente entre el profesional de la salud y su paciente, y es un elemento clave del cuidado de la salud en la actualidad. Sin embargo, aunque esta situación está tomando fuerza, los profesionales de la salud, consecuentes con su intención natural de hacer lo mejor por sus pacientes, frecuentemente asumen una actitud paternalista a la hora de decidir las acciones sanitarias. En no pocas ocasiones esas acciones se ejecutan sin que las personas pacientes estén adecuadamente informadas y sin que tengan plena conciencia del procedimiento que les será practicado.

La decisión compartida es una sabia elección debido a que:

- 1) Reduce el sobreuso de opciones no claramente asociadas con beneficios.
- 2) Incrementa la utilización de opciones claramente asociadas con efectos beneficiosos, en la mayoría de los casos.
- 3) Garantiza la sustentabilidad de los sistemas de salud pública.
- 4) Promueve el derecho de las personas pacientes a participar en las decisiones que involucran su salud.

Desde la Declaración de los Derechos Humanos (en 1948) y la irrupción de la bioética se reconoció a la persona paciente su condición de agente moral autónomo, libre y responsable (Garay, 2013).

Es necesario destacar que el paternalismo es la actitud que busca beneficiar a la persona paciente. Aquellos actos dirigidos a satisfacer la curiosidad médica, o basados en la búsqueda afanosa de evidencias, no son paternalistas sino que son impositivos (responden a ejercicios de poder). Queda claro, entonces, que ser menos paternalista no significa “abandonar a los pacientes en su autonomía”, más bien se refiere a informar, brindar juicios de valor y, por sobre todas las cosas, acompañar a la persona necesitada.

La decisión de las mujeres sobre sus cuerpos sigue siendo una lucha. La ética médica obliga a las personas profesionales de la salud a respetar dicha decisión, basándose en el principio de autonomía.

Es importante resaltar que la orientación y la participación efectiva de las mujeres como sujetas de derecho en la toma de decisiones sobre su salud y su cuerpo son esenciales en la relación sanitaria y humanizan ese proceso.

En el contexto histórico actual, en el que las necesidades en salud de la persona enferma han tomado un camino diferente, con enfoque en sus derechos humanos y apostándole a la concientización de las personas pacientes sobre su autonomía, el paternalismo médico ha sido sustituido por la práctica ética en la relación médico-paciente. Esta se basa en la igualdad de condiciones, el respeto, la empatía y la equidad; asimismo, el consentimiento, la participación activa, la comunicación y el respeto a la confidencialidad.

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 la persona paciente), en la que cada individuo debe y exige conocer todo lo relacionado con su persona y su situación de salud. La persona paciente deja de ser un elemento pasivo para convertirse en una contraparte con derechos, exigencias y expectativas (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, p. 145).

6. CONCEPTUALIZACIÓN Y SIGNIFICADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las atenciones médicas son procesos que se dan en sociedades cuyos miembros pueden tener diferentes grados de conocimiento sobre los derechos humanos. Pese a esto, hoy en día existe un consenso en cuanto a considerar que una de las características más importantes que deben tener las atenciones de salud es que ocurran dentro del pleno respeto a los derechos humanos.

En la relación médico-paciente con un enfoque ético prima el consentimiento informado, debido a que el profesional de la medicina toma continuamente decisiones que influyen,

en mayor o menor grado, en la calidad y duración de la vida de las personas pacientes, por lo tanto, es importante mantener siempre una buena comunicación con estas.

El término consentimiento informado fue introducido como tal en la jurisprudencia norteamericana a raíz de la sentencia emitida en 1957 en el caso *Salgo vs. Leland Staffordshire*; y fue definido por el Comité de Ética del Colegio Médico Americano como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente” (Quintero, 2009, p. 1).

Es preciso cuestionar si se pueden describir éticamente situaciones en las que los principios del consentimiento informado (respeto a la autonomía y la autodeterminación) no tienen un beneficio claro para la salud de cada individuo, o si los principios pueden usarse en el marco del respeto de los derechos humanos. Lograr la plena adhesión al consentimiento informado va más allá de un enfoque en el derecho a la salud y comprende el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Para que el acto de consentir sea una manifestación de autonomía, es necesario que la persona paciente conozca, comprenda y aprecie su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los riesgos que estas conllevan (Lara, De la Fuente, 1990, p. 3).

Aunado a ello, es necesario que la información brindada a la persona paciente sea explícita, fácil de entender, en un lenguaje universal y no técnico, considerando la situación particular de cada paciente, puesto que el contexto sociocultural influye en las posturas que toman respecto a su salud.

Tomando en cuenta lo expuesto, es preciso considerar lo establecido en el Reglamento Código de Ética del Colegio Médico de Honduras (2019, p.5) , como se describe a continuación.

Capítulo VIII. Sobre la relación médico-paciente

Artículo 26. La relación médico paciente se entenderá como la comunicación fluida, sincera y honesta en función de satisfacer una necesidad, tanto del que pretende curar un mal ajeno como del que busca el servicio para su dolencia, en el entendido que dicha comunicación se extenderá al entorno del paciente y sus familiares con el único objetivo de que puedan estos últimos coadyuvar en el restablecimiento de su salud.

Artículo 30. Los pacientes tienen derecho a participar en las decisiones de su terapia, para lo cual el médico le propondrá las diferentes opciones terapéuticas, a fin de brindarle el mayor bien posible.

Artículo 31. El médico deberá prestar al paciente los cuidados que le dicte su conocimiento y conciencia profesional, comunicándole con palabras comprensibles y en forma ponderada sobre su estado de salud, los diferentes métodos, técnicas diagnósticas y opcio-

nes terapéuticas, así como los riesgos y beneficios de éstos, a fin de que él pueda ejercer su derecho de elegir, dar su consentimiento o rehusar el manejo propuesto. En los casos en que el paciente no esté en capacidad de comprender y/o decidir, habrá de comunicarlo a los familiares o a las personas legalmente responsables.

Artículo 32. Cuando el paciente no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la actuación médica y resultare imposible obtenerlo de su familia o personas legalmente responsables, el médico deberá actuar con diligencia en la búsqueda de la protección de la vida humana.

Artículo 33. La acción del médico se complementará proporcionando información y educación al paciente, estimulando en el mismo, a través de un acompañamiento cálido, el compromiso de adoptar una conducta saludable.

7. EL DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO MÉDICO

La confidencialidad es parte del cambio de paradigma en torno al ejercicio de la autonomía personal de cada paciente. Su relevancia se encuentra íntimamente relacionada con otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la salud y a su preservación, a la privacidad, a la dignidad y a la calidad de vida.

El origen de la confidencialidad está en el Juramento Hipocrático, donde se lee: ... guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

La confidencialidad es la cualidad de *confidencial*, referida a lo que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá reservado. Proviene del latín *confidentia* y significa revelación secreta, noticia reservada y confianza estrecha e íntima (Quintana, 2020, p. 2).

Podemos afirmar que el secreto profesional “consiste en aquella necesidad, jurídicamente exigible, en que se encuentran ciertas personas, en razón de sus actividades profesionales (*latu sensu*), de omitir toda revelación directa o indirecta, de las noticias que adquieran de tal modo (también, por tanto, de las que no sean expresamente confiadas, sino descubiertas por el profesional) ...” (Campos, 1999, p. 1).

Hay variantes con respecto a la confidencialidad. La distinción básica es la de:

- Secreto absoluto: Su revelación no admite ninguna excepción. El médico no podrá confiar en un hecho conocido a través de su profesión ni a sus colaboradores.
- Secreto relativo: La revelación queda supeditada a una “causa justa”, es decir, cuando el mismo derive un gravísimo daño para terceros o cuando pueda revelarlo a un magistrado competente por justa causa (Altamirano, 2008, pp. 1-2).

La Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente, de la AMM, respecto al secreto médico menciona:

- 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. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- La información confidencial solo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, solo en base estrictamente de «necesidad de conocer», a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

El Código de Ética Basado en Derechos: Las Responsabilidades Profesionales y Éticas de la FIGO con respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (2003), estipula lo siguiente.

Autonomía y confidencialidad de las mujeres:

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

En referencia a las competencias de salud de la mujer para la práctica, la FIGO (2012) señala:

4. Confidencialidad: toda persona tiene derecho a la confidencialidad en relación con la información sobre la atención médica y el estado de salud.

- Mantener la confidencialidad del paciente y evitar la divulgación innecesaria de información.
- Comunicar a los pacientes cómo se mantiene la confidencialidad de toda la información personal escrita y digital.
- Discutir el daño potencial y el beneficio de la divulgación de información confidencial a terceros.
- Discuta cómo la interpretación de las leyes sobre confidencialidad afecta la provisión de atención médica para las mujeres.
- Discuta cómo se toman las decisiones para proteger o divulgar información confidencial.

En el contexto hondureño, la confidencialidad está regulada en el siguiente marco legal.

Constitución de la República (1982):

Artículo 76. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen (p. 11).

Artículo 145. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas (p. 20).

Código Penal:

Artículo 274. Revelación de secreto profesional. Quien revela un secreto ajeno del que tiene conocimiento por razón de su oficio o relación laboral, debe ser castigado con las penas de prisión de seis (6) meses a un (1) año y multa de cien (100) a quinientos (500) días.

El profesional que, incumpliendo su obligación de guardar secreto o reserva, divulga secretos ajenos debe ser castigado con las penas de prisión de uno (1) a tres (3) años y multa de trescientos sesenta (360) a seiscientos (600) días (p. 135).

Código Procesal Penal:

Artículo 228. No están obligados a declarar, aunque sí a comparecer [...] Lo dispuesto en el párrafo anterior será aplicable a los ministros de cualquier culto religioso y a los profesionales, autorizados para operar en el país en relación de las confidencias o secretos que hayan llegado a su conocimiento, por razón del ejercicio de su ministerio o profesión y que están obligados a guardar.

Las personas a que se refiere el párrafo primero serán informadas, antes de que inicien su deposición, sobre el derecho que tienen de abstenerse de declarar y de que si toman la determinación de hacerlo podrán abstenerse de contestar las preguntas que deseen. Lo mismo se hará respecto de los ministros de los cultos religiosos y los profesionales, en cuanto al secreto que están obligados a guardar, en relación con lo establecido en el párrafo anterior (pp. 79-80).

Artículo 269. Obligación de denunciar. Tienen la obligación de denunciar los delitos de acción pública:

- 1) Los funcionarios o empleados públicos que tengan conocimiento de los mismos, en ocasión de sus funciones;
- 2) Los médicos, farmacéuticos, odontólogos, estudiantes de medicina u odontología, enfermeros, paramédicos, parteros y demás personas relacionadas con el ejercicio de profesiones, oficios o técnicas vinculadas con la salud, que tengan conocimiento de acciones u omisiones penales durante el ejercicio de sus actividades (p. 92).

En cuanto al Colegio Médico de Honduras, este dispone del Código de Ética Médica, que indica los siguientes aspectos.

Capítulo VI: Secreto Médico

Artículo 14. Se entiende por secreto médico al acto de salvaguardar la información que por razón del ejercicio profesional, llegue al conocimiento del médico en la relación médico-paciente y su contexto, ya sea porque le fue confiada, o porque la observó o la intuyó. Esta información no debe ser compartida salvo previo consentimiento del paciente, por daño al mismo o a terceros.

Artículo 15. El médico podrá revelar información de pacientes que estén bajo su responsabilidad, cuando estos no tengan la capacidad de evaluar su problema y solucionarlo por sus propios medios, o que el silencio pueda causar daño al paciente, a terceros o a la sociedad.

Artículo 16. El médico tiene el deber de exigir a su equipo de trabajo absoluta discreción y observación escrupulosa del secreto médico.

Artículo 17. El médico está obligado a mantener el secreto médico aun ante la eventualidad de demanda por cobro judicial o extrajudicial de sus honorarios.

Artículo 18. Cuando se emplean sistemas de información médica, estos no deben comprometer el derecho del paciente a la intimidad, sin su consentimiento.

Por su parte, la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras, menciona:

Capítulo IV. Del Secreto Médico:

Artículo 111. El secreto médico es un deber inherente a la profesión misma; el interés público a la seguridad de los enfermos, la honra de la familia, la responsabilidad del médico y la dignidad del arte, exigen el secreto. Los médicos, los practicantes y los técnicos médicos, enfermeros y enfermeras y otros auxiliares están en el deber de conservar como secreto todo cuanto ven, oigan o descubren en el ejercicio de su profesión fuera de su ministerio y que no debe ser divulgado.

Artículo 112. El secreto se puede recibir bajo dos formas; el secreto explícito formal y textualmente confiado por el paciente, y el secreto implícito que resulta de la naturaleza de las cosas, que nadie impone y que preside las relaciones de los pacientes con los profesionales de la medicina. Ambas formas del secreto médico son inviolables, con excepción de los casos especificados por la Ley.

Artículo 113. La revelación es el acto que hace pasar el hecho revelado del estado de hecho secreto al de hecho conocido. No es necesario publicar el hecho para que exista la revelación, basta la confidencia a una persona aislada.

Artículo 114. El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto en los casos siguientes:

- a) Cuando en su calidad de médico experto actúa como médico de una compañía de seguros o empresas mercantiles, al rendir informe sobre la salud de candidatos que le hayan sido enviados para su examen; cuando esté comisionado por la autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona; cuando ha sido designado para practicar autopsias o diligencias médico legales de cualquier género, así en lo civil como en lo criminal.
- b) Cuando actúa como médico tratante hace declaraciones de enfermedades infectocontagiosas, si actúa como médico de sanidad o de ciudad, ante la autoridad sanitaria y cuando expide certificaciones de defunción.
- c) A los padres o tutores de menores de edad cuando aquellos las soliciten, y sin solicitud previa, cuando el médico lo estimare conveniente.

Artículo 115. Si el médico sabe que uno de sus pacientes en período contagioso de una enfermedad proyecta casarse, tomará empeño en disuadirlo de su intento, valiéndose de todos los medios posibles a su alcance.

Artículo 116. El médico puede, sin faltar a su deber, delatar los delitos de que tenga conocimiento con el ejercicio de su profesión, de acuerdo con lo dispuesto en el Código Penal.

Artículo 117. También es permitida la revelación del secreto cuando se trate de evitar un error judicial.

Artículo 118. Cuando un médico es citado ante el Tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, puede escudarse con el secreto profesional y contestar que considera como confidencial los hechos sobre los cuales se le interroga.

Artículo 119. Cuando un médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar el tratamiento, el número de operaciones que haya practicado; pero en ningún caso le está permitido revelar la naturaleza de la enfermedad, ni la clase de operaciones practicadas, ni los cuidados íntimos que haya prestado al enfermo. Estas últimas circunstancias las reservará el facultativo para exponerlas en caso necesario, ante los peritos médicos que puedan ser designados para informar al Tribunal.

Artículo 120. El médico no debe contestar a las preguntas que le hagan sobre la naturaleza o carácter de la enfermedad de su paciente, pero está autorizado, no solo para decir el pronóstico del caso ante los allegados más cercanos al paciente, sino también el diagnóstico, si alguna vez lo considera necesario en resguardo de su responsabilidad profesional o para la mejor dirección del tratamiento.

Artículo 121. Queda formal y categóricamente proscrita la “dicotomía”, o sea la participación de honorarios entre médicos generales y especialistas, hospitales, laboratorios y demás auxiliares, ya que esto constituye un acto contrario a la dignidad profesional expresamente condenado por la deontología (pp. 42-44).

8. LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA Y LA LAICIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA

Sin duda alguna, la objeción de conciencia es uno de los temas que más controversia ha causado en las discusiones referentes a la ética médica, por ello, es de vital importancia analizarlo.

La *objeción de conciencia* se refiere a “la negativa a desempeñar un papel o asumir una responsabilidad debido a creencias personales, religiosas o morales. [...] se manifiesta cuando un proveedor de atención médica se niega a administrar servicios o información por motivos de conciencia o creencias religiosas” (FIGO, 2021).

Por su parte, la laicidad, según la Real Academia Española, es el principio que establece la separación entre la sociedad civil y la sociedad religiosa. Desde cualquier punto de vista, la laicidad en la medicina es primaria. El ejercicio de la medicina con base en reglas morales de cualquier religión conlleva el riesgo de coartar los derechos de salud de las mujeres y de las personas que no la comparten.

La objeción de conciencia en la salud pública es el conflicto que se produce entre el derecho a la libertad de conciencia del profesional, que lleva aparejada la posibilidad de objetar su intervención en una determinada actuación sanitaria, y el derecho del usuario a recibir una prestación establecida legalmente (Adebamowo *et al.*, 2009, p. 46).

El ámbito de la salud es un espacio en el que existen diferencias entre lo normativo y la libertad de conciencia. Estas diferencias se pueden identificar de dos formas:

- el objetor es el profesional de la salud que se niega a brindar asistencia médica porque va en contra de sus principios morales religiosos,

- el objetor es el paciente que se niega a recibir asistencia médica por razones morales religiosas.

Honduras es un Estado laico. Se considera que la condición laica es propia de algunos Estados y de instituciones que existen y participan en la vida pública independientes de la influencia de la religión y de la iglesia; esto incluye la idea del mutuo respeto y la autonomía de esas entidades sin rechazar la religión (Zelaya, 2021).

El laicismo tiene la misma base filosófica y ética que los derechos humanos, reconociendo la dignidad de las personas y la protección de sus derechos y libertades fundamentales frente a los Estados y otros grupos con pretensiones hegemónicas.

El derecho a la objeción de conciencia no puede considerarse absoluto ni prioritario sobre otros derechos, porque este es limitante cuando puede vulnerar los derechos de las demás personas.

La objeción de conciencia se encuentra establecida legalmente en Honduras mediante el Código de Ética del Colegio Médico de este país, que dice:

Artículo 74. El médico podrá declarar objeción de conciencia cuando sea obligado a realizar acciones u omisiones que sean contrarias a sus principios relacionados con la vida.

Los derechos humanos con énfasis en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en una sociedad hegemónica conservadora y patriarcal, generan controversia puesto que se trata de un tema de sensibilidad religiosa.

9. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) tipifica en su artículo 1 que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos [...]”. Sin embargo, existe una marcada desigualdad basada en el género que ha limitado y coartado este derecho en las mujeres a nivel mundial.

Los organismos internacionales de derechos humanos han establecido que los Estados tienen la obligatoriedad de garantizar los derechos humanos de las mujeres, así como de prevenir, investigar y sancionar todas las formas de violencia y de reparar a las víctimas. No obstante, aunque ha habido avances significativos, la igualdad de género sigue ausente.

Los instrumentos nacionales e internacionales han puesto de relieve la importancia del género en relación con los derechos humanos de las mujeres.

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, durante su sesión plenaria número 183. Es el primer instrumento del siglo XX en el que la comunidad internacional reconoció los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena (1993) tuvo como resultado principal la Declaración y Programa de Acción de Viena, un plan común para el refuerzo de la protección de los derechos humanos en todo el mundo.

Dicha conferencia adoptó nuevas medidas para promocionar y proteger los derechos de las mujeres, las niñas y niños y las poblaciones indígenas, mediante el respaldo de la creación de un nuevo mecanismo: el *Relator Especial sobre la violencia contra la mujer*, nombrado posteriormente en 1994 (ACNUDH).

La Relatoría Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, como primer mecanismo independiente de derechos humanos para la eliminación de la violencia contra la mujer, fue un importante jalón del movimiento mundial en pro de los derechos de la mujer, ya que no solo se reconoció que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos, sino que también se encomendó a la Relatora Especial velar porque esa violencia se integrara en el marco de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus mecanismos.

El instrumento internacional más importante en materia de derechos humanos de las mujeres es la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada en 1979 (UNFPA, 2006).

El Estado de Honduras es el ente encargado de velar por los derechos humanos de las mujeres. La creación de políticas públicas con el objetivo de satisfacer sus necesidades en materia de salud, educación, trabajo, acceso a la justicia, entre otros, por medio de normas, protocolos, lineamientos y leyes que salvaguarden sus derechos debe ser prioridad.

Debido a las alarmantes estadísticas relacionadas con las diversas formas de violencia que atentan contra la salud y la vida de las mujeres en Honduras, ha surgido una propuesta de Ley Integral contra las Violencias Hacia las Mujeres en Honduras (LI-VCM), que tiene como objetivo establecer, promover y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

La LI-VCM contempla los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la violencia ginecoobstétrica. Esta, según define: “Comprende todas las formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva. Es perpetrada por el personal de centros de atención a la salud, públicos o privados, y se expresa en el trato deshumanizado, negligente, humillante, grosero, discriminatorio o misógino durante los procesos de atención a la salud de las mujeres” (LI-VCM, 2022, p. 23).

Dicha propuesta de ley se encuentra en revisión por parte del Poder Legislativo de Honduras.

Según la ONU Mujeres, creada en 2010 mediante la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual desarrolla programas, políticas y normas con el fin de defender los derechos humanos de las mujeres y garantizar que todas las mujeres y las niñas alcancen su pleno potencial, el enfoque basado en los derechos humanos reviste suma importancia en el trabajo sobre la violencia contra las mujeres y las niñas.

Dicho enfoque se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. A menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder, a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH), reconoce los derechos de las mujeres y las niñas como derechos humanos y obliga a las partes implicadas a:

- Conservar los derechos de las mujeres y las niñas en la agenda internacional.
- Promover, proteger y hacer cumplir los derechos de las mujeres y las niñas (UN-FPA, s.f.).

¿En qué consiste el EBDH ?

- Primero, consiste en promover los derechos humanos de las personas en todas las esferas de la vida, incluyendo los medios de comunicación.
- Segundo, que las acciones políticas, económicas, culturales, sociales y de cualquier otra índole estén basadas en su doctrina, principios y normas.
- Tercero, en que los garantes de derechos, deberes y responsabilidades, cumplan con sus obligaciones.
- Y, por último, en que las personas sujetas de derechos los conozcan, ejerzan y reclamen.

¿Por qué poner en práctica el EBDH?

Como se ha mencionado en esta guía, el respeto a la dignidad humana es lo que debe primar. Hay dos argumentos principales a favor del EBDH:

- El primero es el argumento moral o jurídico que reconoce que el EBDH es lo correcto.
- Y el segundo es el argumento instrumental, según el cual el EBDH conduce a resultados mejores y más sostenibles en materia de desarrollo humano.

¿Qué se necesita para aplicar el EBDH?

- Es importante reconocer que todas las personas o colectivos son sujetas y sujetos de derechos, sobre todo los de las poblaciones en condición de vulnerabilidad, planteando sus demandas en torno a sus realidades y ejerciendo sus capacidades para reclamarlos o exigirlos (organización, conocimiento, experiencia).
- Identificar a los garantes de derechos, así como el grado de cumplimiento de sus obligaciones 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, mediante el examen de los aspectos que lo conforman, entre ellos los 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, para introducir medidas que “nivelen el terreno para los sujetos desfavorecidos”.

- 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 que garanticen su concreción.

La participación de todas las personas y colectividades reconocidas como sujetas de derechos contribuye a su inclusión, a fin de incidir en la toma de decisiones acerca de su realización. No es un acto espontáneo o el producto de la buena voluntad del funcionario a cargo, en cambio, debe ser un proceso planificado y con objetivos claros e integrales en todos los niveles de la vida pública.

De igual manera, y con las debidas adecuaciones, se tiene que garantizar no solo la presencia, sino también el derecho a la libertad de expresión y el derecho a la autonomía de los sujetos titulares de derecho, de forma individual o colectiva. Esto, además, implica el respeto mutuo entre las partes, para que pueda hacerse posible un diálogo constructivo. Asimismo, debe estar enmarcado en unas políticas que expresen la voluntad del Estado y que hagan posible el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

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

- Titulares de derechos: todas las personas. El ser humano pasa de ser sujeto de necesidades u objeto de asistencialismo y clientelismo a constituirse en un sujeto de derechos.
- Titulares de obligaciones: el Estado y las instituciones públicas que conforman el sujeto con obligaciones morales y jurídicas. Aquí se incluye al gobierno nacional, las administraciones y los poderes locales.
- Titulares de responsabilidades: entre otros, los individuos, organizaciones (sistema universal e interamericano de derechos humanos y todas las entidades interesadas), el sector privado y los medios de comunicación.

Dentro del enfoque de derechos humanos, son relevantes para la ética médica el derecho a la vida, a no ser discriminado, a no sufrir tortura y trato cruel, inhumano o degradante, y el 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 tanto del Sistema Interamericano de Derechos Humanos como del Sistema de Naciones Unidas, que guarda relación con el derecho a la salud de las mujeres.

Según el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras (2010, p. 38), en el Eje 3: Promoción, Protección y Garantía de la Salud de las Mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos, “El Estado garantiza la implementación de planes, programas y estrategias de salud con enfoque de género e interculturalidad, que promuevan un estado de salud óptimo en las mujeres a lo largo de su ciclo de vida, de acuerdo con los compromisos asumidos mediante la ratificación de los instrumentos internacionales de derechos humanos.”

Es así como corresponde a todas las personas del sistema de salud de Honduras garantizar, proteger y respetar los derechos humanos de la población hondureña, de acuerdo con el compromiso de ratificar y cumplir con lo estipulado en los instrumentos internacionales de derechos humanos, tales como declaraciones, protocolos y convenciones. Además, es importante reconocer que las personas profesionales de la salud y el personal sanitario son portadoras de obligaciones, lo que quiere decir que tienen la obligación de garantizar a sus pacientes el goce pleno de sus derechos humanos, y al no cumplir con estas obligaciones son objeto de sanciones internacionales. También, estarían incumpliendo con los códigos de 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 Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”, en su artículo 10 expresa lo siguiente, en relación con el derecho a la salud:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como 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.
 - 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 enfatiza en la satisfacción del derecho a la salud en todos los niveles del sistema público del país, haciendo referencia a garantizar dicho acceso a través de la Atención Primaria de Salud (APS), sin distinción alguna, por medio de políticas públicas que incidan en su desarrollo y sostenibilidad a largo plazo.

De la misma forma, en la Observación General N.º 14 (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) señala que:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.
2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud.

En la “Herramienta de derechos económicos, sociales y culturales y el derecho humano de las mujeres al más alto nivel de salud física y mental”, del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), se señalan las siguientes prioridades de acción, como parte de los factores determinantes relacionados con el género y la salud:

- Proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, como elementos clave del marco normativo para la salud.
- Fortalecer la capacidad de las mujeres para actuar y empoderarlas para que puedan hacer valer y ejercer sus derechos humanos.
- Proteger a las mujeres que actúan como “amortiguadoras”, mediante reformas estructurales fundamentales, como la infraestructura con perspectiva de género y la ampliación de oportunidades.

En el marco de las políticas públicas, los elementos necesarios para garantizar el total cumplimiento del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se muestran en el siguiente cuadro:

a) Disponibilidad	b) Accesibilidad
<p>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, del nivel de desarrollo del Estado parte. Con todo, esos servicios incluyen 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 OMS.</p>	<p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte, de acuerdo con los siguientes principios.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las niñas, niños y 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 encuentren 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 no se genere una carga desproporcionada sobre los hogares más pobres en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: 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.
c) Aceptabilidad	d) Calidad
<p>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, al mismo tiempo 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 tratadas.</p>	<p>Además de ser 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.</p>

Fuente: Arguedas (2014, p. 22).

Además de lo mencionado, cabe describir los apartados de la Observación General N.º 14 que hacen énfasis en los derechos de salud de la mujer como medida que deben adoptar los Estados para su garantía, implementación y desarrollo.

El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva. Disposición del Estado “a la reducción de mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (apartado a del párrafo 2, artículo 12). Se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna y los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior (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. Disposición del Estado a “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, artículo 12). Exige que se establezcan 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. Además, que se promuevan 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, así como la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud. Disposición del Estado de “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado del párrafo 2, artículo 12). Se refiere a enfermedad tanto física como mental, e incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos en las áreas preventiva, curativa y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimiento 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.

Con respecto a los temas especiales de alcance general, la Observación General N.º 14 menciona lo siguiente:

No discriminación e igualdad de trato

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 motivo 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 (incluido 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 en el ámbito de 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 N.º 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).

La perspectiva de género

El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover de mejor forma 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. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud (Comité DESC, 2000).

La mujer y el derecho a la salud

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 toda su vida. Esa estrategia debe prever, en particular, las intervenciones tendientes 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 de 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 la salud de la mujer, particularmente 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 suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de esta a los servicios de salud, educación e información, en especial en la esfera de la salud sexual y reproductiva.

va. También, es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas, que le deniegan sus derechos genésicos (Comité DESC, 2000).

Derechos sexuales y derechos reproductivos

En el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, se menciona que los Estados parte reconocieron la salud sexual y la salud reproductiva como parte fundamental del desarrollo de las personas, de las parejas y de las familias, y su impacto en el desarrollo económico y social de las comunidades y las naciones. “[...] cabe mencionar los grandes cambios de actitud de la población del mundo y de sus dirigentes por lo que hace a la salud reproductiva, la planificación de la familia y el crecimiento de la población, que, entre otras cosas, han dado como resultado el nuevo concepto amplio de la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual, tal como se definen en el presente Programa de Acción” (CIPD, 2004, p. 13).

El principio 8 del Informe de la CIPD menciona: “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. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”.

Y en sus medidas establece:

“3.18. Es preciso eliminar las desigualdades y barreras existentes contra la mujer en la fuerza laboral y promover su participación en la preparación y ejecución de las políticas a todos los niveles, así como su acceso a los recursos productivos y a la propiedad de la tierra, y debería promoverse y fortalecerse su derecho a heredar propiedades. Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado deberían invertir en la educación y el fomento de la capacidad de las mujeres y las niñas y en los derechos jurídicos y económicos de las mujeres, y en todos los aspectos de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual, y deberían promover, supervisar y evaluar todos esos aspectos, para que las mujeres puedan contribuir efectivamente al crecimiento económico y al desarrollo sostenible y beneficiarse de ellos”.

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

A continuación, se describen los principales instrumentos y organismos que abordan este tema en el seno del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Organismo/instrumento	Descripción
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)	Este pacto se firma con el propósito de consolidar un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del ser humano, reconociendo que estos no nacen con el hecho de ser nacional de un determinado Estado, sino que tienen como atributos los atributos de la persona.
Comisión Interamericana de Mujeres OEA/CIM	Establecido en 1928, este fue el primer órgano gubernamental creado para asegurar el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, con la misión de incidir en las políticas públicas a partir de un enfoque de género para lograr la eliminación de la discriminación y las violencias de género.
Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención Belem Do Para”	Hasta la fecha, es el único instrumento internacional que trata exclusivamente de las violencias hacia las mujeres. Propone el desarrollo de mecanismos de protección hacia las mujeres en su forma integral. Fue adoptado en 1994 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA).
Relatoría sobre los Derechos de las Mujeres	Esta iniciativa surge para crear conciencia sobre la necesidad de adoptar medidas para garantizar que las mujeres puedan ejercer sus derechos humanos básicos. Fue establecida en 1994.
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST)	Este instrumento entró en vigencia el 28 de febrero de 1987, con el objetivo de sancionar y prevenir cualquier forma de tortura o tratos similares.
Programa Interamericano sobre la Promoción de los Derechos Humanos de la Mujer y la Equidad e Igualdad de Género	El objetivo de este programa es integrar sistemáticamente la perspectiva de género en todos los órganos, organismos y entidades del sistema interamericano. De esa forma, pretende alentar a los Estados miembros de la OEA a generar políticas públicas, estrategias y propuestas dirigidas a promover los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género en todas las esferas.
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)	En este pacto se reafirma el deseo de reconocer y ampliar los derechos de las mujeres, especialmente en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos. Fue firmado el 17 de noviembre de 1998 en San Salvador.

c) Estándares interamericanos en materia de la garantía del debido proceso y protección judicial

En Honduras, el Poder Judicial, con sus diferentes dependencias, es el encargado de garantizar el acceso a la justicia para la población. Sin embargo, existen situaciones de

carácter estructural que históricamente han limitado el acceso a los derechos humanos y han condicionado a las mujeres a cumplir roles basados en su género. Es prioritario que desde la Corte Suprema de Justicia de Honduras se demande un compromiso con enfoque de género dirigido a las juezas, jueces, magistradas y magistrados, quienes por medio de sus resoluciones pueden intervenir de manera significativa en las competencias del Estado y las responsabilidades y los compromisos internacionales que se deben cumplir, brindando la protección adecuada y justa a las mujeres como sujetas de derecho.

A este respecto, la Corte IDH señala en la sentencia *Favela Nova Brasilia vs. Brasil*: “Todos los órganos que ejerzan funciones de naturaleza materialmente jurisdiccional tienen el deber de adoptar decisiones justas basadas en el respeto pleno a las garantías del debido proceso establecidas en el artículo 8 de la Convención Americana” (2017, p. 47).

Sobre el deber del Estado de respetar las garantías judiciales y su debido proceso, el Artículo 8 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos dice lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.
2. Toda persona inculpada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se establezca legalmente su culpabilidad. Durante el proceso, toda persona tiene derecho, en plena igualdad, a las siguientes garantías mínimas:
 - a) derecho del inculcado de ser asistido gratuitamente por el traductor o intérprete, si no comprende o no habla el idioma del juzgado o tribunal;
 - b) comunicación previa y detallada al inculcado de la acusación formulada;
 - c) concesión al inculcado del tiempo y de los medios adecuados para la preparación de su defensa;
 - d) derecho del inculcado de defenderse personalmente o de ser asistido por un defensor de su elección y de comunicarse libre y privadamente con su defensor;
 - e) derecho irrenunciable de ser asistido por un defensor proporcionado por el Estado, remunerado o no según la legislación interna, si el inculcado no se defendiere por sí mismo ni nombrare defensor dentro del plazo establecido por la ley;
 - f) derecho de la defensa de interrogar a los testigos presentes en el tribunal y de obtener la comparecencia, como testigos o peritos, de otras personas que puedan arrojar luz sobre los hechos;
 - g) derecho a no ser obligado a declarar contra sí mismo ni a declararse culpable;
 - h) derecho de recurrir del fallo ante juez o tribunal superior.

3. La confesión del inculpado solamente es válida si es hecha sin coacción de ninguna naturaleza.
4. El inculpado absuelto por una sentencia firme no podrá ser sometido a nuevo juicio por los mismos hechos.
5. El proceso penal debe ser público, salvo en lo que sea necesario para preservar los intereses de la justicia.

En cuanto al alcance del debido proceso, también cabe mencionar que la Corte IDH estableció en su Opinión Consultiva Garantías Judiciales en Estados de Emergencia que: “los principios del debido proceso legal no pueden suspenderse con motivo de las situaciones de excepción en cuanto constituyen condiciones necesarias para que los instrumentos procesales, regulados por la Convención, puedan considerarse como garantías judiciales”.

Además, la Corte estableció desde su primera sentencia que la inexistencia del debido proceso legal puede originar la invocación de una excepción a la regla del previo agotamiento de los recursos internos (Corte IDH, 1988, p. 13).

Por otra parte, se desprende del caso Castillo Petruzzi y otros vs. Perú que en ausencia de un “procesamiento que satisfaga las exigencias mínimas del debido proceso legal”, el proceso y la sentencia quedan invalidados y el Estado debe “llevar a cabo –en un plazo razonable– un nuevo enjuiciamiento que satisfaga *ab initio* las exigencias del debido proceso legal” (Corte IDH, 1999, p. 67).

10. LA SITUACIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN HONDURAS

La situación de salud de las mujeres en el contexto hondureño es compleja. El sistema de salud presenta una crisis que se agravó en la última década y sobre todo durante la pandemia por el COVID-19.

Según el último informe de desarrollo humano de Honduras, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el sistema de salud es percibido por las personas expertas locales como segmentado y desintegrado.

Pese a las normativas internacionales que protegen el derecho a la salud de las mujeres hondureñas, el 21 de enero de 2021 el Congreso Nacional reformó el artículo 67 de la Constitución de la República, estableciendo que “*es prohibido e ilegal la práctica de cualquier forma de interrupción de la vida del que está por nacer, a quien debe respetarse la vida en todo momento*”. De esta manera, se bloquea cualquier iniciativa que promueva el derecho al aborto, aunque sea mínimamente por las tres causales.

Dicha reforma establece la prohibición e ilegalidad de cualquier interrupción de la vida por parte de la madre o de un tercero. Asimismo, plantea que debe respetarse la vida del que está por nacer desde su concepción.

La reforma también creó un blindaje para sí misma, al determinar que esa medida solo podrá reformarse con el voto de las tres cuartas partes de las personas diputadas del Congreso Nacional y, a su vez, afirma que no perderá su vigencia ni dejará de cumplirse incluso cuando sea derogada o modificada por otro precepto constitucional.

El nuevo Código Penal, en su título III, capítulo 1, artículo 196 referente al aborto establece:

El aborto es la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto. Quien intencionalmente cause un aborto debe ser castigado:

- 1) Con tres (3) a seis (6) años de prisión si la mujer lo hubiere consentido o produzca su aborto.
- 2) Con seis (6) a ocho (8) años de prisión si el agente obra sin el consentimiento de la embarazada y sin emplear violencia o intimidación.
- 3) Con ocho (8) a diez (10) años de prisión si el agente emplea violencia, intimidación o engaño.

Además de las penas señaladas en los numerales anteriores, a los profesionales sanitarios que abusando de su profesión causen o cooperen en la realización del aborto se les impondrá también la pena de multa de quinientos (500) a mil (1 000) días.

Quien por actos de violencia ocasiona el aborto sin el propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la víctima, debe ser castigado con la pena de prisión de ocho a diez años, sin perjuicio de la pena que corresponda por los actos de violencia que realice (Congreso Nacional, Código Penal, Decreto N.º 130-2017).

De esta forma, Honduras es uno de los cinco países de América Latina en donde el aborto está prohibido sin excepciones, incluyendo las tres causales, que son: la violación sexual, la malformación congénita incompatible con la vida y el embarazo de alto riesgo para la vida o la salud de la mujer.

Esta penalización absoluta provoca que las mujeres hondureñas no tengan un acceso digno a la salud, coartando sus derechos sexuales y reproductivos. A su vez, la obligación de los profesionales de la salud de informar sobre los casos de mujeres cuyas lesiones parecen estar relacionadas con abortos inseguros ha derivado en la persecución y encarcelamiento de las mujeres, y evita que aquellas mujeres que presentan una emergencia obstétrica derivada de un aborto espontáneo o sus complicaciones acudan a un servicio de salud, poniendo de esta manera su vida en peligro.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 las muertes maternas presentaron un incremento importante, pasando de 61 muertes maternas por cien mil nacidos vivos para el año 2020 a 125 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el año 2021.

A partir de noviembre de 2021 la Secretaría de Salud (SESAL), con apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y UNFPA, está implementando un proceso que incluye las directrices para la conformación, juramentación, activación y funcionamiento de los comités de vigilancia

de la mortalidad materna en el ámbito público y no público del país, según el informe de la Unidad de Vigilancia de la Salud (SESAL, 2022).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de los casos de mortalidad materna se deben a causas que serían evitables a través de la implementación de una variedad de medidas de prevención y atención de las emergencias obstétricas.

Las causas más comunes de mortalidad materna en Honduras son las hemorragias posparto y los trastornos hipertensivos del embarazo, siendo estas en su mayoría prevenibles. Sin embargo, hay causas relacionadas con la violencia sexual y la prohibición de métodos de anticonceptivos de emergencia.

En el marco del golpe de Estado en Honduras, ocurrido en el año 2009, el Congreso Nacional prohibió la promoción, distribución, uso y venta relacionada con la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE), mediante el Decreto N.º 54-2009. La prohibición establecía una pena equivalente a la del delito de aborto para la contravención a estas disposiciones, por considerar que dicho método tiene efectos abortivos. Esto posicionó a Honduras como el único país de América Latina que prohibía la PAE aun en casos de violencia sexual.

El 07 de diciembre del año 2022 la Secretaría de Salud socializó el “Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual”, ratificado en el Diario Oficial de la República de Honduras La Gaceta el 01 de diciembre de 2022, mediante Acuerdo N.º 14874-2022, que incluye la protección del derecho a una vida digna, el derecho a la salud física y mental, y que garantiza parte de los derechos sexuales y reproductivos de la población. De esta forma, se permitía el acceso a la PAE solo a las personas que fuesen víctimas de violencia sexual, por considerarse una emergencia médica, coartando así los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres hondureñas que por otros motivos pudiesen acceder a la misma.

Es imprescindible hacer mención que dicho protocolo recalca la importancia de garantizar el secreto médico profesional y la confidencialidad en la atención a las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual, 2022, p.12).

En 2023, en el marco conmemorativo del 08 de marzo, conocido como Día Internacional de las Mujeres, la presidenta de la República Xiomara Castro, en conjunto con el secretario de Salud Dr. José Manuel Matheu, firmaron el Acuerdo Ejecutivo N.º 75-2023, a través del Diario Oficial de la República La Gaceta. Este menciona que Honduras, como Estado miembro de la ONU y de la OEA, ha suscrito y ratificado numerosos tratados y convenios internacionales mediante los cuales se compromete a garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las mujeres y niñas.

A su vez, La Gaceta menciona:

Considerando: que en octubre de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE) no es abortiva, determinando a través de una revisión cuidadosa de la evidencia “que las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel son muy seguras.

No causan aborto ni dañan la fertilidad futura. Los efectos secundarios son infrecuentes y generalmente leves”.

Considerando: que como consecuencia de la prohibición de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE), las mujeres en Honduras no han tenido acceso a este método anticonceptivo de emergencia seguro (no abortivo) y se ha obstaculizado su acceso al derecho a la salud, en especial mediante la violación a sus derechos reproductivos.

Acuerdo segundo: Garantizar el libre uso, acceso, venta y compra relacionada con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), así como su distribución y comercialización en todo el país (La Gaceta, 08 de marzo 2023, págs. 2, 3 y 4).

Mediante la aprobación de este acuerdo ejecutivo el Estado de Honduras está asegurando el acceso digno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, luego de trece años de prohibición de la PAE, que dieron como uno de sus resultados el aumento desenfrenado de embarazos en adolescentes, colocando a Honduras como el segundo país en América Latina con el mayor número de embarazos en adolescentes, con una tasa de fecundidad de 140 nacimientos por cada 1000 mujeres.

En la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras se ratifican los compromisos nacionales e internacionales que definen el marco legal según el cual se faculta y obliga a la Secretaría de Salud, así como a otros socios estratégicos, a realizar las acciones políticas, técnicas y administrativas que contribuyan a disminuir este importante problema social y de salud pública.

También, se menciona que la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la población adolescente de Honduras se debe, por su parte, a “[...] el acceso a la educación sexual y servicios de salud integrales, la falta de programas acordes a la edad para postergar el inicio de su vida sexual o evitar el primer embarazo.

A su vez, establece que la peor parte la enfrentan las adolescentes pobres, adolescentes con bajos niveles educativos, y adolescentes pertenecientes a los pueblos originarios y afrohondureños [...] (ENAPREAH, SESAL, 2012, p. 14).

Cabe mencionar que el 08 de marzo ocurrió otro evento histórico. El Poder Legislativo, a través del Congreso Nacional de la República, aprobó la “Ley de Educación Integral de Prevención de Embarazo Adolescente”, la cual fue presentada como proyecto de ley por la vicepresidenta del Congreso Nacional, la diputada Scherly Arriaga. Fue aprobada con el objetivo de promover y garantizar la enseñanza de la educación integral de prevención del embarazo adolescente, basada en un enfoque de derechos, en todas las modalidades del sistema educativo público y privado del país.

La Ley también busca contribuir al desarrollo de la personalidad y de las capacidades de las personas en Honduras, en condiciones de libertad, igualdad, no discriminación y con respeto a la dignidad humana

Además, la ley establece que se debe:

- Asegurar la inclusión de la educación integral para la prevención del embarazo adolescente en el marco curricular nacional, de manera que promueva la formación

integral de niños y niñas, el empoderamiento y la responsabilidad de las personas adolescentes.

- Brindar información científica, precisa, actualizada y adecuada a cada etapa de desarrollo de las personas educandas, acerca de los distintos aspectos involucrados en la sexualidad, enfocándose en la formación integral de la persona y respetando su dignidad, sus derechos, su conciencia y su cultura.
- Fomentar una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad y estimular la postergación del inicio de las relaciones sexuales hasta que la persona alcance la madurez física, emocional y mental.
- Prevenir los embarazos no deseados y difundir el conocimiento del uso de los métodos anticonceptivos modernos en las personas adolescentes sexualmente activas y en madres adolescentes (TNH, 2023).

Según el “Informe alternativo de las organizaciones de derechos humanos, mujeres y feministas ante el Comité (CEDAW), Honduras 2016-2022”, hasta la fecha no se han realizado estudios, por parte del Estado, encaminados a investigar el impacto de la prohibición del aborto en la vida de las mujeres. Sin embargo, en 2016 se reportaron 900 partos de niñas entre 10 y 14 años, y 24 000 partos de adolescentes entre 15 y 19 años; la gran mayoría resultado de la violencia sexual y de la falta de acceso a métodos de planificación familiar. Esta cifra se va incrementando año con año. La penalización absoluta del aborto y la prohibición de la PAE ponen en peligro a las mujeres y a las niñas y constituye una violación a sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con el informe de la plataforma Somos Muchas, publicado en 2019:

[...] encontramos que el rango de edad de las mujeres judicializadas oscila entre los 17 hasta los 77 años. El 81% de estos casos se encuentra en las jóvenes entre los 18 y 28 años, el 8.5% de casos oscila entre los 29 y 39 años y un 2% de los casos analizados se refiere a mujeres mayores de 40 años (Somos Muchas, 2019, p. 20).

[...] La evidencia encontrada muestra que, de todos los casos judicializados por aborto, entre el 2006 al 2009 se judicializó el 21% (Somos Muchas, 2019, p. 22).

Según este mismo informe:

[...] una gran parte de los casos representan emergencias obstétricas ya sea en razón de un aborto espontáneo o por hemorragias obstétricas producto de un aborto incompleto o de un óbito fetal (Somos Muchas, 2019, p. 30).

En concreto, el problema del tipo penal del aborto y el bien jurídico que pretende proteger impacta en la vida de las mujeres, al habilitar el uso de la fuerza policial y otras fuerzas del orden público motivándose por engaños e incongruencias, desconsiderando estándares nacionales respecto al aborto; y, simultáneamente, omitiendo la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud pública de las mujeres que atraviesan emergencias obstétricas por razones naturales, patológicas o producto de abortos inseguros (Somos Muchas, 2019, p. 31).

Por lo descrito, la situación de salud obstétrica para las mujeres hondureñas se ve afectada directamente por la obligatoriedad del profesional de salud de denunciar a aquellas mujeres que presentan una emergencia obstétrica, y por la judicialización de las mujeres en vulnerabilidad que acuden a un servicio de salud debido a una emergencia obstétrica.

Los profesionales de salud son actores principales en la protección de los derechos humanos de las mujeres y tienen la obligación, desde la ética médica, de contribuir y hacer valer sus derechos y de mejorar el acceso de las mujeres a la salud.

Como se ha indicado, según la reforma al artículo 67 de la Constitución de la República, y de acuerdo con el nuevo Código Penal vigente en su artículo 196, el aborto es punible. Sin embargo, el Código Procesal Penal, en su artículo 269, introduce una excepción con respecto a los delitos de acción pública, expresando la obligatoriedad del personal de salud de denunciar.

En ese sentido, el secreto profesional y el derecho a la intimidad de las mujeres que acuden por emergencias obstétricas a los servicios de salud se violenta y las posiciona en vulnerabilidad.

En el caso *Manuela y otros vs. El Salvador*, en sentencia de 02 de noviembre de 2021, en la sección B3 sobre la violación del secreto médico y la protección de datos personales, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dice:

- 203. Para que el personal médico pueda brindar el tratamiento médico adecuado, es necesario que el paciente sienta la confianza de compartir con el personal médico toda la información necesaria. Por esto es fundamental que la información que los pacientes comparten con el personal médico no sea difundida de forma ilegítima. En este sentido, el derecho a la salud implica que, para que la atención en salud sea aceptable debe “estar concebida para respetar la confidencialidad”.
- 204. Asimismo, el artículo 11 de la Convención prohíbe toda injerencia arbitraria o abusiva en la vida privada de las personas, enunciando diversos ámbitos de la misma como la vida privada de sus familias, sus domicilios o sus correspondencias. La vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, y es una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad. Además, se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.
- 206. En virtud del derecho a la vida privada y del derecho a la salud, las personas tienen derecho a que la atención médica sea confidencial y a la protección de los datos de salud. Dicha protección trae como consecuencia que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión no debe ser difundida y se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Esto incluye tanto la información compartida por el paciente mientras es atendido, como la evidencia física que el personal médico pueda observar al brindar atención médica. En este sentido, los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos. Esta obligación de mantener el secreto profesional ha sido reconocida en diversos instrumentos relativos a la ética

de la atención médica, incluyendo el juramento hipocrático, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Mundial de Medicina en 1948, el Código Internacional de Ética Médica, y la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (Caso Manuela y otros vs. El Salvador, Corte IDH, pp. 61-62).

En el 47% de los casos de aborto judicializados en Honduras se involucra directamente al personal médico como actores de la denuncia, seguido del personal administrativo de los hospitales públicos, quienes representan un 17%. Es decir, en el 64% de los casos de mujeres judicializadas por aborto la denuncia fue interpuesta por las personas que laboran en el ente encargado de atender su emergencia obstétrica (Somos Muchas, 2019, p. 37).

El personal de salud debe salvaguardar la salud y la vida de las mujeres, dado que las principales razones por las que las mujeres buscan servicios de salud están relacionadas con su salud reproductiva, y es justo en esta materia en la que hay mayor ausencia de reconocimiento de derechos por parte del Estado.

La Organización Mundial de la Salud hace énfasis en que el derecho a la salud también se refiere al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y de su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación. Toda persona tiene derecho a la intimidad y a ser tratada con respeto y dignidad (Ghebreyesus, 2017).

Como fue mencionado, el Código de Ética del Colegio Médico de Honduras establece el secreto médico en su artículo 14. Toda obligación judicial que tengan los profesionales de la salud debe ejercerse salvaguardando el bien jurídico legal, que es la mujer.

Es importante hacer énfasis en el principio de justicia y beneficencia desde el marco ético, manteniendo la confidencialidad en la relación médico-paciente.

Dado que el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos se ha convertido en la última alternativa para quienes no encuentran justicia, verdad y resarcimiento adecuado en sus países, es relevante tomar en cuenta la jurisprudencia que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha desarrollado en relación con las obligaciones generales que cualquier Estado —en este caso, Honduras— asume al firmar y ratificar la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

En el caso *De La Cruz Flores vs. Perú*, la Corte IDH se pronuncia diciendo que “la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada por el secreto profesional”.

Este mismo caso se menciona en el Informe sobre criminalización del aborto en Honduras: “El conflicto entre la obligación de denunciar y la obligación de guardar el secreto profesional se puede dilucidar a través de lo expresado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia del caso *De La Cruz Flores vs. Perú*, la cual es vinculante para el Estado de Honduras, donde menciona que ‘la información a la cual el médico tiene acceso en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada por el secreto profesional’ y que se vulnera el principio de legalidad al ‘imponer a los médicos la obligación de denun-

ciar posibles conductas delictivas de sus pacientes, con base en la información obtenida en el ejercicio de su profesión’...” (Somos Muchas, 2019, p. 39).

11. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO ÉTICO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN HONDURAS

La situación de las mujeres hondureñas con respecto a sus derechos, específicamente sus derechos sexuales y reproductivos en torno a las emergencias obstétricas, es complicada. Esta situación posiciona a las mujeres en un estado de vulnerabilidad física, psicológica, social, ambiental, económica e incluso estructural, que las obliga a cohabitar en un país con uno de los índices de mayor desigualdad. Todo lo anterior fue agravado por la pandemia de COVID-19, que dejó al descubierto las múltiples violaciones a sus derechos humanos.

Los profesionales de la salud están comprometidos a velar por el derecho a la salud de las mujeres, a partir del respeto, la empatía, la equidad y la ética médica, debiéndoles proporcionar todas las medidas necesarias para que su acceso a la salud sea digno e integral.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, el personal de salud puede prevenir el riesgo innecesario de morbilidad y, por consiguiente, la pérdida de la vida de la mujer. Con base en el consentimiento informado y el principio de autonomía, el personal de salud debe asegurarse de que todas las mujeres conozcan su situación de salud y las opciones seguras que tienen a su disposición.

Asimismo, el personal de salud debe garantizar que las mujeres que acuden a los centros de salud con emergencias obstétricas conozcan plenamente los procedimientos y tratamientos médicos que se les realizarán, a fin de que, de manera consensuada y autónoma, las mujeres tengan derecho a tomar sus propias decisiones, las cuales les permitirán alcanzar los más altos estándares de salud y bienestar.

De acuerdo con las recomendaciones de la FIGO sobre temas de ética en el campo de la obstetricia y ginecología, el papel del personal sanitario es crucial en la salud de la mujer. El marco ético para el cuidado ginecológico y obstétrico menciona:

- La mujer tiende a ser vulnerable por motivos sociales, culturales y económicos. Este es el caso dentro de la relación médico-paciente, ya que en el pasado el cuidado de la mujer a menudo ha sido dominado por el paternalismo de sus asesores.
- El principio de autonomía enfatiza el importante papel que debe desempeñar la mujer en la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud. Los médicos deben tratar de corregir la vulnerabilidad de la mujer solicitando expresamente su elección y respetando sus opiniones.
- Cuando se requieren decisiones relativas a la atención médica, la mujer debe contar con toda la información disponible sobre las alternativas para su manejo, incluyendo riesgos y beneficios. Informar a la mujer y obtener sus aportes y consentimiento, o su desacuerdo, debiera ser un proceso continuo.

- Debido a la naturaleza íntimamente personal de la atención ginecológica y de obstetricia, existe una especial necesidad de proteger la confidencialidad de la paciente.
- Además de la prestación de servicios médicos, los profesionales médicos tienen la responsabilidad de considerar el bienestar y la satisfacción psicológica de la mujer con su cuidado ginecológico y de obstetricia.
- Para la prestación de servicios de salud a la mujer, la justicia exige igualdad de trato para todas ellas, independientemente de su situación socioeconómica.
- Si un médico no puede o no quiere proporcionar un servicio médico deseado por razones que no son médicas, él o ella debe hacer todo lo posible para lograr ser remitido adecuadamente.
- Los obstetras/ginecólogos deben eliminar los obstáculos para la atención y servicios de salud de la mujer, incluidos aquellos basados en la discriminación social y la devaluación contra la mujer.
- Los obstetras/ginecólogos deben asegurarse de que las políticas que tienen impacto directo en la atención de la salud de la mujer se basen en la mejor evidencia disponible.
- Los obstetras/ginecólogos deben abogar por acceso equitativo y asequible a los servicios de salud de la mujer, en particular a la salud sexual de la mujer, independientemente de su edad y/o estado civil, racial, étnico, socioeconómico o religioso.

También existen recomendaciones para el manejo ético sobre la salud sexual y reproductiva, brindadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, expuestas en el caso *Manuela y otros vs. El Salvador*, tales como:

D.1 Regulación del secreto profesional médico y sus excepciones, y adaptación de los protocolos y guías médicas de atención de las emergencias obstétricas

- La Comisión ordena al Estado que garantice “la certeza legal del secreto profesional médico mediante una regulación adecuada que sea el resultado de una debida ponderación de los derechos e intereses en juego, y crear un protocolo para su protección por personal médico en casas relacionados con emergencias obstétricas o abortos que cumpla con los estándares internacionales y que contemple detalladamente los supuestos de excepción”.
- [...] este tribunal considera pertinente que el Estado adopte, (...) una regulación clara sobre los alcances del secreto profesional médico, la protección de la historia clínica y sus excepciones. Dicha regulación debe establecer expresamente que: i) el personal médico y sanitario no tiene una obligación de denunciar a mujeres que hayan recibido atención médica por posibles abortos; ii) en estos casos, el personal de salud debe mantener el secreto profesional médico, frente a cuestionamientos de las autoridades; iii) la falta de denuncia por parte del personal de salud en estos casos no conlleva represalias administrativas, penales o de otra índole, y iv) los

supuestos en los cuales se puede difundir la historia clínica, las salvaguardas claras sobre el resguardo de dicha información y la forma en que esta puede ser difundida, exigiendo que la misma se realice solo mediante orden fundamentada por una autoridad competente y, tras la cual, se divulgue solo lo necesario para el caso concreto.

- La Corte considera necesario que el Estado adopte (...), un protocolo para la atención de mujeres que requieran atención médica de urgencia por emergencias obstétricas. El protocolo deberá estar dirigido a todo el personal de salud público y privado, estableciendo criterios claros para asegurar que, en la atención de estas mujeres: i) se asegure la confidencialidad de la información a la que el personal médico tenga acceso en razón de su profesión; ii) el acceso a servicios de salud no esté condicionado por su presunta comisión de un delito o por la cooperación de las pacientes en un proceso penal, y iii) el personal de salud se abstenga de interrogar a las pacientes con la finalidad de obtener confesiones o denunciarlas.

D.2 Adecuación de la regulación de la imposición de la prisión preventiva

- La Comisión solicitó que la Corte ordene “asegurar que en la legislación y la práctica el uso de la detención preventiva se ajuste a los estándares descritos”.
- En el presente caso, la Corte acreditó que la imposición de la prisión preventiva en el proceso penal llevado en contra de Manuela tuvo como fundamento una regulación que resultaba contraria a la Convención Americana. Por tanto, la Corte considera que el Estado debe realizar (...), una reforma a su legislación procesal penal a efectos de compatibilizarla con los estándares relativos a la prisión preventiva desarrollados en la jurisprudencia de la Corte.

D.3 Capacitación y sensibilización de funcionarios públicos

- La Comisión solicitó que la Corte ordene al Estado “realizar la debida capacitación a defensores públicos, fiscales, jueces y otros funcionarios judiciales destinada a eliminar el uso de estereotipos discriminatorios sobre el rol de las mujeres tomando en cuenta su impacto negativo en las investigaciones penales y en la valoración probatoria y sobre responsabilidad penal en decisiones judiciales” y “revisar y adecuar las practicas institucionales discriminatorias dentro del ámbito penal y sanitaria”. Asimismo, solicitó fortalecer “la plena eficacia de la defensa publica, en particular en los casos que implican la posible imposición de penas severas, incluyendo mecanismos disciplinarios de rendición de cuentas frente a acciones u omisiones que constituyan negligencias manifiestas”.
- Los representantes solicitaron que “se dispongan capacitaciones destinada[s] a eliminar el uso de estereotipos discriminatorios sobre el rol de las mujeres tomando en cuenta su impacto negativo en las investigaciones penales y en la valoración

probatoria y sobre responsabilidad penal en decisiones judiciales”, así como “programas de educación y formación permanentes dirigidos a todos los profesionales que trabajen en instituciones de salud, policía y poder judicial sobre el tratamiento adecuado a emergencias obstétricas, el secreto profesional, embarazo, género, derechos humanos y prevención de actos de tortura”. Solicitaron que estas capacitaciones sean brindadas “i) en las carreras universitarias de Medicina, Enfermería, Derecho, Psicología, y Trabajo Social; ii) al personal de salud del territorio iii) a los médicos legistas; y iv) a los operadores de justicia, incluyendo Defensores Públicos, a través de la Escuela Judicial correspondiente”.

- [...] en el presente caso el Tribunal considera necesario que el Estado adopte (...), un plan de capacitación y sensibilización dirigido tanto a funcionarios judiciales, como al personal de salud. En cuanto a los primeros, el Estado deberá adoptar programas de educación y formación permanentes dirigidos a los funcionarios judiciales que intervengan en procesos penales llevados en contra de mujeres acusadas de aborto o infanticidio, incluyendo los defensores públicos, sobre los estándares desarrollados por la Corte en el presente caso relativos al carácter discriminatorio del uso de presunciones y estereotipos de género en la investigación, el juzgamiento penal de las mujeres acusadas por estos delitos, la credibilidad y la ponderación dada a las opiniones, los argumentos y los testimonios de las mujeres, en su calidad de partes y testigos, y el efecto de las normas inflexibles (estereotipos) que suelen elaborar los jueces y fiscales acerca de lo que consideran un comportamiento apropiado de las mujeres. Además, deberá explicar las restricciones del uso de esposas u otros dispositivos análogos en mujeres que estén por dar a luz, durante el parto o en el período inmediatamente posterior, o que han sufrido emergencias obstétricas, de conformidad con los estándares.
- Respecto del personal de salud, la Corte considera pertinente ordenar al Estado que diseñe e implemente, en el mismo plazo, un curso de capacitación sobre el secreto profesional médico, dirigido al personal sanitario y médico, de conformidad con los estándares desarrollados en la presente Sentencia relativos a los alcances del secreto profesional médico, sus excepciones y los estereotipos de género, así como con el protocolo.

D.5 Programa de educación sexual y reproductiva

- La Comisión solicitó ordenar al Estado “establecer mecanismos efectivos y accesibles para informar a las mujeres a nivel local, en particular aquellas en situación de pobreza y ruralidad, sobre sus derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva”. Asimismo, los representantes solicitaron realizar campañas informativas sobre salud sexual y reproductiva.
- [...] la Corte considera pertinente ordenar que, el Estado diseñe e implemente dentro de los programas escolares contenido específico sobre la sexualidad y la repro-

ducción que sea integral, que no sea discriminatorio, que esté basado en pruebas, que sea científicamente riguroso y que sea adecuada en función de la edad⁴⁵¹, y teniendo en cuenta las capacidades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes.

D.6 Atención para casos de emergencias obstétricas

- La Comisión recomendó “revisar y adecuar las practicas institucionales discriminatorias dentro del ámbito [...] sanitario”. Los representantes solicitaron “que adopte protocolos de salud que aseguren una atención de salud integral (incluyendo la salud sexual y reproductiva) a las niñas, jóvenes y mujeres en El Salvador, de conformidad con los más altos estándares internacionales de derechos humano”.
- [...] resulta necesario ordenar que el Estado tome de forma inmediata las medidas necesarias para asegurar la atención médica integral de las mujeres que sufran emergencias obstétricas.

FUENTES CONSULTADAS

- Acción Joven, Centro de Estudios de la Mujer (CEM-H), Centro de Derechos de Mujeres (CDM), Centro de Solidaridad, Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF), OPTIO, We Lead & Somos Muchas. (2022, octubre 24). *Informe Alternativo al Comité de la CEDAW 2016-2022*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado noviembre 20, 2022. https://derechosdelamujer.org/informe-alternativo-al-comite-de-la-cedaw-2016-2022/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=informe-alternativo-al-comite-de-la-cedaw-2016-2022
- Agenda Pro Salud. (2021, octubre 26). *La ética médica: Conceptos y principios para una práctica profesional*. Blog AgendaPro. Recuperado marzo 1, 2023. <https://blog.agendapro.com/centros-de-salud/etica-medica-conceptos-y-principios-para-una-practica-profesional>
- Arcus Foundation, Movimiento Diversidad en Resistencia (MDR) & Centro de Derechos de las Mujeres. (2021, noviembre). *Poder público y poder religioso: Una simbiosis peligrosamente antidemocrática y antiderechos*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado marzo 1, 2023. https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2022/08/2022_Arcus-Poder_politico_y_poder_religioso.pdf
- Asociación Médica Mundial. (2013, última revisión). *Declaración de Helsinki – WMA – The World Medical Association*. The World Medical Association. Recuperado marzo 1, 2023. <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
- Associated Press, J. H. T. (1972, julio 26). Las víctimas de sífilis en un estudio estadounidense no recibieron tratamiento durante 40 años. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/1972/07/26/archives/syphilis-victims-in-us-study-went-untreated-for-40-years-syphilis.html>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed ed.). Oxford University Press, Inc.

- Centro de Derechos de las Mujeres. (2020, mayo). *Boletín Nuevo Código Penal*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado marzo 1, 2023. <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2020/05/Boleti%C3%ACn-nuevo-Co%C3%ACdigo-Penal-17MAY2020.pdf>
- Centro de Derechos de las Mujeres. (2022, June 30). *Proyecto regional contra violencia hacia las mujeres con énfasis en la cultura de la violación*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2022/09/Proyecto-regional-de-prevencion-de-la-violencia-contras-las-mujeres-en-C.A.-No.-1-Enero-junio-2022.pdf>
- Centro de Derechos de las Mujeres. (2022, octubre 10). *Hoja de violencia sexual contra mujeres en honduras: enero – junio 2022*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://derechosdelamujer.org/hoja-de-violencia-sexual-contras-mujeres-en-honduras-enero-junio-2022/>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019, agosto 27). *Situación de Derechos en Honduras*. oas.org. Recuperado 1 marzo, 2023. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Honduras2019.pdf>
- Ferro, D. M., Molina Rodríguez., D. L., Rodríguez G., M. P. W. (2007, mayo 22). *La bioética y sus principios*. ve.scielo.org. Recuperado 1 marzo, 2023. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029
- FIGO. (2020, julio). *FIGO Statement*. Figo.org. Recuperado 1 marzo, 2023. https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/Ethics%2081%20Clinical%20Variation_EN.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas & Australian Government. (n.d.). *Gestión de Programas Contra la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia*. lac.unfpa.org. Recuperado marzo 2, 2023. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_SPANISH.pdf
- García, E., Arias, M., & Lozano, G. (2020, Febrero 20). *La criminalización de mujeres por el delito de aborto en Honduras*. Somos Muchas. Recuperado noviembre 06, 2022. <https://somosmuchas.hn/wp-content/uploads/2020/10/Informe-sobre-criminalizacion-del-aborto-en-Honduras-2006-2019.-1.pdf>
- The Global Library of Women’s Medicine, Chervenak MD, F., & McCullough, PhD, L. (n.d.). *The Professional Responsibility Model of Obstetric Ethics in Clinical Practice*. GLOWM. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://www.glowm.com/section-view/heading/The%20Professional%20Responsibility%20Model%20of%20Obstetric%20Ethics%20in%20Clinical%20Practice/item/491#>

- Instituto Nacional de Estadística Honduras(INE). (2022, marzo 8). *Situación de la mujer hondureña en el marco del Día Internacional de la Mujer*. Instituto Nacional de Estadística Honduras. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://www.ine.gob.hn/V3/imagdoc/2022/03/INE-dia-de-la-mujer-Bolet%C3%ADn-de-prensa.pdf>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2020). *FIGO Statement - FIGO Ethics And Professionalism Guideline 080: Ethical Challenges Of The COVID-19 Pandemic*. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recuperado 1 marzo, 2023. https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/Ethics%20080%20-%20COVID_EN.pdf
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2021, septiembre). *FIGO Statement: Ethical Framework for Respectful Maternity Care During Pregnancy and Childbirth*. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recuperado 1 marzo, 2023. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Ethical-Framework-Respectful-Maternity-Care-During-Pregnancy-Childbirth_0.pdf
- INTRAMED & Garay, D. O. (n.d.). Médicos: del “paternalismo” al “humanismo”. *INTRAMED*.
- IPASD. (2007, mayo 22). *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*. clacaidigital.info. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/790/CRIPPCS16.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Morales González, J. A., Nava, G., Esquivel Soto, J., & Díaz, L. E. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- OPS/OMS. (n.d.). *Programa de Investigaciones en Enfermedades Transmisibles, Unidad de Enfermedades Transmisibles, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades*. (OPS/OMS). Recuperado 1 marzo, 2023. <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/res-pahoerc.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022, abril 28). *Naciones Unidas llama a la acción contra la violencia hacia mujeres y niñas*. Naciones Unidas en Honduras. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://honduras.un.org/es/179435-naciones-unidas-llama-la-accion-contrala-violencia-hacia-mujeres-y-ninas>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017, diciembre 10). *La salud es un derecho humano fundamental*. apps.who.int. Recuperado marzo 2, 2023. <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud (PAHO), Lara, M. D. C., & Fuente, J. R. D. I. (n.d.). *Sobre el consentimiento informado*. IRIS PAHO Home. Recuperado marzo 2, 2023. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16830/v108n\(5-6\)p439.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16830/v108n(5-6)p439.pdf?sequence=1)

Puente, K. L. (2022, octubre 17). Honduras debe comprometerse a proteger los derechos de mujeres y niñas. *Human Rights Watch*. <https://www.hrw.org/es/news/2022/10/17/honduras-debe-comprometerse-protoger-los-derechos-de-mujeres-y-ninas>

Real Academia Española. (n.d.). *laicidad* | *Definición* | *Diccionario de la lengua española* | *RAE - ASALE*. Diccionario de la lengua española. Recuperado marzo 2, 2023. <https://dle.rae.es/laicidad>

Revista Médica de Chile, Salvatierra, J., & Rondan, Á. (2018, diciembre). Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Revista Médica de Chile*, 146(12). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2020, noviembre). *Protocolo para juzgar con perspectiva de género*. <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/2020-11/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20%28191120%29.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2008). *Principios de bioética*. FES Iztacala. Recuperado 1 marzo. <https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>

Williams, R., Guardado, C., Valle, M., Campos, A., Padilla, J., Cruz, C., & Maradiaga, E. (206). *Conocimiento y aplicación del consentimiento informado en pacientes del Hospital Escuela Universitario / Hospital Materno Infantil*. Recuperado 1 marzo, 2023. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-6.pdf>

Normativa hondureña

Centro de Derechos de Mujeres (CDM). (2022, noviembre). *Propuesta Ley Integral contra las Violencias hacia las Mujeres*. Centro de Derechos de Mujeres. Recuperado diciembre 05, 2022. <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2017/07/Ley-Integral-violencia-HN-2016.pdf>

Colegio Médico de Honduras. (2019, septiembre 15). *Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras*. Colegio Médico de Honduras. Recuperado diciembre 1, 2022. <https://www.colegiomedico.hn/servicios/leyes-y-reglamentos/>

Colegio Médico de Honduras. (2019, septiembre 15). *Reglamento Código de Ética*. Colegio Médico de Honduras. Recuperado diciembre 1, 2022. <https://www.colegiomedico.hn/servicios/leyes-y-reglamentos/>

Colegio Médico de Honduras. (2019, septiembre 15). *Reglamento de Sanciones del Colegio Médico de Honduras*. Colegio Médico de Honduras. Recuperado diciembre 1, 2022. <https://www.colegiomedico.hn/servicios/leyes-y-reglamentos/>

Poder Judicial de Honduras. (1982, enero 20). *Constitución de la República de Honduras*. Poder Judicial. [https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/ConstituciondelaRepublica\(actualizadanoviembre2021\).pdf](https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/ConstituciondelaRepublica(actualizadanoviembre2021).pdf)

Poder Judicial de Honduras. (1992, febrero 03). *Código de Salud*. Congreso Nacional de Honduras - Código de Salud. <http://www.bvs.hn/Honduras/Leyes/CodigodelaSalud.pdf>

Poder Judicial de Honduras. (2000, mayo 20). *Código Procesal Penal*. Poder Judicial. [https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/CodigoProcesalPenal\(ActualizadoNoviembre2021\).pdf](https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/CodigoProcesalPenal(ActualizadoNoviembre2021).pdf)

Poder Judicial de Honduras. (2019, noviembre 07). *Código Penal de Honduras*. Poder Judicial. Recuperado noviembre 10, 2022. [https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/CodigoPenalNo.130-2017\(actualizadojulio2020\).pdf](https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/CodigoPenalNo.130-2017(actualizadojulio2020).pdf)

Instrumentos Internacionales

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Seguimiento de recomendaciones formuladas por la CIDH en sus informes de país o temáticos*. Informe Anual 2021, Capítulo V Honduras. Recuperado 1 marzo, 2023. <https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2021/capitulos/IA2021cap5.HO-es.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000, agosto 11). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. ACNUR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999, febrero 02). *La mujer y la salud. Recomendación general No. 24*. ACNUR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (n.d.). *Artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Recuperado marzo 2, 2023. <https://www.corteidh.or.cr/cf/themis/digesto/digesto.cfm>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017, febrero 16). *Caso Favela Nova Brasilia vs. Brasil*. Corte Interamericana de Derechos Humanos. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_333_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021, noviembre 2). *Caso Manuela y otros vs. El Salvador*. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Recuperado 1 marzo, 2023. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948, diciembre 10). OHCHR.

Instituto Nacional de la Mujer. (2010, julio 28). *II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010 - 2022*. Tribunal Superior de Cuentas. <https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/II%20Plan%20de%20Igualdad%20y%20Equidad%20de%20G%C3%A9nero%20de%20Honduras%202010%20-%202022.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (1988, noviembre 17). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador*. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1978, febrero 11). *Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”*. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1998, junio 19). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención Belem do Pará*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

OHCHR. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. (1976, enero 03). https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

Los programas y actividades del Instituto Interamericano de Derechos Humanos son posibles por el aporte de agencias internacionales de cooperación, fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias del sistema de Naciones Unidas, agencias y organismos de la Organización de los Estados Americanos, universidades y centros académicos. Las diferentes contribuciones fortalecen la misión del IIDH, reforzando el pluralismo de su acción educativa en valores democráticos y el respeto de los derechos humanos en las Américas.

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.

Actualmente es uno de los más importantes centros mundiales de enseñanza e investigación académica sobre derechos humanos.

Ejecuta diversos proyectos locales y regionales para la diseminación de estos derechos entre las principales entidades no gubernamentales y entre las instituciones públicas del hemisferio americano.

