

El cuidado de los derechos humanos



© UNHCR

Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería

Foto de portada: Rachel es una partera ugandesa que vino al hospital de Yei, en el sur de Sudán, para ayudar a las personas que vuelven a la zona después del fin negociado del largo conflicto civil en enero de 2005. © UNHCR



Edición española a cargo de:
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI)
Valderribas, 13
28007 Madrid
España
Teléfonos: (34) 914 33 41 16 / 914 33 25 20
Fax: (34) 914 33 65 68
www.amnistiainternacional.org

Publicado originalmente en inglés en 2006 con el título *Caring for human rights. Challenges and opportunities for nurses and midwives*

AMNESTY INTERNATIONAL PUBLICATIONS
Peter Benenson House
1 Easton Street
Londres WC1X 0DW
Reino Unido
www.amnesty.org

Índice AI: ACT 75/003/2006

Impreso por
Artes Gráficas ENCO, S. L.
Sallaberry, 75
28019 Madrid, España

I.S.B.N.: 84 - 96462 - 12 - 9
Depósito legal: M - - 2006

© Amnesty International Publications. Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como su almacenamiento en un sistema de recuperación de información y su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o de cualquier otro tipo, sin previa autorización de la editorial.

Amnistía Internacional es un movimiento integrado por personas de todo el mundo que trabajan en favor del respeto y protección de los derechos humanos internacionalmente reconocidos.

La visión de Amnistía Internacional es la de un mundo en el que todas las personas disfruten de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Para hacer posible esta visión, la misión de Amnistía Internacional consiste en realizar labores de investigación y acción centradas en impedir y poner fin a los abusos graves contra el derecho a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia y de expresión y a no sufrir discriminación, en el contexto de su labor de promoción de todos los derechos humanos.

Amnistía Internacional es independiente de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. No apoya ni se opone a ningún gobierno o sistema político, ni tampoco apoya ni se opone a las opiniones de las víctimas cuyos derechos intenta proteger. Su único interés es la protección imparcial de los derechos humanos.

Amnistía Internacional es un movimiento democrático y autónomo que cuenta con más de 1,8 millones de miembros y simpatizantes en más de 150 países y territorios de todo el mundo. La financiación del movimiento se sustenta, en última instancia, en la generosidad de aquellas personas que contribuyen en todo el mundo con sus cuotas de afiliación o sus donaciones.

Índice

El cuidado de los derechos humanos	13
Notas	14
1. Introducción	15
1.1 Perspectiva histórica del personal de enfermería y los derechos humanos	17
Notas	21
2. Personal de enfermería y profesionalidad	23
2.1 Personal de enfermería y ética profesional	24
2.1.1 Deber de atención al paciente	24
2.1.2 Consentimiento	24
2.1.3 Confidencialidad	25
2.1.4 Dignidad del paciente	26
2.1.5 Información genética	26
2.2 Elaboración de una política de salud	27
Notas	29

3. Violencia contra el personal de enfermería y partería	32
3.1 Personal de enfermería en situaciones de conflicto	32
3.2 Violencia contra el personal de enfermería y partería en el lugar de trabajo	34
Notas	36
4. Derechos humanos y abusos contra la integridad física y mental	38
4.1 La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	38
4.1.1 Respuesta a la tortura	41
4.2 Violencia contra las mujeres	42
4.2.1 Violencia y salud reproductiva	43
4.2.1.1 Violación y otros tipos de violencia sexual	43
4.2.1.2 Embarazo por violación	45
4.2.1.3 Esterilización forzada y otras medidas de control de la natalidad	45
4.2.2 Personal de enfermería y partería y violencia en el ámbito familiar	48
4.2.2.1 Veto conyugal al tratamiento	48
4.2.3 Trata de personas y prostitución forzada	49
4.2.4 Prácticas nocivas	50
4.2.4.1 Mutilación genital femenina	50
4.2.4.2 Pruebas de virginidad	52
4.2.4.3 Delitos por motivos de «honor»	53
4.2.4.4 Matrimonios precoces	54
4.2.4.5 Otras prácticas	54
4.2.5 Respuesta de la medicina forense a los abusos: la función del personal de enfermería	54
4.3. Personas detenidas y presas: la función del personal de enfermería y sus desafíos	55
4.3.1 Prisiones	56
4.3.2 Delincuentes con trastornos mentales	58
4.3.3 El personal de enfermería y las huelgas de hambre en las cárceles	59
4.3.4 Castigos corporales	60
4.3.5 Pena de muerte	61
4.3.6 Castigos tradicionales	63
4.4 Tráfico de órganos y trasplantes ilegales	64
4.4.1 El uso de órganos de presos ejecutados	65
Notas	66

5. El personal de enfermería y partería y el derecho a la salud	78
5.1 ¿Qué es el «derecho a la salud»?	78
5.2 No discriminación, igualdad y derecho a la salud	83
5.3 El personal de enfermería y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	85
5.3.1 El derecho a la salud sexual y reproductiva	86
5.3.2 Privatización	87
5.4 Obstáculos para una asistencia efectiva	87
5.4.1 Profesionales de la enfermería con discapacidades	89
5.4.2 El personal de enfermería y la investigación	89
5.5 El personal de enfermería y las crisis de salud pública: el VIH/sida	90
5.5.1 Proteger la asistencia protegiendo los derechos	92
5.5.2 Buenas prácticas en la asistencia relacionada con el sida	95
5.5.3 Los profesionales de la enfermería y de la partería con VIH/sida y las personas que corren peligro de contagio	96
5.6 Otras crisis de salud existentes o potenciales	97
5.6.1 La tuberculosis	97
5.6.2 La gripe aviar	99
5.6.3 Otras infecciones agudas	99
5.6.3.1 El síndrome respiratorio agudo y grave (SRAG)	99
5.6.3.2 Otras enfermedades	100
5.6.4 El personal de enfermería y los desastres naturales	100
5.7 Migración y asilo	101
5.7.1 Profesionales de la enfermería, refugiados y solicitantes de asilo	101
5.7.2 Los profesionales de enfermería y partería refugiados: transferencia de conocimientos	104
5.7.3 La migración del personal de enfermería y partería	106
Notas	109
6. Sectores en peligro	118
6.1 Los niños y las niñas	118
6.2 Personas con discapacidad física o mental	119
6.3 Pacientes de edad avanzada	121
6.3.1 El personal de enfermería, testigo de los efectos de la violencia	121
6.3.2 Violencia institucional	121
6.4 Profesionales del sexo	122
Notas	123

7. Respuesta a los abusos contra los derechos humanos: el papel del personal de enfermería	126
7.1 Labor de defensa	126
7.1.1 Asociaciones profesionales	128
7.1.2 Labor individual	129
7.2 Enfermería, partería y educación en derechos humanos	130
7.2.1 Obligaciones internacionales en materia de educación en derechos humanos	130
7.2.2 Educación y formación para personal de enfermería	132
7.2.3 La educación y su proyección en la salud de la comunidad	132
7.2.4 Recursos	133
Notas	134
8. Recomendaciones	136
8.1 A la comunidad internacional	136
8.2 A los Estados	137
8.2.1 El derecho a la salud	137
8.2.2 Reglamentación y responsabilidades de la profesión	137
8.2.3 Conducta ética	137
8.2.4 Defensa de la seguridad del personal de enfermería y partería	138
8.2.5 Comprensión de los efectos de la migración del personal de enfermería y partería	138
8.2.6 Combate de las prácticas nocivas	139
8.2.7 Enfermería forense	140
8.3 A las asociaciones y organismos reguladores de la enfermería y la partería	140
8.3.1 Profesionalidad	140
8.3.2 Seguridad del personal de enfermería y partería	141
8.3.3 El personal de enfermería y partería y los abusos contra los derechos humanos	141
8.3.4 El personal de enfermería y partería y el derecho a la salud	142
8.3.5 Respuesta a los abusos contra los derechos humanos	143
8.4 A quienes se encargan de la educación del personal de enfermería	143
8.4.1 Los derechos humanos y la ética de la enfermería	143
8.5 Al personal de enfermería y partería a título individual	144

Apéndice 1	145
A1. Principales declaraciones internacionales sobre política y ética de enfermería	145
A1.1 Consejo Internacional de Enfermeras	145
A1.2 Confederación Internacional de Matronas	145
Apéndice 2. Los derechos relativos a la salud en las normas internacionales y regionales de derechos humanos	147
A2.1 Normas internacionales	147
A2.1.1 Declaración Universal de Derechos Humanos	147
A2.1.2 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	148
A2.1.3 Convención sobre los Derechos del Niño	148
A2.1.4 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	151
A2.1.5 Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	152
A2.1.6 Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión	152
A2.1.7 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos	153
A2.1.8 Convenios de Ginebra	155
A2.2 Tratados y declaraciones regionales	155
A2.2.1 Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos [Carta de Banjul]	155
A2.2.2 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales («Protocolo de San Salvador»)	156
A2.2.3 Carta Árabe de Derechos Humanos [revisada]	156
Apéndice 3: Sitios web útiles	158
Notas	160
Índice temático	161

El cuidado de los derechos humanos

Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería

Las enfermeras tratan a diario cuestiones de derechos humanos en todos los aspectos de su rol profesional. Pueden sentirse presionadas para ejercer sus conocimientos y capacidades de forma perjudicial para sus pacientes y otras personas. Es necesario [intensificar] la vigilancia y estar bien informados sobre cómo la nueva tecnología y experimentación pueden violar los derechos humanos. Las enfermeras se encuentran cada vez más ante cuestiones complejas de derechos humanos que surgen de situaciones conflictivas internas, desórdenes políticos y guerras. La protección de los derechos humanos debe aplicarse principalmente a los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños, las personas mayores, los refugiados y los grupos estigmatizados.¹

EL presente documento analiza la importancia de los derechos humanos en el trabajo de los hombres y mujeres que ejercen la enfermería: personal de enfermería, de partería y de otras disciplinas asociadas al cuidado de las personas enfermas y necesitadas.² La finalidad de este estudio es examinar los diversos vínculos entre la práctica de la enfermería y la partería, por un lado, y los derechos humanos, por otro, y formular recomendaciones sobre cómo superar los muchos retos de derechos humanos a los que se enfrentan estos profesionales durante el desempeño de sus actividades. Este documento se dirige a toda persona relacionada con las profesiones de la salud, en particular, la enfermería y la partería. Hace hincapié en la importancia de un enfoque de la enfermería basado en los derechos humanos y en la relevancia de éstos para la práctica profesional en una amplia variedad de entornos. Este estudio puede utilizarse como análisis de diversas cuestiones, recurso didáctico o guía bibliográfica de literatura sobre esta materia.

NOTAS

1 Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). *Las enfermeras y los derechos humanos*, Ginebra, 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/pshumrightsp.htm>. Consultado el 9 de mayo de 2006.

2 En este documento, el término «enfermera» o «enfermero» se refiere a la persona «que ha terminado un programa de formación de enfermería y está calificada y autorizada para ejercer como enfermera [o enfermero] en su país» (Constitución del CIE, art. 6). Se indicarán los casos en los que se emplee el término con un significado diferente. «Partera» o «partero» se utiliza con el significado que recoge la definición elaborada por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que hace hincapié en la formación y el registro del personal de partería, así como en la supervisión, el cuidado y el asesoramiento a las mujeres durante el embarazo y el parto, y en la atención a la madre y al recién nacido tras el alumbramiento. Véase <http://www.internationalmidwives.org/pdf/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005-SPA.pdf>. El presente documento actualiza y amplía un estudio anterior sobre el mismo tema publicado por Amnistía Internacional en 1997. Véanse *Nurses and Human Rights*, Londres, Índice AI: ACT 75/002/1997, y una breve declaración pública más reciente sobre este asunto: *Amnistía Internacional pide que profesionales de la enfermería y comadronas desempeñen un papel más enérgico en el ámbito de los derechos humanos*, Londres, Índice AI: ACT 75/002/2005.

1. Introducción

EL personal de enfermería y partería comparte con otras ocupaciones de la salud el compromiso con el bienestar de los pacientes y el deber de ejercer su profesión de acuerdo con códigos deontológicos. Sin embargo, los profesionales de este sector encuentran cada vez más obstáculos y desafíos para desempeñar su labor. Los riesgos a los que se enfrentan abarcan desde la práctica diaria, en la cual la creciente complejidad de la atención sanitaria suscita considerables problemas éticos, hasta el ejercicio de la enfermería en zonas de catástrofes naturales y pobreza, así como en regiones de conflictos y tensión, donde los profesionales de la enfermería, junto con sus pacientes, están continuamente expuestos a ser blanco de violencia por haber presenciado abusos, por haber dispensado cuidados a personas calificadas de opositoras o de subversivas por las autoridades o por ser considerados subversivos ellos mismos. Corren el riesgo de sufrir daños por «estar en el lugar equivocado en el momento equivocado». Las enfermeras y enfermeros también pueden recibir presiones para colaborar o actuar en connivencia en la comisión de abusos que tienen lugar ante ellos o con su conocimiento.

Este documento analiza algunos de los abusos contra los derechos humanos y riesgos de tales abusos que enfrenta u observa el personal de enfermería y partería durante su trabajo. También examina la función de estos profesionales en la asistencia a personas cuyos derechos han sido violados. Pugna también por un papel continuado y más enérgico de la enfermería en la defensa de los pacientes en situación de riesgo, de los derechos de las mujeres y las niñas, y de la protección del personal y las asociaciones de enfermería que corren peligro. Este estudio hace un llamamiento a la promoción de la ética y de las normas de derechos humanos, y señala que es preciso que asociaciones profesionales y grupos de derechos humanos vigilen constantemente las presiones

AMNISTÍA INTERNACIONAL Y LAS PROFESIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Amnistía Internacional es una organización internacional de derechos humanos que cuenta con cerca de dos millones de miembros en más de 180 países o territorios. La misión de Amnistía Internacional consiste en realizar labores de investigación y acción centradas en impedir y poner fin a los abusos graves contra el derecho a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia y de expresión y a no sufrir discriminación, en el contexto de su labor de promoción de todos los derechos humanos.³

La Red de Profesionales de la Salud de Amnistía Internacional se creó hace más de 30 años y está compuesta de miembros individuales, grupos y redes de personal médico y de enfermería, especialistas en salud mental y otros profesionales de la salud en más de 30 países. Esta red persigue las metas de Amnistía Internacional aplicando conocimientos especializados, estableciendo contactos, redactando cartas y poniendo en práctica técnicas de captación de apoyos.

Desde hace muchos años, Amnistía Internacional insta a que la enfermería desempeñe un papel enérgico en la protección de los derechos de los pacientes y alza la voz en defensa de enfermeras y enfermeros en situación de riesgo.⁴ Asimismo, ha recomendado que organismos de enfermería y grupos de derechos humanos lleven a cabo una labor activa de vigilancia con el fin de proteger los derechos del personal de enfermería que recibe presiones para adoptar una conducta carente de ética.

Amnistía Internacional ha continuado observando indicios convincentes de los efectos perniciosos y las secuelas permanentes que tienen los abusos contra los derechos humanos infligidos a individuos y comunidades, algunos de los cuales están relacionados con la medicina y la enfermería. Entre ellos se encuentran los efectos directos en la salud de los actos de tortura, los malos tratos y las sanciones legítimas o ilegítimas. También cabe mencionar las consecuencias de la violencia de género y de las prácticas tradicionales nocivas, el impacto de la pobreza y el incumplimiento por parte de los Estados de sus obligaciones de proteger los derechos humanos de personas concretas y comunidades. En tales ámbitos, el personal de enfermería y partería tiene un importante papel que desempeñar a la hora de perseguir como objetivo prioritario el interés de los pacientes y de defender sus derechos humanos. Al proceder así, confirman la ética de las profesiones de la salud.

que se ejercen sobre los profesionales de la enfermería para que adopten una conducta desprovista de ética.

Amnistía Internacional cree que el personal de enfermería y partería puede contribuir en gran medida a la protección y promoción de los derechos humanos ejerciendo su profesión de forma ética, negándose a participar en abusos contra los derechos humanos y denunciando los abusos graves que no están siendo atajados.

Amnistía Internacional formula, entre otras, las siguientes recomendaciones:

– Las asociaciones de enfermería y las enfermeras y enfermeros a título individual deben aumentar sus esfuerzos para proteger y promover los derechos humanos.

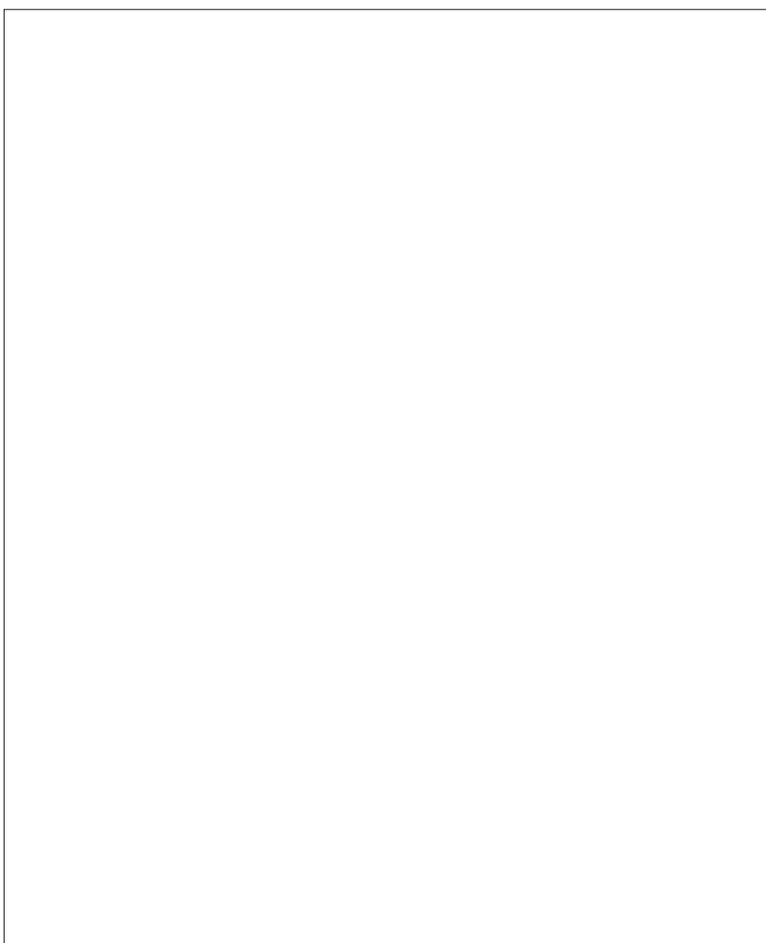
– Deben fortalecerse y fomentarse la profesionalidad y la ética profesional en las asociaciones de enfermería y entre sus miembros.

– Debe reforzarse la seguridad del personal de enfermería y partería en los centros de salud y en zonas en las que se cometen abusos contra los derechos humanos.

– Debe ofrecerse con más regularidad formación profesional y en derechos humanos al personal de enfermería y partería a lo largo de su carrera.

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Resulta imposible exponer adecuadamente la relación histórica entre la enfermería y los derechos humanos y la ética desde el siglo XIX en este apartado tan breve. Por tanto, este epígrafe tiene por objeto mencionar casos concretos para ilustrar principios y pro-



Mary Seacole, cuyas «maravillosas aventuras» fueron publicadas en 1857.
© Jamaica National Library



El texto de este cartel nazi dice lo siguiente (traducido del alemán): «*Un enfermero sano y fuerte está ahí sólo para cuidar a un demente peligroso. ¿No deberíamos avergonzarnos?*».
© Imagen cedida por NIH

blemas de derechos humanos más generales. La historia de la enfermería se trata con detalle en otras fuentes y es objeto de estudios especializados.⁵

En el siglo XIX, la enfermería se percibía de forma generalizada como una labor humanitaria, pues la función asistencial del personal de enfermería estaba inextricablemente unida a las privaciones y al sufrimiento de los conflictos militares. Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale y, en una época tardía de su vida, Mary Seacole definieron la función terapéutica del personal de enfermería en sus respectivas obras, que gozaron de amplia difusión.⁶ Clara Barton, prominente enfermera durante la guerra civil estadounidense, también contribuyó en gran medida al desarrollo de la profesión y fundó la Cruz Roja de Estados Unidos.⁷ El subsiguiente progreso de la enfermería reflejó muchos de los principios expuestos durante este periodo, así como a finales del siglo XIX y principios del XX. Sin embargo, esta visión tan benévola de las facultades de enfermeras y enfermeros cambiaría posteriormente debido a los abusos que habrían de cometerse en nombre de la misión humanitaria de la enfermería.

La conducta del personal médico en Alemania entre 1933 y 1945 marcó el camino de gran parte del debate de la posguerra sobre la ética de la investigación y de la medicina, y contribuyó a la creación de la Asociación Médica Mundial (AMM), que centró su labor en la ética médica. En respuesta a las prácticas de los médicos alemanes, se adoptó el Código de Núremberg⁸ y se concedió prioridad a la ética de la investigación propuesta por la Asociación Médica Mundial. Al contrario de lo que ha ocurrido con la colaboración de los médicos alemanes en los programas de «eutanasia» y genocidio nazis, que ha sido analizada con bastante detalle,⁹ la conducta del personal de enfermería durante el Tercer Reich ha recibido mucha menos atención, si bien hay varios estudios importantes que ilustran su función durante el periodo nazi, de 1933 a 1945.¹⁰ El

examen del papel de los profesionales de la enfermería en el asesinato masivo de pacientes psiquiátricos y de niños y niñas «incurables» o con «malformaciones» durante el periodo nazi arroja luz sobre los procesos por los que puede convencerse a enfermeras y enfermeros de que deben participar en actividades carentes de ética y letales.

Según un experto, es obvio que «los autores del programa de “eutanasia” no aterrizaron al personal de enfermería para que tomara medidas que contradijeran sus imperativos profesionales y morales fundamentales».¹¹ Más bien, intentaron

aletargar sus mecanismos de alarma, paralizarlos mediante sentimientos de impotencia y explotar su deseo de equilibrio emocional. La confrontación y las crisis debían evitarse; y, en los momentos en los que afloraba la conciencia de ser cómplice de asesinato, tales sentimientos se reprimían con la ayuda de la presión burocrática y del atosigamiento, y se confinaban al ámbito privado.¹²

En ocasiones, los profesionales de la enfermería que participaron en programas de eutanasia fueron incapaces de rendir cuentas de su conducta: «La única explicación que puedo ofrecer es que en aquella época no tenía tiempo de pensar en ello porque nos sometían a mucho estrés»; «No lo hacía de buen grado porque, en realidad, lo detestaba. Repito, no lo hacía de buen grado. De hecho, no sé explicar por qué no me negaba».¹³

En otros casos, aludieron a la disciplina para explicar su comportamiento: «Consideraba que [...] el acto de administrar medicamentos, incluso para matar a personas con discapacidad mental, era una obligación que no se me permitía rechazar. Siempre pensaba que una negativa por mi parte supondría mi despido como enfermera y funcionaria pública; por eso nunca me negué»; «El personal de enfermería tenía una férrea disciplina y cada enfermera o enfermero subordinado tenía la estricta obligación de ejecutar las órdenes de su superior».

Otros profesionales de la enfermería que participaron en el programa de eutanasia consentían los homicidios organizados al tiempo que mantenían un rechazo moral al asesinato. Tal como comentó una enfermera: «Si me hubieran ordenado golpear a un paciente en la cabeza con un martillo, habría sabido que era un asesinato, por lo que me habría negado a hacerlo en toda circunstancia».¹⁴ Otra afirmó: «Al no ver la relación [entre llevar a los pacientes a la “cámara de gas” y la muerte resultante], nunca se me ocurrió negarme a hacerlo».¹⁵

Al parecer, una estrategia para tratar con lo inaceptable era evitar conocer los detalles del programa de exterminio: «la imperiosa necesidad psicológica de mantener los homicidios en el ámbito de los rumores, de lo incierto».¹⁶ A pesar de esto, hubo enfermeras y enfermeros a título individual que sí se opusieron a los homicidios programados. Sin embargo, según se ha sostenido, los supervisores trataban esta actitud como una forma de «anomalía administrativa», y no como un desafío moral, por lo que no se consideraba una amenaza para el programa. Si bien la perspectiva de negarse a colaborar con el programa nazi habrá entrañado, sin duda, un miedo considerable en la persona que tomara tal decisión, no se conoce caso alguno de profesionales de la enfermería que hubieran sido enviados a campos de concentración por negarse a participar en él.¹⁷ H. Steppe nombra a 50 enfermeras y enfermeros que se opusieron a las políticas nazis y añade

que el número real fue, casi con certeza, mayor. Refiere brevemente dos casos concretos. S. Benedict describe en detalle el caso de una tercera enfermera que se resistió a colaborar con el programa de exterminio en el campo de concentración de Auschwitz.¹⁸

La historiografía de este periodo recibió un impulso en 2004 con la convocatoria de la primera conferencia internacional sobre enfermería y partería en Alemania y en los territorios ocupados por Alemania durante el periodo nazi.¹⁹

Se observa el mismo proceso –aunque posiblemente no puedan equipararse la escala ni el enfoque sistemático de los abusos– en la respuesta de los profesionales de la salud a los abusos políticos en diversos países durante la segunda mitad del siglo XX. En Sudáfrica, por ejemplo, el personal de salud era un sector primordial en la aplicación diaria del *apartheid*.²⁰ Los códigos deontológicos que reflejan algunas de las lecciones aprendidas han contribuido a reforzar la posición del personal médico y de enfermería que rechaza comportamientos faltos de ética instigados por un Estado, pero no han logrado ser una respuesta plenamente eficaz para evitar tales actividades.

Con el fin de lograr una respuesta más firme de los profesionales de la salud a las presiones que ejerce un Estado para que colaboren en violaciones de derechos humanos, es necesario prestar más atención a los problemas que surgen en torno a los conflictos de lealtades,²¹ apoyar al personal de salud a través de asociaciones profesionales y organismos de derechos humanos e inculcar a la sociedad el respeto por los derechos humanos.

NOTAS

3 La declaración de la misión de Amnistía Internacional está disponible en línea en <http://web.amnesty.org/pages/aboutai-statute-esl>.

4 Amnistía Internacional, *Nurses and Human Rights*, Índice AI: ACT 75/002/1997. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/engact750021997>.

5 Véanse, por ejemplo, el Centro Británico de Historia de la Enfermería y la Partería, <http://www.ukchnm.org/>; y el Centro Barbara Bates para el Estudio de la Historia de la Enfermería, <http://www.nursing.upenn.edu/history/>.

6 Ambas relataron sus experiencias. Véanse Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. Lippincott Williams y Wilkins: Filadelfia, 1992 [primera edición: 1860]. Seacole M. *Wonderful Adventures of Mrs Seacole in Many Lands*. Harmondsworth: Penguin, 2005 [primera edición: 1857]. Puede obtenerse más información sobre Florence Nightingale en la página web del Museo Florence Nightingale: <http://www.florence-nightingale.co.uk/>.

7 Oates SB. *A Woman of Valor: Clara Barton and the Civil War*. Nueva York: Free Press, 1994.

8 Véase Annas GJ, Grodin MA (eds.). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*. Oxford University Press, 1995.

9 Véanse, por ejemplo, Lifton RJ. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. Nueva York: Basic Books; Proctor R. *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

10 Entre los artículos y libros publicados en inglés, cabe mencionar: Benedict S. Killing while caring: the nurses of Hadamar. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24:59-79; Benedict S. The nadir of nursing: nurse-perpetrators of the Ravensbruck concentration camp. *Nursing History Review* 2003; 11:129-46; Hoskins SA. Nurses and national socialism – a moral dilemma: one historical example of a route to euthanasia. *Nursing Ethics* 2005; 12(1):79-91; McFarland-Icke B. *Nurses in Nazi Germany: Moral Choice in History*. Princeton: Princeton University Press, 1999; Steppe H. Nursing in the Third Reich. *History of Nursing Society Journal* 1991; 3:21-37.

11 McFarland-Icke (véase la nota *supra*), p. 257.

12 McFarland-Icke, p. 257.

13 Estas citas de dos enfermeras y las dos citas que aparecen *infra* se han extraído de Benedict S, Kuhla J. Nurses' participation in the euthanasia programs of Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research* 1999; 21: 246-263. A su vez, estas citas fueron extraídas de Ebbinghaus A. *Opfer und Täterinnen [Víctimas y perpetradoras]* Donauwörth: Delphi Politik, 1987.

14 Citado en McFarlane-Icke, p. 211.

15 Citado en *ibid.* p. 239.

16 *Ibid.*, p. 262.

17 Steppe H. Nursing in Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research* 1992; 14:744-53.

18 Steppe H. Nursing under totalitarian regimes: the case of National Socialism. En Rafferby A, Robinson J, Elkan R (eds.). *Nursing History and the Politics of Welfare*. Londres: Routledge, 1997; Benedict S. Maria Stromberger: a nurse in the resistance in Auschwitz. *Nursing History Review* 2006; 14:189-202.

19 Shields L. Report on: Complicity and compassion: the first international conference on nursing and midwifery in the Third Reich, 10-11 de junio de 2004, Limerick, República de Irlanda. *Nursing Ethics* 2005; 12:106-7. En cambio, parece haber poca investigación disponible sobre la participación de personal de enfermería en el programa de investigación biológica realizado en Japón antes y en el transcurso de la Segunda Guerra Mundial. Para obtener información acerca de este programa, véase Harris SH. *Factories of Death: Japanese Biological Warfare, 1932-45 and the American Cover-Up*. Edición revisada. Nueva York: Routledge, 2002.

20 Baldwin-Ravaven L, de Gruchy J, London L. *An Ambulance of the Wrong Colour: health professionals, Human Rights and Ethics in South Africa*. Ciudad del Cabo: University of Cape Town Press, 1999. Véase también el Informe final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Sudáfrica (*Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of South Africa*), volumen 5. Audiencias relativas al sector de la salud. Ciudad del Cabo: TRC, 1998.

21 Existe un conflicto de lealtades cuando una persona ha de asumir obligaciones –a menudo, contrapuestas– que provienen de dos partes interesadas simultáneamente. En el ámbito de la medicina, estas partes son normalmente el paciente y un tercero, como el empleador o el gobierno. Physicians for Human Rights, Universidad de Ciudad del Cabo. *Dual Loyalty & Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms*. Boston: Physicians for Human Rights, 2002. Disponible en http://www.phrusa.org/health-rights/dual_loyalty.html. Consultado el 15 de mayo de 2006.

2. Personal de enfermería y profesionalidad

Las profesiones de la salud, junto con el gremio jurídico, tienen uno de los marcos de autorregulación más desarrollados, al que en ocasiones se alude como «profesionalidad».

LA profesionalidad es un concepto que está en armonía con la defensa y la promoción de los derechos humanos siempre que los colegios profesionales y los miembros del personal de salud a título individual se atengan a las normas en las que se basa el «contrato social». ²² Los colegios profesionales, en tanto que asociaciones y consejos autorregulados e independientes, tienen la obligación de garantizar que sus normas son compatibles y respetuosas con los derechos humanos. Resulta difícil concebir un código deontológico de profesionales de la salud que entre en conflicto con los valores básicos establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los instrumentos internacionales que se derivan de ella. ²³

La profesionalidad del personal de enfermería se ha definido en función de las actividades que desempeña, sus aspiraciones, sus cualificaciones y el modo de relacionarse con otros profesionales de la salud, en particular, con el personal médico. ²⁴ La enfermería y la partería son disciplinas extremadamente «feminizadas» (si bien la salud mental, la enfermería de cuidados intensivos y la enfermería militar puede atraer a una proporción mayor de enfermeros). Está admitida de forma generalizada la existencia

de diferencias considerables y discriminatorias de remuneración y condiciones entre trabajadores y trabajadoras en la mayoría de los países, incluso en los que han incorporado medidas a la legislación laboral para abordar tal discriminación.²⁵ Este aspecto es motivo de preocupación en el caso del personal de enfermería, pero, además del salario, probablemente también tengan una perspectiva de género cuestiones como las relaciones con otros responsables de atención a la salud, la asignación de tareas, el horario de trabajo, los permisos (especialmente respecto a las obligaciones relativas a la crianza de los hijos), las oportunidades de formación y promoción, y la seguridad personal.²⁶ Por ello, para lograr que el personal de enfermería desempeñe un papel más enérgico, será preciso abordar cuestiones no sólo profesionales, sino *también* de género.²⁷

2.1 PERSONAL DE ENFERMERÍA Y ÉTICA PROFESIONAL

La ética de la enfermería ha sido objeto de numerosos estudios y publicaciones²⁸ y también ha quedado plasmada en códigos y declaraciones adoptados por organizaciones de enfermería especializadas, nacionales e internacionales.²⁹ A medida que la enfermería evoluciona, el marco ético en el que ésta se desarrolla también adquiere complejidad. Desde la perspectiva de los derechos humanos, tres son los elementos prioritarios en la ética de la enfermería: cuidar al paciente y respetar su dignidad; evitar causar daño; y comprometerse con la no discriminación. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y muchos organismos nacionales consagran estos principios en sus códigos deontológicos y declaraciones de políticas, que se exponen *infra*.

2.1.1 Deber de atención al paciente

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

La enfermería ha sido tradicionalmente una profesión asistencial en la que los cuidados al paciente ocupan el centro de la actividad. Tal como afirma el código deontológico para la profesión de la enfermería del CIE, «[l]a responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería».³⁰ Resulta significativo que una revisión de la formación en enfermería realizada en Australia haya tenido por subtítulo «*Our duty of care*» («Nuestro deber de cuidado»)³¹

El incumplimiento de la obligación de diligencia o cuidado, susceptible de constituir negligencia profesional, también puede tener consecuencias jurídicas. Esto afecta cada vez más al personal de salud y al modo en que ejerce su profesión en sociedades cada vez más propensas a los litigios en muchos países.

2.1.2 Consentimiento

El principio de consentimiento libre e informado es un valor primordial en las profesiones de la salud. No se trata simplemente de «dar permiso», sino de un proceso de

toma de decisiones que es sensible al contexto en el que se produce. En el Código de Núremberg se afirma que este principio es un requisito básico para la atención ética a la salud,³² y el personal de enfermería, que dispensa cuidados en primera línea, desempeña un papel crucial a la hora de cerciorarse de que «la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que [dé] a los cuidados y a los tratamientos relacionados».³³ Tal como se afirmó en una investigación pública sobre cirugía cardíaca pediátrica realizada en 2001 en el Reino Unido:

El procedimiento por el cual se informa al paciente y se obtiene su consentimiento para un determinado tratamiento debe considerarse como un proceso y no como un hecho aislado consistente en obtener la firma del paciente en un formulario. El proceso de obtención del consentimiento no debe aplicarse únicamente a las intervenciones quirúrgicas, sino a todas las actuaciones y exámenes clínicos que implican alguna forma de contacto táctil. Esto no ha de significar un aumento de formularios, sino una mayor comunicación.³⁴

Puesto que el consentimiento informado requiere el acceso del paciente a la información, el derecho a la información se convierte en un factor relevante en este proceso.³⁵

Resulta crucial proteger el consentimiento del paciente, pues es un principio básico de la enfermería y de las demás profesiones de la salud, y debe solicitarse antes de comenzar cualquier tratamiento o cuidado. Cuando los pacientes no estén en pleno uso de sus facultades mentales, es decir, cuando no sean capaces de tomar decisiones de una manera informada debido a dificultades de aprendizaje, enfermedades mentales graves, minoría de edad o inconsciencia, el personal de enfermería deberá consultar a los progenitores, tutores u otros familiares, así como a otros profesionales médicos, y actuar en beneficio del paciente.

2.1.3 Confidencialidad

*La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.*³⁶

La confidencialidad de la información del paciente es vital para mantener un vínculo de confianza entre el paciente y el profesional de la salud y para proteger los derechos humanos de aquél. El incumplimiento de la confidencialidad podría perjudicar los intereses del paciente, así como la relación terapéutica. En algunos casos, podría incluso poner al paciente en situación de riesgo.³⁷ Sin embargo, no existe una legislación consensuada uniformemente sobre el mantenimiento de la confidencialidad en casos concretos.

El personal de enfermería que ejerce en Europa ha de ser consciente de la importancia que concede la jurisprudencia europea en materia de derechos humanos a la confidencialidad que debe existir en la relación entre el paciente o cliente y la enfermera o enfermero,³⁸ y que sólo puede desestimarse en circunstancias específicas, a saber: «en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria».³⁹

En algunos entornos sociales, la privacidad se considera una consecuencia clara e importante de la confidencialidad; en otros no se le concede la misma importancia. La violación de la privacidad de una persona es susceptible de constituir un ataque a la dignidad y de infringir el Convenio Europeo de Derechos Humanos. Algunos analistas mantienen que la privacidad puede fomentar la dignidad,⁴⁰ y se ha señalado que el personal de enfermería puede violar, de forma inadvertida, la dignidad de los pacientes al no respetar su privacidad.⁴¹

2.1.4 Dignidad del paciente

*Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos [...] el derecho a la vida [...], a la dignidad y a ser tratado con respeto.*⁴²

El *Oxford English Dictionary* define «dignidad» como el estado o la cualidad de «merecer respeto». En este mismo sentido, la Constitución sudafricana afirma en su artículo 10 que «todas las personas, cuya dignidad les es inherente, tienen derecho a que se respete y se proteja su dignidad».⁴³ Ésta es una noción importante en las profesiones asistenciales, en las que el respeto por la dignidad humana de todos los pacientes, sin discriminación alguna, es un valor primordial. En esencia, un trato digno es aquel en el que se atiende a los pacientes como seres humanos y no como objetos. Por ello, se considera que el respeto por la dignidad del paciente refuerza los derechos humanos.⁴⁴

La relación entre el personal de enfermería y el paciente es vital en una atención a la salud dignificada y se basa en la obligación de enfermeras y enfermeros de dispensar cuidados de forma competente y responsable cuando los pacientes lo necesitan, especialmente cuando éstos no están en situación de valerse por sí mismos. El personal de enfermería y partería ha de proceder de forma adecuada cuando toca al paciente o trabaja en el espacio íntimo de éste, lo cual en algunos casos ocurre con frecuencia y durante un periodo prolongado. Por ello, no sorprende que la dignidad del paciente sea considerada, por lo general, muy prioritaria en los cuidados que se le dispensan. Según un estudio en el que se entrevistó a personal de enfermería y a pacientes sobre los criterios que les parecían importantes para una atención dignificada, ambos grupos valoraron el respeto, la privacidad y el control.⁴⁵ Sin embargo, el personal de enfermería también veía en la defensa del paciente y el tiempo dedicado a él elementos importantes de la dignidad de los pacientes, mientras que éstos consideraban prioritarios el humor y la naturalidad.⁴⁶ Por tanto, enfermeras y enfermeros parecían tener una perspectiva más amplia de la dignidad en la atención diaria, mientras que los pacientes daban más valor a factores interpersonales.

2.1.5 Información genética

El consentimiento y la confidencialidad en relación con la información genética son asuntos sobre los que el personal de enfermería, especialmente el que ejerce en los países desarrollados, manifiesta inquietudes que están evolucionando. De la importancia de estas cuestiones quedó constancia en 1997, cuando la Conferencia General de la Orga-

nización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) adoptó la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. Esta Declaración fue refrendada al año siguiente por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). La Declaración afirma claramente que «se recabará el consentimiento [...] libre e informado de la persona interesada» antes de emprender cualquier investigación, tratamiento o diagnóstico que afecte a la identidad genética de una persona (genoma). También dispone que «[s]e debe respetar el derecho de toda persona a decidir que se le informe o no de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias».⁴⁷

El personal de enfermería está en posición de desempeñar una función primordial en la aplicación de los métodos de la genética humana en el ámbito de la comunidad –por ejemplo, cuando se utilizan el sexo del feto o rasgos genéticos para fundamentar la terminación de un embarazo–, por lo que se han alzado voces que señalan la necesidad de una declaración del gremio de la enfermería que verse sobre la genética, los derechos humanos y las políticas de salud pública.⁴⁸ Este aspecto puede adquirir más importancia a medida que el personal de enfermería se hace cargo de evaluaciones y asesoramientos en materia genética. Los profesionales de la enfermería que trabajan en el ámbito de la genética ya han asumido, en parte, este reto. La Sociedad Internacional de Enfermería Genética ha adoptado varias declaraciones de posición sobre asuntos como el asesoramiento en materia genética o grupos vulnerables, la privacidad y la confidencialidad de la información genética, y la función del personal de enfermería.⁴⁹

2.2 ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD

El personal de enfermería y partería tiene mucho que aportar a la elaboración y aplicación de una política de salud, tanto en la esfera local, como nacional e internacional. Hay opiniones según las cuales el personal de enfermería y partería está escasamente representado en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁵⁰ Por su parte, la Organización reconoce la ausencia de voces procedentes de estos ámbitos. Una de las recomendaciones de un reciente documento de estrategia es el «[e]stablecimiento o fortalecimiento de los mecanismos que garanticen la inclusión del asesoramiento de enfermeras y parteras en la elaboración de políticas y programas sanitarios en todos los ámbitos, incluidos los de la OMS».⁵¹ (Véase también el recuadro.)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: ESTRATEGIA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA 2002-2008

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados en esta iniciativa de enfermería y partería han identificado cinco esferas de resultados principales, cada una de ellas con objetivos y resultados esperados indispensables para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería.

1: Planificación sanitaria, sensibilización y compromiso político

Previsión del asesoramiento y de los servicios de enfermería y partería adecuados en los planes sanitarios y de desarrollo de la nación.

2: Gestión del personal sanitario para los servicios de enfermería y partería

Instauración de políticas de empleo nacionales destinadas al personal de enfermería y partería que sean respetuosas de las diferencias entre los sexos, que estén basadas en condiciones y en entornos laborales sanos y seguros, que garanticen remuneraciones equitativas y el reconocimiento de las competencias y que estén vinculadas a una estructura transparente de empleo.

3: Práctica y mejoramiento del sistema de salud

Completa integración del asesoramiento de enfermeras y parteras en todos los niveles de los procesos de toma de decisiones, y aplicación en los sistemas de salud de las mejores prácticas existentes para asistir a los individuos, las familias y las comunidades.

4: Educación del personal sanitario para los servicios de enfermería y partería

Disponibilidad de profesionales competentes, con las aptitudes necesarias para afrontar de forma eficaz los retos presentes y futuros del ejercicio de la profesión.

5: Rectoría y gobernanza

La rectoría y la gobernanza de los servicios de enfermería y partería comprenden el gobierno, la sociedad civil y las profesiones que velan por la calidad de la atención.⁵²

NOTAS

22 En la definición de una profesión, es importante tener en cuenta que «ejercer una profesión requiere un conocimiento y una formación específicos» y que «otras personas son particularmente vulnerables o dependientes de la práctica del profesional en la relación que se crea». Véase Fullinwider RK. Professional codes and moral understanding. En Coady M, Bloch S (eds.) *Codes of Ethics and the Professions*. Melbourne: Melbourne University Press, pp. 72-87 [citas p. 73].

23 Véase el apéndice 2.

24 Tschudin V. *Nurses Matter: Reclaiming Our Professional Identity*. Palgrave Macmillan, 1999.

25 Véase, por ejemplo, Departamento de Comercio e Industria del Reino Unido. Unidad de Mujeres e Igualdad. *Women and men in the workplace, January 2005*. Disponible en <http://www.womenandequalityunit.gov.uk/research/index.htm>. Consultado el 13 de mayo de 2005.

26 Whittock M, Edwards C, McLaren S, Robinson O. 'The tender trap': gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement. *Sociology of Health & Illness* 2002; 24: 305. Véase también el apartado 3.2, «Violencia contra el personal de enfermería y partería en el lugar de trabajo».

27 Davies C. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Maidenhead: Open University Press, 1995.

28 Véase, por ejemplo, Bandman E, Bandman B. *Nursing Ethics Through the Life Span*, 4ª edición. Prentice Hall, 2002; Benjamin M, Curtis J. *Ethics in Nursing*. Oxford University Press, 1995; Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984; Rumbold G. *Ethics in Nursing Practice*. Bailliere Tindall 1999; Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. *Nursing Ethics*. Churchill Livingstone, 2000; Tschudin V. *Ethics in Nursing: The Caring Relationship*. Butterworth Heinemann, 2003.

29 Además de los códigos internacionales del CIE y de la Confederación Internacional de Matronas, existen códigos nacionales, como los de colegios de enfermería de Australia (disponibles en <http://www.anf.org.au>. Véase el apartado «ANF Policies»); Canadá (disponible en http://cna-aaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS71_Code_ethics_RN_June_2004_e.pdf); Estados Unidos (disponible en http://www.ana.org/ethics/code/protected_nwcoe303.htm); Maldivas (disponible en <http://www.maldivesnursingcouncil.gov.mv/codeof.html>) y organizaciones provinciales, como el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Quebec (disponible en http://www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/deontologie.pdf). En Filipinas se aprobó en 2002 una ley que establece varios aspectos de la regulación de la enfermería. Ley de la República Núm. 9173 de 21 de octubre de 2002, disponible en http://www.lawphil.net/statutes/repacts/ra2002/ra_9173_2002.html. Consultado el 13 de octubre de 2005. Para obtener información sobre legislación relativa a la enfermería en Sudáfrica (Ley de Enfermería, 1978, modificada) véase <http://www.sanc.co.za/pdf/Nursing%20Act%2013.1.pdf>. En el momento de redacción del presente documento, se debate un nuevo proyecto de ley destinado a regular el sector de la enfermería (B26-2005). Véase Nursing Bill. *Government Gazette* Núm. 27904, de 12 de agosto de 2005. Disponible en <http://www.polity.org.za/pdf/NursingBill26.pdf>. Véanse los comentarios de la Organización Democrática de Enfermería de Sudáfrica sobre el nuevo proyecto de ley en http://www.denosa.org.za/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=2 (consultado el 20 de febrero de 2006), así como las observaciones del Proyecto Jurídico SIDA en su página web <http://www.alp.org.za/> (consultado el 14 de octubre de 2005).

30 CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Adoptado en 1953, revisado en 2000. Disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>. Consultado el 19 de mayo de 2005.

31 Ministerio australiano de Educación, Ciencia y Tecnología. *National Review of Nursing Education 2002: Our Duty of Care*. Canberra, 2002. Disponible en http://www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/duty_of_care/default.html. Consultado el 29 de mayo de 2005.

32 Véase el análisis que figura en Annas y Grodin, nota 8.

33 Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Véase la nota 30.

34 *The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995: Learning from Bristol*. (Cm 5207). The Stationery Office. Julio de 2001. Recomendaciones 24 y 25, p. 440. Disponible en <http://www.bristol-inquiry.org.uk/>.

35 Coliver S. The right to information necessary for reproductive health and choice under international law. En Coliver S (ed.). *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information*. University of Pennsylvania Press, 1995.

36 Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería (véase la nota 30).

37 La confidencialidad y la prevención del daño han estado en el punto de mira de los debates sobre la obligatoriedad de informar de la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, y los argumentos que se esgrimen a ambos lados de la balanza son, por una parte, el derecho de las mujeres a la confidencialidad y, por otra, la necesidad de exponer y abordar la violencia contra las mujeres. Véase el tratamiento de este asunto en el apartado 4.2.2, «Personal de enfermería y partería y violencia en el ámbito familiar».

38 Este principio se hace patente en la sentencia del asunto *Z v Finland* de 1998 (25 *European Human Rights Review* 37), en la que el Tribunal Europeo decidió que «la divulgación de la identidad y condición médica del demandante por parte del Tribunal de Apelación de Helsinki constituyó una infracción del artículo 8» del Convenio Europeo, que protege «la vida privada y familiar». En su fallo, el Tribunal Europeo afirmó que «tomará en consideración que la protección de los datos personales y, en particular, de la información médica, es primordial para el disfrute de una persona de su derecho a que se respete su vida privada y familiar, tal como garantiza el artículo 8 del Convenio. El respeto a la confidencialidad de los datos relativos a la salud es un principio vital en los ordenamientos jurídicos de todos los Estados Contratantes en el Convenio. Es crucial no sólo respetar la privacidad del paciente, sino también preservar su confianza en la profesión médica y en los servicios de salud en general. La ausencia de tal protección podría disuadir a las personas que necesitan asistencia médica y que han de revelar información personal e íntima, necesaria para recibir el tratamiento adecuado, de acudir a los servicios sanitarios, por lo que pondrían en peligro su propia salud y, en el caso de enfermedades transmisibles, la salud de la comunidad. [...] Por tanto, las legislaciones nacionales deberán ofrecer las salvaguardas adecuadas para que no se produzca tal comunicación o divulgación de datos personales relativos a la salud cuando sea incompatible con las garantías que establece el artículo 8 del Convenio». [Sentencia, párr. 95]

39 Convenio Europeo de Derechos Humanos, art. 8.2. Disponible en <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1101E77A-C8E1-493F-809D-800CBD20E595/0/SpanishEspagnol.pdf>. Consultado el 9 de mayo de 2006.

40 Woogara, J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics* 2001; 8 (3):234-46.

41 *Ibíd.*

42 Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Véase la nota 30. La importancia del respeto por la dignidad humana queda subrayada en la Declaración Universal de Derechos Humanos que, en su artículo 1, afirma que «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos» y en los Convenios de Ginebra, que prohíben los «atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes». (Convenio de Ginebra I, art. 3.1.c.) Existen asimismo otras normas humanitarias y de derechos humanos que ponen de relieve el respeto por la dignidad humana.

43 La Constitución de Sudáfrica está disponible en <http://www.polity.org.za/html/govdocs/constitution/saconst.html>. Consultado el 12 de mayo de 2006. Diversas sentencias del Tribunal Constitucional de Sudáfrica han hecho hincapié en esta disposición constitucional. Por ejemplo, en el caso *National Coalition for Gay and Lesbian Equality and another v Minister of Justice and others* (CCT 11/98, sentencia dictada el 9 de octubre de 1998), el juez Sachs reiteró la jurisprudencia del Tribunal sobre la trascendencia de la dignidad y de la autoestima para la noción de igualdad. Véase la sentencia del caso en <http://www.constitutionalcourt.org.za/Archimages/2076.PDF>. Consultado el 12 de mayo de 2006.

44 La «dignidad» también puede entenderse en un sentido que *socava* los derechos individuales como, por ejemplo, cuando se equipara al cumplimiento por parte de la mujer de las expectativas sobre sexualidad y cuestiones de género relacionadas con el «honor» de la familia. Esta acepción conservadora de «dignidad» no se refleja en la ética de la enfermería ni de otras profesiones afines.

45 Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8 (3):143-51.

46 *Ibíd.*

47 UNESCO. *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*. Adoptada el 11 de noviembre de 1997. Disponible en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. La UNESCO adoptó posteriormente la *Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos* (2003). Disponible en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

48 Anderson G, Rorty MV. Key points for developing an international declaration on nursing, human rights, human genetics and public health policy. *Nursing Ethics* 2001; 8:259-71.

49 Estos y otros documentos de posición están disponibles en el sitio web de la Sociedad Internacional de Enfermería Genética <http://www.isong.org/about/position.cfm>. Consultado el 24 de mayo de 2005.

50 Oulton J. Inside view. *International Nursing Review* 2002, pp. 207-8. «Sabemos cuánto trabajo es preciso llevar a cabo para satisfacer las necesidades sanitarias de la población mundial y sabemos también que el personal de enfermería y partería podría realizar una enorme contribución a esta labor. Para que esto ocurra, es necesario que haya una presencia fuerte de profesionales de este gremio en la sede de la OMS y en las oficinas regionales. Por ello, los representantes de este sector comparten el objetivo de lograr que la OMS emplee un número suficiente de profesionales de la enfermería y la partería cualificados, una situación que no existe por el momento [...]»

51 OMS. *Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería 2002-2008*. Ginebra: OMS, 2002. Disponible en http://www.who.int/entity/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions_es.pdf.

52 *Ibíd.*

3. Violencia contra el personal de enfermería y partería

BAJO este epígrafe se analizan las experiencias de enfermeras y enfermeros en episodios de violencia ocurridos durante el ejercicio de su profesión. Uno de los principios humanitarios básicos es el respeto por el papel independiente y neutral de los profesionales de la salud en los conflictos. En este apartado también se aborda la violencia contra el personal de enfermería en el lugar de trabajo con un enfoque que presta especial atención a los derechos humanos.

3.1 PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE CONFLICTO

El personal de enfermería que trabaja en zonas de conflicto está expuesto a un riesgo constante de violencia. Puede ocurrir que las enfermeras y enfermeros que pertenecen a los servicios de salud de las fuerzas armadas tengan que trabajar en entornos tales como hospitales móviles o de campaña, a veces cerca de los lugares de combate, y que en algún momento sean blanco del fuego enemigo.⁵³ El personal de enfermería que trabaja dispensando cuidados diarios a la población civil en zonas de conflicto también corre el

riesgo de sufrir ataques a manos de los cuerpos de seguridad, de grupos paramilitares o de las fuerzas armadas.⁵⁴ En ocasiones, las ofensivas militares alcanzan accidentalmente a hospitales y clínicas, que también pueden ser objeto de ataques deliberados que violan el derecho de los conflictos armados. En algunos casos, la atención a civiles lleva al personal de enfermería a estar en primera línea de fuego (véanse los recuadros).

SUDÁN: HOMICIDIO DE UN ENFERMERO Y DE UN CONDUCTOR DE AMBULANCIA DE LA MEDIA LUNA ROJA

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) informó del homicidio de dos miembros de la Sociedad de la Media Luna Roja de Sudán a manos de personas sin identificar que dispararon contra la ambulancia en la que viajaban las víctimas en una zona situada al este de Jartum el 1 de mayo de 2005. Según informes, Faki Mohammed Nour, conductor del vehículo, y Hassan Mohammed Ali, enfermero, murieron inmediatamente a consecuencia de las heridas. Mahmoud Adam Idris, auxiliar médico de la Media Luna Roja que los acompañaba, resultó herido y fue trasladado a un hospital cercano. El paciente que transportaban en la ambulancia continúa desaparecido y se cree que ha sido secuestrado.⁵⁵

En Chechenia, el personal de atención a la salud, al igual que otros miembros de la comunidad, ha sufrido malos tratos. Una enfermera del pueblo de Shali, al sudeste de la capital, Grozny, relató su experiencia en una petición remitida al Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El 8 de febrero de 2000, las fuerzas rusas trasladaron a la enfermera y a sus compañeros y compañeras del personal de salud al centro de detención de Chernokozovo, tras mantener recluso al grupo durante seis días en un agujero cavado en el suelo en Tolstoy Yurt. Según sus declaraciones, los soldados la separaron a ella y a otras cuatro enfermeras de los detenidos varones, las desnudaron y las obligaron a bailar desnudas ante ellos.⁵⁶ Tales tratos no sólo infringen las normas de derechos humanos que proscriben la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, sino que también contravienen las normas del derecho internacional humanitario que prohíben «los atentados contra la dignidad personal, en especial los tratos humillantes y degradantes [...] y cualquier forma de atentado al pudor»;⁵⁷ y el requisito del derecho humanitario en virtud del cual el personal de salud identificable que actúa en el marco de su profesión deberá ser «respetado y protegido».⁵⁸

ISRAEL Y LOS TERRITORIOS OCUPADOS: UNA ENFERMERA VESTIDA DE UNIFORME MUERE DE UN DISPARO MIENTRAS TRATABA A CIVILES HERIDOS

Farwa Jammal, enfermera de 27 años procedente de Tulkarem, visitaba a su hermana en el campo de refugiados de Yenín en 2002, en una época de incursiones israelíes. La noche del 2 de abril, Farwa y su hermana, Rufaida Jammal, preocupadas por un posible ataque de la Fuerza de Defensa Israelí contra Yenín, fueron al hospital principal a proveerse de material de primeros auxilios con el fin de «estar preparadas para [ayudar] a todo aquél que lo necesitase», en palabras de Rufaida. Farwa y Rufaida Jammal se despertaron a primera hora de la mañana del 3 de abril al oír unas fuertes explosiones y los gritos de Hani Abu Rumaila, un hombre que había resultado gravemente herido. Vestida con su uniforme blanco de enfermera con el símbolo de la media luna roja, Farwa Jammal abandonó la vivienda en compañía de su hermana Rufaida para administrar primeros auxilios. Según Rufaida, se encontraron con un grupo poco numeroso de hombres jóvenes palestinos desarmados que estaban fuera de su casa intentando también asistir al hombre herido. Se detuvieron a discutir el mejor modo de proceder cuando los soldados de la Fuerza de Defensa Israelí abrieron fuego contra el grupo, mataron a Farwa e hirieron a Rufaida. Rufaida Jammal contó lo siguiente a Human Rights Watch: «Antes de acabar de hablar con los hombres, los israelíes empezaron a disparar. A mí me alcanzó una bala en la parte superior del muslo. Me caí y me rompí la rodilla. Mi hermana intentó venir hacia mí para ayudarme. Fue entonces cuando le dispararon en el abdomen».⁵⁹

3.2 VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Paradójicamente, los profesionales de la atención a la salud sufren con frecuencia violencia en el trabajo. Hay datos que sugieren que la cuarta parte de la violencia en el lugar de trabajo se dirige contra personas que trabajan en este sector⁶⁰ y el CIE sostiene que el personal de enfermería corre más riesgo de sufrir ataques en el trabajo que los guardias penitenciarios o los agentes de policía.⁶¹ El personal de enfermería está clasificado como el sector sanitario más expuesto a riesgos, y las enfermeras son las más vulnerables.⁶² En la literatura existente en este ámbito se ofrecen indicios considerables de violencia y de factores agravantes.⁶³

En un estudio realizado en el Reino Unido, el 97 por ciento del personal de enfermería encuestado afirmó que conocía a alguna enfermera o enfermero que había sufrido una agresión el año anterior.⁶⁴ En 2005, un sondeo de opinión puso de manifiesto que una cuarta parte del personal de enfermería que trabajaba en el Servicio Nacional de Salud británico había considerado la posibilidad de renunciar a su puesto a causa de

las agresiones de pacientes, tales como puñetazos, patadas y tirones de pelo.⁶⁵ Según cifras publicadas en octubre de 2005, en 2004 y 2005 hubo en Inglaterra más de 43.000 incidentes de agresión física contra personal del Servicio Nacional de Salud que trabajaba en entornos de salud mental y de aprendizaje de personas con discapacidad.⁶⁶ Un estudio de investigación llevado a cabo en Canadá desveló que casi la mitad (46 por ciento) del personal de enfermería encuestado había experimentado uno o más tipos de violencia en los últimos cinco turnos realizados. El 70 por ciento de quienes sufrieron actos de violencia no los denunciaron.⁶⁷

Según un estudio elaborado en Kuwait⁶⁸ cerca de la mitad del personal de enfermería había sufrido violencia verbal y el 7 por ciento, violencia física. Los pacientes eran quienes con más probabilidad cometían abusos, y la mayoría de las enfermeras y enfermeros creía que la violencia era un elemento esperable en esta profesión.

En todo el mundo, asociaciones y sindicatos de enfermería han instado a una política de «tolerancia cero» sobre la violencia en el lugar de trabajo,⁶⁹ y han hecho hincapié en la necesidad de abordar factores coadyuvantes, como «trabajar en solitario, la escasez de personal, la falta de formación de éste, las relaciones deficientes en el entorno de trabajo, [...] la dificultad en el trato con personas que bebían o se drogaban y con personas estresadas, frustradas [...] o que han tenido una desgracia».⁷⁰ Los empleadores y empleadoras deberían garantizar la prevención de la violencia y un entorno de trabajo seguro, por ejemplo, regulando y garantizando la seguridad del personal durante las visitas a domicilios y los turnos nocturnos.

Hay una forma concreta de violencia en el lugar de trabajo muy común, bien documentada y expuesta en una amplia variedad de entornos: el acoso sexual.⁷¹ Numerosas asociaciones de enfermería así como gobiernos han adoptado políticas encaminadas a solventar este problema persistente.⁷² El CIE recomienda a los gobiernos que adopten «políticas de no tolerancia» para combatir la incidencia de la violencia y el acoso sexual. Este último fenómeno en particular puede abordarse mediante la promoción de la dignidad y los derechos del personal de enfermería y partería y el rechazo de una actitud en la que los profesionales de la salud se culpen a sí mismos por provocar los abusos.⁷³

En términos más generales, las organizaciones de la salud y el trabajo han afirmado que, para luchar contra la violencia en el lugar de trabajo, los proveedores de los servicios deben conceder prioridad al «desarrollo de una cultura del lugar de trabajo centrada en lo humano, basada en la seguridad y en la dignidad, en la no discriminación, en la tolerancia, en la igualdad de oportunidades y en la cooperación».⁷⁴ Las directrices elaboradas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) recomiendan iniciativas y reformas en la organización, así como acciones encaminadas a mejorar el entorno de trabajo e intervenciones destinadas a reforzar la capacidad de las personas para contribuir a la prevención de la violencia en el lugar de trabajo.⁷⁵ Tales medidas servirán para promover y proteger los derechos humanos del personal de enfermería en el lugar de trabajo.

NOTAS

53 Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics* 2002; 9:373-87.

54 Véase Amnistía Internacional. *Perseguidos por curar: Violaciones de derechos humanos contra los profesionales de la salud*. Londres: ACT 75/002/2000. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslACT750022000?open&of=esl-376>.

55 Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), *Sudan: Two Red Crescent staff members killed*. Comunicado de prensa, 4 de mayo de 2005. Véase <http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/html/6C3LJQ>. Consultado el 9 de mayo de 2006.

56 Human Rights Watch. *Russian Federation. Serious Violations of Women's Human Rights in Chechnya. [A Submission] To Members of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women*. Nueva York: HRW, enero de 2002. Disponible en http://www.hrw.org/background/eca/chechnya_women.htm. Consultado el 17 de enero de 2006.

57 Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), art. 4.2.e. Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/94_sp.htm. Consultado el 9 de mayo de 2006.

58 *Ibíd.*, art. 9.1.

59 Human Rights Watch. *Jenin: IDF Military Operations*. Nueva York, mayo de 2002, p. 14.

60 Véase OIT. Programa conjunto: nueva iniciativa contra la violencia laboral en el sector de la salud. Comunicado de prensa, ILO/02/49, 24 de octubre de 2002. Véase también Cooper CL, Swanson N. *Workplace violence in the health sector. State of the Art*. Ginebra: OIT, OMS, CIE, ISP, 2002; y di Martino V. *Country case studies: Synthesis report*. Ginebra: OIT, OMS, CIE, ISP, 2002.

61 CIE. *La Enfermería importa: La violencia – Epidemia mundial*. Disponible en http://www.icn.ch/matters_violencesp.htm.

62 CIE. *Ibíd.*

63 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 2004; 12:67-73; Henderson AD. Nurses and workplace violence: nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2003;16(4):82-98; Gerberich SG, Church TR, McGovern PM *et al.* Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology* 2005; 16(5):704-9. McPhaul K, Lipscomb J. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*. 30 de septiembre de 2004, 9(3), Manuscript 6. Disponible en www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25_6.htm. Consultado el 15 de febrero de 2006.

64 CIE. Véase la nota 61.

65 'Quarter of nurses consider quitting over attacks by patients'. *The Guardian*, 3 de octubre de 2005. Disponible en <http://society.guardian.co.uk/health/news/0,8363,1583863,00.html>.

66 Comunicado de prensa del Servicio Nacional de Salud (NHS). New Measures to Tackle Violence against Staff in Mental Health and Learning Disability Services. 19 de octubre de 2005. Asimismo, se anunció un programa para abordar la violencia contra el personal de primera línea de atención al paciente. Servicio de Gestión de Seguridad del NHS. Disponible en <http://www.cfsms.nhs.uk/pub/cfsms/newsreleases.html>.

67 Duncan SM, Hyndman K, Estabrooks CA *et al.* Nurses experiences of violence in Alberta and British Columbian hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research* 2001; 32 (4):57-78.

68 Adib S, Al-Shatti A, Kamal S, *et al.* Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39:469-78

69 Véase, por ejemplo, Sindicato de Enfermería de Queensland. *Zero Tolerance to Violence*. 2001. Disponible en http://www.qnu.org.au/about_qnu/occupational_health_and_safety/zero_tolerance_to_violence. Consultado el 13 de mayo de 2005; BBC. Nurses want 'zero tolerance' on violence. Noticias en línea de la BBC, 9 de marzo de 1999. Disponible en <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/292454.stm>. Consultado el 13 de mayo de 2005.

70 CIE. Véase la nota 61.

71 Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42:637-44; Celik SS, Bayraktar N. A study of nursing student abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education* 2004; 43:330-6; Valente SM, Bullough V. Sexual harassment of nurses in the workplace. *Journal of Nursing Care Quality*. 2004; 19:234-41; Ramanathan M, Sarma PS, Sukanya R, Viswan SP. Sexual harassment in the work place: lessons from a web-based survey. *Indian Journal of Medical Ethics* 2005; 11:47-50.

72 Véase, por ejemplo, Declaración de posición del CIE: *Abuso y violencia contra el personal de enfermería*. Disponible en <http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm>; Asociación de Enfermería del estado de Nueva York. *Nursing Advocacy and Information: Position statements. Sexual Harassment in the Workplace*. Disponible en <http://www.nysna.org/programs/nai/practice/positions/position35.htm>.

73 CIE. Declaración de posición: *Abuso y violencia contra el personal de enfermería*. Disponible en <http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm>. Consultado el 4 de octubre de 2005.

74 OIT, CIE, OMS, ISP. *Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud*. Ginebra, 2002, p. 17. Disponible en http://www.icn.ch/SewWorkplace/WViolence.es15Feb_03Fin.pdf. Consultado el 14 de mayo de 2006.

75 *Ibíd.*

4. Derechos humanos y abusos contra la integridad física y mental

ESTE apartado ofrece una perspectiva general de los abusos contra los derechos humanos con los que probablemente se encuentren algunos miembros del personal de enfermería en su trabajo, y señala las normas y los principios que deberán guiarlos en su respuesta a dichos abusos.

4.1 LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

La tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos) constituyen motivos de preocupación para Amnistía Internacional desde hace mucho tiempo.⁷⁶ Desde el comienzo de su primera campaña contra la tortura a principios de la década de 1970, la organización ha sido muy consciente del papel desempeñado por los profesionales de la salud en la preparación, la vigilancia o el seguimiento de actos de tortura y malos tratos. A consecuencia de los informes sobre participación médica en actos de tortura durante los años setenta, el personal médico, psiquiátrico y de enfermería adoptó declaraciones de repulsa contra tal conducta carente de ética.⁷⁷ Sin embar-

go, continuaron recibiendo informes sobre la participación de profesionales de la salud en actos de tortura.⁷⁸

La tortura y los malos tratos están prohibidos expresamente por el derecho internacional de los derechos humanos y por el derecho internacional humanitario. Esta prohibición absoluta es una norma del derecho internacional consuetudinario, vinculante para todos los Estados. Los actos individuales de tortura o malos tratos son delitos proscritos por el derecho internacional; en circunstancias específicas, constituyen crímenes de guerra, crímenes de lesa humanidad o actos de genocidio. Los actos de tortura o malos tratos también están expresamente prohibidos por muchas constituciones y legislaciones nacionales.

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (en adelante, Convención de la ONU contra la Tortura) obliga explícitamente a los Estados Partes a castigar los actos de tortura, así como los intentos de cometerlos y la complicidad o participación en ellos. Sin embargo, la obligación establecida por el derecho internacional de llevar a los torturadores ante la justicia incumbe a todos los Estados, independientemente de que sean o no Estados Partes en la Convención.⁷⁹ Los actos de tortura o malos tratos también están prohibidos por el derecho internacional en los casos en los que constituyen crímenes de guerra o crímenes de lesa humanidad.⁸⁰

El artículo 1 de la Convención de la ONU contra la Tortura define el término «tortura» del siguiente modo:

[T]odo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, [...] o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.⁸¹

La jurisprudencia de los tribunales internacionales, de los tribunales regionales de derechos humanos, de los mecanismos de los órganos de vigilancia de los tratados de la ONU y regionales, y de los expertos independientes ha puesto de manifiesto que está generalmente aceptado que el concepto de tortura y malos tratos atañe a las condiciones de reclusión, a los métodos de interrogatorio, al efecto de las desapariciones forzadas en las personas «desaparecidas» y en sus familiares, al impacto de las demoliciones de viviendas en las familias que se quedan sin hogar, a las detenciones administrativas y a otros aspectos. El elemento del «consentimiento o aquiescencia» oficial que figura en la definición de la tortura se entiende en el sentido de que los actos perpetrados por agentes no estatales pueden considerarse tortura o malos tratos cuando el Estado no ha ejercido la diligencia debida para evitarlos. Además, el derecho internacional humanitario y el derecho internacional penal no sólo prohíben los actos de tortura y malos tratos cometidos por las fuerzas gubernamentales, sino también los perpetrados por los miembros de grupos armados.

A pesar de la prohibición absoluta de estos abusos, Amnistía Internacional ha calculado que, en 2004, las fuerzas de seguridad, la policía u otras autoridades estatales perpetraron actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en 104 países.⁸² En algunos, los grupos armados de oposición también infligieron tortura o malos tratos a personas recluidas durante el mismo año.⁸³ La «guerra contra el terror» encabezada por Estados Unidos como respuesta a los atentados perpetrados en Nueva York y Washington, DC, el 11 de septiembre de 2001 ha dado lugar al uso de la tortura o los malos tratos contra detenidos acusados de apoyar, preparar o cometer actos de terrorismo.⁸⁴

Los Principios de Ética Médica de la ONU disponen que:

Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.⁸⁵

Puede ocurrir que el personal de enfermería sea requerido para cumplir determinadas funciones de asistencia a los autores de tortura y otros malos tratos, en contravención de las normas éticas básicas. La declaración de posición del CIE sobre la tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones afirma que la responsabilidad primordial del personal de enfermería es atender a las personas que están bajo su supervisión.⁸⁶ Asimismo establece que el personal de enfermería «no participará voluntariamente en ningún acto deliberado causante de sufrimiento físico o mental». La declaración también insta a las asociaciones de enfermería nacionales a proporcionar mecanismos de apoyo a enfermeras y enfermeros que se encuentren en situaciones difíciles.

En ocasiones, el personal de enfermería presencia conductas carentes de ética que infringen las normas de derechos humanos y los códigos deontológicos internacionales, como las mutilaciones punitivas y los castigos corporales judiciales. En algunos países, el personal médico se ha visto implicado en la certificación de la conformidad del estado de salud de las personas para recibir tortura o en el encubrimiento de la tortura mediante la falsificación de certificados.⁸⁷ Es posible que se haya coaccionado o persuadido a personal de enfermería para que colabore en tales encubrimientos, si bien no se dispone de datos sobre tales violaciones de la ética por parte de enfermeras o enfermeros.

Algunos analistas han llamado la atención sobre las dificultades que pueden surgir cuando los profesionales tienen lealtades o deberes tanto hacia el empleador como hacia el paciente. Este conflicto de lealtades puede convertirse en un problema grave cuando una de las partes ante las que debe responder el profesional es un Estado con un historial deficiente en materia de derechos humanos.⁸⁸

IRAK: PERSONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD Y ABUSOS EN ABU GHRAIB

*Los profesionales sanitarios encargados de la salud física y mental de las personas detenidas que han sido torturadas son los perros que no ladraron.*⁸⁹

Informes que han salido a la luz sobre la prisión de Abu Ghraib en Irak y la base naval de la bahía de Guantánamo en Cuba indican que la tortura y los malos tratos sistemáticos a detenidos forman parte de la «guerra contra el terror» dirigida por Estados Unidos. El Informe Taguba (*Taguba Report: On Treatment of Abu Ghraib prisoners in Iraq*), investigación militar, reveló que el personal médico sabía que se cometían abusos dentro de la prisión.⁹⁰ Diversos analistas han manifestado que el personal médico militar que trabajaba en Abu Ghraib era cómplice de abuso por no proporcionar atención médica suficiente y por colaborar en el diseño y la aplicación de métodos de interrogatorio psíquica y físicamente coercitivos. Hubo casos aislados de personal médico que cometió abusos directamente contra los reclusos. Un informe, que cita testimonios de dos detenidos, señala cómo un médico permitió que un guardia sin formación médica cosiera las heridas de un preso provocadas por una paliza.⁹¹ Si bien no se tiene constancia de que hubiera personal de enfermería implicado en los abusos, varios analistas han señalado que algunos enfermeros o enfermeras debían de estar al corriente de la comisión de tratos crueles, inhumanos o degradantes tolerados por médicos, pero que guardaron silencio.

4.1.1 Respuesta a la tortura

*Es hora de que las facultades de enfermería y medicina, el cuerpo de enfermería y medicina militar, el personal [del departamento de urgencias], y otros empiecen a ladrar, alto y claro, a la oscuridad.*⁹²

Si bien algunas enfermeras y enfermeros trabajan directamente con víctimas de tortura y malos tratos dispensando cuidados, la respuesta a la tortura y a los malos tratos también implica el rechazo rotundo a participar en actos de tortura o malos tratos o a contribuir a ellos de cualquier modo, por muy indirecto que sea. Asimismo, la respuesta a la tortura y a los malos tratos debe incluir acciones de protesta, defensa y captación de apoyos dirigidas a los gobiernos. Funcionan en todo el mundo numerosas redes de profesionales de la salud destinadas a combatir la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes mediante campañas en la esfera política.⁹³ Muchas organizaciones de enfermería nacionales e internacionales han alzado la voz para condenar la tortura. *La función de la enfermera en la salvaguardia de los derechos humanos*, declaración adoptada por el CIE en 1983, señala que las enfermeras y enfermeros tienen respon-

sabilidad a título individual, pero probablemente sean más eficaces si abordan las cuestiones de derechos humanos de manera conjunta.⁹⁴

El tratamiento y cuidado de supervivientes de tortura y malos tratos constituye otra respuesta a la tortura en la práctica. El personal de salud puede encontrar los efectos de la tortura o los malos tratos en su ejercicio clínico diario. Actualmente existe abundante literatura sobre los efectos de la tortura, las necesidades de los pacientes que han sido torturados y la prestación de servicios a estas personas.⁹⁵ Es posible que tales pacientes se dirijan directamente a centros especializados en el tratamiento a víctimas de tortura o traumas similares, pero también pueden presentarse en lugares de atención primaria, hospitales o clínicas especializadas.⁹⁶

Sin embargo, los avances realizados en el análisis y el tratamiento de las secuelas de la tortura y los malos tratos en la salud no se han visto respaldados por un compromiso eficaz del personal sanitario para prevenir y exponer los actos de tortura en los entornos en los que es más probable que se produzcan: los lugares de reclusión.⁹⁷

El CIE ha señalado que el personal de enfermería es a menudo uno de los primeros en detectar los malos tratos y el sufrimiento de las personas recluidas. La declaración de posición del Consejo sobre *La función de la enfermera en los cuidados a los prisioneros y detenidos* afirma que: «Las enfermeras que tengan conocimiento de malos tratos a detenidos y prisioneros deben actuar de manera adecuada para preservar los derechos de éstos».⁹⁸

En 2004, la revista médica *The Lancet* instó al personal sanitario de las fuerzas armadas a «romper el silencio» y, a los miembros, mucho más numerosos, de la comunidad médica no militar, a «unirse en apoyo de sus compañeros y compañeras para condenar la tortura y las prácticas inhumanas y degradantes contra personas detenidas».⁹⁹ En 2005, diversas publicaciones de medicina y enfermería manifestaron más motivos de preocupación sobre el papel de los profesionales de la salud.¹⁰⁰ Amnistía Internacional lleva mucho tiempo exhortando al personal sanitario a que alce la voz en contra de la tortura y contribuya a erradicar esta práctica.¹⁰¹

4.2 VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Las proporciones de la violencia contra las mujeres son un escándalo de derechos humanos. El Consejo de Europa ha afirmado que la violencia en el ámbito familiar es la principal causa de muerte y discapacidad de mujeres de entre 16 y 44 años en la región y que provoca más muertes y mala salud que el cáncer o los accidentes de tráfico.¹⁰² En otras regiones también se observan altos niveles de violencia contra las mujeres.

Tales abusos resultan de leyes y prácticas discriminatorias, así como de papeles represivos asignados en razón del género. Mientras que algunos Estados han hecho gala de buena disposición para solucionar estos problemas, otros se han mostrado reticentes o han sido incapaces de abordarlos. Los abusos por motivos de género sufridos por mujeres y niñas en todo el mundo abarcan desde prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital o las pruebas de virginidad hasta la violencia punitiva o disciplinaria como los homicidios por motivos de «honor» (véase el apartado 4.2.4, «Prácticas nocivas»).

En el trabajo con supervivientes de la violencia, los profesionales de la enfermería aportan sus propias experiencias y opiniones. Según un estudio sobre personal de enfermería de atención primaria en Sudáfrica, las enfermeras y enfermeros aceptaban la violencia de género como una realidad cultural.¹⁰³ Las autoras de este estudio defendían la necesidad de examinar el papel que desempeña el personal de enfermería –como profesionales de la salud y como miembros de la comunidad– antes de elaborar programas de formación sobre el tratamiento de la violencia.

Si se desea que los profesionales de la salud reúnan las habilidades necesarias para combatir la violencia contra las mujeres, será necesario que reciban formación continua. Los gobiernos y los responsables de la elaboración de políticas en materia de salud deben garantizar que todo el personal sanitario reciba una capacitación sobre la violencia contra las mujeres respetuosa con las cuestiones de género.¹⁰⁴ A la formación del personal de salud deberán sumarse programas de concienciación de la opinión pública para asegurar que la violencia contra las mujeres es ampliamente percibida como inaceptable.

4.2.1 Violencia y salud reproductiva

La violencia contra las mujeres a menudo daña o pone en peligro su salud reproductiva. En algunos casos, la identidad sexual o la capacidad reproductiva de las mujeres son un blanco de la violencia de género. En el Reino Unido, el 25 por ciento de las mujeres que sufren violencia en el ámbito familiar son agredidas por primera vez durante el embarazo.¹⁰⁵ Por ello, es probable que el personal de enfermería y otros responsables de atención a la salud observen indicios de tales abusos en el ejercicio de su profesión.

4.2.1.1 Violación y otros tipos de violencia sexual

Las definiciones de lo que constituye violación difieren según la jurisdicción. Por lo general, se han referido a la penetración vaginal de una mujer o niña por un varón sin que medie consentimiento. En algunos Estados, esta noción está evolucionando para reflejar el hecho de que la violación no siempre implica violencia física, sino que también puede entrañar otras formas de coacción como el abuso de poder, la opresión psicológica, el aprovechamiento de un entorno coercitivo, u otros factores que provocan la incapacidad de la víctima de dar su libre consentimiento. Asimismo, se está ampliando la interpretación de la naturaleza de la penetración sexual, la función de los actos en los que no hay penetración y la inclusión de los hombres como posibles víctimas de violación.¹⁰⁶ El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional prohíbe la violación y otras formas de violencia sexual y las considera actos constitutivos de crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra, que están tipificados como delitos por el derecho internacional.¹⁰⁷ Otros actos que pueden constituir crímenes de lesa humanidad o crímenes de guerra son, entre otros, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, la esterilización forzada, otras formas graves de violencia sexual, y la tortura u otros actos inhumanos que causen deliberadamente grandes sufrimientos o daños graves contra la integridad física o contra la salud física o mental.

La violación y la violencia sexual no se limitan a las situaciones que abarca el Estatuto de Roma y en las que constituyen delitos tipificados por el derecho internacional. Estos actos también son cometidos en otros contextos, por funcionarios u otros agentes del Estado, por miembros de grupos armados o por otros agentes no estatales o particulares. Los responsables de la elaboración de políticas de salud deben garantizar que la prestación de servicios incluya anticoncepción de emergencia, control y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, recopilación de pruebas médico-forenses y remisión a cuidados o asesoramiento de especialistas. Conviene que los profesionales de la enfermería actúen de enlace con el personal de asuntos sociales y la asistencia jurídica para realizar el seguimiento de los casos. Asimismo, podrán fomentar un enfoque preventivo de la violencia contra las mujeres mediante el trabajo coordinado con colaboradores y comunidades locales. En un plano más amplio, se proponen iniciativas en las que el personal de enfermería fomente y ayude a realizar más investigación sobre los orígenes y los efectos de la violencia contra las mujeres y las respuestas a este problema, de modo que se proporcione información para la elaboración de políticas, las reformas legislativas y el desarrollo de la atención a la salud. En Nicaragua, asociaciones comunitarias de mujeres han designado y formado a personal médico y de enfermería para que recabe datos forenses tras la comisión de abusos.¹⁰⁸

TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ENTORNOS HUMANITARIOS

La atención a la salud en los casos de violencia sexual a menudo tiene lugar en entornos humanitarios gracias al interés, al compromiso y a la dedicación de unos pocos miembros del personal de enfermería y partería. Se ha dado un ejemplo de ello en dos campos para refugiados diferentes en Tailandia. Dos profesionales de la enfermería que trabajaban en distintos lugares empezaron a colaborar estrechamente con organizaciones de mujeres refugiadas. Las refugiadas eran conscientes de que la violencia sexual constituía un problema grave, pero sabían que pocas supervivientes denunciaban los abusos porque disponían de muy pocos servicios destinados a ayudarlas y porque temían las represalias y el estigma social. Con el tiempo, estos dos profesionales de la enfermería se ganaron la confianza de las mujeres y crearon redes informales para recibir denuncias de violencia sexual y dispensar cuidados que salvaban la vida a las supervivientes. Mediante el empleo de los medicamentos y los suministros que ya estaban disponibles en la clínica (por ejemplo, para la cura de heridas, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos de emergencia), los dos profesionales de la enfermería pusieron en marcha un sistema de cuidados básicos para las víctimas de la violencia sexual en dos de las clínicas de salud que asisten a las personas refugiadas a lo largo de la frontera entre Tailandia y Myanmar.¹⁰⁹

Las mujeres que están expuestas a la violencia sexual corren el riesgo de sufrir graves daños además del trauma psicológico y de los síntomas asociados. Entre ellos se encuentran las lesiones físicas, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos. La infección de transmisión sexual más grave es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y cada vez hay una mayor conciencia de que la profilaxis post-exposición –la administración de medicamentos antirretrovirales tras una posible exposición al virus– puede desempeñar una función primordial en la prevención de la infección en entornos de alto riesgo. Estas medidas son pertinentes cuando se sabe o se sospecha que el perpetrador es seropositivo o cuando hay una elevada prevalencia de VIH en la comunidad.¹¹⁰

4.2.1.2 Embarazo por violación

La gestión cotidiana del embarazo es una tarea habitual para algunas enfermeras y enfermeros y central para el personal de partería. En la mayoría de las mujeres, el embarazo es una experiencia normal y, por lo general, deseada. Sin embargo, la violación y otras formas de violencia sexual se han utilizado como arma de guerra, como un modo de dominar a las fuerzas opositoras y, concretamente, de sojuzgar a las mujeres en tanto que reproductoras simbólicas de esas fuerzas.¹¹¹ En Sudán, Amnistía Internacional informó de la violación y el homicidio intencionado de mujeres embarazadas, consideradas por los perpetradores como portadoras de los hijos del «enemigo».¹¹² Dependiendo de las circunstancias, el embarazo forzado por violación puede constituir crimen de guerra, crimen de lesa humanidad o delito tipificado por el derecho internacional. Puede que las mujeres que se han quedado embarazadas a consecuencia de una violación intenten interrumpir el embarazo. Diversos organismos autorizados que interpretan los convenios de derechos humanos muestran cada vez más apoyo al aborto cuando es resultado de una violación y siempre que la interrupción del embarazo se produzca en unas condiciones seguras.¹¹³ Asimismo, organizaciones internacionales de derechos humanos han realizado campañas para que los Estados eliminen las medidas punitivas contra mujeres que intentan o logran someterse a un aborto.¹¹⁴ No parece haber un consenso sobre la interrupción del embarazo entre los profesionales de la enfermería, que en algunas jurisdicciones tienen la opción de negarse a participar en abortos.¹¹⁵

4.2.1.3 Esterilización forzada y otras medidas de control de la natalidad

En los cinco años transcurridos entre 1996 y 2000, más de 250.000 mujeres –en su mayoría, indigentes y procedentes de zonas rurales remotas– fueron sometidas a esterilización forzada sin un proceso de consentimiento adecuado durante la aplicación de una política de planificación familiar en Perú.¹¹⁶ Aunque el programa nacional de planificación familiar establecía la obligación de informar exhaustivamente a las mujeres y permitirles elegir el método más conveniente, entre ellos, la esterilización, las metas y las cuotas de esterilización exigidas a los proveedores de los servicios tendían a socavar la política de elección.¹¹⁷ En julio de 2002, el Ministerio de Salud peruano reveló que entre 1995 y 2001, 331.600 mujeres habían sido esterilizadas y 25.590 hombres

se habían sometido a vasectomías en el marco de un programa de salud pública destinado a reducir la natalidad de las regiones más pobres del país. En su mayoría, eran indígenas procedentes de la sierra andina, el Amazonas y barrios marginales de los alrededores de Lima. El informe del Ministerio de Salud subrayaba que los participantes en el programa habían sido amenazados o sobornados con alimentos y que ninguno fue adecuadamente informado del procedimiento o de sus consecuencias.¹¹⁸ El problema no radicó únicamente en que tales operaciones se llevaron a cabo mediante coerción, sino también en que muchas mujeres no recibieron los cuidados postoperatorios apropiados, por lo que sufrieron complicaciones de salud; algunas incluso murieron.¹¹⁹ (Véase en el recuadro uno de los casos, que fue llevado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.)

PERÚ: POLÍTICA DE ESTERILIZACIÓN DEL GOBIERNO

En 1995, Hilaria Supa Huamán, campesina indígena de Laguna Pampa, Perú, recibió intensas presiones de la enfermera del pueblo para que se sometiera a una ligadura de trompas. La enfermera trabajaba en el marco de la política gubernamental de planificación familiar vigente en aquella época. Hilaria relató que la enfermera le había dicho lo siguiente: «¿Quieres tener hijos como los cuyes [conejiillos de indias]? Si no haces nada, tu esposo se va a molestar». Hilaria se sometió a la operación sin disponer de información detallada, pero le costó recuperarse de la intervención debido a la dureza de su trabajo.¹²⁰

En 2003, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos dirimió con el gobierno peruano el caso de una mujer indígena, María Mamérita Mestanza Chávez, que había muerto tras ser esterilizada contra su voluntad.¹²¹ Perú admitió que el gobierno que a la sazón estaba en el poder había violado el derecho a la integridad personal, a la vida y a igual protección de la ley, así como la obligación de respetar los derechos sin discriminación alguna por motivos de sexo, origen social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, consagrados por la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹²² y otros tratados regionales e internacionales de derechos humanos.

Según informes, hubo casos en los que el propio personal de salud se sometió a intervenciones quirúrgicas para alcanzar las metas fijadas. Algunos analistas han observado que las acciones del gobierno peruano convirtieron a algunos responsables sanitarios, antes defensores de los derechos humanos, en «participantes en la violación sistemática de los derechos de las mujeres» a menudo sin ser plenamente conscientes.¹²³ Indican que toda solución al problema de la esterilización forzada debe tomar en consideración «las funciones y los derechos del personal de salud, así como de los pacien-

tes». Parte de la «solución amistosa» del gobierno en el caso de María Mamérita Mesanza Chávez consistió en que las autoridades peruanas se comprometieron a reformar la legislación y las políticas públicas sobre salud reproductiva y planificación familiar.

En Eslovaquia también se esterilizó por la fuerza, al parecer, a mujeres romaníes durante el gobierno comunista y la década de los noventa.¹²⁴ Aunque el gobierno accedió a investigar las denuncias, Amnistía Internacional manifestó sus motivos de preocupación en 2003, dado que, pese a sus repetidos llamamientos, no se había emprendido una investigación independiente. Además, la organización expresó su inquietud por los informes sobre intimidación y hostigamiento persistente a víctimas, testigos y defensores o defensoras de los derechos humanos. La campaña continuó durante 2004 para asegurar que el gobierno eslovaco cumpliera las normas requeridas en la investigación de este asunto.¹²⁵

Cuando las mujeres son sometidas a esterilización forzada o se les deniega la información necesaria para tomar una decisión con conocimiento de causa, es probable que el personal de enfermería participe en comportamientos faltos de ética y contrarios a las normas internacionales de derechos humanos, o que al menos se encuentren con dilemas éticos, a veces en circunstancias en las que puede que reciban presiones de sus superiores para participar en conductas claramente carentes de ética.¹²⁶

En algunos países se obliga a mujeres a someterse a abortos no deseados, y es muy probable que el personal de enfermería participe en ellos, voluntariamente o bajo presión. En China continúan recibiendo informes de violaciones graves de los derechos de mujeres y niñas originadas por la ejecución de la política de planificación familiar, que incluye abortos y esterilizaciones forzados. Estas prácticas ocurren desde hace mucho tiempo. Por ejemplo, Mao Hengfeng fue enviada a un campo de trabajo en abril de 2004 durante 18 meses para su «reeducación mediante el trabajo» por solicitar persistentemente a las autoridades un resarcimiento por haber sido obligada a abortar 15 años antes. En aquella época se había quedado embarazada y había violado la política de planificación familiar de China, que exige a las familias que no tengan más de un hijo o hija. Según informes, en el campo de trabajo la ataron, la suspendieron del techo y la golpearon brutalmente. Con anterioridad había estado recluida varias veces en unidades psiquiátricas, en las que la habían obligado a someterse innecesariamente a «terapias» de electrochoque.¹²⁷

En marzo de 2005, funcionarios de planificación familiar de la ciudad de Linyi, provincia de Shandong, China, obligaron a abortar, según informes, a numerosas mujeres, entre ellas, a mujeres embarazadas que ya tenían dos hijos. Varias mujeres huyeron para evitar las operaciones, pero las autoridades tomaron a sus familiares como rehenes para obligarlas a regresar. Las autoridades centrales chinas afirmaron posteriormente que investigarían los informes de «prácticas ilegales» de Shandong. Algunos funcionarios de Linyi han sido destituidos, pero no parece que se hayan tomado más medidas contra ellos o contra otras personas que hubieran consentido esa política. Chen Guancheng, asesor jurídico local y autodidacta, fue sometido a una forma de arresto domiciliario por intentar demandar a funcionarios locales en relación con los abusos.¹²⁸

4.2.2 Personal de enfermería y partería y violencia en el ámbito familiar

La violencia en el ámbito familiar es un problema mundial que representa unos elevados índices de morbilidad y mortalidad. La OMS ha revelado que cerca de un 70 por ciento de las mujeres asesinadas han sido muertas por su esposo o novio.¹²⁹ La violencia doméstica está enraizada en un complicado entramado económico, social y de género. En respuesta a la complejidad del problema, organizaciones internacionales y órganos profesionales de la salud han abogado por un enfoque integrado que relacione estrechamente la atención sanitaria y social con los derechos jurídicos.¹³⁰ Es probable que el personal de enfermería, al dispensar los cuidados a la salud, observe los efectos de la violencia doméstica en hospitales, en centros de salud comunitarios o en visitas a domicilios. Puesto que son un punto esencial de contacto entre el paciente, la comunidad y el sistema de salud y de seguridad social, el personal de enfermería desempeña un papel vital en el reconocimiento, el tratamiento y la prevención de la violencia en el ámbito familiar.

Las autoridades perciben a menudo la violencia en el ámbito familiar como un asunto privado y no la tratan como un delito. En muchos casos de violencia doméstica, las mujeres (principales víctimas de tales abusos) no desean que el personal de enfermería u otros profesionales de la salud informen a las autoridades. Se crea, por tanto, una tensión entre la obligación de la enfermera o el enfermero de respetar los deseos del paciente y su obligación de procurar y mantener el bienestar de éste.¹³¹ En California, Estados Unidos, el personal sanitario está obligado por ley a informar de las lesiones por violencia doméstica a los organismos locales encargados de hacer cumplir la ley. Sin embargo, una encuesta realizada al personal médico de California ponía de manifiesto que, aunque la mayoría creía que la obligación de informar de los abusos podía ser beneficiosa, también consideraba que entrañaba un riesgo para la seguridad de las mujeres (por ejemplo, exponiéndolas a una reacción violenta de la pareja) y expresaban sus motivos de preocupación sobre la posibilidad de que dicha obligación violase los códigos de ética médica. La mayoría afirmó que no cumpliría la obligación de informar en el caso de que la paciente formulase objeciones.¹³² La decisión de aplicar o no una política de detección de la violencia en el ámbito familiar cuenta con defensores y escépticos y todavía debe alcanzarse una posición definitiva dentro del sector.¹³³

4.2.2.1 Veto conyugal al tratamiento

El personal de enfermería debe saber que la práctica del veto conyugal (el rechazo del esposo o novio al tratamiento médico o de enfermería ofrecido a su pareja, incluido el recurso a servicios de planificación familiar) constituye un acto por el que se niega el derecho de las mujeres a la privacidad, a la autonomía de la toma de decisiones y a no sufrir discriminación. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) obliga a los gobiernos a salvaguardar estos y otros derechos de las mujeres.¹³⁴ La imposición de tal veto también constituye una violación del derecho de las mujeres a la igualdad de acceso a los servicios de atención sanitaria y es una forma de discriminación incompatible no sólo con la Convención,

sino también con las disposiciones en materia del derecho a la salud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Cuando el veto conyugal actúa como barrera a los servicios de planificación familiar (en el África subsahariana, por ejemplo) también representa una grave amenaza para la vida y la salud de las mujeres e incluso puede estar vinculado a la muerte de las mujeres en los casos en los que éstas no han podido acceder a atención médica urgente.¹³⁵ Todos los gobiernos tienen la obligación de tomar medidas para acabar con el veto conyugal al acceso a la atención sanitaria dondequiera que ocurra, y al personal de salud le corresponde convencer a las comunidades de la importancia del libre acceso de las mujeres a los servicios de salud.

4.2.3 Trata de personas y prostitución forzada

La trata de seres humanos ocurre por numerosas razones, todas ellas basadas en los beneficios que reporta trasladar a personas mediante engaño o coacción de un lugar a otro.¹³⁶ Según el Protocolo de Palermo, trata significa

la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.¹³⁷

La trata de personas es un grave problema de derechos humanos que causa enormes daños a las víctimas. Según un informe de la OIT,¹³⁸ un mínimo de 2.450.000 personas es víctima de trata en un momento dado. De esta cifra, alrededor de la mitad corresponde a la región de Asia y el Pacífico. Las mujeres y las niñas suman el 98 por ciento de las personas sometidas a explotación sexual comercial. Además del empleo de amenazas o de la fuerza asociadas a la trata, las mujeres corren un riesgo adicional de sufrir violencia sexual o de otro tipo a manos de los «dueños» o de los clientes, que pueden dejarles secuelas psicológicas y físicas.¹³⁹ Las mujeres y las niñas también están expuestas a las infecciones de transmisión sexual, como el VIH, y a embarazos no deseados.

Éste es un ámbito de creciente importancia en la labor del personal de enfermería en numerosas partes del mundo. Sin embargo, el trabajo con mujeres objeto de trata entraña algunos riesgos para las mujeres que intervienen. El documento *WHO Ethical and Safety Recommendations in Interviewing Trafficked Women*, publicado en 2003, señala que

entrevistar a una mujer que ha sido objeto de trata suscita varias cuestiones éticas y dificultades de seguridad para la mujer, para otras personas cercanas a ella y para el

entrevistador o entrevistadora. Poseer un sólido conocimiento de los peligros, las consideraciones éticas y los aspectos prácticos de la trata de personas contribuirá a reducir los riesgos y a aumentar la probabilidad de que la mujer entrevistada revele información relevante y precisa.¹⁴⁰

La incierta condición jurídica de las mujeres objeto de trata que son, a la vez, víctimas de delitos y migrantes indocumentadas puede impedirles el acceso a la atención sanitaria. Es posible que las mujeres objeto de trata sean reticentes a hablar abiertamente con el personal de enfermería u otros profesionales de la salud por miedo, por ejemplo, a ser enjuiciada o expulsada.

Amnistía Internacional considera que, con arreglo a la Recomendación general N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), los Estados deben adoptar medidas con la diligencia debida para impedir, investigar, perseguir y castigar los actos de violencia contra las mujeres, hayan sido perpetrados por agentes estatales o por particulares, e independientemente de la condición de migrante de la víctima o de su ámbito de trabajo.¹⁴¹ Sin embargo, la mayoría de los perpetradores no son llevados ante la justicia. En cambio, es posible que las víctimas sean consideradas infractoras y expulsadas, en ocasiones al lugar desde el cual fueron previamente trasladadas mediante trata. Para poner fin a estos abusos contra los derechos de las mujeres en el contexto de la trata y la explotación sexual es precisa una respuesta coordinada que incluya a diversos agentes. El personal de enfermería puede aportar su propia experiencia clínica a este debate y a la elaboración de políticas.

Para poner fin a la premura (de la que existe abundante documentación) con que los gobiernos expulsan a las mujeres objeto de trata, el Convenio del Consejo de Europa sobre la Lucha contra la Trata de Seres Humanos, en su artículo 13, insta a establecer un periodo de reflexión en los casos en que se determine que existe trata para permitir que «la persona afectada se recupere y escape a la influencia de los tratantes y/o tome una decisión informada sobre la posibilidad de cooperar con las autoridades competentes».¹⁴² Amnistía Internacional exhorta a las autoridades a que garanticen que todas las mujeres y todos los menores objeto de trata detenidos por agentes encargados de hacer cumplir la ley reciban información completa sobre sus derechos y sobre cómo acceder a ellos, incluidos el derecho a asistencia letrada independiente y a un intérprete independiente e imparcial, así como a información sobre todas las opciones que pueden tomar.

4.2.4 Prácticas nocivas

4.2.4.1 Mutilación genital femenina

Se calcula que más de 130 millones de mujeres y niñas de todo el mundo han sido sometidas a la práctica de cortar o mutilar los genitales externos, antes conocida como circuncisión femenina y designada más ampliamente en la actualidad como mutilación genital femenina o corte genital femenino.¹⁴³ La mutilación genital femenina es una práctica tradicional que se realiza en muchas partes del mundo y para la que se han esgrimido diversas justificaciones culturales, religiosas y estéticas, todas las cuales están basadas en

valores patriarcales.¹⁴⁴ Se practica en países de África oriental y occidental y en algunas poblaciones de la Península Arábiga, y se ha extendido a otras regiones debido a la inmigración.¹⁴⁵ Adopta diferentes formas: la extirpación parcial o total del clítoris (clitoridectomía), la extirpación total del clítoris y el corte de los labios menores (escisión), o la extracción de todos los genitales externos y sutura de los dos lados de los genitales dejando una pequeña abertura para el paso de la orina y de la menstruación (infibulación).

La mutilación genital femenina puede tener consecuencias nefastas para la salud de las mujeres y las niñas, entre ellas, hemorragia, infección, disfunción urinaria, *shock* y muerte. A largo plazo es posible que se presenten las siguientes complicaciones: infertilidad, así como micción, menstruación y relaciones sexuales dolorosas. Durante el parto, las mujeres corren riesgos de sufrir desgarros severos, hemorragia posparto, septicemia o incluso la muerte.¹⁴⁶ Cada vez son más las mujeres que huyen de esta práctica y solicitan asilo, aunque el número de casos en los que han tenido éxito continúa siendo muy reducido.¹⁴⁷ Sin embargo, debido al gradual aumento de la migración, esta cuestión requerirá cada vez más la atención del personal sanitario de regiones diferentes a aquéllas en las que la mutilación genital femenina es una práctica arraigada.¹⁴⁸

Diversas organizaciones nacionales e internacionales han elaborado programas de formación destinados a personal de enfermería y partería con el fin de concienciar y capacitar a los profesionales de la salud para que combatan esta práctica. La OMS ha diseñado material didáctico especialmente para personal de enfermería y partería que trabaja en los lugares en los que este fenómeno está más extendido.¹⁴⁹

A pesar de los efectos potencialmente devastadores de la mutilación genital femenina en la salud de niñas y mujeres, una crítica únicamente basada en la salud podría contribuir, sin pretenderlo, a ejercer presión para que esta práctica se regule y sea llevada a cabo en clínicas u hospitales por personal de salud cualificado.¹⁵⁰ Según un estudio publicado en 2001, el 70 por ciento de las niñas de la comunidad *abagusii* del oeste de Kenia sometidas al ritual afirmaron haber sido intervenidas por personal de enfermería o médico, mientras que quienes realizaron la mutilación genital a prácticamente todas sus madres eran curanderos o curanderas.¹⁵¹ Numerosos organismos de este sector, entre ellos el CIE,¹⁵² se han opuesto a las iniciativas encaminadas a «medicalizar» esta práctica en un intento de minimizar los efectos nocivos para la salud, alegando que la mutilación genital femenina en cualquiera de sus formas es un acto de violencia contra la mujer y un abuso contra los derechos humanos básicos.

El gobierno de Kenia ha intentado reducir el número de niñas que son sometidas a esta práctica. La Ley del Menor de 2001 prohibió la mutilación genital femenina de niñas menores de 17 años. Sin embargo, el conocimiento de las repercusiones jurídicas de la mutilación genital femenina no es generalizado, y la práctica sigue siendo habitual. Existen datos que sugieren que probablemente un enfoque en el ámbito de la comunidad sea más eficaz para cambiar la actitud ante este fenómeno.¹⁵³

La Resolución 56/128 de la Asamblea General de la ONU de 30 de enero de 2002, sobre *Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña*, hace un llamamiento a los Estados Partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y en la Convención sobre los Derechos del Niño para que «[f]ormulen, aprueben y apliquen leyes, políticas, pla-

nes y programas nacionales que prohíban las prácticas tradicionales o consuetudinarias que afecten a la salud de la mujer y la niña [...] y procesen a quienes las perpetúen». También insta a los Estados a que «[s]e ocupen concretamente de las prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña en la formación del personal de salud y otro personal competente, prestando asimismo atención a la mayor vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual como consecuencia de tales prácticas».¹⁵⁴

4.2.4.2 Pruebas de virginidad

En diversos países de África, Asia, Oriente Medio y esporádicamente en otros lugares se realizan las denominadas «pruebas de virginidad».¹⁵⁵ En algunas culturas que conceden extrema importancia a la virginidad de las mujeres antes del matrimonio, la familia del futuro esposo puede exigir garantías de que la mujer o niña en cuestión es virgen antes de que se celebre la boda. Cuando se decide realizar una prueba, se solicita normalmente a personal médico y de enfermería que examine los genitales femeninos externos para determinar si la mujer ha tenido o no actividad sexual.¹⁵⁶ En algunas zonas, como en partes del sur de África, las pruebas de virginidad corren a cargo de mujeres mayores cuya función es, al parecer, el fomento de la castidad femenina (o, dicho de otro modo, el control del comportamiento sexual de las mujeres jóvenes). Recientemente, esta práctica ha comenzado a defenderse en el sur de África como un medio de controlar la propagación del VIH/sida. Sin embargo, organizaciones del sur de África han expresado su preocupación de que esta práctica no aborda la responsabilidad masculina en la propagación del VIH/sida y es intrínsecamente discriminatoria. Parece descargar todo el peso de la responsabilidad y la culpa en las niñas y las mujeres jóvenes.¹⁵⁷

En Turquía, las pruebas de virginidad se prohibieron en 2002, tras el conato de suicidio de cinco colegialas a las que se había amenazado con un examen genital forzoso. Aunque las pruebas de virginidad son percibidas por las autoridades como una forma de violencia de género y están prohibidas por la legislación nacional, estudios recientes indican que, en Turquía, las mujeres son sometidas a exámenes regulares de personal médico forense tanto por motivos jurídicos como sociales.

En un estudio elaborado en 2003, investigadores turcos revelaron que más del 80 por ciento del personal de enfermería y partería entrevistado había afirmado estar presente en algún examen del himen realizado para determinar la virginidad de la paciente; poco más de la mitad de los participantes en el estudio señalaron que la virginidad era importante y más de la mitad desaprobaban las relaciones sexuales prematrimoniales.¹⁵⁸ Por otra parte, incluso tras la prohibición de esta práctica, un estudio realizado en un hospital de Estambul reveló que 208 mujeres se habían sometido «voluntariamente» a una prueba de virginidad por motivos sociales, lo cual sugiere que es vital cambiar las actitudes, además de las leyes, para erradicar esta práctica.¹⁵⁹

La relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer ha expresado su preocupación por esta práctica, que «es degradante para la mujer y constituye una violación de sus derechos» a la dignidad y a la igualdad, y ha instado a los organismos gubernamentales a que no colaboren en ella.¹⁶⁰ Resulta difícil encontrar una razón médica de peso

que justifique las pruebas de virginidad y, en principio, parecería ser que los profesionales que realizan o ayudan a realizar tales exámenes son cómplices de un comportamiento carente de ética y de un abuso contra los derechos humanos de las mujeres.

4.2.4.3 Delitos por motivos de «honor»

En casi todas las culturas se exige a las mujeres que asuman papeles estereotipados asignados en razón del género y códigos morales y de conducta discriminatorios. En algunos países o comunidades, el incumplimiento de esos códigos –con independencia de que sea por propia voluntad o no– puede castigarse severamente, incluso con la muerte, y suelen ser los familiares o el esposo o novio quienes lo infligen.¹⁶¹ Estos castigos, infligidos según los perpetradores para conservar el «honor» de una familia o comunidad son, en realidad, delitos, a veces descritos como «delitos por motivos de honor». Otros castigos que constituyen «delitos por motivos de honor» consisten en azotar a una mujer, humillarla públicamente, causarle heridas físicas o expulsarla de la comunidad.

En algunos países es muy posible que el personal de enfermería se encuentre con los efectos de la violencia infligida contra una mujer que es considerada culpable de manchar la reputación de su familia. Puede que haya sido violada, acusada de comportamiento sexual inapropiado, que haya rechazado los planes de boda de una familia, o que haya sido vista en compañía de un hombre no emparentado con ella. El acto de violencia tiene por objeto restaurar el «honor» de la familia. Cuando las supervivientes de estos actos violentos entran en contacto con el sistema de atención a la salud, surgen cuestiones relativas a la seguridad de la superviviente, del personal y de otros pacientes, así como el desafío que supone tratar a las mujeres traumatizadas.

TURQUÍA: HOMICIDIOS POR MOTIVOS DE «HONOR»

En febrero de 2004, poco después del nacimiento de su hija, Güldünya Tören, mujer turca soltera de 22 años, resultó herida cuando sus dos hermanos dispararon contra ella en la calle. Fue llevada a un hospital de Estambul, desde donde rogó a la policía que la salvara. Sin embargo, no le brindaron protección y, una noche, a altas horas, sus hermanos entraron en el hospital aprovechando la falta de vigilancia y la mataron de un disparo en la cabeza.¹⁶²

Se ha informado de elevados índices de violencia contra las mujeres en Turquía. Un estudio realizado en 2001 en centros de salud de la ciudad de Bursa, situada en el noroeste del país, reveló que el 59 por ciento de las mujeres eran víctimas de violencia.¹⁶³ Amnistía Internacional ha informado de que tanto el gobierno como el poder judicial turcos ignoran sistemáticamente la violencia contra las mujeres. Las investigaciones de actos violentos contra las mujeres son escasas y los castigos para los violadores son benignos si éstos prometen casarse con sus víctimas.¹⁶⁴

4.2.4.4 Matrimonios precoces

Otra de las prácticas tradicionales nocivas para las mujeres con que se puede encontrar el personal de enfermería y partería en algunas partes del mundo es el matrimonio precoz, definido por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como el matrimonio de niñas, niños o adolescentes menores de 18 años.¹⁶⁵ El matrimonio precoz puede dejar graves secuelas físicas y psíquicas, sobre todo si la niña es muy joven cuando contrae matrimonio o si se casa contra su voluntad. Dar a luz a una edad temprana puede provocar problemas de salud reproductiva, incluso la muerte de la madre, y aumenta las probabilidades de morbilidad para el bebé.¹⁶⁶

4.2.4.5 Otras prácticas

Existen otras prácticas que afectan a la autonomía y al bienestar de las mujeres. Por ejemplo, la práctica del levirato, por la cual a la muerte de un hombre, su hermano u otro familiar «hereda» a la esposa, hace caso omiso del derecho de las mujeres a dar su consentimiento y las expone a riesgos de salud, especialmente en los entornos en los que la prevalencia de VIH es elevada.¹⁶⁷

4.2.5 Respuesta de la medicina forense a los abusos: la función del personal de enfermería

La medicina forense es la aplicación de los conocimientos y la formación médicos al esclarecimiento de problemas jurídicos. Tiene un extenso recorrido histórico y ha contribuido enormemente al funcionamiento eficaz del Estado de derecho en muchos países. Asimismo, en épocas más recientes ha aportado pruebas en casos de derechos humanos y ha proporcionado un marco para la documentación de abusos contra los derechos humanos.¹⁶⁸ Sin embargo, es una especialidad de la medicina que adolece continuamente de escasez de recursos. En respuesta a este problema, la formación de personal de enfermería en procedimientos forenses ha generado un aumento de la capacidad forense, particularmente en el ámbito de la violencia sexual, incluida la violación.

La eficacia de los procesamientos en casos de violencia sexual depende de la precisión y la exhaustividad de las pruebas forenses. La recopilación de pruebas forenses en casos de violación puede verse frustrada por diversas razones, entre ellas, la reticencia de la víctima a someterse a un examen y a presentar cargos por miedo, desconfianza o dudas sobre la confidencialidad de las conclusiones. También puede resentirse por el deseo de las mujeres de evitar más estrés; por la falta de recursos médicos; o por el sentimiento de los profesionales médicos de que carecen de los conocimientos necesarios para realizar las pruebas. En el pasado decenio se ha desarrollado considerablemente la capacidad de la enfermería forense especializada, que ha hecho especial hincapié en el examen de agresiones sexuales.¹⁶⁹ Las evaluaciones preliminares de este trabajo señalan que estos programas de enfermería forense pueden ser eficaces.¹⁷⁰

El personal de investigación en medicina forense ha desarrollado protocolos cada vez más rigurosos en un esfuerzo por aumentar la calidad de las pruebas. La OMS ha patrocinado la elaboración de un manual sobre la investigación y la documentación de la violencia sexual dirigido a personal médico y de enfermería y cuyo fin es reforzar la recopilación de pruebas.¹⁷¹

4.3. PERSONAS DETENIDAS Y PRESAS: LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS DESAFÍOS

Las normas de derechos humanos son aplicables tanto a las personas que están privadas de su libertad como a las que no lo están. Este aspecto se recoge de forma explícita en los principales tratados sobre derechos humanos, como la Carta Internacional de Derechos Humanos,¹⁷² en las normas relacionadas con las prisiones, como las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos¹⁷³ y el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión,¹⁷⁴ así como en tratados regionales.

El personal de enfermería figura entre los profesionales de la salud que proporcionan asistencia médica a las personas encarceladas y detenidas, a veces en situaciones que parecen entrar en conflicto con su función asistencial.¹⁷⁵ Los profesionales de la enfermería deben proteger el derecho a la salud y la integridad física y mental de las personas detenidas y tratar de preservar su dignidad.

Como se ha hecho notar más atrás, *La función de la enfermera en los cuidados a los prisioneros y detenidos*, documento aprobado por el CIE en 1975 y revisado en 1998, suscribe los Convenios de Ginebra y la Declaración Universal de Derechos Humanos y condena los procedimientos de interrogatorios lesivos para la salud mental y física de las personas privadas de su libertad.

Los profesionales de la enfermería tienen también el deber de proteger a las personas contra los malos tratos y negarse a presenciar actos de tortura o participar en ellos. En el código del CIE se afirma además que el personal de enfermería que tenga conocimiento de malos tratos físicos o mentales a detenidos o prisioneros debe actuar de la manera adecuada, como poner el hecho en conocimiento de los organismos nacionales o internacionales apropiados. En él se rechaza también que se exija al personal de enfermería el desempeño de funciones de personal de seguridad, como, por ejemplo, registros corporales realizados por motivos de seguridad. Sin embargo, persiste una incoherencia en lo que refiere a los registros corporales íntimos realizados por profesionales de la enfermería por razones no médicas. En el Reino Unido, por ejemplo, los registros íntimos de orificios corporales que no sean la boca sólo puede efectuarlos en general personal médico o personal de enfermería diplomado con la autorización de un alto cargo de la policía. No se exige legalmente el consentimiento, aunque la Asociación Médica Británica lo recomienda en el caso de los médicos.¹⁷⁶ En cuanto a los registros corporales no íntimos, en virtud de la Ley de Salud Mental de 1983, un enfermero o una enfermera puede registrar a un detenido o a una detenida de su mismo sexo cuando haya motivos razonables para hacerlo y lo autorice el responsable médico.¹⁷⁷

4.3.1 Prisiones

El entorno penitenciario puede dificultar la capacidad del personal de enfermería y partería para proporcionar asistencia. Las normas deontológicas y de derechos humanos obligan a los profesionales de la enfermería a:

– no tolerar tratos crueles y degradantes a las personas detenidas y presas ni participar en ellos y a no aceptar condiciones que incumplan gravemente las normas internacionales; en otras palabras: si un enfermero o una enfermera es testigo de malos tratos o de condiciones deficientes debe actuar de manera inmediata;

– procurar facilitar asistencia adecuada a las personas detenidas y presas en consonancia con las normas deontológicas;

– evitar violaciones de la confidencialidad, falta de consideración por el consentimiento informado y falta de respeto a la autonomía personal, actos que vulneran las normas deontológicas de los profesionales de la enfermería.¹⁷⁸

Sin embargo, Amnistía Internacional ha observado las dificultades con que tropiezan algunos profesionales de la enfermería en la asistencia a los presos. En ningún lugar del mundo suele darse demasiada prioridad a los servicios de salud de las cárceles ni facilitarse la formación y el apoyo adecuados. Las personas que entran en la cárcel suelen tener unas condiciones de salud peores que la media de la población; en especial padecen un grado mayor de enfermedades mentales y suelen carecer de educación y de capacidad para relacionarse con los demás. El suministro de asistencia médica y la formación del personal penitenciario no suele estar al mismo nivel que en el resto de la sociedad. En Kenia, en la década de los noventa, se exigió a los profesionales de la enfermería que facilitaran asistencia médica para la que no estaban preparados, y éstos se encontraban en una posición de debilidad para demandar una asistencia integral a los presos. Los profesionales de la salud que trabajaban en este entorno carecían también de orientación deontológica. En un informe de 1997, Amnistía Internacional recomendó al gobierno keniano que aumentara la amplitud y calidad de la formación ética de los profesionales de la salud con el fin de contribuir a combatir la tortura en las prisiones de Kenia.¹⁷⁹ Desde entonces, las asociaciones profesionales han adoptado una posición más enérgica y las organizaciones no gubernamentales han incluido el aspecto de la salud en sus actividades. En 2005, profesionales de la enfermería participaron en un taller organizado por la sección estadounidense de Physicians for Human Rights para abogar por una ley global sobre enfermería y garantizar que ésta incluya una mención a los derechos humanos.¹⁸⁰

La asistencia en materia de enfermería proporcionada por la administración penitenciaria debe ser al menos comparable con la disponible fuera de las cárceles.¹⁸¹ En el principio 9 de los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos se afirma que «[los] reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica».¹⁸² En situaciones en que los servicios médi-

cos sean inadecuados, deben existir mecanismos para que el personal de enfermería pueda recomendar los cambios oportunos. Estas peticiones, formuladas en cumplimiento del deber de diligencia para con los presos, no deben poner en peligro la función de los profesionales de la enfermería en tanto que empleados del servicio penitenciario. Las asociaciones nacionales de enfermería deben proporcionar apoyo y asesoramiento confidencial al personal de enfermería de las cárceles.¹⁸³

En algunos países se encadena a las mujeres embarazadas durante el traslado a los centros de detención o dentro de las instalaciones médicas. En Estados Unidos, la Oficina Federal de Prisiones y 38 departamentos de prisiones pueden aplicar medios de inmovilización a mujeres embarazadas incluso durante los últimos tres meses de gestación.¹⁸⁴ Estos procedimientos plantean dilemas morales a las personas responsables de la salud de las mujeres embarazadas.

En septiembre de 2005, Samantha Luther, una reclusa de Wisconsin, fue trasladada –al parecer con esposas y grilletes en las piernas– a un hospital local y se le informó de que se le iba a provocar el parto. Tenía un retraso de dos semanas con respecto a la fecha estimada de parto. Según los informes, le quitaron las esposas, pero le dejaron puestos los grilletes, con una separación entre los tobillos de sólo medio metro. El médico le rompió el saco amniótico y la tuvo paseando varias horas por el vestíbulo del hospital. «Fue muy humillante», señaló Samantha Luther. Al no producirse el parto, se lo provocaron y, al parecer, le dejaron puestos los grilletes hasta justo antes de dar a luz. «Estuve con los grilletes hasta que el bebé estaba a punto de salir y entonces me los quitaron para que pudiera hacer fuerza... fue increíble», explicó.¹⁸⁵

En septiembre de 2003, a Shawanna Nelson, una presa de Arkansas, le tuvieron encadenadas las piernas con unos grilletes durante las más de doce horas que duró el parto; sólo se los quitaron cuando estaba a punto de dar a luz, tras solicitarlo reiteradamente el personal de enfermería y médico.¹⁸⁶

En enero de 2006, el Departamento de Prisiones de Wisconsin informó de que había dado instrucciones a su personal para que dejara de aplicar instrumentos de inmovilización a las presas embarazadas durante el trabajo de parto, el alumbramiento y el periodo de recuperación. La Asamblea Legislativa de California aprobó una ley que prohibía la aplicación de grilletes en estos casos. Las normas internacionales se oponen a este tipo de práctica. En la regla 33 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos se afirma:

Tampoco deberán emplearse cadenas y grillos como medios de coerción. Los demás medios de coerción sólo podrán ser utilizados en los siguientes casos:

- a) Como medida de precaución contra una evasión durante un traslado [...];
- b) Por razones médicas y a indicación del médico;
- c) Por orden del director, si han fracasado los demás medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales.

[La aplicación de medios de coerción] no deberá prolongarse más allá del tiempo estrictamente necesario.¹⁸⁷

En un informe autorizado sobre la ética de las obligaciones en materia de doble lealtad se ha recomendado lo siguiente:

Los profesionales de la salud no deben desempeñar sus obligaciones médicas en el caso de pacientes con grilletes o con los ojos vendados, dentro o fuera del medio penitenciario. La única excepción debe ser cuando se den unas circunstancias en las que, a juicio del profesional, se requiera alguna forma de inmovilización para la seguridad del individuo, del profesional de la salud o de otras personas y el tratamiento no pueda retrasarse hasta que el individuo deje de representar un peligro. En estas circunstancias, el profesional de la salud puede permitir la utilización del medio de inmovilización mínimo que sea necesario para garantizar la seguridad.¹⁸⁸

4.3.2 Delincuentes con trastornos mentales

Muchos presos padecen problemas mentales. Algunos llegan a la cárcel debido en parte a trastornos mentales, otros sufren problemas no relacionados con su comportamiento delictivo y otras personas, por último, empiezan a presentar síntomas de enfermedad mental dentro de la prisión. Esta circunstancia repercutirá en el personal de enfermería de las cárceles y en los profesionales de la enfermería que trabajan en centros médicos a los que se puede enviar a los reclusos. En un examen de la salud en las cárceles realizado por la ONU se hacía una relación de los principales problemas de salud en las prisiones, como uso indebido de sustancias, enfermedades mentales, enfermedades transmisibles y muertes bajo custodia.¹⁸⁹ Estudios efectuados en varios países han documentado los elevados índices de enfermedad mental que se registran entre los reclusos. En Australia, por ejemplo, se estima que el 36 por ciento de las mujeres y el 34 por ciento de los hombres bajo custodia han sido ingresados en un hospital psiquiátrico antes de su actual periodo de reclusión.¹⁹⁰

Un estudio realizado en 1997 por el Instituto Nacional de Estadística del Reino Unido reveló que el 39 por ciento de los penados y el 62 por ciento de las penadas sufrían problemas como ansiedad, depresión y fobias.¹⁹¹ Por el contrario, según el mismo estudio, entre la población en general, sólo el 12 por ciento de hombres y el 18 por ciento de mujeres padecían síntomas neuróticos en un grado significativo.¹⁹² En una conferencia organizada en 2004 por el Prison Reform Trust del Reino Unido se indicó que entre las alternativas a la encarcelación de delincuentes con trastornos mentales podían figurar las siguientes: mecanismos de intervención temprana, servicios de asistencia médica accesibles y adecuados y mecanismos judiciales para enviar a los delincuentes gravemente enfermos o con tendencias suicidas a centros no penitenciarios.¹⁹³ Se recomendó también que se animara a los tribunales a utilizar medios de custodia alternativos para los autores de delitos leves y que se exigiera al sistema penitenciario que cumpliera las normas nacionales de asistencia médica. Se indicó también la conveniencia de que se creara un organismo independiente para vigilar la salud en las cárceles.

En las cárceles en las que las condiciones son especialmente duras o que parecen haber sido concebidas para quebrar la voluntad de los presos, el personal de asistencia médica puede enfrentarse a la disyuntiva de quedarse y cuidar a los reclusos, a riesgo de dar la impresión de que tolera un régimen de malos tratos, o de intentar abandonar la institución (algo que, en cualquier caso, puede resultar difícil en instituciones que se rigen por la disciplina militar).¹⁹⁴

4.3.3 El personal de enfermería y las huelgas de hambre en las cárceles

Las huelgas de hambre pueden plantear dilemas morales a los familiares y simpatizantes de los huelguistas, al personal médico y a las organizaciones de derechos humanos y poner en peligro la salud de los huelguistas. Las huelgas de hambre prolongadas, incluidas las realizadas en el marco de una acción política muy amplia, pueden acarrear muertes o deterioros físicos y mentales persistentes. Son el reflejo de una acción por motivos políticos; tienen una dimensión ética y sanitaria; afectan a los valores morales de los huelguistas, de los encargados de cuidarlos y de los responsables políticos; y suponen un desafío para los simpatizantes de los huelguistas y para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la promoción de los derechos humanos. Las normas éticas actuales, basadas en la autonomía del paciente, exigen al personal médico (y posiblemente a otras personas también) que respeten esta autonomía y que se abstengan de alimentarlo sin su consentimiento.¹⁹⁵ Sin embargo, algunos profesionales se niegan a consentir la posible muerte voluntaria de un paciente y se muestran favorables a que se alimente por la fuerza al huelguista. Algunos gobiernos exigen a los profesionales de la salud que alimenten por la fuerza a los presos en huelga de hambre, lo que suscita problemas respecto a las obligaciones derivadas de una doble lealtad. Las consideraciones morales adquieren cada vez más peso a medida que avanza la huelga de hambre, se vuelven más complejas las cuestiones relacionadas con el grado de competencia y los intereses óptimos del paciente y el ambiente político evoluciona.

Se ha observado que los solicitantes de asilo detenidos empiezan a recurrir cada vez más a esta forma de protesta.¹⁹⁶ La asistencia a los solicitantes de asilo que se encuentran detenidos y en huelga de hambre puede plantear dificultades al personal de enfermería debido a barreras potenciales como el idioma, las diferentes pautas culturales y una persecución previa por parte de las autoridades. Todos estos factores pueden poner en peligro la capacidad de un profesional de la enfermería para granjearse la confianza del huelguista y proporcionarle una asistencia efectiva. La compleja naturaleza política del acto y la situación jurídica del huelguista pueden complicar aún más la situación¹⁹⁷ y originar conflictos de doble lealtad.¹⁹⁸

La cuestión de las huelgas de hambre y de la alimentación forzada se suscitó también en la base naval de Guantánamo, Cuba, donde las autoridades estadounidenses han recluido a centenares de personas, en la mayoría de los casos sin cargos ni juicio. Algunas de ellas llevan detenidas desde enero de 2002. En 2005 se recibieron informes según los cuales los reclusos se negaban a comer en protesta por la falta de un proceso debido y los malos tratos que decían recibir. Se los alimentó de forma artificial a pesar de que habían indicado que no querían comer. Amnistía Internacional recibió informes

AUSTRALIA: UN ENFERMERO DE SALUD MENTAL CUIDA A SOLICITANTE DE ASILO MENOR DE EDAD Y NO ACOMPAÑADO DURANTE SU HUELGA DE HAMBRE

Numerosos profesionales de la salud han expresado su preocupación por la presencia de menores en centros de detención para solicitantes de asilo en Australia. En un informe presentado al Comité de Investigación sobre la Reclusión de Menores en Centros de Detención para Inmigrantes de la Comisión de Derechos Humanos e Igualdad de Oportunidades, Roshanak Vahdani, un enfermero de salud mental, dio a conocer el caso de un muchacho afgano de 16 años que se encontraba solo y detenido en un centro no revelado.

Lo encontré muy angustiado y sumido en una crisis. Lloraba sin parar, afirmaba que estaba desesperado de la vida y me decía una y otra vez que quería matarse. Contó que se encontraba deprimido y nervioso desde hacía semanas. Su estado había empeorado en los últimos días. Desde que la Cruz Roja le había comunicado que no había podido encontrar a sus padres no pensaba más que en hacerse daño. Creía que habían muerto y, por tanto, no encontraba motivos para seguir viviendo. Mostraba los síntomas clásicos de una depresión grave, como decaimiento, ideas suicidas, trastornos del sueño y del apetito (estaba en huelga de hambre desde hacía algunos días) y una intensa agitación y ansiedad. No quería que se lo dijera a las autoridades, pues temía que lo castigarán y lo pusieran bajo «alerta de suicido» [...]. Al final llegamos a un acuerdo y convinimos en que él no se haría daño y que yo le telefonaría todos los días con regularidad para ver cómo estaba. Se siente algo mejor desde que lo llamo por teléfono, pero creo que sigue muy deprimido y traumatizado.¹⁹⁹

dignos de crédito según los cuales la alimentación se proporcionaba de forma violenta y de un modo que equivalía a tratos crueles, inhumanos o degradantes.²⁰⁰ Muchos médicos han mostrado su preocupación porque, al facilitarla, el personal médico de la base naval ha podido infringir la deontología médica.²⁰¹ En Guantánamo trabajan también profesionales de la enfermería, pero Amnistía Internacional no dispone de información sobre el papel que han desempeñado en la neutralización de las huelgas de hambre.

4.3.4 Castigos corporales

Las estadísticas de Amnistía Internacional indican que entre 1997 y mediados de 2000 se llevaron a cabo amputaciones judiciales al menos en siete países y flagelaciones de la misma índole al menos en quince.²⁰² Este tipo de castigos se siguen aplicando contraviniendo las normas de derechos humanos, entre ellas la Convención de la ONU contra la Tortura. Los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos de la ONU –el Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura– han llegado a la conclusión de que los castigos corporales, como las amputaciones y las flagelaciones, son incompatibles con la Convención contra la Tortura. El Comité de los Derechos del Niño ha llegado también a la conclusión de que son incompatibles con la Convención

de la ONU sobre los Derechos del Niño.²⁰³ En algunos países, sobre todo ex colonias británicas y Estados que aplican la ley islámica (*shari'a*), se exige en ocasiones a los profesionales de la salud que supervisen este tipo de castigos o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En un número mayor de países, se castiga a los presos reduciéndoles los alimentos, recluyéndolos en régimen de aislamiento o imponiéndoles trabajos forzados. En ocasiones se exige a los profesionales de la enfermería que participen en algunos aspectos de estos castigos o en su vigilancia.

En la declaración de posición del CIE sobre la tortura, la pena de muerte y la participación del personal de enfermería en las ejecuciones, adoptada en 1973 y confirmada en 1989, se afirma que la principal responsabilidad de los profesionales de la enfermería es hacia las personas que requieren su asistencia y que tienen el deber de facilitar el mayor grado de asistencia posible a las víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Se afirma también que los profesionales de la enfermería no participarán de forma voluntaria en ningún acto deliberado causante de sufrimientos físicos o mentales y que todo acto de esta naturaleza constituiría una violación del código ético de la profesión.²⁰⁴

4.3.5 Pena de muerte

Al igual que al personal médico, es probable que al personal de enfermería se le pida que proporcione con regularidad asistencia a personas condenadas a muerte. Aunque los presos tienen el derecho humano a recibir asistencia médica en tales circunstancias, la naturaleza de la pena capital y del lugar donde están los condenados a muerte plantea graves problemas morales a las personas que prestan asistencia. Amnistía Internacional considera la pena de muerte como el máximo castigo cruel, inhumano o degradante: es irrevocable, se puede infligir a personas inocentes y vulnera el derecho a la vida. El CIE ha calificado la pena de muerte de «forma última de inhumanidad».²⁰⁵

En la siguiente descripción de un profesional de la enfermería de Estados Unidos se evidencia cómo la participación de un profesional de la enfermería en una ejecución constituye un remedo de acto de asistencia médica.

El día de la ejecución, el enfermero se vistió como si fuera a intervenir en una operación: camisa, mascarilla, gorro, bata y guantes estériles. Explicó al preso exactamente lo que iba suceder. Colocó dos IV [sondas intravenosas] y las sujetó con cinta adhesiva.²⁰⁶

Luego procedió a colocar la jeringa en uno de los extremos de las sondas y otra persona empezó a inyectar el tiopental sódico.

En países donde se impone la pena de muerte, el personal de enfermería ha cuestionado la intervención de los profesionales de la salud. En Estados Unidos, la Asociación Estadounidense de Enfermería se opone a la participación de los profesionales de la enfermería en la pena de muerte, alegando que vulnera las tradiciones éticas y los objetivos fundamentales de la profesión.²⁰⁷ Otros analistas se han hecho eco de esta opinión.²⁰⁸ Otros van más lejos y refuerzan la posición del CIE afirmando que los profesionales de la enfermería deben solicitar la abolición de la pena de muerte. En un tema plagado de informaciones erróneas y de malas interpretaciones, cada profesional y asociación de enfermería pueden «introducir la luz de la verdad en el debate sobre la pena de muerte», en palabras de un profesional de la enfermería.²⁰⁹

ESTADOS UNIDOS: EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS EJECUCIONES

En una carta enviada por un abogado a las autoridades del estado de Georgia (Estados Unidos), en la que solicitaba un examen de la participación del personal médico en las ejecuciones, se hacía notar la intervención de los profesionales de la enfermería en el desarrollo de una ejecución: «En la cámara de ejecución, unos profesionales de la enfermería insertan dos sondas intravenosas periféricas en el cuerpo de la persona condenada» con el fin de facilitar la ejecución. En la carta se señala que, sin embargo, «[a] menudo las sondas no se pueden colocar como estaba previsto. En un caso [...] el personal de enfermería no pudo insertar una sonda intravenosa después de pinchar [al preso] en una mano, en un brazo, en una ingle, en una pierna y en un pie durante 39 minutos». ²¹⁰ Tuvo que llamarse a un médico para que la colocara. La política de la Asociación Estadounidense de Enfermería sobre el personal de enfermería y la pena capital deja bien claro que este tipo de intervención es incompatible con la ética de la profesión. ²¹¹

Las organizaciones de derechos humanos han criticado la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones. ²¹² En una declaración adoptada por primera vez en 1981, Amnistía Internacional insta al personal de la salud a que no participe en las ejecuciones y pide a las asociaciones profesionales que protejan a quienes se nieguen a participar en ellas, que adopten resoluciones que dejen claro este extremo y que promuevan en todo el mundo el cumplimiento de estas normas. ²¹³ Amnistía Internacional lucha en favor de la abolición total de la pena de muerte. ²¹⁴

GUATEMALA: INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA PENA DE MUERTE

En algunos países se ha coaccionado o persuadido a profesionales de la enfermería para que colaboren en la aplicación de la pena de muerte en contra de las normas deontológicas de la enfermería y de la medicina en general. La primera ejecución con inyección letal en Guatemala tuvo lugar a primeras horas de la mañana del 10 de febrero de 1998, cuando Manuel Martínez Coronado fue ejecutado después de que el poder judicial rechazara varias apelaciones judiciales de última hora. Se transmitió en directo toda la ejecución; la audiencia de radio y televisión pudo oír los sollozos de los tres hijos del condenado y de su madre –con quien el condenado se había casado la noche anterior en su celda de la cárcel– en la sala de observación mientras tenía lugar la ejecución. Las personas que la llevaron a cabo, a quienes se describió como profesionales de la enfermería –pero cuyas calificaciones e identidad no se revelaron nunca– iban vestidas con atuendo quirúrgico de los pies a la cabeza. Dado que esto era innecesario desde un punto de vista médico, el verdadero propósito puede haber sido ocultar la identidad de las personas que participaron en la ejecución. ²¹⁵

4.3.6 Castigos tradicionales

En algunos países se aplican castigos tradicionales además de las penas impuestas por los tribunales del sistema judicial penal o en lugar de éstas. Es el caso, por ejemplo, de los sistemas judiciales de los pueblos indígenas o de otros arraigados en ciertas comunidades. Este asunto ha suscitado cuestiones de ética y derechos humanos, en especial cuando se considera que un castigo tradicional vulnera los principios de derechos humanos y lo observa o supervisa un profesional de la enfermería (véase el recuadro).

AUSTRALIA: UN PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA PRESENTE EN UN CASTIGO TRADICIONAL

Un profesional de la enfermería y agentes de policía presenciaron el castigo tradicional infligido a Kevin Webb en una comunidad aborígen del Territorio del Norte (Australia) en 2002. En diciembre de 2002, un tribunal de Alice Springs decretó la libertad bajo fianza, durante una semana, de Kevin Webb, acusado de asesinato, quien se desplazó durante este plazo a la comunidad de Nyirripi para visitar a la familia de su presunta víctima, Max Brown. Allí, en presencia de un profesional de la enfermería y de agentes de policía, los familiares de Brown llevaron a cabo el castigo tradicional por asesinato. Le dieron a Webb 13 lanzadas en las piernas y le rompieron un tobillo.²¹⁶

El periódico *Northern Territory News* informó después que una enfermera de Nyirripi que había visto a Kevin Webb después del castigo fue agredida por haberle atendido.²¹⁷

En situaciones en las que existen sistemas judiciales tradicionales de forma paralela o simultánea al sistema judicial penal del Estado, se genera una tensión entre el deber del Estado de aplicar sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y su deber de respetar las costumbres y la cultura de la comunidad. Una ex enfermera observó: «Cuando trabajaba allí, no podíamos limitarnos a mirar y ver cómo una herida de lanza se infectaba sin hacer nada». Agregó que, aunque no le gustaba, «al mismo tiempo, una vez acabado el castigo, todas las partes consideran que se ha hecho justicia».²¹⁸ Una investigación del derecho consuetudinario aborígen efectuada por el Comité de Reforma Legislativa del Territorio del Norte recomendaba que el gobierno llevara a cabo una investigación sobre la cuestión de la «venganza» con el fin de establecer «hasta qué punto el castigo de la venganza del derecho tradicional es algo inherente a la vida de las comunidades indígenas y elaborar opciones políticas para que el gobierno pueda abordar esta cuestión».²¹⁹

A Amnistía Internacional le preocupa observar cómo algunas prácticas culturales tradicionales pueden restringir los derechos de las mujeres o chocar con el derecho a la vida, a la salud y a la integridad física de las personas. Además, muchas comunidades emplean sistemas judiciales paralelos que suelen tener una repercusión especialmen-

te negativa en las mujeres y en los menores, carecer de las debidas garantías procesales y acarrear castigos crueles, inhumanos o degradantes. Sin embargo, los derechos humanos son universales y aplicables a todas las personas. Cuando los sistemas tradicionales discriminan arbitrariamente o prevén castigos crueles, inhumanos o degradantes, deben reformarse, al igual que los sistemas de justicia penal de los Estados, si dan lugar a este tipo de abusos contra los derechos humanos.

4.4 TRÁFICO DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES ILEGALES

El personal de enfermería participa de lleno en varias fases de los trasplantes de órganos de personas vivas o de cadáveres.²²⁰ Entre estas actividades figuran la asistencia a donantes y receptores, la coordinación del transporte y la distribución de órganos, evaluación básica de compatibilidad de tejidos, cirugía de trasplantes, cuidados postoperatorios inmediatos, intervención en los procesos de diálisis, trabajo en unidades de cuidados intensivos y asistencia médica a domicilio.

Aunque personal médico experimentado es el responsable de obtener el consentimiento para la donación y de los posteriores procedimientos médicos, en la práctica se puede pedir a los profesionales de la enfermería que lleven a cabo algunas de estas tareas. Los procedimientos al respecto suelen estar bien establecidos y respetarse en general.²²¹ Sin embargo, no todos los trasplantes se basan en consideraciones éticas o son compatibles con los derechos humanos.²²² Por ejemplo, en varios países se engaña a la gente para que «done» un órgano o se la convence para que lo venda, procedimiento que es incompatible con las normas de la OMS sobre el trasplante de órganos.²²³

En Pakistán, por ejemplo, se han recibido informes según los cuales centenares de personas que trabajan en hornos de ladrillos en régimen de servidumbre por deudas han vendido un riñón para librarse de unas deudas que no podían pagar de otra manera. Esta circunstancia se ha dado a pesar de la Ley de Abolición del Sistema de Trabajo Cautivo, de 1992, que prohibía el trabajo en condiciones de servidumbre. En un informe de la ONU se relataba la historia de un hombre que había vendido un riñón por 90.000 rupias (1.500 dólares estadounidenses) para pagar unas deudas al propietario de un horno después de casi 10 años de servidumbre.²²⁴ Después de la intervención quirúrgica, el hombre no pudo seguir trabajando debido a los efectos de la operación.²²⁵

Se han recibido informes según los cuales la venta de órganos sigue siendo una práctica habitual en toda la zona central de la provincia de Punjab y en las explotaciones agrícolas de la provincia meridional de Sindh. En la pequeña localidad de Kot Momin, cerca de Sargodha, en Punjab, se calcula que 4.000 personas han vendido riñones. El problema es cada vez mayor y algunas clínicas privadas emplean intermediarios para encontrar donantes. Cada riñón, comprado a los donantes por una cantidad que oscila por término medio entre 1.000 y 2.000 dólares estadounidenses –dependiendo de la edad y de la salud del donante– se vende a receptores ricos hasta por 10 veces más.²²⁶

El periódico israelí *Ha'aretz* informó en 2003 que, según el Ministerio de Salud y los registros de los hospitales, aproximadamente la mitad de todos los israelíes a quienes se les ha trasplantado un riñón en los últimos años obtuvieron los órganos

de donantes de Israel, Turquía, Sudamérica y Europa oriental, a través del comercio ilegal.²²⁷

Países como Brasil, India y Moldavia, antes conocidas fuentes de donantes, han prohibido la compra y la venta de órganos. Sin embargo, la OMS ha expresado el temor de que esta medida fomente simplemente la práctica clandestina de esta actividad.²²⁸

4.4.1 El uso de órganos de presos ejecutados

En un número muy reducido de países se han recibido informes reiterados según los cuales se ha identificado a presos condenados a muerte como donantes de órganos, sobre todo riñones, para trasplantes con fines lucrativos. Al parecer, en estos casos no se ha abordado en serio la cuestión del consentimiento informado y hay motivos para dudar de que este consentimiento pueda producirse en un contexto como el de los condenados a muerte. Según las directrices de la Sociedad de Trasplantes, el empleo de presos condenados como donantes de órganos es inmoral²²⁹ por razones explicadas en la literatura profesional.²³⁰ Hay indicios también de que el índice de supervivencia de los pacientes a quienes se han trasplantado órganos obtenidos a través del comercio internacional, incluidos los provenientes de «donantes» presos, puede ser inferior al de los pacientes a quienes se ha trasplantado órganos procedentes de donaciones voluntarias realizadas de acuerdo con los procedimientos locales.²³¹

La República Popular de China, el país que se menciona frecuentemente en relación con la utilización de presos ejecutados para el suministro de órganos destinados a trasplantes, negó durante años la existencia de esta práctica a pesar de haber datos convincentes.²³² En noviembre de 2005, el viceministro de Salud de China, Huang Jiefu, reconoció por fin que se comercializaban órganos extraídos a presos ejecutados. El viceministro anunció que se estaban elaborando nuevas normas sobre el trasplante de órganos con el fin de intentar regular el mercado e hizo hincapié en el principio de la donación voluntaria. En marzo de 2006 el Ministerio de Salud promulgó las normas, pero éstas fueron criticadas inmediatamente por un importante cirujano de trasplantes chino, el Dr. Chen Zhonghua, que afirmó que no abordaban el comercio irregular de órganos.²³³ La Sociedad Británica de Trasplantes emitió el 19 de abril de 2006 un comunicado de prensa en el que criticaba «la falta de ética en la adquisición de órganos destinados a trasplantes procedentes de presos ejecutados en la República Popular de China».²³⁴

Amnistía Internacional considera que, dada la naturaleza coercitiva de la pena de muerte, serán pocas las circunstancias –si es que se dan alguna vez– en las que un preso podrá dar su consentimiento con libertad y conocimiento de causa para que le extraigan órganos y que el personal que intervenga en estos procedimientos, incluidos los profesionales de la enfermería, actuará casi con toda seguridad vulnerando los principios éticos. Además, Amnistía Internacional ha argumentado que la utilización de presos como fuente de un comercio lucrativo de órganos corre el peligro de distorsionar la programación de las ejecuciones; en un informe de Amnistía se citaba un testimonio según el cual la policía y las instituciones médicas coordinaban sus actividades y programaban las ejecuciones para que coincidieran con los procedimientos preoperatorios de los pacientes.²³⁵

NOTAS

76 Amnistía Internacional. *Report on Torture*. Londres: Duckworth, 1973; Amnistía Internacional. *Torture in the Eighties*, Londres: AI, 1984. Si se desea consultar un estudio exhaustivo de la tortura y los malos tratos y su prohibición por el derecho internacional, véase Amnistía Internacional. *Contra la tortura: Manual de acción*. Madrid, 2003. Disponible en <http://web.amnesty.org/pages/stoptorture-manual-index-esl>.

77 Amnistía Internacional. *Ethical codes and declarations relevant to the health professions*. Londres: AI, 2000.

78 Amnistía Internacional. *Implicaciones del personal médico en los abusos contra presos y detenidos*. Londres, Índice AI: ACT 75/005/1990, 1990; Asociación Médica Británica. *Medicine Betrayed*. Londres: Zed Books, 1992.

79 *Regina v Bartle*. Cámara de los Lores, 24 de marzo de 1999, en el caso del general Augusto Pinochet. Disponible en <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199899/ldjudgmt/jd990324/pinol.htm>.

80 Para obtener las definiciones de crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad, véase el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, arts. 7 y 8. El Estatuto está disponible en [http://www.un.org/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf).

81 ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (1984; entrada en vigor el 26 de junio de 1987).

82 Amnistía Internacional. *Informe 2005: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Disponible en <http://web.amnesty.org/report2005/index-esl>. Consultado el 24 de marzo de 2006.

83 *Ibíd.*

84 Amnistía Internacional. *Estados Unidos: Motivos de preocupación de Amnistía Internacional respecto a las detenciones posteriores al 11 de septiembre en Estados Unidos*. AMR 51/044/2002; *Estados Unidos: Excluidos de la protección de la ley: Actualización del memorándum enviado al gobierno estadounidense en abril de 2002 sobre los derechos de las personas que están bajo la custodia de Estados Unidos en Guantánamo y en otros lugares*. AMR 51/184/2002; *USA: Human dignity denied: Torture and accountability in the 'war on terror'*. AMR 51/145/2004; *USA: Guantánamo and beyond: The continuing pursuit of unchecked executive power*. AMR 51/063/2005. Éstos y otros informes relacionados están disponibles en <http://web.amnesty.org/pages/guantanamobay-library-eng>.

85 Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982. (Principio 2). http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp40_sp.htm. Consultado el 30 de septiembre de 2005.

86 CIE. Declaración de posición: *La tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones*. Adoptada en 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/pstorturesp.htm>. Consultado el 21 de marzo de 2006.

87 Véanse, por ejemplo, Amnistía Internacional. *Implicaciones del personal médico en los abusos contra presos y detenidos*, Índice AI: ACT 75/005/1990, 1990; Asociación Médica Británica. *Medicine Betrayed*. Londres: BMA, 1992; Lucas T, Pross C. Caught between conscience and complicity: human rights violations and the health professions. *Medicine and Global Survival* 1995; 2:106-14.

88 Véase Physicians for Human Rights y Universidad de Ciudad del Cabo. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2002.

89 Hall P. Doctors and the war on terrorism [editorial]. *BMJ* 2004; 329:66.

90 *Taguba Report: On Treatment of Abu Ghraib prisoners in Iraq; Article 15- 6 investigation of the 800th Military Police Brigade*. Sin fechar [2004]. Disponible en <http://news.findlaw.com/hdocs/docs/iraq/tagubarpt.html>. Véase también: Amnistía Internacional. *An open letter to President George W. Bush on the question of torture and cruel, inhuman or degrading treatment*, AMR 51/078/2004, 7 de mayo de 2004, disponible en <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAMR510782004>; *Más allá de Abu Ghraib: reclusión y tortura en Irak*. MDE 14/001/2006, 6 de marzo de 2006. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslMDE140012006?open&of=esl-IRQ>.

91 Miles S. Abu Ghraib: its legacy for military medicine. *Lancet* 2004; 364: 725-9.

92 Mason DJ. 'The dogs that did not bark'. Why torture is relevant to all nurses. *AJN* 2004; 104:11.

93 Véanse Red de Profesionales de la Salud de Amnistía Internacional www.amnesty.org/health; Physicians for Human Rights www.phrusa.org; Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura www.irct.org.

94 Amnistía Internacional. *Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions*. Cuarta edición revisada. Londres: Amnesty International Publications, 2000.

95 Başoğlu M (ed.). *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992; Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17:317-24; Jacobsen L, Smidt-Nielsen K. *Torture Survivors - Trauma and Rehabilitation*. Copenhagen: IRCT 1997; Jaranson J, Popkin MJ (eds.). *Caring for Victims of Torture*. American Psychiatric Publishing, 1998; Peel M, Iacopino V (eds.). *The Medical Documentation of Torture*, Londres, Greenwich Medical Media, 2002; Randall GR, Lutz E. *Serving Survivors of Torture: A Practical Manual for Health Professionals and Other Service Providers*. Washington, DC: Asociación Estadounidense para el Progreso de la Ciencia, 1991; Wilson JP, Drozdek B (eds.). *Broken Spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. Nueva York: Brunner-Routledge, 2004;

96 Eisenman DP, Keller AS, Kim G. Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *Western Journal of Medicine* 2000; 172:301-4; Miller JL. Post-traumatic stress disorder in primary care practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2000; 12:475-82.

97 Glittenberg J. The tragedy of torture: a global concern for mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(6-7):627-638; Miles S. Abu Ghraib: Its legacy for military medicine. *Lancet* 2004; 364:725-729.

98 CIE. *La función de la enfermera en los cuidados a los prisioneros y detenidos*, 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/psdetaineesp.htm>.

99 Editorial. How complicit are doctors in abuses of detainees? *Lancet* 2004; 364: 725-9.

100 Wilks M. A stain on medical ethics. *Lancet* 2005; 366: 429-31.

101 Véase, por ejemplo, Amnistía Internacional. *Contra la Tortura: Manual de acción*. Madrid, 2003, cap. 8. Disponible en <http://web.amnesty.org/pages/stoptorture-manual-index-esl>. (Véanse también las recomendaciones al final del presente informe.)

102 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Domestic Violence against Women, Recomendación 1582. Adoptada el 27 de septiembre de 2002. Disponible en <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/TA02/EREC1582.htm>. Consultado el 9 de mayo de 2006.

103 Kim J, Motsei M. «Women enjoy punishment»: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine* 2002; 54:1243-54.

104 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, párr. 15.b (disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>) y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, párr. 103.h. Disponible en <http://www.un.org/documentos/conferencias/1995/beijing/20.pdf>. Consultado el 3 de junio de 2005.

105 Amnistía Internacional. A Global Outrage: Global and UK Statistics. Disponible en <http://hardy.amnesty.org.uk/svaw/vaw/global.shtml> (cita datos de 1997 del Real Colegio de Matronas).

106 Organizaciones de derechos humanos han criticado las definiciones excesivamente restrictivas de la violación. Véase, por ejemplo, *Submission to the Parliamentary Portfolio Committee on Justice and Constitutional Development, Parliament of South Africa, on the draft Criminal Law (Sexual Offences) Amendment Bill, 2003, from Amnesty International and Human Rights Watch*. Londres y Nueva York, Índice AI: AFR 53/006/2003, 15 de septiembre de 2003. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/engaf530062003>. Consultado el 13 de octubre de 2005.

107 Corte Penal Internacional, Elementos de los Crímenes, doc. ONU: ICC-ASP/1/3, adoptado en septiembre de 2002; véanse también el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, adoptado el 17 de julio de 1998 (A/CONF.183/9); y ICC-ASP/1/3 (parte II-B), de 9 de septiembre de 2002, arts. 7 y 8; ambos documentos están disponibles en el sitio web de la Corte Penal Internacional http://www.icc-cpi.int/about/Official_Journal.html. Los Tribunales Penales Internacionales para la ex Yugoslavia y Ruanda también han dictado sentencias importantes sobre la violencia sexual. Véase, por ejemplo, la primera sentencia condenatoria del Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia por el delito de violación como crimen de lesa humanidad. Judgment of Trial Chamber II in the Kunarac, Kovac and Vukovic Case, La Haya, 22 de febrero de 2001, JL/P.I.S./566-e. Resumen disponible en <http://www.un.org/icty/pressreal/p566-e.htm>. Consultado el 12 de mayo de 2006.

108 Morrison A, Ellsberg M, Bott S. *Addressing Gender-based Violence in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Review of Interventions*. Policy Research Working Paper 3438, Banco Mundial, octubre de 2004, p. 28. Disponible en <http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64187835&piPK=64187936&theSitePK=523679&sType=2&query=Addressing+Gender-based+Violence+in+the+Latin+American+and+Caribbean+Region&majorDocTY=&x=6&y=1&menuPK=64187283&pageSize=10&docType=0&sortDesc=DOCDT&siteName=WDS&dAtts=DOCDT%2CDOCNA%2CREPNB%2CDOCTY%2CLANG%2CVOLNB%2CREPNME&sortOrderby=DOCDT>. Consultado el 4 de agosto de 2005. [Nota de EDAI: Resumen en español, titulado *Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: revisión crítica de las intervenciones*, disponible en Banco Mundial, En breve, Núm. 60, [http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/9afb09845271d6a685256f4200827cab/\\$FILE/Jan05_60_GBV_SP.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/9afb09845271d6a685256f4200827cab/$FILE/Jan05_60_GBV_SP.pdf).]

109 Vann B. Sexual violence in populations affected by armed conflict. *WHO Health in Emergencies*. Enero de 2005, Boletín núm. 20. Disponible en http://www.who.int/hac/network/newsletter/HiE_January_2005.pdf. Consultado el 5 de enero de 2006.

110 Si se desea obtener un análisis de estas cuestiones y consultar abundante bibliografía, véase Roland M. *HIV Post-Exposure Prophylaxis Following Non-Occupational Exposures. Background Paper for WHO Consultation, September 3-5, 2005*. Disponible en <http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/p01-kb-new/kbr-07-02-07-roland.pdf>. Consultado el 11 de mayo de 2006.

111 Olujic MB. Embodiment of terror: gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina. *Medical Anthropology Quarterly* 1998; 12(1):31-50.

112 Amnistía Internacional. *Sudán, Darfur: La violación como arma de guerra*. Índice AI: AFR 54/076/2004.

113 Véase el párr. 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994.

114 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24. El párr. 31.c dispone que «[e]n la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos».

115 Véase, por ejemplo, la Ley del Aborto del Reino Unido (1997).

116 Miranda JJ, Yamin AE. Reproductive health without rights in Peru. *Lancet* 2004; 363: 68-69.

117 Amnistía Internacional. *Perú: La Comisión de la Verdad y Reconciliación. Un primer paso hacia un país sin injusticias*. Índice AI: AMR 46/003/2004.

118 Barthélemy F. Peru: the scandal of forced sterilisation. *Le Monde Diplomatique* [Edición en lengua inglesa]. Disponible en <http://mondediplo.com/2004/05/08sterilisation>. Consultado el 18 de febrero de 2005. Disponible en francés en <http://www.monde-diplomatique.fr/2004/05/BARTHELEMY/11190>.

119 *Ibíd.*

120 *Ibíd.*

121 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *María Mamérita Mestanza Chávez - Perú*, Caso 12.191, Decisión sobre la admisibilidad, Informe N° 66/00, 3 de octubre de 2000. Disponible en <http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/capituloiii/admisible/peru12.191.htm>. Consultado el 13 de mayo de 2005; Solución amistosa, Informe N° 71/03, 22 de octubre de 2003, <http://www.cidh.org/annualrep/2003sp/Peru.12191.htm>. Consultado el 9 de marzo de 2006.

122 Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2003, p. 173.

123 Miranda JJ, Yamin AE. Reproductive health without rights in Peru. *Lancet* 2004; 363: 68-9.

124 Eslovaquia formó parte del Estado unitario de Checoslovaquia bajo el gobierno comunista hasta 1989. El Estado no comunista que surgió en 1989 se dividió en la República Checa y la República Eslovaca en enero de 1993.

125 Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Londres, Índice AI: ACT 77/001/2005.

126 Para un análisis de las prácticas de esterilización desde una perspectiva ética, jurídica, de salud y de los derechos humanos, véase Cook *et al.* (nota 122).

127 Amnistía Internacional. *Informe 2005: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Madrid: AI, 2005.

128 Véase Amnistía Internacional *Acciones Urgentes*, ASA 17/037/2005 y actualizaciones, ASA 17/040/2005, ASA 17/005/2006. Véase también el informe de la Red de Defensores Chinos de los Derechos Humanos, disponible en <http://crd-information.blogspot.com/2005/11/violence-in-enforcing-family-planning.html>.

129 Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS 2002, p. 118. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ (en seis idiomas, incluido el español). Consultado el 23 de mayo de 2006.

130 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *United Nations Security Council Open Debate on Security Council Resolution 1325, Women, Peace and Security. Responding to the Needs of Victims of Gender-Based Violence*. Declaración de Thoraya Ahmed Obaid, directora ejecutiva, UNFPA, 28 de octubre de 2004. Disponible en <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=523&Language=1>; Burke Draucker C. Domestic violence: the challenge for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing* 2002; 7(1). Disponible en http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_1.htm.

131 Las propias enfermeras pueden ser víctimas de violencia a manos de sus parejas. En Canadá, Lori Dupont murió a consecuencia de varias puñaladas estando de servicio en el hos-

pital Hôtel-Dieu Grace de Windsor, Ontario, el 12 de noviembre de 2005. Su ex pareja, un médico que trabajaba en el mismo hospital, fue hallado inconsciente en su coche poco después del asesinato; se le imputó el asesinato de Lori Dupont, pero murió dos días después. (Milne C. The long road to prevention. *Medical Post*, 3 de febrero de 2006; http://www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20060202_192408_6080, consultado el 8 de febrero de 2006); una delegación de Amnistía Internacional visitó a una enfermera de Papúa Nueva Guinea que había sufrido lesiones cerebrales tras ser objeto de agresiones frecuentes y brutales de su pareja; ya no estaba capacitada para ejercer como enfermera. Véase Amnistía Internacional. Abuse of women endemic in Papua New Guinea. *The Wire*, febrero de 2006. Disponible en <http://web.amnesty.org/wire/February2006/PNG>.

132 Rodríguez MA, McLoughlin E, Bauer HM, Paredes V, Grumbach K. Mandatory reporting of intimate partner violence to police: Views of physicians in California. *American Journal of Public Health* 1999; 89(4) 575-78.

133 Taket A, Wathen CN, MacMillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? *Plos Medicine* 2004 October; 1(1), 4ª edición. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=523827>. Consultado el 18 de octubre de 2005. Véase también Walton Moss BJ, Campbell JC. Intimate partner violence: implications for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing* 2002; 7 (1). Disponible en http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_5.htm; y Campbell J. Intimate partner violence: Issues for the health care system. *Women's Health Issues* 2001; 11:381-5.

134 El texto de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer está disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm.

135 Cook R, Maine D. Spousal veto over family planning services. *American Journal of Public Health* 1987; 77:339-44.

136 La diferencia entre migración y trata de personas ha quedado bien plasmada en un informe elaborado por la organización Asia Foundation: «Mientras que la trata de personas implica migración, no toda migración es trata. Muchas mujeres deciden emigrar voluntariamente. Si la migración no va acompañada de coacción o engaño y no desemboca en trabajo forzado o en condiciones análogas a la esclavitud, no es trata». Asia Foundation, Population Council. *Prevention of Trafficking and the Care and Support of Trafficked Persons in the Context of an Emerging HIV/AIDS Epidemic in Nepal*. Asia Foundation, 2001. Disponible en <http://www.asiafoundation.org/pdf/NepalTrafficking.pdf>.

137 Protocolo de Palermo [Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de la ONU contra la Delincuencia Organizada Transnacional] (art.3). Disponible en http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_spa.pdf. Consultado el 18 de mayo de 2006.

138 OIT. *Una alianza global contra el trabajo forzoso. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*. Ginebra: OIT, 2005. Disponible en http://www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5061. Consultado el 5 de enero de 2006.

139 En un informe de Amnistía Internacional se citan las palabras de una mujer que entró en Kosovo mediante trata a sabiendas de que trabajaría en la industria del sexo: «Pero esto no es lo que me esperaba; yo pensaba que me pagarían [...] que podría elegir a mis clientes. Esto no es prostitución». Véase Amnistía Internacional. *Kosovo (Serbia y Montenegro): «¿Significa eso que tengo derechos?» – Proteger los derechos humanos de las mujeres y niñas objeto de trata para la prostitución forzada en Kosovo*. Índice AI: EUR 70/010/2004. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/esEUR700102004?open&of=esl-YUG>.

140 Zimmerman C, Watts C. *WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*. Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical, 2003. Disponible en <http://www.oscebih.org/documents/1372-eng.pdf>. Consultado el 19 de abril de 2005.

141 Véanse también los 11 principios articulados en los Principios y Directrices recomendados sobre los derechos humanos y la trata de personas. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos al Consejo Económico y Social. Doc. ONU: E/2002/68/Add.1, disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4045.pdf>.

142 El Convenio está disponible en http://www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking/PDF_Conv_197_Trafficking_E.pdf.

143 Véase la hoja informativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la mutilación genital femenina, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>. Consultado el 18 de marzo de 2006.

144 Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Índice AI: ACT 77/001/2005, 18 de febrero de 2005.

145 Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002; 79:281-7.

146 Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press 2003; Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Índice AI: ACT 77/001/2005. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslact770012005>.

147 En Estados Unidos, en el caso *Kasinga* (1996), que marcó un hito en este ámbito, el tribunal competente decidió que «la mutilación genital femenina, que entraña una desfiguración permanente y riesgo de sufrir complicaciones graves susceptibles de poner en peligro la vida, puede aducirse para denunciar persecución». Aunque en la apelación de este caso se otorgó el derecho de asilo a la solicitante y se abrió la puerta a otras posibles solicitudes basadas en la mutilación genital femenina, no se determinó que este abuso constituyese un motivo específico para la concesión de asilo. Véase Amnistía Internacional Estados Unidos. *Derechos Humanos de la Mujer*. Disponible en <http://www.amnestyusa.org/women/asylum/>. Consultado el 18 de octubre de 2005.

148 Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CMK. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 2005; 15:86-90.

149 Organización Mundial de la Salud. El material está disponible en http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_fgm.en.html, e incluye el documento *Female genital mutilation –The prevention and the management of health complications: Policy guidelines for nurses and midwives*. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_18_fgm_policy_guidelines/

150 Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press 2003.

151 Chege JN, Askew I, Liku J. *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya*. Washington, DC: Population Council, 2001, p. 14. Disponible en http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_FGC.pdf. Consultado el 22 de octubre de 2005. Véase también Njue C, Askew I. *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. Washington, DC: Population Council, 2004. Disponible en http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_FGC_Med.pdf.

152 CIE. *Eliminación de la mutilación genital femenina*. Disponible en <http://www.icn.ch/psgenitalsp.htm>.

- 153 Véase Chege *et al.*, nota 151.
- 154 Cláusulas 3.d y 3.g, Asamblea General, A/RES/56/128, 30 de enero de 2002. Disponible en <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/a100adbe9094d7b4c1256b720049b518?OpenDocument>. Consultado el 9 de mayo de 2006.
- 155 Frank MW, Bauer HM, Arican N, Financi SK, Iacopino V. Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282(5): 485-90. 'Virginity testing leaves medical experts uneasy', *Sunday Times*, 3 de diciembre de 2004. Disponible en <http://www.suntimes.co.za/zones/sundaytimesNEW/newsst/newsst1102067035.aspx>.
- 156 En algunas jurisdicciones, se ha alegado que las «pruebas de virginidad» son esenciales para determinar si se han cometido abusos sexuales. Dado los limitados objetivos de estas «pruebas», tal enfoque de la investigación forense de una presunta agresión sexual es inadecuado y la «prueba» no debe equipararse al debido examen forense.
- 157 Scorgie F. Virginity testing and the politics of responsibility: implications for AIDS intervention. *African Studies* 2002, 61: 55-75.
- 158 Gürsoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nursing Ethics* 2003; 10: 485-96.
- 159 Citado en Amnistía Internacional. *Turquía: Las mujeres frente a la violencia en el ámbito familiar*. Londres, 2004. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslEUR440132004?open&of=esl-TUR>. Consultado el 12 de mayo de 2006.
- 160 Informe preliminar presentado por el Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, de conformidad con la Resolución 1994/45 de la Comisión de Derechos Humanos, E/CN.4/1995/42, de 22 de noviembre de 1994; Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, presentado de conformidad con la Resolución 2001/49 de la Comisión de Derechos Humanos. Prácticas culturales dentro de la familia que entrañan violencia contra la mujer. E/CN.4/2002/83, de 31 de enero de 2002; E/CN.4/2003/75/Add.1. International, regional and national developments in the area of violence against women 1994-2003, E/CN.4/2003/75/Add.1.
- 161 Human Rights Watch. *Honoring the killers: Justice denied for 'honor' crimes in Jordan*. Nueva York: Human Rights Watch, abril de 2004; 16:1(E).
- 162 Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Londres, Índice AI: ACT 77/001/2005.
- 163 Ergin N, Bilgel N. A survey to establish the situation re violence against women in central Bursa. *Journal of Nursing*, Turkish Nursing Association, 2001, 51: 10. Citado en *Turquía: Las mujeres frente a la violencia en el ámbito familiar*. Véase la nota 159.
- 164 *Turquía: Las mujeres frente a la violencia en el ámbito familiar*. Véase la nota 159.
- 165 UNICEF. *Matrimonios prematuros*. Digest Innocenti, Núm. 7, marzo de 2001, Centro de Investigaciones Innocenti, UNICEF, Florencia, Italia.
- 166 Senderowitz J. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Documento de debate núm. 272 del Banco Mundial. Washington DC: Banco Mundial.
- 167 Amnistía Internacional. *Memorandum to the Government of Swaziland on the Sexual Offences and Domestic Violence Bill, 2005*. Índice AI: AFR 55/003/2006.
- 168 Tanto la Asociación Estadounidense para el Progreso de la Ciencia (<http://www.aaas.org>) como Physicians for Human Rights (<http://www.phrusa/research/forensics/index.html>) han realizado un trabajo innovador sobre la aplicación de la medicina forense a la documentación en materia de derechos humanos. Véanse también Amnistía Internacional. *Medicina forense y ética: Taller sobre la aplicación de las técnicas de la medicina forense a la detección y documentación de las violaciones de derechos humanos. Durban, Sudáfrica, del 3 al 5 de julio de 1998. Informe final*. Índice AI: ACT 75/012/1999; Amnistía Internacional. *Protecting the*

human rights of women and girls. A medico-legal workshop on the care, treatment and forensic medical examination of rape survivors in Southern and East Africa, Durban, 2002; McQuoid-Mason D, Pillemer B, Friedman C, Dada M. *Crimes against women and children*. Universidad de Dundee y Unidad Médico-Legal Independiente, 2002. Disponible en http://www.dundee.ac.uk/forensicmedicine/Crimes_against_Women_and_Children/women_children.html.

169 *Sexual assault nurse examiner education guidelines*. Pitman NJ: Asociación Internacional de Enfermería Forense, 1997. Véase también *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents*. Washington DC: Estados Unidos. Departamento de Justicia, Oficina sobre Violencia Contra la Mujer, septiembre de 2004. Disponible en <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/ovw/206554.pdf>. Consultado el 12 de octubre de 2005.

170 Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence and Abuse* 2005; 6(4):313-29.

171 Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*. Ginebra: OMS, 2004; Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/. Consultado el 12 de octubre de 2005.

172 La Carta Internacional de Derechos Humanos engloba la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos Protocolos Facultativos. Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm. Consultado el 14 de mayo de 2006.

173 Adoptadas en el Primer Congreso de la ONU sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663 C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm.

174 Asamblea General, Resolución 43/173, anexo, 43 U.N. GAOR Supp. (No. 49) en 298, doc. ONU: A/43/49 (1988). Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp36_sp.htm. Consultado el 13 de mayo de 2006.

175 Physicians for Human Rights, Universidad de Ciudad del Cabo. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2003. Disponible en http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html. Consultado el 30 de marzo de 2006.

176 Asociación Médica Británica. *Healthcare of detainees in police stations*. Segunda edición. Londres: BMA, 2004. Disponible en [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF-Detainees/\\$FILE/Detainees.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF-Detainees/$FILE/Detainees.pdf). Consultado el 9 de enero de 2006. Éste sigue siendo un aspecto controvertido de la medicina forense. En la recomendación núm. R (98)7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros, relativa a los aspectos éticos y organizativos de la asistencia médica en las prisiones, de 1998, se recomendaba que el personal médico no realizara exámenes íntimos si no había razones médicas para hacerlos. La delegación danesa formuló una reserva en la que se afirmaba que el personal no médico no debe efectuar tales exámenes, sino que deben efectuarlos sólo miembros del personal médico con el consentimiento de la persona detenida. Véase el análisis en el Documento de Trabajo del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, *Physicians Acting At The Authorities' Request For Non-Medical Purposes*, septiembre de 2001. Disponible en <http://www.cpt.coe.int/EN/working-documents/cpt-2001-65-eng.pdf>.

177 El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha afirmado que las personas «sometidas a registro corporal por funcionarios del Estado o por personal médico que actúe a instancias del Estado serán examinadas sólo por personas de su mismo sexo». Observación general N° 16 del Comité de Derechos Humanos, párr. 8. En el art. 17 del Pacto Internacional de Derechos Civi-

les y Políticos al que refiere la Observación general N° 16 se menciona el derecho a la intimidad y a la protección de la honra y reputación.

178 Coyle A. *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos*. Londres: Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Disponible en http://www.kcl.ac.uk/deps-ta/rel/icps/spanish_handbook.pdf.

179 Amnistía Internacional. *Kenya: Detention, torture and health professionals*. Londres, Índice AI: AFR 32/001/1997. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAFR320011997>. Consultado el 27 de junio de 2005.

180 Physicians for Human Rights. Talleres de Defensa. Nairobi y Eldoret, julio de 2005.

181 Una medida para garantizar este principio general consiste en hacer que la salud en las cárceles forme parte del programa nacional de salud. En virtud de una ley de enero de 1994, las autoridades francesas transfirieron la responsabilidad de la asistencia médica en las cárceles, del Ministerio de Justicia al sector público hospitalario. El objetivo de esta transferencia era cumplir el requisito de facilitar a los presos el mismo nivel de salud que el disponible para la población en general. Como primera medida se dio de alta a todos los presos y presas de forma automática en el sistema de la seguridad social, de la asistencia médica general y del seguro de maternidad. (Véase Coyle A. *Op. cit.*, p. 52.)

182 ONU. Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos. Adoptados y proclamados por la Asamblea General en su Resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990. Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp35_sp.htm. Consultado el 12 de octubre de 2005.

183 CIE. *La función de la enfermera en los cuidados a los prisioneros y detenidos*. Ginebra: CIE, 1998.

184 AI Estados Unidos. *Excessive Use of Restraints on Women in US Prisons: Shackling of Pregnant Prisoners*. Sin fecha. <http://www.amnestyusa.org/women/custody/shackling.html>. Consultado el 30 de marzo de 2006.

185 *Ibíd.*

186 Liptak A. Prisons often shackle pregnant inmates in labor, *The New York Times*, 2 de marzo de 2006.

187 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Adoptadas en el Primer Congreso de la ONU sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663 C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Disponible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm. Consultado el 30 de marzo de 2006.

188 Physicians for Human Rights, Universidad de Ciudad del Cabo. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston: PHR, 2003. Disponible en http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html. Consultado el 30 de marzo de 2006.

189 Tomasevski K. *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki Institute for Crime Prevention and Control. UN Publication Series 21. Helsinki: ONU, 1992.

190 Butler T. Preliminary findings from the inmate health survey of the inmate population in the NSW correctional system. 1997. Citado en Holmwood C, Rae D. Prison health: a different place for GPs. *Australian Family Physician* 2003; 32(10).

191 Singleton N, Meltzer H, Gatward R (con Coid J y Deasy D). *Psychiatric morbidity among prisoners: summary report*. Instituto Nacional de Estadística, 1998. Disponible en http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Prisoners_PsycMorb.pdf.

192 Meltzer H *et al.*, *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain Report 1: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. Londres, HMSO, 1995.

193 Stephenson P. Mentally ill offenders are being wrongly held in prisons. *British Medical Journal* 2004; 328: 1095.

194 En febrero de 2006, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud y otros cuatro relatores especiales de la ONU emitieron una declaración en la que llamaban la atención sobre la situación de los detenidos en Guantánamo, como las consecuencias sobre la salud mental de la reclusión en Guantánamo y el comportamiento poco ético de los profesionales de la salud en este lugar. Véase Consejo Económico y Social. Situación de los detenidos en la bahía de Guantánamo, E/CN.4/2006/120, 15 de febrero de 2006. Disponible en http://www.ohchr.org/english/bodies/chr/docs/62chr/E.CN.4.2006.120_Sp.pdf. Consultado el 19 de marzo de 2006.

195 Asociación Médica Mundial. *Declaración sobre las Personas en Huelga de Hambre*. Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, Malta, noviembre de 1991, y revisada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre de 1992. Disponible en <http://www.wma.net/s/policy/h31.htm>. En la declaración se precisa que ésta no es aplicable en los casos en que un preso se niega a comer como consecuencia de una enfermedad mental.

196 Silove D, Curtis J, Mason C, Becker R. Ethical considerations in the management of asylum seekers on hunger strike. *Journal of the American Medical Association* 1996; 276:410-15.

197 *Ibíd.*

198 Hall M. Frontline nursing in detention. *Australian Nursing Journal* 2004, 11(7): 32-3.

199 Alliance of Professionals Concerned about the Health of Asylum Seekers and their Children. «1.6.2 Case study B: 16 year old boy in detention.» En *Submission to Human Rights and Equal Opportunity Commission Inquiry into Children in Immigration Detention*. Mayo de 2002. Disponible en <http://www.nq-anzcmhn.org/docs/HEREOC.PDF>.

200 Amnistía Internacional. *Estados Unidos. Guantánamo: Vidas desgarradas. Los efectos de la reclusión por tiempo indefinido en los detenidos y sus familiares*. AMR 51/007/2006, disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslamr510072006>. Puede haber circunstancias en las que, a pesar de que podría decirse que constituye un comportamiento poco ético, Amnistía Internacional no consideraría la alimentación sin consentimiento como un trato cruel, inhumano o degradante y la organización valora cada caso por separado.

201 Nicholl DJ *et al.* Forcefeeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers. *Lancet* 2006; 367:811.

202 Amnistía Internacional. *Contra la tortura. Manual de Acción*. Madrid, 2003. Disponible en <http://web.amnesty.org/pages/stoptorture-manual-index-esl>. En algunos países se llevan a cabo también castigos corporales extrajudiciales.

203 Relator especial de la ONU sobre la cuestión de la tortura, Manfred Nowak. Statement to the Commission on Human Rights on Torture. 26 de octubre de 2005. Disponible en <http://www.unhchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/0/005D29A66C57D5E5C12570AB002AA156>. Consultado el 1 de marzo de 2006. El Comité de los Derechos del Niño, que vigila el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, ha afirmado de forma sistemática que la aceptación de los castigos físicos a menores es incompatible con la Convención. En el informe del séptimo periodo de sesiones de noviembre de 1994, el Comité ha afirmado: «En el marco de su mandato, el Comité [...] ha subrayado que el castigo corporal de los niños es incompatible con la Convención». Comité de los Derechos del Niño. Informe sobre el séptimo periodo de sesiones (Ginebra, 26 de septiembre-14 de octubre de 1994). CRC/C/34, 8 de noviembre de 1994, p. 62. En numerosos informes sobre países, el Comité de los Derechos del Niño ha llamado la atención sobre este motivo de preocupación en sus comentarios y observaciones finales sobre los informes de los Estados Partes. Estos documentos están disponibles en <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>.

204 CIE. Declaración de posición: *La tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones*. Adoptada en 1973 y confirmada en 1989. Disponible en <http://www.icn.ch/pstorturesp.htm>. Consultado el 19 de abril de 2005.

- 205 *Ibíd.*
- 206 Gawande A. When law and ethics collide – why physicians participate in executions. *New England Journal of Medicine* 2006; 354:1221-9.
- 207 Asociación Estadounidense de Enfermería. *Ethics and human rights position statements: Nurses participation in capital punishment*, 1994. Disponible en <http://nursingworld.org/readroom/position/ethics/prtetcptl.htm>. Consultado el 19 de abril de 2005. Según los informes, la asociación de enfermería de un estado de Estados Unidos ha disentido de esta postura. La Asociación de Enfermería de Carolina del Norte decidió el 14 de marzo eliminar la *Position Statement on Registered Nurses_’ Participation in Execution* y permitir a los profesionales de la enfermería decidir sobre su participación. Véase también Associated Press, 13 de marzo de 2006. Disponible en <http://www.charlotte.com/mld/observer/news/local/14088954.htm>.
- 208 Holmes D, Federman C. Killing for the state: the darkest side of American nursing. *Nursing Inquiry* 2003; 10:2-10; Emanuel LL, Bienen LB. Physician participation with executions: time to eliminate anonymity provisions and protest the practice. *Annals of Internal Medicine* 2000;135: 922-3. Disponible en <http://www.annals.org/cgi/reprint/135/10/922.pdf>, consultado el 5 de agosto de 2005; véase también Lodder, L. Who will aid the executioner?: In Missouri, nurses have been called to replace doctors. *American Medical News* 1993; 2:11.
- 209 Mogilka SM. The entire life: nursing’s obligation to bring truth to the death penalty debate. *Nursing Forum* 1997; 32:5-16.
- 210 Carta de Stuckey y Manheimer, LLC., abogados, Decatur, Georgia, a la Junta Mixta de Medicina Legal del Estado y a otros organismos, Georgia, Estados Unidos, 1 de junio de 2005.
- 211 En la declaración de la Asociación Estadounidense de Enfermería sobre la participación del personal de enfermería en la pena capital se afirma entre otras cosas: «Los profesionales de la enfermería deben abstenerse de participar en la aplicación de la pena de muerte y no deben tomar parte en la evaluación, supervisión o control de los procedimientos o de los presos; de administrar, prescribir o preparar medicamentos o soluciones; de insertar catéteres intravenosos; y de asistir a una ejecución o presenciarla en calidad de tales». Disponible en <http://www.nursingworld.org/readroom/position/ethics/etcptl.htm>.
- 213 The American College of Physicians, Human Rights Watch, The National Coalition to Abolish the Death Penalty, Physicians for Human Rights. *Breach of Trust: Physician Participation in Executions in the United States*. Nueva York: 1994. Disponible en <http://hrw.org/reports/1994/usdp/index.htm>. Consultado el 14 de mayo de 2006.
- 214 Amnistía Internacional. Declaración sobre la participación del personal de la salud en la pena de muerte. Londres: 1988. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslasa220051995>. Consultado el 20 de octubre de 2005.
- 215 Amnistía Internacional. *Cuando es el Estado el que mata*. Madrid: 1989.
- 216 Amnistía Internacional. *La inyección letal. La tecnología médica de la ejecución*. Actualización: septiembre de 1999, Madrid, Índice AI: ACT 50/008/1999.
- 217 Fickling D. Australians wonder if traditional Aboriginal customs can be allied to European notions of human rights and due process: Bridging whitefella law and clan justice. *The Guardian*, 30 de diciembre de 2002.
- 218 *Northern Territory News*, 2 de noviembre de 2002.
- 219 Lowitja O’Donoghue, ex presidenta de la Comisión de Población Aborigen y de las Islas del Estrecho de Torres, citada por Fickling (véase la nota 217).
- 220 Comité de Reforma Legislativa del Territorio del Norte. *Towards Mutual Benefit: Report of the committee of inquiry into Aboriginal customary law*. Disponible en http://www.nt.gov.au/justice/docs/lawmake/ntlrc_final_report.pdf. Darwin, 2003.
- 221 Smith S. *Organ Transplantation: Concepts, Issues, Practice, and Outcomes*. Disponible en http://www.medscape.com/viewpublication/704_about; S.L. Smith (ed.), *Tissue and*

organ transplantation: Implications for professional nursing practice. St. Louis: CV Mosby and Co., 1990.

211 Martin RK. Organ transplantation: The role of the acute care nurse practitioner across the spectrum of health care. *AACN Clinical Issues* 1999; 10(2): 285-92.

222 Rothman DJ, Rose E, Awaya T, Cohen B *et al*. The Bellagio Task Force Report on transplantation, bodily integrity, and the international traffic in organs. *Transplantation Proceedings* 1997; 29:2739-45. Disponible en <http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/iwpList302/87DC95FCA3C3D63EC1256B66005B3F6C>.

223 OMS. *Guiding Principles on Human Organ Transplantation*, Ginebra: 1991. Disponible en http://www.who.int/ethics/topics/transplantation_guiding_principles/en/index1.html. Consultado el 12 de octubre de 2005. Se considera en general que los Principios necesitan una actualización. Véase Nullis-Kapp C. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 715.

224 IRIN News. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU, 'Pakistan: Focus on kidney sales by bonded labourers'. Disponible en <http://www.irinnews.org/print.asp?ReportID=46508>.

225 *Ibíd*. No es infrecuente que las personas que venden sus órganos sigan sumidas en la pobreza, pero con el riesgo añadido de padecer problemas de salud. Véase Goyal M, Mehta RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR. Economic and health consequences of selling a kidney in India. *JAMA* 2002; 288:1589-93.

226 Véase la nota 224.

227 *Ha'aretz*, 5 de diciembre de 2003.

228 OMS. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *In Focus*, 1 de septiembre de 2004. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/9/feature0904/en/print.html>. Consultado el 28 de junio de 2005.

229 La Sociedad de Trasplantes exige a sus futuros miembros que firmen la declaración sobre ética de la Sociedad, en la que se afirma que los miembros «no deben participar en la obtención o trasplantes de órganos de presos ejecutados». Disponible en <http://www.transplantation-soc.org/>.

230 Guttman RD. On the use of organs from executed prisoners. *Transplantation Reviews* 1992; 6(3):189-93.

231 Kennedy S *et al*. Outcome of overseas commercial kidney transplantation: an Australian perspective. *Medical Journal of Australia* 2005; 182:224-7.

232 Diflo T. Testimonio del Dr. Thomas Diflo, director de trasplantes renales de la clínica de la Universidad de Nueva York, ante el Comité de Relaciones Internacionales de la Cámara de Representantes de Estados Unidos, 27 de junio de 2001. Disponible en <http://www.laogai.org/news/newsdetail.php?id=1928>.

233 *South China Morning Post*, 28 de marzo de 2006. En el artículo se afirma que «el 99 por ciento de los órganos proceden de presos ejecutados».

234 Sociedad Británica de Trasplantes, comunicado de prensa, 19 de abril de 2006. Disponible en <http://www.bts.org.uk/Forms/press%20release%20BTS.doc>. Consultado el 12 de mayo de 2006.

235 Amnistía Internacional *People's Republic of China. Executed «according to law»? - The death penalty in China*. Índice AI: ASA 17/003/2004, p. 52. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/engasa170032004>.

5. El personal de enfermería y partería y el derecho a la salud

5.1 ¿QUÉ ES EL «DERECHO A LA SALUD»?

EL derecho a la salud es una expresión en la que se resume un derecho especificado en varios tratados internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que son parte más de 150 países. En el párrafo 1 del artículo 12 de este Pacto se afirma que «[l]os Estados Partes [...] reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental».²³⁶ En el Pacto se dan algunas indicaciones sobre el modo como se debe entender esta simple declaración. Sin embargo, en el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano que vigila la aplicación del Pacto, formuló en una «Observación general» una declaración detallada y autorizada sobre la interpretación del artículo 12.²³⁷ Según esta interpretación, el

derecho a la salud «no debe entenderse como un derecho a estar *sano*», sino como un marco de libertades y derechos.

Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.²³⁸

¿QUÉ ES LA SALUD?

Según la OMS, la salud es un «estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».²³⁹

En resumen, «el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud».²⁴⁰

Además, el derecho a la salud debe entenderse que no abarca sólo la atención médica, sino también «los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva».²⁴¹

El Comité ha elaborado una serie de criterios para evaluar si los establecimientos y servicios de salud son compatibles con los principios de derechos humanos. Por tanto, el derecho a la salud abarca los siguientes «elementos esenciales e interrelacionados»:

Disponibilidad. Deben estar disponibles prestaciones y programas de salud pública y atención de la salud en un número suficiente, dependiendo de numerosos factores, como el nivel de desarrollo del país; incluirán los factores determinantes básicos de la salud mencionados antes, pero también hospitales, clínicas y otros establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capaci-

tado 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.²⁴²

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación, tomando como base los siguientes factores:

- política de no discriminación en la legislación y en la práctica;
- accesibilidad física (incluido el caso de las personas marginadas, como las personas con discapacidades);
- accesibilidad económica (asequibilidad), ya se trate de establecimientos, bienes y servicios públicos o privados;
- acceso a la información, incluido el derecho a solicitar, recibir y difundir información respetando la confidencialidad de los datos personales.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Las obligaciones de los Estados respecto a la efectividad de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, son de tres tipos:

- respetarlos: no injerirse en el ejercicio de un derecho;
- protegerlos: garantizar que no se injerian otros agentes, facilitando sobre todo normas y recursos efectivos;
- hacerlos realidad: por ejemplo, promoviendo los derechos, facilitando el acceso a ellos y protegiendo a las personas que son incapaces de alcanzar el ejercicio de sus derechos por sí mismas.

La obligación de *respetar* los derechos humanos requiere que los Estados se abstengan de injerirse de forma directa o indirecta en el disfrute de los derechos humanos. Ésta es una obligación inmediata.

Para *proteger* los derechos humanos, los Estados deben impedir, investigar, castigar y garantizar la reparación de los perjuicios derivados de abusos contra los derechos humanos perpetrados por terceros, como particulares, empresas comerciales y otros agentes no estatales. Ésta es una obligación inmediata.

Los Estados tienen la obligación de *hacer realidad* los derechos humanos adoptando medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo encaminadas a conseguir una plena efectividad de los derechos humanos.

Como muchos aspectos de esta cuestión dependen de los recursos disponibles, las normas internacionales admiten que esta obligación puede cumplirse de forma progresiva. Los gobiernos deben dar prioridad inmediata al cumplimiento de los niveles esenciales mínimos de cada derecho, sobre todo en el caso de las personas más vulnerables.

En la evaluación de los derechos humanos se tiene en cuenta cada vez más la amplitud de la participación en la formulación de políticas y en la prestación de asistencia. En la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud se hace notar: «Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos [...] y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional». En la Observación se afirma también: «Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo».²⁴³ En el artículo 19 de las Normas Uniformes de la ONU sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad se especifica: «En la formación de profesionales en la esfera de la discapacidad, así como en el suministro de información sobre discapacidad en los programas de capacitación general, debe reflejarse debidamente el principio de la plena participación e igualdad».²⁴⁴ Uno de los primeros principios elaborados en el debate en curso sobre los derechos humanos y el VIH/sida fue la recomendación de una mayor participación de las personas con VIH/sida en todos los aspectos de la lucha contra la pandemia.²⁴⁵

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales observó que «todas las medidas de carácter deliberadamente retroactivo [...] requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga».²⁴⁶

Al menos en 60 Constituciones nacionales y en tratados internacionales y regionales se ha consagrado el derecho a la salud.²⁴⁷ Por ejemplo, en la Constitución de Sudáfrica se afirma: «Todas las personas tienen derecho a disponer de acceso a [...] servicios de asistencia médica, incluida asistencia sobre salud reproductiva» y «no se puede negar a nadie tratamiento médico de urgencia».²⁴⁸ La Constitución de la India²⁴⁹ garantiza la «protección de la vida y de la libertad personal» (artículo 21), y el Tribunal Supremo de la India ha interpretado que esta disposición sobre el «derecho a la vida» incluye el «derecho a una buena salud».²⁵⁰ En la actualidad, todos los países del mundo son parte al menos en un tratado internacional que garantiza el derecho a la salud o a las condiciones necesarias para la protección de la salud.²⁵¹ En el recuadro siguiente se relacionan algunos de estos convenios relativos a la salud y los derechos humanos, plasmados en el derecho internacional.

NORMAS INTERNACIONALES

Varios tratados internacionales y regionales contienen disposiciones que tratan del derecho a la salud y de los derechos humanos conexos. Las normas mencionadas a continuación se citan con más detalle en el Apéndice 2:

Declaración Universal de Derechos Humanos

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y el bienestar (artículo 25).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12).

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer [...] en particular para asegurar [...] [a]cceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia (artículo 10).

Convención sobre los Derechos del Niño

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (artículo 24).

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial

[L]os Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico [...] [y al] derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales (artículo 5).

Constitución de la Organización Mundial de la Salud

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Preámbulo de la Constitución).

En el Apéndice 2 se pueden encontrar otras normas internacionales y regionales.

5.2 NO DISCRIMINACIÓN, IGUALDAD Y DERECHO A LA SALUD

Cualquiera que sea la forma [...] que adopte la discriminación, constituye una falta de respeto fundamental a los derechos y a la dignidad inherentes a la persona o al grupo en cuestión.²⁵²

El derecho a la salud debe basarse en la no discriminación. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha aclarado que está prohibida la discriminación por «motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud».²⁵³ Es esta prohibición la que sustenta todos los demás derechos humanos. El principio de no discriminación está vinculado también al de igualdad, es decir, al derecho a disfrutar de los derechos humanos en pie de igualdad. Estos principios complementan las normas éticas que exigen a los profesionales de la salud que faciliten asistencia sin discriminación y con el objetivo primario de conseguir el bienestar de las personas.

La discriminación impide con frecuencia a los grupos y a los individuos muy necesitados obtener la necesaria asistencia o acceder a ella. Pero tiene ramificaciones mucho más amplias para las personas discriminadas, como impedir o dificultar su participación en la elaboración de la política sobre salud, su acceso a la información y su participación en los beneficios de los avances científicos.²⁵⁴ Reconociendo los graves efectos adversos de la discriminación contra las mujeres, la Asamblea General de la ONU adoptó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1979.²⁵⁵ Los artículos 10, 12 y 14 de la Convención tratan en concreto de la salud y de la eliminación de la discriminación y la promoción de la igualdad de las mujeres en la educación y en la asistencia médica.²⁵⁶ Se ha mencionado también

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

CEDAW, artículo 14.2.b



Rachel es una partera ugandesa que vino al hospital de Yei, en el sur de Sudán, para ayudar a las personas que vuelven a la zona después del fin negociado del largo conflicto civil en enero de 2005. «No tenemos ginecólogo, cirujano ni medicinas. Las mujeres dan a luz en las cabañas de sus pueblos y las trasladan al hospital con caballos de tiro si surgen complicaciones. Pero aquí no tenemos nada.» Diciembre de 2005. © UNHCR

la discriminación racial como un impedimento para el acceso a la asistencia de muchos sectores de la población²⁵⁷ y se ha determinado que las mujeres de las zonas rurales se enfrentan a problemas especiales en el acceso a la asistencia médica, sobre todo a los servicios de partería.

Los profesionales de la enfermería deben ser conscientes de que su entorno laboral, el sistema de salud en el que trabajan y sus propios puntos de vista pueden desempeñar un papel fundamental en la discriminación contra los pacientes. En un informe²⁵⁸ se menciona cómo algunas enfermeras que facilitan asistencia primaria en Sudáfrica consideran la violencia de género una «norma cultural», ya que las enfermeras se ven muy influidas por su entorno social y experimentan los mismos niveles de violencia que las pacientes a las que tratan. En Turquía, un equipo de investigación reveló que más del 80 por ciento de las enfermeras y las parteras que habían participado en el estudio afirmaba haber estado presente en exámenes del himen realizados para determinar la

virginidad de las mujeres examinadas; justo más de la mitad de las participantes indicaron que la virginidad era importante y más de la mitad desaprobaba las relaciones sexuales prematrimoniales.²⁵⁹ En algunos países, los profesionales de la enfermería no proporcionan a las adolescentes solteras anticonceptivos ni información sobre ellos, a pesar de que los recibirían sin ningún problema.²⁶⁰ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha subrayado que «[l]a violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre».²⁶¹

5.3 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

Los profesionales de la enfermería son agentes clave en el respeto, la protección y la efectividad del derecho a la salud, ya que constituyen un vínculo entre el sistema de asistencia médica y los pacientes. En el desempeño de su trabajo, el personal de enfermería debe estar en condiciones de facilitar asistencia y tratamiento médico que sea accesible desde un punto de vista físico y económico, no discriminatorio, culturalmente adecuado y de una elevada calidad.²⁶² Aunque es obligación de los *gobiernos* garantizar que prevalezcan estas condiciones, es obvio que los profesionales de la salud, incluidos los profesionales de la enfermería y sus asociaciones, tienen la obligación de facilitar una asistencia ética y efectiva, así como responsabilidades en materia de derechos humanos.

El CIE ha argumentado que los profesionales de la enfermería deben defender políticas que den prioridad a las necesidades en materia de salud de los pobres y de otros

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (2000)²⁶³

En el año 2000, la comunidad internacional acordó los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que en su gran mayoría se relacionan de forma directa o indirecta con la salud. Estos Objetivos están vinculados a varios indicadores mensurables que permiten evaluar los avances en su consecución.

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

grupos «en peligro», y, al mismo tiempo, apoyar la elaboración de modelos de sistemas de salud locales que lleguen a las personas más necesitadas de asistencia médica.²⁶⁴ Un tema cada vez más debatido es el modo de contrarrestar mejor los efectos adversos de la migración de personal en los sistemas de salud de algunos países (véase el análisis de esta cuestión más adelante, en el subapartado 5.7).

Incluso en aquellos países donde no hay servicios de salud financiados con fondos públicos, los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de salud que sean accesibles a todas las personas y en concreto la asistencia encaminada a satisfacer las necesidades en materia de salud de las mujeres, relacionadas específicamente con su género, y las necesidades de los grupos desfavorecidos.²⁶⁵

5.3.1 El derecho a la salud sexual y reproductiva

Hay un conjunto creciente de observaciones y normas internacionales sobre derechos humanos que establecen en términos autorizados la obligación de los Estados de proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por ejemplo, en virtud del artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discrimi-

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los servicios de enfermería y partería contribuyen a alcanzar estos objetivos [los del Milenio relacionados con la salud], por ejemplo, a través de:

- la monitorización de la pobreza, mediante la documentación de la prevalencia de niños con insuficiencia ponderal y de la mortalidad infantil y materna;
- la promoción de la igualdad entre los sexos, mediante la educación sanitaria de las niñas y las mujeres;
- la reducción de la mortalidad materna e infantil, mediante la prestación de servicios de salud a las madres y a los niños y el suministro de acceso a medios anti-conceptivos seguros y efectivos;
- la lucha contra el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, mediante la disminución de la prevalencia a través de actividades centradas en la prevención y el tratamiento y en la reducción del estigma y la discriminación;
- la observación de la contaminación del medio ambiente que afecta a la salud, como por ejemplo, el acceso a agua potable.²⁶⁶

nación contra la Mujer, los Estados tienen la obligación de «[adoptar] todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia».²⁶⁷ En la Convención se especifica también que las mujeres tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer este derecho.²⁶⁸ La Convención sobre los Derechos del Niño exige a los Estados Partes «[adoptar] las medidas apropiadas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres».²⁶⁹ Según *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2005*, «hay 200 millones de mujeres que no cuentan con los servicios anticonceptivos seguros y eficaces que necesitan».²⁷⁰ En el informe se mencionan los cambios registrados en Bangladesh y en Egipto, donde la mortalidad materna se redujo de forma considerable aumentando el acceso de las mujeres a parteras capacitadas y a mejores servicios de obstetricia. Sin embargo, la situación en el África subsahariana no ha cambiado de forma significativa desde 1990.²⁷¹

5.3.2 Privatización

El funcionamiento de un sector privado de asistencia médica no exime a los Estados de su obligación de respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que los pagos por servicios de atención 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».²⁷² Asimismo, el Comité «subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades».²⁷³ El Comité de los Derechos del Niño ha afirmado el deber del Estado de garantizar el derecho a la salud cuando el sector privado desempeña un papel en la prestación de asistencia médica. En su Observación general N° 5, el Comité de los Derechos del Niño «subraya que los Estados Partes en la Convención tienen la obligación jurídica de respetar y promover los derechos del niño con arreglo a lo dispuesto en la Convención, lo que incluye la obligación de velar por que los proveedores privados de servicios actúen de conformidad con sus disposiciones, creándose así obligaciones indirectas para esas entidades».²⁷⁴

5.4 OBSTÁCULOS PARA UNA ASISTENCIA EFECTIVA

La asistencia médica debe ser asequible, accesible, aceptable y de buena calidad.²⁷⁵ Muchos gobiernos no proporcionan una asistencia médica que cumpla estos criterios.

Varios factores distintos pueden obstaculizar que el personal de enfermería cumpla su obligación de prestar asistencia médica efectiva.

Factores económicos: La calidad de la asistencia en el campo de la enfermería se refleja en cuestiones como la cantidad de personal y la disponibilidad y el mantenimiento de equipos y alojamientos para los pacientes y el personal. Cuando no se proporcionan los fondos necesarios para una asistencia efectiva, los pacientes recibirán una atención menor y los salarios y las condiciones laborales de los profesionales de la enfermería no serán probablemente los más adecuados. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que «los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas» es una vulneración de la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud.²⁷⁶

Falta de formación: La formación de los profesionales de la enfermería y de la partería se refleja en la asistencia que prestan. Si no se dedican los fondos suficientes a formación o si ésta no alcanza los niveles adecuados, los profesionales de la enfermería (y los pacientes) se verán perjudicados. De manera similar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que, como parte del deber de cumplir la obligación de prestar una atención adecuada al derecho a la salud, los Estados tienen que velar por que los profesionales de la salud dispongan de una formación suficiente.²⁷⁷

Falta de personal: La escasez de profesionales de la enfermería puede deberse a la incorporación insuficiente de personal en prácticas, a la distribución desigual del personal de enfermería en un país, a la salida del sector de los profesionales de la enfermería que se jubilan o que lo abandonan para ocupar otros puestos de trabajo o a la emigración de profesionales de la enfermería a otros países para buscar mejores perspectivas de trabajo. La disponibilidad de personal médico capacitado es un elemento importante para hacer realidad el derecho a la salud.²⁷⁸

El síndrome de burnout entre el personal de enfermería: El *burnout* se menciona a menudo en la literatura sobre los profesionales de la enfermería, la salud mental y los derechos humanos. Se ha definido como «una sensación de fracaso y de agotamiento o postración, debida a una demanda excesiva de energías, fuerzas y recursos»²⁷⁹ y se caracteriza por una sensación de distanciamiento del trabajo, una baja satisfacción laboral y un deterioro del rendimiento. Suele estar ligado a las características del trabajo, a un conflicto de funciones, a las condiciones laborales, a las relaciones en el trabajo, a un agotamiento emocional y a la despersonalización.²⁸⁰ Entre las numerosas causas del *burnout* de los profesionales de la enfermería y la partería se encuentran las malas condiciones laborales, la desigualdad por motivos de género, las largas horas de trabajo o los salarios bajos.²⁸¹ En algunos casos, el hecho de sufrir actos de violencia o de presenciarlos puede acarrear graves consecuencias para los profesionales de la enfermería y comportar su abandono de la profesión.²⁸² Las organizaciones profesionales y los empleadores reconocen que el *burnout* supone un obstáculo para la prestación de servicios de enfermería efectivos y para el desarrollo profesional del personal de enfermería.²⁸³

JAPÓN: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL *BURNOUT* EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

Un estudio efectuado en 2004 sobre el *burnout* de los profesionales de la enfermería que trabajan en el campo de la salud mental en Japón reveló que la incidencia del *burnout* era más elevada entre el personal de enfermería que trabajaba en servicios psiquiátricos comunitarios que entre los profesionales de la enfermería que prestaban sus servicios en otros establecimientos de salud pública. El estudio reveló que los factores del entorno laboral que contribuían al *burnout* eran el exceso de trabajo en los servicios de urgencia y la falta de control laboral.²⁸⁴

5.4.1 Profesionales de la enfermería con discapacidades

En los últimos años se ha registrado un intento progresivo aunque muy modesto de estimular la contribución y la formación de profesionales de la enfermería discapacitados con el fin de que la enfermería se beneficie de sus conocimientos, su comprensión de los problemas y su experiencia.²⁸⁵ Estas iniciativas enriquecen sobre todo la prestación de asistencia a las personas discapacitadas en materia de enfermería. Por el contrario, el hecho de no fomentar la formación o de impedirla por motivos de discapacidad supone un obstáculo para la prestación de una asistencia efectiva y negarles a unos profesionales de la enfermería potencialmente eficaces la oportunidad de contribuir a este campo de la atención médica.²⁸⁶

5.4.2 El personal de enfermería y la investigación

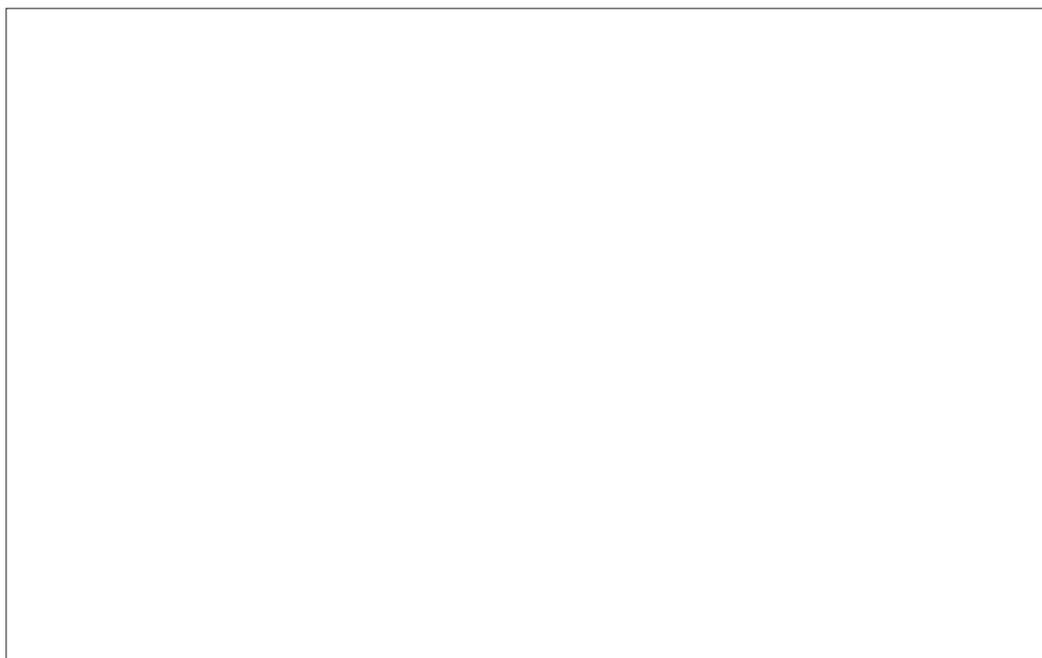
Es cada vez mayor el número de profesionales de la enfermería que participan en la concepción o desarrollo de investigaciones médicas. Los principios que rigen las investigaciones con pacientes se basan en los preceptos fundamentales de la ética médica y de los derechos humanos de las personas en general y de los pacientes en particular. Los principales son: el respeto a la persona y a su autonomía, la obtención del consentimiento fundado y positivo de los participantes, el respeto y la protección de la confidencialidad de la información recibida o encontrada durante las investigaciones, la ponderación de los riesgos y los beneficios para las personas objeto de las investigaciones y la garantía de que los métodos y técnicas utilizadas se ajustan a las normas científicas aceptadas.²⁸⁷ Una gran parte de la investigación en enfermería se basa en métodos cualitativos que comportan riesgos específicos.²⁸⁸ Los profesionales de la enfermería

que participan en investigaciones deben rendir cuentas de las investigaciones que realizan y de la interpretación de los resultados.

5.5 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS CRISIS DE SALUD PÚBLICA: EL VIH/SIDA

La ONU y la OMS estimaron que en 2004 el porcentaje de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) era más alto que nunca y calcularon que el número de personas con el virus ascendía a 39,4 millones en todo el mundo.²⁸⁹ Aunque uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio²⁹⁰ es detener e invertir la propagación del VIH/sida, los indicadores actuales señalan que las medidas en vigor no son suficientes y que en algunas zonas del mundo se experimentará probablemente un rápido aumento de la incidencia del VIH si no se emprenden acciones enérgicas.²⁹¹

El VIH/sida constituye un problema cada vez mayor en materia de salud y derechos humanos y ha alcanzado las proporciones de una pandemia. La falta de infor-



Libia. Profesionales de la salud juzgados en Trípoli, acusados de contagiar deliberadamente el VIH a menores. (Véase recuadro más adelante.) © AI

mación precisa y el estigma que rodea a la enfermedad se encuentran presentes en todo el mundo, en parte debido a los diversos tabúes asociados a la actividad sexual –y en especial a las actividades sexuales entre hombres, a la participación de adolescentes en relaciones sexuales y a las relaciones sexuales extramatrimoniales y comerciales– y al consumo de drogas por vía intravenosa. El miedo y la discriminación que acarrearán la falta de información precisa y la estigmatización constituyen un verdadero obstáculo para la prevención y la asistencia y –allí donde existen– para los programas de tratamiento. El conocimiento inadecuado de la enfermedad y la falta de poder en las relaciones interpersonales comportan un acceso insuficiente a los servicios de prevención del VIH y la incapacidad para llegar a un acuerdo sobre relaciones sexuales seguras.²⁹²

La dimensión de derechos humanos del VIH/sida se percibió de forma temprana en el avance de la pandemia, y el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS señaló el camino del fomento de la protección de los derechos de las personas infectadas. La primera consulta internacional sobre el VIH y los derechos humanos tuvo lugar en Ginebra del 26 al 28 de julio de 1989. En una segunda consulta celebrada en Ginebra en 1996 se llegó a la conclusión de que, cuando se protegen los derechos humanos, el número de personas infectadas disminuye y las personas con VIH/sida y sus familiares pueden sobrellevar mejor el problema.²⁹³ En una tercera consulta se trató el acceso a la prevención, al tratamiento, a la asistencia y al apoyo.²⁹⁴ Los derechos humanos se han debatido y defendido en numerosos foros intergubernamentales, como la Asamblea General y el Consejo de Seguridad de la ONU. Estos debates han dado origen a resoluciones y declaraciones importantes, como la Declaración de Compromiso surgida del Período Extraordinario de Sesiones de la ONU sobre el VIH/sida, celebrado en 2001 y cuyos resultados está previsto que se analicen en 2006.²⁹⁵ En publicaciones de la ONU y de organizaciones no gubernamentales se ha reflejado la preocupación por los derechos humanos, y la protección de los derechos básicos se considera en general un componente esencial de una lucha mundial efectiva contra el VIH.²⁹⁶

Amnistía Internacional considera que los abusos contra los derechos humanos fomentan la pandemia del VIH/sida, que el estigma asociado al VIH/sida acarrea abusos y que las medidas de los gobiernos contra el VIH pueden vulnerar los derechos humanos. Considera también que el respeto de los derechos humanos es un factor esencial para enfrentarse con éxito a la pandemia del VIH y ha esbozado un programa de medidas necesarias para reforzar un enfoque del tratamiento del VIH/sida basado en los derechos.²⁹⁷

Los profesionales de la salud no son inmunes a los prejuicios,²⁹⁸ y se tiene conocimiento de que personas que han solicitado asistencia para problemas relacionados con el VIH han sido objeto de estigmatización y discriminación.²⁹⁹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) observó en 2003 que «se [había] reducido el grado de discriminación relacionada con el VIH/SIDA en los servicios de salud en algunos países», pero persisten con fuerza algunas formas de estigmatización anteriores a la epidemia, como la homofobia.³⁰⁰

LIBIA: CONDENADAS A MUERTE LAS ENFERMERAS BÚLGARAS ACUSADAS DE INFECTAR A PACIENTES CON EL VIH

En mayo de 2004, un tribunal libio condenó a morir fusilados a cinco enfermeras búlgaras y a un médico palestino, acusados de infectar deliberadamente con el VIH a 426 menores en el Hospital Infantil Al Fateh de Bengasi. Entre los acusados figuraban también otro ciudadano búlgaro, que fue condenado a cuatro años de cárcel, y nueve libios, que fueron absueltos. Profesionales de la salud de todo el mundo protestaron contra las declaraciones de culpabilidad y las condenas, incluido el CIE, que «condenó de la forma más enérgica posible» la imposición de condenas de muerte a profesionales de la salud. El médico y las enfermeras llevaban bajo custodia desde 1999. Sin embargo, especialistas en sida que testificaron en el juicio atribuyeron el brote a las malas condiciones higiénicas y a la reutilización de jeringuillas en el hospital. El profesor Luc Montagnier (uno de los dos descubridores del VIH) presentó un informe al tribunal en el que se indicaba que la infección se había iniciado antes de que los ciudadanos extranjeros empezaran a trabajar en el hospital y que se propagó después de que hubieran dejado de hacerlo. En un principio los profesionales de la salud «confesaron» el crimen, pero después se retractaron de sus declaraciones asegurando que las habían hecho bajo tortura. Ocho miembros de las fuerzas de seguridad y otras dos personas cuyos servicios habían solicitado, un traductor y un médico, fueron juzgados como autores de las presuntas torturas y absueltos después, concretamente el 7 de junio de 2005. Los profesionales de la salud apelaron contra la sentencia y el Tribunal Supremo de Libia examinó el caso el 25 de diciembre de 2005. El tribunal anuló las condenas a muerte y ordenó un nuevo juicio ante un tribunal inferior. Éste está previsto para el 13 de junio de 2006.

En los medios de comunicación internacionales se ha especulado mucho sobre la posibilidad de que los gobiernos libio y búlgaro, con la ayuda de la Unión Europea y Estados Unidos, hayan negociado una solución política extrajudicial para el caso de los profesionales de la salud. Funcionarios libios habían dicho que el gobierno conmutaría las penas de muerte si Bulgaria indemnizaba a los familiares de los menores infectados con el VIH. El gobierno búlgaro rechazó públicamente la oferta alegando que aceptarla supondría admitir la culpabilidad de los profesionales de la salud. El 22 de diciembre de 2005, poco antes de celebrarse la vista ante el Tribunal Supremo, Bulgaria, Libia, Estados Unidos, el Reino Unido y la Unión Europea acordaron crear un fondo para apoyar a las familias de Bengasi afectadas por el VIH/sida y contribuir a la modernización de los hospitales.

5.5.1 Proteger la asistencia protegiendo los derechos

Los profesionales de la enfermería y de la partería que atienden profesionalmente a personas con VIH/sida se enfrentan a varios desafíos. Todos los profesionales de la enfermería pueden contribuir a defender los derechos de las personas con VIH/sida y luchar contra la discriminación, que supone un obstáculo para la asistencia. El CIE insta a sus asociaciones nacionales a que

[p]articipen activamente para sensibilizar y formar al público en lo que se refiere al VIH/SIDA; adopten medidas para combatir la violencia contra la mujer, con inclu-

sión de las violaciones, los abusos sexuales, la prostitución infantil y la trata de blancas; contribuyan a proteger los derechos humanos fundamentales de las personas que viven con el VIH/SIDA, y los de sus familias, el público y las enfermeras que se ocupan de quienes viven con el VIH/SIDA.³⁰¹

La Asociación Canadiense de Enfermeros y Enfermeras Especializados en Sida ha pedido que se facilite más formación especializada a los profesionales de la enfermería con el fin de satisfacer las necesidades específicas de los pacientes con VIH/sida. La asociación señaló que la asistencia a los pacientes con VIH/sida requiere un conocimiento en profundidad de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, reducción de daños y cuidados paliativos.³⁰²

Según el ONUSIDA, el consumo de drogas por vía parenteral es una de las causas principales de la propagación del VIH en Europa y Asia Central, donde está en el origen del 80 por ciento de todos los casos. En Oriente Medio, América del Norte, Latinoamérica y el sur y el este de Asia, el VIH afecta a más del 80 por ciento de ciertas poblaciones de consumidores de drogas por vía parenteral.³⁰³ A pesar de estas cifras, se está haciendo muy poco para facilitar el acceso a agujas limpias y materiales de esterilización o para proporcionar puntos de recogida de agujas usadas (véase ejemplo más adelante), medidas recomendadas por el ONUSIDA para combatir la propagación de la enfermedad.³⁰⁴ En un informe del Programa de Desarrollo para Reducción de Daños del Instituto Sociedad Abierta se ha llegado a la conclusión de que eran ineficaces los intentos realizados por Rusia y Ucrania para reducir el consumo de drogas aumentando los gastos en los sistemas de aplicación de la ley en detrimento de las políticas de salud pública.³⁰⁵ Este hecho es especialmente grave si se tiene en cuenta que «la actual epidemia en Rusia y Ucrania se singulariza por el hecho de que la mayoría de las infecciones siguen estando relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral».³⁰⁶

Presos de todo el mundo corren el peligro de infectarse y los presos ya infectados sufren discriminación. En un informe sobre Kazajistán publicado en 2003 por Human Rights Watch³⁰⁷ se describía cómo, hasta 2002, las pruebas obligatorias de VIH para presos preventivos habían obligado a segregarlos en pabellones especiales. Se indicaba también que otros presos corrían el peligro de contraer la enfermedad debido a «las condiciones de hacinamiento, al acceso limitado a servicios de prevención, a los abusos sexuales, a la relaciones sexuales sin medios de protección y al uso compartido de agujas en las cárceles».³⁰⁸ A pesar de estar segregados del resto de la población penitenciaria, no se facilitaba tratamiento a los hombres para su enfermedad. Los profesionales de la enfermería entrevistados en el informe describían los problemas que planteaba la asistencia a los presos seropositivos y hacían notar que los presos se mostraban irritados y agresivos. En ocasiones, la tensión en los pabellones para presos con VIH subía hasta tal punto, que los internos, como protesta, embadurnaban con su propia sangre los pomos de las puertas, se declaraban en huelga de hambre y amenazaban al personal con pincharles con jeringuillas cubiertas de sangre.³⁰⁹

Las características del VIH/sida requieren que los especialistas en salud pública traten cuestiones que antes se orillaban en el discurso sobre la salud pública y que en muchos

CANADÁ: UNA ENFERMERA PUSO EN MARCHA UN CENTRO DE INYECCIONES SEGURAS A PESAR DE LA OPOSICIÓN DEL GOBIERNO

Una enfermera canadiense puso en marcha un centro ilegal de inyecciones seguras en el centro de Vancouver tras intentar en vano en numerosas ocasiones que se abriera un centro oficial. Durante seis meses, Megan Oleson supervisó las inyecciones, enseñó prácticas seguras a los consumidores de drogas y les proporcionó información sobre otros servicios. Mientras estaba todavía dirigiendo el centro, la policía detuvo a Megan y a sus colegas cuando volvían a casa a últimas horas de la noche. Según algunos testigos, dos agentes de policía rociaron a Megan y a otra mujer con un pulverizador de pimienta y las golpearon tan brutalmente que unos transeúntes llamaron a una ambulancia.³¹⁰ Algunos meses después, en septiembre de 2003, se inauguró un centro oficial de inyecciones seguras.³¹¹

En 2004, Megan Oleson recibió el Premio para la Acción sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos, otorgado por la Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida y Human Rights Watch, organización radicada en Nueva York. Una portavoz de la Red de Consumidores de Drogas del Área de Vancouver señaló: «(Oleson) mostró un valor increíble [...]. Una enfermera titulada puede comportarse de un modo socialmente responsable incluso cuando la persiguen».

La Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida comentó que el «éxito [de Megan Oleson] en la movilización y en el aumento de la capacidad de acción de las comunidades frente a una oposición encarnizada ha servido para proteger y promover la salud y los derechos humanos y ha comportado una mayor sensibilización sobre las numerosas cuestiones que afectan a las comunidades vulnerables y abandonadas de Vancouver y de todo Canadá».³¹²

países no son objeto del debate cotidiano de los medios de comunicación, como garantizar agujas limpias a los consumidores de drogas, proteger la salud de las mujeres y los hombres que mantienen relaciones sexuales a cambio de dinero y promover prácticas sexuales más seguras, sobre todo entre las adolescentes. Algunas de estas actividades para la promoción de la salud pueden entrar en conflicto con las leyes y las prácticas de muchos países.³¹³ Se necesita una conciencia mayor de que, para garantizar la asistencia más efectiva a los pacientes, se requiere la protección de las personas que los cuidan, de los educadores y de los defensores de los derechos humanos.

En 2004, Amnistía Internacional informó de que los educadores en VIH de Jamaica y Honduras seguían trabajando a pesar de la hostilidad y los prejuicios, lo que les granjeaba un mayor reconocimiento y apoyo de los activistas locales y de derechos humanos.³¹⁴ En numerosos países, la falta de apoyo a los activistas que trabajan en cuestiones relacionadas con el VIH/sida está bloqueando un debate abierto sobre el VIH y la creación de servicios accesibles y no estigmatizadores para las personas con VIH/sida.

La contención del VIH/sida exige una cooperación internacional efectiva, incluida la económica. Sin embargo, los gobiernos que facilitan ayuda y dinero no deben establecer condiciones que nieguen a las personas el acceso a información vital y a artículos y servicios como condones y medidas para la reducción de daños.

5.5.2 Buenas prácticas en la asistencia relacionada con el sida

En el sur de África, el sida ha alcanzado las proporciones de una crisis y la prestación de una asistencia médica efectiva a los pacientes con VIH/sida sigue siendo un problema importante. La propagación de la enfermedad está consumiendo unos recursos ya de por sí limitados, comprometiendo la capacidad de los trabajadores de la salud para facilitar una asistencia adecuada y poniendo en grave peligro al personal que trabaja en primera línea de contraer el VIH al estar amenazadas las prácticas basadas en precauciones universales. Sin embargo, el ONUSIDA ha llamado la atención sobre varios ejemplos de personas que están dando muestras de una asistencia innovadora y de gran calidad.³¹⁵ (Véase el siguiente recuadro.)

PROYECTOS DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIH/SIDA PARA PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA EN ZAMBIA

Olive Ng'andu se formó como enfermera y partera en la década de los sesenta. En la actualidad dirige un proyecto sobre VIH/sida para profesionales de la enfermería y la partería, puesto en marcha en 2002 para hacer frente a la creciente preocupación sobre la epidemia en la profesión. Con el proyecto, que tiene su sede en las oficinas de la Asociación Zambiana de Enfermería y que está financiado conjuntamente por la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo y la Asociación Noruega de Enfermería, se pretende facilitar a los profesionales de la enfermería y la partería información esencial sobre el VIH/sida, ampliar su capacitación en gestión clínica y prevención del VIH, luchar contra el estigma animando a los profesionales de la enfermería a que se hagan pruebas sobre la infección y apoyar a los profesionales de la enfermería y la partería con VIH/sida. Antes de la puesta en marcha del proyecto, una investigación realizada por la Asociación Zambiana de Enfermería mostró que el conocimiento del virus entre los trabajadores de la salud era limitado. Reveló también que había una sensación generalizada de agotamiento por la falta crónica de recursos. Uno de los objetivos del proyecto es que los profesionales de la enfermería participen en el proceso de educación y formación. Olive Ng'andu comentó: «Los desafíos a los que nos enfrentamos son enormes y los recursos en África son muy escasos; si esperamos a recibir lo que necesitamos, podemos esperar hasta el día del juicio. Creemos que es mejor que nos reunamos entre nosotros y digamos: “Amigos, ¿cómo podemos resolver este problema de la mejor manera posible?”».³¹⁶

El personal de enfermería y la partería puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de buenas prácticas de alimentación infantil en el contexto del VIH/sida (y en general en la sociedad). Desde hace mucho tiempo se ha recomendado la lactancia materna como la mejor fuente de alimentación infantil. Sin embargo, el hecho de que el VIH se pueda transmitir a los bebés a través de la leche materna ha planteado problemas a las personas que aconsejan sobre métodos seguros de alimentación. La OMS ha llegado a la conclusión de que las mujeres con VIH deben evitar por completo la lactancia materna cuando la alimentación sustitutiva sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.³¹⁷ En caso contrario, se recomienda que se abandone pronto y con rapidez la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y se sustituya con una alimentación alternativa. Aunque se debe facilitar asesoramiento a las madres seropositivas sobre las opciones de alimentación infantil, debe intentarse también que la población en general tenga una imagen y una actitud positiva respecto a la lactancia materna. Asimismo, debe evitarse que las madres que sean seronegativas o que no conozcan su estado respecto al VIH utilicen sin necesidad sustitutos de la leche materna. Los trabajadores de la salud pueden contribuir a reducir los índices de transmisión posnatal del VIH y aumentar las tasas de supervivencia infantil facilitando información precisa sobre alimentación infantil a las madres con el VIH. Sin embargo, es posible que algunos consideren que las actuales recomendaciones no coinciden con sus valores y prácticas, en especial cuando hay un elevado grado de desnutrición en la sociedad.³¹⁸ Se necesita trabajar más en la promoción de buenas prácticas y en el apoyo a los profesionales de la salud locales y a las madres a las que atienden.³¹⁹

5.5.3 Los profesionales de la enfermería y de la partería con VIH/sida y las personas que corren peligro de contagio

Al igual que en la población en general, la propagación del VIH está aumentando también entre el personal sanitario. En un estudio realizado en Sudáfrica se ha calculado que aproximadamente el 20 por ciento de auxiliares de la salud con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años tenía el VIH y que un 13 por ciento de profesionales médicos, profesionales de la enfermería y otros profesionales de salud padecían la enfermedad.³²⁰ En Sudáfrica, entre 1997 y 2001, los profesionales de la enfermería registrados en el Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Sudáfrica disminuyó un 6,7 por ciento. En un estudio efectuado en Sudáfrica se recomendaba que se formara a más estudiantes para contrarrestar el consiguiente descenso de profesionales de la enfermería.³²¹

En un intento de proteger la salud y la seguridad de los profesionales de la salud, la OIT y la OMS han establecido unas directrices para promover la disponibilidad de personal médico eficiente y en buenas condiciones de salud.³²² Las recomendaciones se centran en la prevención de los riesgos de transmisión, en el diálogo social entre las partes interesadas, en la educación y en la información precisa y frecuente, en las cuestiones de género y en la experiencia y en los riesgos concretos de las mujeres que trabajan en establecimientos de asistencia médica. Según el CIE, el personal de enfermería debe tener acceso a información sobre la prevención del VIH/sida y a materiales y equipos de protección. Asimismo, se les debe vigilar y facilitar asistencia adecuada después

de haber estado expuestos al virus, incluidas documentación y primeros auxilios inmediatos.³²³ Sin embargo, está lejos de ser universal el acceso de los profesionales de la enfermería a profilaxis después de haber estado en contacto con el virus, y se ha hecho notar la renuencia de los profesionales de la salud a informar de que han estado expuestos a la enfermedad durante su trabajo o a tomar medicación profiláctica.³²⁴

Los profesionales de la enfermería y la partería seropositivos tienen derecho a recibir asesoramiento confidencial y el tratamiento necesario para proteger de forma óptima su salud y la de las personas a las que atienden. En los casos en los que sea necesario por razones médicas, se pueden modificar sus obligaciones con el fin de reducir los riesgos para sus pacientes y para ellos mismos. Debe protegerse también de la discriminación, como la pérdida de la vivienda o del trabajo.³²⁵

En países con una elevada incidencia de la enfermedad no siempre será fácil conseguir un equilibrio entre los riesgos que corre el personal de enfermería y las necesidades de tratamiento de los pacientes. En Zambia, por ejemplo, la elevada incidencia del VIH y de la tuberculosis asociada al virus puede acarrear que los profesionales de la enfermería (en especial los seropositivos) se muestren remisos a tratar a pacientes con tuberculosis, debido al riesgo real de contraer la infección. Entre las iniciativas para reducir los riesgos de los profesionales de la enfermería y de los pacientes se encuentran la prestación de tratamiento ambulatorio, sobre todo en las zonas urbanas del país; la reducción de la congestión de los centros de salud; la garantía de una dispensación ininterrumpida de quimioterapia con supervisión, y la reducción del volumen de trabajo del personal sanitario.³²⁶

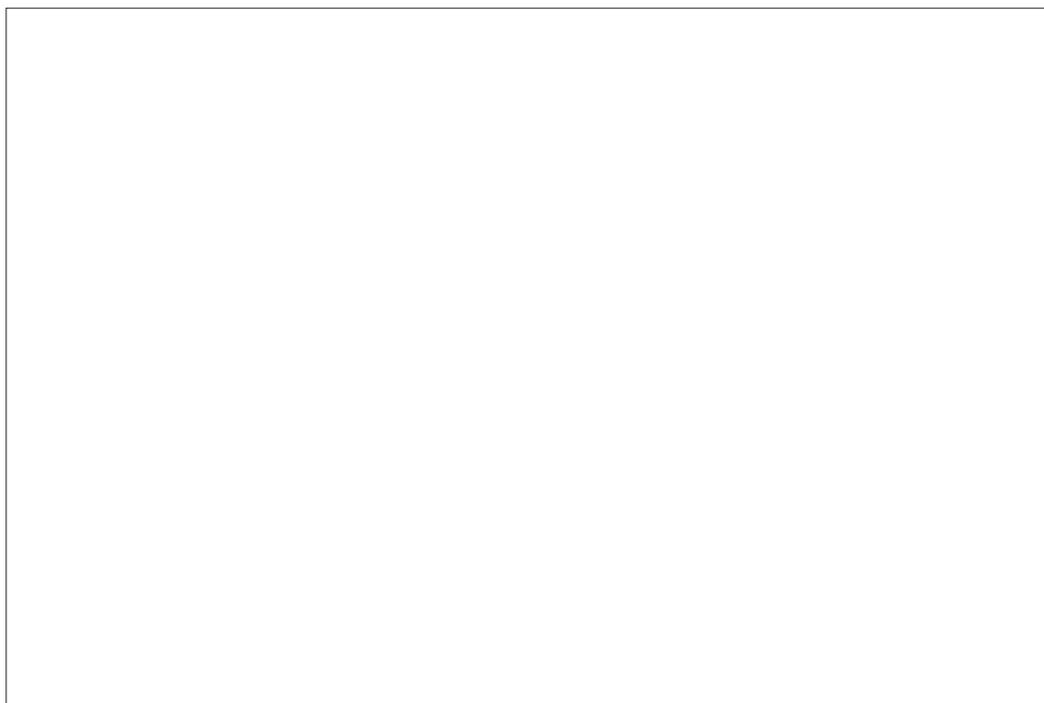
5.6 OTRAS CRISIS DE SALUD EXISTENTES O POTENCIALES

5.6.1 La tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo un motivo de preocupación en todo el mundo. Según una investigación realizada en 2005 por la OMS, en 2003 había 15,4 millones de casos en el mundo, de los que 8,8 millones eran nuevos. De estos 8,8 millones de personas, 674.000 estaban infectadas también con el VIH. Se calcula que en 2003 murieron 1,7 millones de personas de tuberculosis, incluidas 229.000 que tenían también el VIH,³²⁷ y se estima que en 2002 murieron dos millones. Se calculaba que en 2004 se habían producido 8,9 millones de nuevos casos y que 1,7 millones de personas habían muerto por la enfermedad.³²⁸

La creciente epidemia de VIH en Europa oriental y en China incrementará también el número de personas con tuberculosis por infección del VIH. En la actualidad, la tuberculosis es una de las principales causas de muerte entre las personas con VIH/sida.³²⁹

Los profesionales de la enfermería que trabajan en la asistencia primaria suelen ser los primeros en identificar y tratar las enfermedades presuntamente infecciosas. En algunos entornos, los programas sobre tuberculosis pueden estar dirigidos por profesionales de la enfermería que, por ocupar puestos clave, están en condiciones de defender programas de control de la tuberculosis.³³⁰ El CIE ha publicado unas directrices para los



Enfermeras en un hospital para tuberculosos de Nukus, en la region uzbeka de Karakalpakstán, que tiene la tasa más alta de tuberculosis de la ex Unión Soviética.
© Panos 2000

profesionales de la enfermería relacionadas con la asistencia centrada en el paciente mediante tratamiento directamente observado de corta duración de la tuberculosis.³³¹

La OMS informó en 2005 de que 182 países habían empleado estrategias de tratamiento directamente observado de corta duración durante 2003 y que, como resultado de ellas, la incidencia mundial de la tuberculosis había descendido un 5 por ciento entre 2002 y 2003. En el mismo informe se hacía notar que en 2003 la incidencia mundial de la tuberculosis había descendido o se había mantenido estable en cinco de las seis regiones de la OMS, con la excepción de África, donde había aumentado más rápidamente en zonas azotadas por el VIH. El balance neto es que la incidencia mundial de la tuberculosis está aumentando un 1 por ciento cada año.³³² En el Día Mundial de la Tuberculosis de 2006 se anunció un aumento de los casos de tuberculosis resistentes a los medicamentos, lo que pone de manifiesto el creciente riesgo planteado por la enfermedad. La tuberculosis en las cárceles sigue siendo un grave motivo de preocupación.

5.6.2 La gripe aviar

En 2005, la propagación del virus de la gripe aviar alcanzó proporciones de epidemia entre las aves de China, Camboya, Indonesia, Tailandia y Vietnam. En su forma más grave –la gripe aviar altamente patógena (GAAP)– puede ser mortal el primer día en que aparecen los síntomas. Los primeros casos de que se tuvo noticia correspondían a esta modalidad y afectaron a aves domésticas, patos, cerdos, tigres y a algunos seres humanos en Asia durante finales de 2004.³³³

La OMS e investigadores médicos han predicho que, si el virus de la gripe aviar muta y se vuelve contagioso para los seres humanos por transmisión directa, podría producirse una pandemia mundial.³³⁴

Al tratar enfermedades transmisibles, los profesionales de la enfermería corren también el riesgo de contraerlas. En Hanoi (Vietnam) se confirmó que dos profesionales de la enfermería habían contraído el virus de un paciente, que se lo había transmitido al parecer a otros miembros de su familia.³³⁵ Según la OMS, a fecha 3 de abril de 2003, se tenía conocimiento de que 190 personas habían contraído la enfermedad en Camboya, China, Indonesia, Turquía y Vietnam desde finales de diciembre de 2003 y que en estos casos la tasa de mortalidad había superado el 50 por ciento.³³⁶ En la inmensa mayoría de estos casos, el virus lo había transmitido directamente un ave infectada.

Entre las medidas recomendadas por la OMS para combatir la propagación de la enfermedad se encuentran la formulación de un plan contra la pandemia de la gripe, al que pueden contribuir profesionales de la enfermería y representantes de asociaciones del sector.³³⁷ Estas medidas tienen consecuencias para los derechos humanos, tanto desde el punto de vista de su adecuación para la protección del derecho a la vida y a la salud de la población como respecto a la proporcionalidad y el respeto de los derechos civiles y políticos individuales, entre ellos el derecho de asociación y circulación.

5.6.3 Otras infecciones agudas

5.6.3.1 El síndrome respiratorio agudo y grave (SRAG)

El primer caso de SRAG se comunicó en China en marzo de 2003, lo que hizo pensar que la posible infección se había producido en febrero de 2003 o incluso en noviembre de 2002.³³⁸ Generó alarma a escala mundial y provocó la aplicación de drásticas medidas de control en muchos países. Los trabajadores de la salud fueron uno de los primeros grupos de población que contrajo la infección. En 2003, el CIE observó que la aparición del SRAG podía crear inquietud entre los profesionales de la enfermería por la posibilidad de verse infectados, así como acarrear que sus comunidades y sus familiares los condenaran al ostracismo por el miedo a contraer la enfermedad.³³⁹ En Taiwán, durante ese mismo año, más de 160 trabajadores sanitarios renunciaron a sus puestos de trabajo o se negaron a tratar a pacientes con SRAG en los hospitales, lo que da idea de la preocupación que reinaba en la sociedad. El gobierno reaccionó amenazando con retirarles sus licencias profesionales.³⁴⁰ En Canadá, profesionales de la enfermería de Toronto se negaron a trabajar en los pabellones dedicados a enfermos con

SRAG y pidieron que se realizara un estudio oficial sobre el tratamiento de la epidemia.³⁴¹ El gobierno chino puso en marcha medidas draconianas para controlar el SRAG, como la amenaza de la pena de muerte para las personas que vulneraran las leyes de salud pública.³⁴²

En un Documento de Trabajo del Programa de Actividades Sectoriales publicado por la Oficina Internacional del Trabajo se indicaban una serie de medidas para contrarrestar las repercusiones de la epidemia en el entorno laboral del sector de la salud. Entre ellas figuraban las siguientes: divulgación de información en el momento oportuno, formación práctica de los profesionales de la salud para impedir la propagación del SRAG, participación de éstos en la evaluación y control de riesgos, atención especial a los trabajadores mayores y a las personas con defensas bajas, atención a los establecimientos pequeños y a los sectores rurales, apoyo social y psicológico a los pacientes de SRAG y participación de todos los trabajadores en la elaboración de normas sobre salud y seguridad en el trabajo. En el documento se indicaba que las estrategias a largo plazo sobre salud pública, como el desarrollo del personal, contribuirían a combatir en el futuro el SRAG y otras enfermedades hasta ahora desconocidas.³⁴³

5.6.3.2 Otras enfermedades

La aparición ocasional del virus Ébola (muy mortal y que causa la muerte en el 50-90 por ciento de todos los pacientes que presentan síntomas) o de otros virus hemorrágicos ocasiona graves riesgos a la población y al personal sanitario que se ocupa de los enfermos. El Ébola provoca mucho miedo en las comunidades afectadas y ocasiona un grave peligro al personal de enfermería cuando éste no adopta las precauciones apropiadas para el control de la infección ni los procedimientos de protección adecuados.³⁴⁴ Este hecho pone de relieve la necesidad de facilitar información detallada y estrategias de protección a los trabajadores sanitarios, así como información a la comunidad.

5.6.4 El personal de enfermería y los desastres naturales

El maremoto que asoló el sur y el sudeste de Asia el 26 de diciembre de 2004³⁴⁵ y el huracán que causó grandes daños en la ciudad de Nueva Orleans y en la zona circundante del sur de Estados Unidos en agosto de 2005³⁴⁶ ilustraron los efectos devastadores de los desastres naturales para las comunidades y el bienestar individual. Situaciones como éstas pusieron también de relieve la interrelación entre los derechos humanos y la política de los gobiernos en el contexto de las crisis humanitarias, como la discriminación en la prestación de asistencia urgente a las víctimas de los desastres naturales. Estas situaciones repercuten en el papel, la capacidad y la responsabilidad del personal de enfermería cuya intervención se solicita en los desastres. Los profesionales de la enfermería que trabajan sobre el terreno pueden facilitar asistencia, pero también información a los equipos que se ocupan de la gestión de los desastres. La asistencia sanitaria y otras ayudas de emergencia deben basarse en los principios de derechos humanos: deben estar disponibles y ser adecuadas, aceptables y de buena calidad. Deben prestarse también de un modo no discriminatorio.³⁴⁷

Pakistán. Una enfermera trata a una niña herida durante el terremoto que asoló la región de Cachemira el 21 de noviembre de 2005. © Paktribune



5.7 MIGRACIÓN Y ASILO

5.7.1 Profesionales de la enfermería, refugiados y solicitantes de asilo

Los solicitantes de asilo y los refugiados no forman un grupo homogéneo y tienen multitud de necesidades sanitarias debido a sus orígenes y a sus experiencias vitales diferentes, así como a sus experiencias distintas durante la huida y antes de ella.³⁴⁸ Además, las necesidades sanitarias de los refugiados y de los solicitantes de asilo diferirán en función de su edad y género. La condicional social, étnica o de otro tipo puede dar origen también a factores que repercutan en las necesidades sanitarias de las personas. Sin embargo, los profesionales de la salud se encuentran con ciertos problemas comunes a muchos refugiados y solicitantes que pueden haber sufrido las consecuencias mentales y físicas de la tortura, como dolores físicos crónicos, depresión y trastornos de estrés postraumático. Otros traumas, como la pérdida o separación de la familia, la observación de actos de violencia o la intervención en acciones militares, pueden tener también efectos perjudiciales para la salud. Además, muchas mujeres y niñas han sufrido violencia de género, como violaciones, sobre todo en los conflictos armados.

Sin embargo, es importante hacer notar que no todos los síntomas de malestar psicológico suponen una enfermedad mental. Varios analistas han subrayado que las reacciones ante las dificultades del exilio constituyen frecuentemente una reacción normal

frente a una experiencia estresante y que la asistencia no debe llegar al punto de diagnosticar a los solicitantes de asilo enfermedades que podrían estigmatizarlos todavía más.³⁴⁹ Sin embargo, si no se trata en el país de asilo, la salud física y mental de estas personas puede empeorar y agravarse por la situación en la que pueden encontrarse. Entre los factores de estrés se encuentran la falta de acceso a un nivel de vida adecuado, como malas condiciones de alojamiento, incertidumbre prolongada sobre la condición de asilo, desconocimiento del paradero de familiares y amigos, aislamiento social e incluso falta de acceso a asistencia sanitaria.³⁵⁰

En muchos campos para refugiados de África, la interrupción de la provisión de comida del Programa Mundial de Alimentos o de otros organismos ha acarreado que muchos miles de refugiados sufran una desnutrición grave.³⁵¹ En la frontera entre Tailandia y Myanmar, los trabajadores migrantes y los refugiados o solicitantes de asilo birmanos que viven fuera de los campos para refugiados suelen tener un acceso deficiente a asistencia sanitaria en Tailandia. Aunque los migrantes que han solicitado oficialmente un permiso de trabajo pueden recibir en principio asistencia sanitaria primaria en los centros de salud pública por 30 bahts (menos de un dólar estadounidense), suelen optar por la asistencia médica privada, pues afirman que los trabajadores sanitarios tailandeses los discriminan. Los birmanos que viven en campos para refugiados cerca de la frontera entre Tailandia y Myanmar suelen gozar de una excelente asistencia sanitaria debido a la presencia de varios organismos de ayuda internacional. En algunas zonas fronterizas, organizaciones no gubernamentales internacionales y birmanas han puesto en marcha pequeñas clínicas para atender a la población en peligro. En Tailandia, los birmanos son más proclives a padecer enfermedades transmisibles, como la malaria o la tuberculosis, debido en parte a la falta de asistencia médica en la frontera.³⁵²

Como profesionales sanitarios que trabajan en primera línea, los enfermeros y enfermeras se encuentran con frecuencia en la necesidad de tratar a refugiados y solicitantes de asilo recién llegados. Debido a las diferencias idiomáticas y a las distintas normas culturales, pueden verse incapaces de facilitar la asistencia adecuada. Los gobiernos deben prever una asistencia sanitaria que tenga en cuenta estas diferencias culturales, como la traducción de la información sanitaria dirigida a satisfacer las necesidades especiales de los solicitantes de asilo y la presencia de intérpretes sobre el terreno. En algunos países, los solicitantes de asilo pueden desplazarse a otros asentamientos, por propia iniciativa o por decisión de las autoridades; por ello, innovaciones como los historiales médicos transportables, que los pacientes pueden llevar consigo, pueden ayudar también al personal de enfermería y a otros profesionales de la salud.

El personal de enfermería forense desempeña un papel específico en la detección y evaluación de abusos y torturas cometidos en el pasado. La prestación de estos servicios requiere un buen conocimiento de las creencias y prácticas sanitarias de otras culturas y una documentación exhaustiva de los indicios. Al describir lesiones o actos de tortura, los pacientes pueden suscitar en los profesionales reacciones de incredulidad, malestar o indignación. Por esta razón, los profesionales de la enfermería deben ser objeto de supervisión, formación y apoyo de forma periódica.³⁵³

AUSTRALIA: UN ENFERMERO NO PUEDE CUMPLIR CON SU OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR ASISTENCIA A LOS SOLICITANTES DE ASILO DETENIDOS

En un informe presentado al Comité de Investigación de Menores en Centros de Detención para Inmigrantes de la Comisión de Derechos Humanos e Igualdad de Oportunidades, Wayne Lynch, que trabajaba como enfermero titulado y después como asesor en el centro de detención de Woomera, hacía notar que no podía facilitar la asistencia adecuada a los detenidos porque no disponía de oficina ni de intérprete y porque tenía mucho trabajo (dado que era el único asesor del personal y de los detenidos, cuyo número ascendía a 1.000). El personal tampoco seguía sus recomendaciones. Hacía las siguientes afirmaciones:

En dos ocasiones, los guardias abusaron físicamente de un niño de 10 años. Al no tomar la dirección ninguna medida contra ellos, señalé que se trataba de un caso de abusos contra un menor y recomendé que se informara a los Servicios de Familia y Juventud. La dirección me dijo que si lo hacía me vería en muchos problemas.

Un detenido de 26 años se estaba produciendo daños continuamente (se hacía cortes y se tragaba trozos de vidrio). Lo habían esposado a una cama de la habitación y requería un nivel excepcional de sedación por vía intravenosa e intramuscular. La dirección pretendía que se le administrara en el establecimiento bajo observación del personal de enfermería y no aceptaba que se le excarcelara para llevarlo a un hospital. Al final el responsable médico estuvo de acuerdo conmigo y pudimos conseguir que lo trasladaran a un hospital para que recibiera el tratamiento adecuado.

Una mujer de 60 años con problemas neurológicos no fue trasladada a un hospital en contra de los consejos del personal médico y de enfermería. La dirección creía que era algo psicossomático. Al final, a la detenida se le diagnosticó una apoplejía y fue trasladada a Villawood.

Me enfrenté a frecuentes problemas por parte de la dirección, del DIMA [Departamento de Inmigración y de Asuntos Multiculturales] y de los guardias, que argumentaban que los síntomas de mala salud mental y física que presentaban los detenidos eran algo psicossomático y una estratagema para salir del centro y que no convenía trasladarlos o derivarlos a otros servicios.»³⁵⁴

Además de los problemas de salud que se pueden encontrar los refugiados y los solicitantes de asilo, las políticas de asilo cada vez más restrictivas pueden influir en la capacidad de asistencia de los profesionales de la enfermería. En el caso que se describe más adelante, el sistema de asilo mermó con frecuencia la capacidad de un enfermero para cumplir con su obligación de facilitar asistencia.

En algunas jurisdicciones, los solicitantes de asilo se enfrentan a una reclusión indefinida mientras se lleva a cabo el proceso de evaluación de la solicitud. La reclusión puede prolongarse durante varios años –sin que el solicitante de asilo disponga de información sobre cómo ni cuándo acabará–, lo que puede acarrear un grave deterioro de la salud mental de los detenidos.³⁵⁵

PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA QUE HAN DEJADO DE EJERCER SU PROFESIÓN

En Estados Unidos hay unos 500.000 profesionales de la enfermería que no ejercen su profesión, en Sudáfrica 35.000, en Irlanda 15.000 y en Kenia 4.000.

(Oulton J. Inside View. *International Nursing Review* 2004, p. 200.)

5.7.2 Los profesionales de enfermería y partería refugiados: transferencia de conocimientos

Numerosos refugiados cuentan con formación profesional en asistencia sanitaria. En países de todo el mundo, estos conocimientos no se aprovechan o se utilizan de forma inadecuada en el país anfitrión. En 2003, en la base de datos recopilada por la Asociación Médica Británica figuraban 839 profesionales de la medicina refugiados en el Reino Unido.³⁵⁶ En muchos casos, a estos profesionales les resultaba difícil encontrar información, aprobar los exámenes de convalidación del Consejo General de Medicina y encontrar puestos de trabajo en el campo de la asistencia sanitaria.³⁵⁷ A numerosos profesionales de la salud refugiados no se les permite contribuir con sus conocimientos al país de asilo, debido en parte a que en muchos casos no están en condiciones de llevar consigo durante la huida los documentos que acreditan esos conocimientos. Y cuando han podido hacerlo, muchos se encuentran con que el país de asilo no reconoce su validez. Sin embargo, poco a poco se está reconociendo la capacidad de los trabajadores sanitarios refugiados para ocupar puestos de trabajo en los servicios sanitarios del país anfitrión; a continuación se señalan algunos ejemplos de buenas prácticas.

En Lisboa, en septiembre de 2004, la sección portuguesa del Servicio Jesuita a Refugiados puso en marcha un proyecto para apoyar a los profesionales de la enfermería refugiados. Su objetivo era apoyar al personal de enfermería que no procedía de países de la Unión Europea y cuya cualificación académica no se ajustaba a la de los profesionales de Portugal para que les reconocieran sus títulos. El Servicio Jesuita a Refugiados comentó que el programa había contribuido a reducir la escasez de profesionales de la enfermería en Portugal. Al final de 2004, 10 profesionales de la enfermería estaban recibiendo formación en hospitales y establecimientos sanitarios. Otros 174 habían solicitado participar en el programa.³⁵⁸



Noruega. Sara, migrante somalí, trabaja como matrona en uno de los principales hospitales de Oslo. © Panos 2003

En el Reino Unido, organizaciones de refugiados, agencias de empleo y autoridades sanitarias locales están trabajando también para promover la integración de los refugiados en las plantillas de enfermería. En 2004, el gobierno británico anunció un aumento de los fondos destinados al Grupo Conductor para Profesionales de la Salud Refugiados, organismo creado en 2001 para facilitar formación y apoyo a los profesionales de la salud refugiados. Entre los proyectos de este organismo figuran cursos de idiomas, cursos de capacitación clínica, clubes laborales para proporcionar formación sobre entrevistas de trabajo y sistemas de observación de otros profesionales de la enfermería en el puesto de trabajo, y mecanismos de incorporación temporal.³⁵⁹ En el Reino Unido, la Iniciativa de Leeds para Profesionales de la Enfermería del Extranjero, que forma parte de la Fundación del Servicio Nacional de Salud de los Hospitales de Leeds, ha elaborado un programa de formación destinado a los profesionales de la enfermería refugiados. El programa, que es gratuito y tiene una duración de 12 semanas, va dirigido a los refugiados que han recibido formación sanitaria o de enfermería en sus países de origen y su objetivo es mejorar sus conocimientos de inglés, aumentar su comprensión de las funciones de los profesionales de la enfermería y de otros profesionales sanitarios del Servicio Nacional de Salud, y darles la confianza precisa para

progresar en su formación profesional. El coordinador de educación y el fundador del proyecto han observado que los refugiados son un recurso que el Servicio Nacional de Salud no ha explotado todavía.³⁶⁰

5.7.3 La migración del personal de enfermería y partería

La migración internacional es un fenómeno complejo y suele tener por origen factores sociales, políticos y económicos, sobre todo sueldos bajos y malas condiciones y perspectivas laborales. Puede tener resultados positivos para las personas que migran y repercutir en la capacidad del sector sanitario del país de origen y de acogida. Es un fenómeno con interacciones complejas con los principios de los derechos humanos.³⁶¹ Se debe proteger el derecho de los profesionales de la salud a migrar con el fin de conseguir mejores condiciones laborales y mejorar su capacitación.³⁶²

Entre las razones mencionadas por los profesionales de la enfermería y de la partería para emigrar se encuentran las siguientes: bajos salarios y remuneración insuficiente, perspectivas profesionales limitadas, sensación de que su país o su sistema sanitario no respeta ni valora a los trabajadores sanitarios como es debido, preocupación por la deficiente dirección y gestión del sistema de salud y preocupación por las deficientes prestaciones y perspectivas de jubilación.³⁶³ El hecho de que la comunidad internacional no apoye el desarrollo de sistemas de salud y la formación de personal en países con pocos recursos forma parte del problema, así como las deficientes políticas de algunos gobiernos para contratar y retener a los profesionales de la salud.

El problema de la disminución del personal cualificado de enfermería y partería en los países en vías de desarrollo, fenómeno que se ve acompañado de un aumento de la contratación activa de personal cualificado de estos países por los empleadores que padecen escasez de profesionales de la enfermería en los países ricos, se suele atribuir a la migración. Sin embargo, es una consecuencia evidente de las desigualdades entre los países de origen y de destino³⁶⁴ y éste es el problema que hay que abordar. Los profesionales de la salud que afluyen a países con elevados niveles de renta puede representar un porcentaje importante del personal del sector sanitario. Según el Consejo de Profesionales de la Enfermería y de la Partería del Reino Unido, más de una tercera parte de los profesionales de la enfermería que acceden por primera vez al sistema de salud británico se formaron en el extranjero.³⁶⁵ La repercusión de la emigración en los países de origen suele ser mucho mayor que en los países de destino. Por ejemplo, el número de profesionales de la enfermería de Mauricio que obtuvieron permisos de trabajo en el Reino Unido en 2002 constituyó un porcentaje ínfimo de los profesionales de la enfermería registrados en el Reino Unido, pero representó casi el 14 por ciento del personal de enfermería de Mauricio.³⁶⁶

En la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2004, se adoptó una resolución en la que se instaba a los Estados miembros a desarrollar estrategias y medios encaminados a

mitigar los efectos adversos de la migración de personal sanitario y a reducir al mínimo sus repercusiones negativas en los sistemas de salud; [y] mitigar los efec-

tos adversos de las pérdidas de personal sanitario en los países en desarrollo debidas a la migración, con inclusión de medios para que los países receptores apoyen el fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en los países de origen [...].³⁶⁷

El CIE, en su declaración de posición *Permanencia, transferencia y migración de las enfermeras*, «reconoce el derecho de cada enfermera a emigrar» y «reconoce también las posibles consecuencias negativas de la migración internacional sobre la calidad de atención de salud». Condena la práctica de la contratación de enfermeras de países cuyas autoridades no han resuelto la planificación de los recursos humanos y los problemas que sufren las enfermeras.³⁶⁸ La Confederación Internacional de Matronas ha abordado también la cuestión de la migración del personal de partería, tratando de equilibrar los intereses de las profesionales y de los sistemas de salud de los que proceden.³⁶⁹

Los países de origen deben velar por que los fondos que se les facilite, incluida la ayuda al desarrollo procedente del extranjero y dirigida a la asistencia médica, se utilicen en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas sanitarios, garantizando que los profesionales de la salud gocen de unas condiciones de trabajo justas, favorables y dignas³⁷⁰ y reforzando con este fin los derechos y la estimación personal del personal sanitario. Asimismo, los países de destino pueden trabajar para facilitar una compensación adecuada al personal internacional y adoptar medidas de contratación que animen a los trabajadores nacionales a formarse como profesionales sanitarios.³⁷¹ Se ha recomendado también que se contrate exclusivamente a profesionales de países con un excedente de personal³⁷² y que se planifiquen intercambios para facilitar el trabajo en el extranjero de trabajadores de países desarrollados o en vías de desarrollo.³⁷³

Algunos analistas han recomendado que se incorpore una dimensión ética a las políticas de contratación de profesionales de la salud en los países con una renta elevada con el fin de estimular las buenas prácticas. El gobierno británico ha adoptado un código de conducta para la contratación de profesionales de la salud en el extranjero,³⁷⁴ aunque se ha criticado por inadecuado.³⁷⁵

Después del Congreso del CIE celebrado en Taiwán en mayo de 2005, la Comisión de Titulados de Escuelas de Enfermería Extranjeras y el CIE pusieron en marcha el Centro Internacional para la Migración de las Enfermeras. El centro tiene como objetivo facilitar «un recurso internacional para el desarrollo, la promoción y la difusión de la investigación, de la política general y de la información sobre la migración de las enfermeras».³⁷⁶ Se han hecho además llamamientos internacionales para que se cree un organismo internacional que regule y coordine la migración con el fin de impedir la explotación y garantizar el respeto de los derechos de los trabajadores de la salud.³⁷⁷ Varios autores se han hecho eco de estas recomendaciones.³⁷⁸

Los Estados deben garantizar la protección de los derechos de los trabajadores de la salud que cruzan las fronteras, incluido el derecho a no sufrir discriminación en los países de destino.³⁷⁹ Además, la comunidad internacional debe garantizar que los países en desarrollo estén en condiciones de proporcionar a la población un servicio de salud adecuado, facilitándole, por ejemplo, recursos de desarrollo adicionales y específicos con

el fin de aumentar la capacidad de los sistemas sanitarios. Estas iniciativas no deben basarse en el principio de restringir la capacidad de circulación, sino en el de asegurar la igualdad en la asistencia sanitaria y garantizar que todas las personas disfruten de acceso al derecho a una salud adecuada.³⁸⁰ El acceso equitativo a la asistencia sanitaria de todas las personas sigue siendo difícil, pero constituye un objetivo esencial para los países de origen y destino.³⁸¹

NOTAS

236 Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm. Consultado el 27 de febrero de 2006.

237 El Comité está compuesto por 18 expertos independientes que no son nombrados en representación de un Estado sino a título individual. Su observación interpretativa –Observación general Nº 14– sobre el derecho a la salud constituye una declaración autorizada sobre el alcance de este derecho. Véase la Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.sp](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.sp).

238 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14, párr. 8. Véase la nota 237.

239 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, núm. 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

240 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14, párr. 9. Véase la nota 237.

241 *Ibíd.*, párr. 11. Véase la nota 237.

242 *Ibíd.*, párr. 12.a. Véase la nota 237.

243 *Ibíd.*, párrs. 17 y 54. Véase la nota 237.

244 Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de la ONU. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>.

245 En 1994, durante la Cumbre sobre el Sida celebrada en París, 42 gobiernos reconocieron conjuntamente la necesidad de una mayor participación de las personas con VIH/sida en las medidas contra la pandemia. Este reconocimiento fue conocido después como el principio GIPA («greater involvement of people living with HIV/AIDS») [«mayor participación de las personas con VIH/sida»].

246 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 3, párr. 9.

247 Hunt P, Nowak M *et al.* *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004.

248 Constitución de la República de Sudáfrica, capítulo 2, art. 27. Disponible en <http://www.polity.org.za/html/govdocs/constitution/saconst.html> (en inglés).

249 Constitución de la India. Véase Parte III en <http://www.constitution.org/cons/india/const.html> (en inglés).

250 *M.C.Mehta v. Union of India* (1999) 6 sección 9, párr. 1.

251 Organización Mundial de la Salud. *Health and Human Rights*. Véase <http://www.who.int/hhr/en/>.

252 Khan I. Secretaria general de Amnistía Internacional. Discurso ante el XV Congreso Internacional sobre el VIH/sida, Bangkok, julio de 2004.

253 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14, párr. 18. Véase la nota 237.

254 El art. 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales especifica el derecho de las personas a disfrutar de los beneficios de los avances científicos y de sus aplicaciones.

255 ONU. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Adoptada por la Asamblea General en virtud de la Resolución 34/180 de 18 de diciembre de 1979 (entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981). Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm.

- 256 Véase el texto en el Apéndice 2.
- 257 Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington: National Academies Press, 2003.
- 258 Kim J, Motsei M. «Women enjoy punishment»: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science and Medicine* 2002; 54:1243-54.
- 259 Gürsoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nursing Ethics* 2003; 10: 485-96.
- 260 Center for Reproductive Law and Policy. *State of denial: adolescent reproductive rights in Zimbabwe*. Nueva York, 2002.
- 261 Recomendación general N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 1.
- 262 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14. Véase la nota 237.
- 263 Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Disponibles en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>. Para un examen de la ONU de los avances conseguidos, véase ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2005*. Nueva York, 2005. Disponible en http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf.
- 264 CIE. *Enfermería y desarrollo. Documento de base para las políticas*. Disponible en <http://www.icn.ch/paper1sp.pdf>.
- 265 Amnistía Internacional ha establecido una serie de principios esenciales para defender los derechos humanos en el contexto de la privatización, incluida la de la asistencia médica. Véase *Human Rights and Privatization*. Londres: POL 34/003/2005. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/engpol340032005>; véase también CIE. Declaración de posición, *Servicios de salud asequibles financiados por el sector público*. Ginebra. Revisada en 2001. Disponible en <http://www.icn.ch/psfundedsp.htm>). Consultado el 24 de mayo de 2006.
- 266 OMS. *Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería 2002-2008*. Véase la nota 51.
- 267 Véase el Apéndice 2.
- 268 Art. 16.1.e.
- 269 Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24.2.d.
- 270 *Informe 2005: Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: ONU, p. 22. Disponible en http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf.
- 271 *Ibíd.*, p. 23.
- 272 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14, párr. 12.b.iii (la cursiva es nuestra; véase la nota 237).
- 273 *Ibíd.*, párr. 26.
- 274 Observación general N° 5 del Comité de los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003, párr. 43. Disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.5.sp](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.5.sp).
- 275 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Véase la nota 237.
- 276 *Ibíd.*, párr. 52.
- 277 *Ibíd.*, párr. 36.
- 278 *Ibíd.*, párr. 12.a.
- 279 Daley MR. Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare* 1979; 5: 443-450.
- 280 Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics* 2002; 9: 373-87.
- 281 Organización Mundial de la Salud: *Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería*. Véase la nota 51.

282 Schwarz T. PTSD in nurses: on-the-job trauma may be driving nurses from the profession [editorial]. *American Journal of Nursing* 2005; 105(3): 13.

283 Comunicado de prensa del CIE. El estigma, la discriminación y la conspiración del silencio favorecen la epidemia del SIDA, 2 de diciembre de 2002, en el que se hace notar que «un entorno de trabajo desfavorable y con presiones causa fatiga y agotamiento del personal».

284 Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, septiembre de 2004, 61; 9: 764-768.

285 Pischke-Winn KA, Andreoli KG, Halstead LK (eds.). *Students with Disabilities: Nursing Education and Practice. Proceedings Manual*. Basado en una conferencia celebrada el 10-11 de abril de 2003 en Chicago (Illinois) y patrocinada por el Rush University College of Nursing y el Rush University Medical Center. El índice y el prefacio están disponibles en <http://www.rushu.rush.edu/nursing/disable/opening.pdf>.

286 Las Normas Uniformes de la ONU sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, adoptadas en 1993, son el instrumento internacional actualmente vigente (aunque no vinculante) sobre el aumento de las oportunidades para las personas discapacitadas. En el momento de redactarse este informe se está debatiendo un convenio internacional vinculante sobre discapacidad. Véase la documentación en el sitio web *Enable* de la ONU: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/index.html>. Consultado el 19 de octubre de 2005.

287 Para un examen de algunos de los principios que rigen las investigaciones con seres humanos, véase Council of International Organizations of the Medical Sciences (CIOMS). *International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, 2002. Disponible en http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm.

288 Byrne M. The concept of informed consent in qualitative research. *AORN Journal* 2001; 74: 401-403. El autor afirma que «aunque la investigación cualitativa no suele entrañar riesgos de daños físicos, sí comporta un mayor riesgo de perjuicios psicológicos y sociales, en particular derivados de las violaciones de la intimidad».

289 ONUSIDA/OMS. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*. Julio de 2004, Ginebra: ONUSIDA. Disponible en <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>.

290 Objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Disponible en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

291 ONUSIDA/OMS. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2005*. Ginebra: ONU-SIDA, 2005. Disponible en http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_sp/epiupdate2005_sp.pdf.

292 Véase ONUSIDA. HIV related stigma, discrimination and human rights violations: Case studies of successful programmes. Abril de 2005, Ginebra: ONUSIDA. Disponible en http://data.unaids.org/UNA-docs/JC999-HRViolations_en.pdf. Consultado el 24 de mayo de 2006.

293 ONU, Consejo Económico y Social. Segunda consulta internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996). Informe del Secretario General, E/CN.4/1997/37, 20 de enero de 1997. Disponible en [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridocda.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.1997.37.sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridocda.nsf/(Symbol)/E.CN.4.1997.37.sp?Opendocument).

294 ONUSIDA. *Sexta Directriz revisada: Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo*. Ginebra, 2002. Disponible en http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC905-Guideline6_es.pdf.

295 Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la ONU. Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA: «Crisis Mundial – Acción Mundial». 27 de junio de 2001. Disponible en <http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf>. Consultado el 19 de marzo de 2006.

296 Una serie de documentos de la ONU sobre el VIH se encuentran en <http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/document.htm>. Véase también Amnistía Internacional. *Mujeres, VIH/sida y derechos humanos*. Londres, ACT 77/084/2004. Documentos de Human Rights Watch sobre el VIH/sida y los derechos humanos se encuentran disponibles en http://hrw.org/doc/?t=hivaid_pub.

297 Amnistía Internacional. *Acción sobre el VIH/sida y los derechos humanos*. ACT 75/002/2006, 11 de mayo de 2006. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/eslACT750022006?open&of=esl-376>.

298 Surlis S, Hyde A. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalisations. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2001; 12:68-77; Organización Panamericana de la Salud. *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*. Washington: OPS, 2003. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/stigma.htm>). Consultado el 24 de mayo de 2006.

299 Amnistía Internacional. «¡No me avergüenzo!». *El VIH/SIDA y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana*. Mayo de 2006. Disponible en <http://web2.amnesty.org/library/Index/ESLAMR010022006?open&of>.

300 OPS, p. 7. (véase la nota 298).

301 Declaración de posición del CIE: *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*. Disponible en <http://www.icn.ch/psAIDS00sp.htm>. Consultado el 4 de mayo de 2005.

302 Asociación Canadiense de Enfermeros y Enfermeras Especializados en Sida. *Position statement: recognition of HIV/AIDS nursing as a specialty*. Disponible en <http://canac.org/english/PROGRAMS.htm>. Consultado el 3 de junio de 2005.

303 ONUSIDA. *Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users*. Disponible en <http://www.unaids.org>. Consultado el 12 de agosto de 2005.

304 *Ibíd.*

305 Malinowska-Sempruch K, Hoover J, Alexandrova A. *Unintended consequences: Drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*. Nueva York: Programa de Desarrollo para la Reducción de Daños, Instituto Sociedad Abierta, 2003. Disponible en http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/unintendedconsequences_20030414/unintended_consequences.pdf. Consultado el 12 de agosto de 2005.

306 *Ibíd.*, p. 12.

307 Human Rights Watch. *Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan*, junio de 2003:15(4)D. Disponible en <http://hrw.org/reports/2003/kazak0603/kazak0603.pdf>. Consultado el 12 de agosto de 2005.

308 *Ibíd.*, p. 43.

309 *Ibíd.*

310 Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida. *Awards for Action on HIV/AIDS and Human Rights 2004 Canadian Recipient (categoría individual): Megan Oleson*. Disponible en http://www.aids-law.ca/Maincontent/awards/national_ind-recipient2004.htm. Consultado el 2 de junio de 2005.

311 Hainsworth J. Nurse wins award for rebel safe-injecting site: AIDS campaigner 'acted when others dragged their feet' on downtown drug woes. *Vancouver Sun*, 13 de septiembre de 2004, p. B7.

312 Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/Sida, véase la nota 232.

313 En las restricciones impuestas por organismos de financiación como el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del Presidente de Estados Unidos al acceso a financiación para actividades con consumidores de drogas por vía intervenosa y profesionales del sexo, se refleja este malestar oficial.

314 Amnistía Internacional. *Informe 2005: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Índice AI: POL 10/001/2005, 25 de mayo de 2005.

315 ONUSIDA. *Where there's a will there's a way: Nursing and midwifery champions in HIV/AIDS care in Southern Africa*. Junio de 2003, UNAIDS/03.19E. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC900-Midwives_Nursing_en.pdf. Consultado el 24 de mayo de 2006.

316 *Ibíd.*, pp. 29-31.

317 OMS. *VIH y Alimentación Infantil. Marco Estratégico par las Acciones Prioritarias*. Ginebra, 2003. Disponible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework_pp_sp.pdf. Consultado el 30 de marzo de 2006.

318 Piwoz EG, Owens Ferguson Y, Bentley ME, Corneli AL *et al.* Differences between international recommendations on breastfeeding in the presence of HIV and the attitudes and counselling messages of health workers in Lilongwe, Malawi. *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:2. Disponible en <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/2>. Consultado el 30 de marzo de 2006.

319 Para conocer la perspectiva de una enfermera estadounidense que trabaja en África, véase Dohrn JE. Breastfeeding in the HIV epidemic: a midwife's dilemma in international work. *Online Journal of Health Ethics*, 2005; 1(1). Disponible en <http://ethicsjournal.unc.edu/ojs/viewissue.php?id=2>.

320 Shisana O, Hall EJ, Maluleke R, Chauveau J, Schwabe C. AIDS/HIV prevalence among South African health workers. *South African Medical Journal* 2004; 94: 846-850.

321 Shisana O, *et al.* *Ibíd.*

322 OIT/OMS. Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA. Ginebra: OIT, 2005. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/techmeet/tmehs05/guidelines.pdf>.

323 CIE. Declaración de posición: *Consecuencias del VIH/SIDA en el personal de enfermería/partaría*. Adoptada en 1995, revisada en 2000. Disponible en <http://www.icn.ch/psHIV00sp.htm>. Consultado el 24 de mayo de 2006.

324 Zelnick J, O'Donnell M. The impact of the HIV/AIDS epidemic on hospital nurses in Kwa-Zulu Natal, South Africa: nurses' perspectives and implications for health policy. *J Public Health Policy* 2005; 26(2): 163-85.

325 *Ibíd.* CIE. Declaración de posición: *Consecuencias del VIH/SIDA en el personal de enfermería/partaría*, 2000. Disponible en <http://www.icn.ch/psHIV00sp.htm>. Consultado el 25 de mayo de 2006.

326 Chanda, D, Gosnell D. The impact of tuberculosis on Zambia and the Zambian nursing workforce. *Online Journal of Issues in Nursing* 2006 (31 de enero de 2006), Vol. 1, Núm. 1, Manuscrito 3. Disponible en www.nursingworld.org/ojin/topic29/tpc29_3.htm.

327 Organización Mundial de la Salud. *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Informe 2005 de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (WHO/HTM/TB/2005.349), p. 1. Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/en/. Consultado el 5 de octubre de 2005.

328 Dye C. Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet* 2006; 367:938-40.

329 Organización Mundial de la Salud. TB/HIV: Research priorities in resource limited settings. Report of an expert consultation, 14-15 de febrero de 2005, Ginebra, Suiza, p. 3. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.355.pdf. Consultado el 5 de octubre de 2005.

330 Marais F. *Tuberculosis Control: A Nurse-Led Model with Case Management*. Londres: Foundation for Nursing Studies, 2002.

331 CIE. *TB Guidelines for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis*. Disponible en <http://www.icn.ch/tb/guidelines.htm>. Consultado el 20 de abril de 2005.

332 Organización Mundial de la Salud. TB/HIV: Research priorities in resource limited settings. Report of an expert consultation, 14-15 de febrero de 2005, Ginebra, Suiza. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.355.pdf. Consultado el 8 de agosto de 2005.

333 Organización Mundial de la Salud: Oficina Regional para Asia Sudoriental y Oficina Regional para el Pacífico Occidental. *World Health Organization and ASEAN+3 Health Ministers Meeting on Avian Influenza*, 25-26 de noviembre de 2004. Disponible en http://w3.whosea.org/Link-Files/FAQ_Avian-Faq.pdf. Consultado el 12 de agosto de 2005.

334 Organización Mundial de la Salud. *Assessment of risk to human health associated with outbreaks of highly pathogenic H5N1 avian flu influenza in poultry*. 14 de mayo de 2004. Disponible en http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/assessment2004_05_14/en/index.html (consultado el 12 de agosto de 2005); Barclay WS y M Zambon, Pandemic risks from bird flu. *British Medical Journal* 2004; 328:238-239 (31 de enero); Horimoto T, Kawaoka Y. Influenza: Lessons from past pandemics, warnings from current incidents. *Nature Reviews Microbiology* 2005; 3, 591-600.

335 Sheridan M. Pandemic fear as bird infects nurses. *Sunday Times*, 13 de marzo de 2005. Disponible en <http://www.timesonline.co.uk/article/0,,2087-1522982,00.html>. Consultado el 12 de agosto de 2005.

336 Organización Mundial de la Salud. Número acumulado de casos humanos confirmados de gripe aviar A/H5N1 notificados a la OMS (en inglés), 3 de abril de 2006. Disponible en http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/es/index.html.

337 Organización Mundial de la Salud, Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles. Programa Mundial contra la Influenza. *Lista de verificación de la OMS del plan de preparación para una pandemia de influenza*. Ginebra: OMS. Disponible en http://www.col.ops-oms.org/prevencion/influenza/mundial/lista_verificacion.pdf. Consultado el 12 de agosto de 2005.

338 La OMS estableció después que su periodo de vigilancia empezaba a partir del 1 de noviembre de 2002 con el fin de registrar casos de neumonía atípica en China reconocidos ahora como SRAG, y consideró el SRAG una epidemia incipiente en la provincia de Guangdong, China meridional, en noviembre de 2002. Véanse OMS: Case Definitions of SARS: <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/> (consultado el 9 de junio de 2005); y OMS: Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Ginebra: OMS, p. 12, disponible en <http://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf> (consultado el 19 de marzo de 2006).

333 CIE. Repercusiones de la neumonía atípica viral en el personal de salud. Noticias SEW: Núm. 2, abril-septiembre de 2003, Ginebra. Se calcula que durante este periodo el 18 por ciento de las muertes relacionadas con el SRAG correspondieron a profesionales de la salud.

340 Agencia Central de Información (Estados Unidos). *SARS Down But Still a Threat*. Intelligence Community Assessment, agosto de 2003, NIC ICA 2003-2009. Véase http://www.odci.gov/nic/special_sarsthreat.html (donde se comenta que «la mayoría de los trabajadores sanitarios de los países afectados por el SRAG trabajaban muchas horas en condiciones peligrosas»).

341 Sibald B. Right to refuse work becomes another SARS issue. *Canadian Medical Association Journal* 2003, http://www.cmaj.ca/news/20_06_03.shtml (consultado el 8 de agosto de 2005); Agencia Central de Información. *SARS Down But Still a Threat*. Intelligence Community Assessment, agosto de 2003, NIC ICA 2003-2009, http://www.odci.gov/nic/special_sarsthreat.html.

342 Amnistía Internacional. *China: Threat of death penalty for breaches of SARS regulations*. Londres: ASA 17/024/2003, mayo de 2003; Chan K. SARS and implications for human rights. Carr Centre for Human Rights, 2005. Disponible en [http://www.ksg.harvard.edu/cchrp/pdf/SARS.CaseStudy.\(Final\).pdf](http://www.ksg.harvard.edu/cchrp/pdf/SARS.CaseStudy.(Final).pdf).

343 Wiskow C. Documento de Trabajo del Programa de Actividades Sectoriales Núm. 206: The impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on health personnel. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Disponibles en <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp206.pdf>. Consultado el 12 de mayo de 2005.

344 OMS. Ebola haemorrhagic fever. Nota informativa núm. 103, mayo de 2004. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/index.html>.

345 Fletcher LE, Stover E, Weinstein HM (eds.) *After the Tsunami: Human Rights of Vulnerable Populations*. Berkeley: Human Rights Center, Universidad de California, Berkeley; Honolulu: East-West Center, octubre de 2005; ActionAid International. *Tsunami Response: A Human Rights Assessment*. Londres: ActionAid International, enero de 2006.

346 Un comité de la Cámara de Representantes de Estados Unidos informó el 15 de febrero de 2006 sobre la reacción del gobierno estadounidense ante el huracán *Katrina*. El informe (*A Failure of Initiative: Final Report of the Select Bipartisan Committee to Investigate the Preparation for and Response to Hurricane Katrina*. Washington: Cámara de Representantes de Estados Unidos, 15 de febrero de 2006) está disponible en <http://www.gpoaccess.gov/katrinareport/mainreport.pdf> (apéndices en <http://www.gpoaccess.gov/katrinareport/appendices.pdf>). Consultado el 17 de febrero de 2006.

347 Véase también Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la media Luna Roja y de las organizaciones no gubernamentales. Disponible en <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/iwplList187/924D336CE96ACF4E03256F1500653FF1#2>.

348 Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal* 2001; 322:544-7; Pumariaga AJ, Rothe E, Pumariaga JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal* 2005; 41(5):581-97; Drennan VM, Joseph J. Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49(2):155-63; Silove D. The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. *Prehospital Disaster Medicine* 2004; 19(1):90-6.

349 Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal* 2001; 322:544-7; Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001; 322:606-9.

350 El derecho internacional, incluido el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho a la salud de todas las personas que están bajo la jurisdicción del Estado, que no se limita a sus nacionales o ciudadanos. Según el Convenio Europeo de Derechos Humanos, el derecho a la salud incluye el derecho a la prestación de tratamiento de emergencia o urgencia.

351 Véase, por ejemplo, «Starvation looms over refugees in Zambia as lack of funds forces aid cuts – UN» en <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=17110&Cr=Zambia&Cr1=aid>. Consultado el 13 de febrero de 2006.

352 Amnistía Internacional. *Thailand: The Plight of Burmese Migrant Workers*. Londres, Índice AI: ASA 39/001/2005. Véase también el recuadro del subapartado 4.2.1.1.

353 Boersma RR. Forensic nursing practice with asylum seekers in the USA – advocacy and international human rights: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10: 526-533.

354 Alliance of Professionals Concerned about the Health of Asylum Seekers and their Children. 2.4.3 Case Study M: duty of care. En *Submission to Human Rights and Equal Opportunity Commission Inquiry into Children in Immigration Detention*. Mayo de 2002. Disponible en <http://www.nq-anzcmhn.org/docs/HEREOC.PDF>.

355 Amnistía Internacional. *United Kingdom. Seeking Asylum is Not a Crime: Detention of people who have sought asylum*. Londres: Índice AI: EUR 45/015/2005. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGEUR450152005>.

356 Hogg C. Refugees ready to solve nursing crisis. *BBC News*, 13 de febrero de 2003. Disponible en <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2758165.stm>.

357 Asociación Médica Británica. *The refugee doctors database*. Diciembre de 2003. Disponible en <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/refugee+docs+-+about+database?OpenDocument&Highlight=2,refugees>. Consultado el 27 de mayo de 2005.

358 Servicio Jesuita a Refugiados de Portugal. *JRS Activities and Plans in 2005: Recognition of Qualifications*. Disponible en <http://www.jrseurope.org/countries/portugal.htm>. Consultado el 3 de junio de 2005.

359 Reino Unido. *New Moves to Support Refugee Nurses and Doctors*. Comunicado de prensa del gobierno (WHER); 19 de julio de 2004.

360 *Lincolnshire Echo*. 'Refugees in West Yorkshire with skills in nursing and health care can now access an educational programme that could see them working in the NHS'. 31 de enero de 2005: 4.

361 Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis*. Londres: Medact, 2005. Disponible en http://www.medact.org/hpd_brain_drain.php. Consultado el 16 de enero de 2006.

362 Véase la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares* (Convención sobre los Derechos de los Migrantes). Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm.

363 Estas razones las mencionaron profesionales de la enfermería procedentes de Ghana. Véase Buchan J, Dovlo D. *International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for the Department For International Development*. DFID HSRC, Londres, Reino Unido, 2004. Citado en Buchan J, Kingma M, Lorenzo FM. Migración internacional de las enfermeras: tendencias y consecuencias para la política general. Ginebra: CIE, 2005, p. 15. Disponible en <http://www.icn.ch/global/Issue5migrationSP.pdf>.

364 Bueno de Mesquita J, Gordon M. Véase la nota 361.

365 De los 33.257 profesionales de la enfermería y de la partería que se dieron de alta en el Consejo de Profesionales de la Enfermería y de la Partería en 2004 y 2005, 11.477 procedían del extranjero. Más de la mitad (6.211) eran de la India y Filipinas. Véase Consejo de Profesionales de la Enfermería y de la Partería. *Statistical analysis of the register 1 April 2004 – 31 March 2005*. Londres, agosto de 2005. Disponible en <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=856>. Consultado el 16 de enero de 2006.

366 Dovlo D, Martineau T. *A Review of the Migration of Africa's Health Professionals*. Harvard University Joint Learning Initiative Working Paper 4-4, enero de 2004. Disponible en <http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/DovloMartineauFINAL.pdf>.

367 Asamblea Mundial de la Salud. Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo. Resolución WHA57.19, 22 de mayo de 2004. Disponible en http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-sp.pdf. Consultado el 13 de octubre de 2005.

368 Declaración de posición del CIE: *Permanencia, Transferencia y Migración de las Enfermeras*. Adoptada en 1999. Disponible en <http://www.icn.ch/psretentionsp.htm>. Consultado el 19 de abril de 2005.

369 Confederación Internacional de Matronas. *Position Statement: Ethical Recruitment of Midwives*. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Statements/Ethical%20recruitment%20of%20midwives.pdf>. Consultado el 5 de agosto de 2005.

370 Comité de Derechos Ecómicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 18, párrs. 2, 7 y 30.

371 Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The international migration of health workers: a human rights analysis*. Londres: Medact 2005; Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379, junio de 2005.

372 Buchan J. Nurses moving across borders: 'brain drain' or freedom of movement? *International Nursing Review* 2001; 48:65-7.

373 Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379, junio de 2005.

374 Departamento de Salud, Reino Unido. *Code of Practice for the international recruitment of healthcare professionals*. Londres, 2004. Disponible en <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/77/34/04097734.pdf>.

355 Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres: Medact, 2005. Disponible en <http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>. Consultado el 6 de octubre de 2005.

376 Comunicado de Prensa del CIE: El CGFNS y el CIE inauguran el nuevo «Centro Internacional de Migración de las Enfermeras», Ginebra, 24 de mayo de 2005. Disponible en http://www.icn.ch/PR11_05sp.htm.

377 Baird V (véase nota 373).

378 Buchan J (véase la nota 372); Bueno de Mesquita J, Gordon M (véase la nota 371); Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' ... Op. cit.* Véase el análisis de las estrategias para retener a los profesionales de la salud en Dovlo y Martineau, *loc. cit.*, pp. 48-49.

379 Los derechos de los profesionales de la enfermería como trabajadores migratorios se recogen en la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*, adoptada por la Resolución de la Asamblea General 45/158 de 18 de diciembre de 1990. Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. Véanse OIT. *En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada*. Ginebra: OIT, 2004; Allan H, Larsen JA. «We need respect»: *experiences of internationally recruited nurses in the UK*. Londres: Royal College of Nurses, 2003. Disponible en <http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irm-report-we-need-respect.pdf>. Consultado el 20 de febrero de 2006.

380 Mensah K, Mackintosh M, Henry L. *The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation*. Londres: Medact, 2005. Disponible en <http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>. Consultado el 6 de octubre de 2005. Estos autores observan que, en el caso concreto de Ghana y más en general, los beneficios de la migración para los países que reciben emigrantes son importantes, pero no compensan las consecuencias negativas para el servicio de salud. Indican que se necesitan incentivos para facilitar formación continua a los profesionales en su propio país (p. 4). Para un análisis más general de los flujos de los profesionales de la enfermería en concreto, véase Kingma M. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Cornell University Press, 2005.

381 Además de la emigración de personal cualificado al extranjero, existe también el problema de la aplicación de los conocimientos en el propio país. Las presiones económicas externas pueden repercutir en la política nacional de salud. En Kenia, por ejemplo, están desempleados unos 5.000 profesionales de la enfermería recién diplomados, a pesar de que se necesitan otros 7.000. Un embargo de los fondos destinados al empleo de trabajadores de la salud por el Fondo Monetario Internacional, como parte de un recorte del gasto público, acarrea que no se pueda contratar a nuevo personal de enfermería. Véase Baird V. A migrant nurse's story. *New Internationalist* 379; junio de 2005.

6. Sectores en peligro

LOS miembros de ciertos grupos pueden correr más peligro que otros de convertirse en víctimas de violencia y malos tratos. En otros apartados de este documento se ha analizado la violencia de género y lo que representa este fenómeno para el personal de enfermería y partería. En el presente apartado se estudian los riesgos que corren las niñas y los niños, especialmente cuando están institucionalizados; las personas internadas en centros de salud mental; las personas con discapacidad física; y las personas de edad avanzada. El peligro especial que corren de ser objeto de abusos contra los derechos humanos está bien documentado.³⁸²

6.1 LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce los derechos humanos de la infancia y exhorta a que se los respete.³⁸³ En especial, el artículo 19 establece que los Estados deberán adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a niñas y niños contra la violencia, incluido el maltrato y el trato negligente.

Algunos enfermeros y enfermeras tendrán deberes profesionales centrados en los menores, aunque todo el personal de enfermería debe estar preparado para trabajar con ellos. «Los programas de estudio para los estudiantes de medicina y de enfermería, los programas de capacitación de posgrado en ciencias sociales y de la conducta, y los programas de capacitación para maestros deben todos incluir el tema del maltrato de menores y la elaboración de las respuestas al problema dentro de las organizaciones.»³⁸⁴

Durante los últimos años se han llevado a cabo en varios países investigaciones sobre el maltrato de niños en el seno del hogar y en las instituciones. En algunos casos, los autores de los abusos han sido precisamente funcionarios y funcionarias cuya responsabilidad primordial era el cuidado y la protección de los menores –lo cual puede incluir al personal de enfermería–.³⁸⁵ También se ha informado de casos de abusos contra menores refugiados o desplazados internamente.³⁸⁶

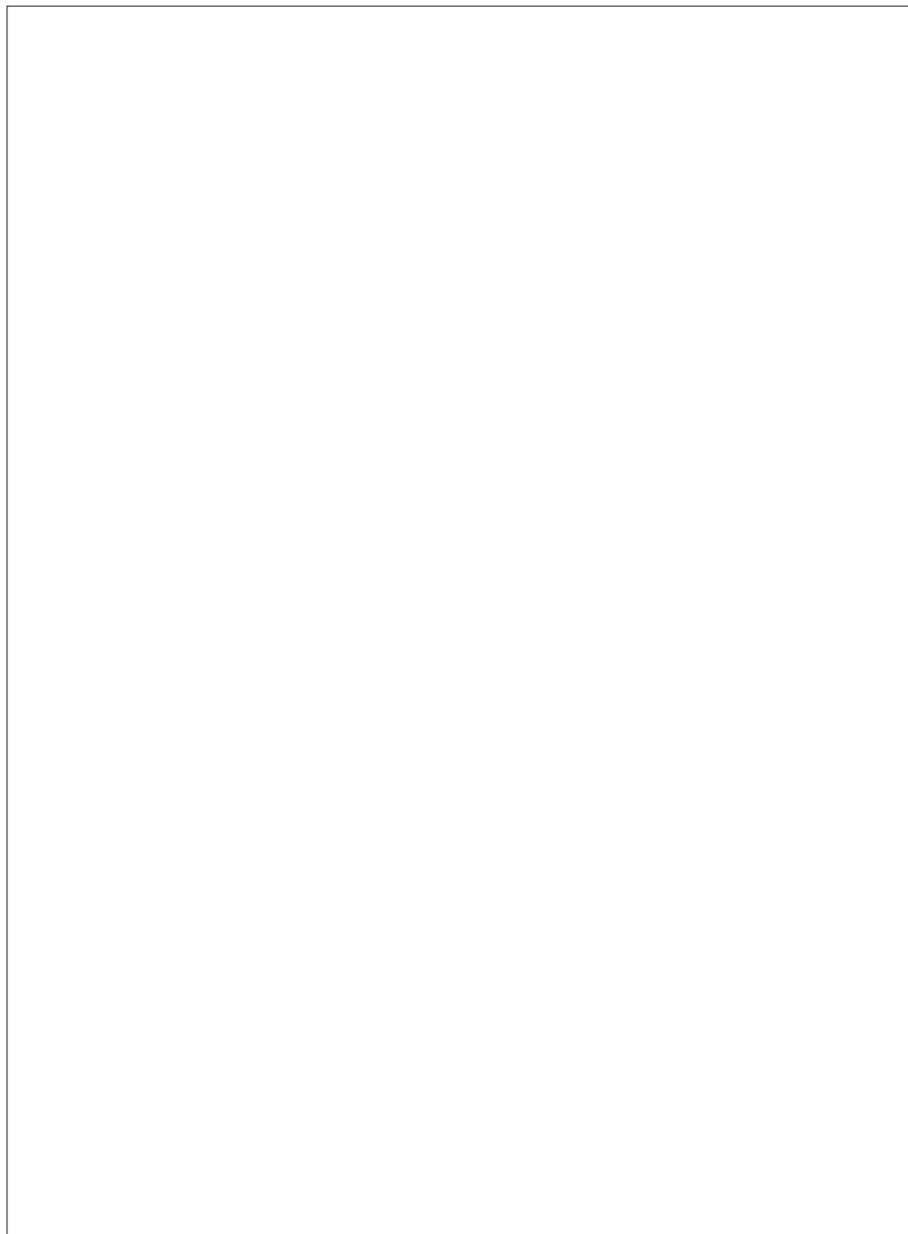
Por otro lado, el personal de enfermería podrá hallarse en situaciones en las que esté al tanto de que se cometen abusos y esté en condiciones de tomar medidas al respecto, ya sea mediante la observación en clínicas y centros de salud o a través de programas de visitas a los hogares.³⁸⁷ Igualmente, el personal de enfermería asignado a centros de enseñanza podrá ser testigo temprano de los efectos del maltrato de menores en el hogar, el colegio o la comunidad. Ésta es una importante vía para contribuir a la protección de los menores y, del mismo modo que la denuncia de malas prácticas cuando hay colegas u otras personas que participan en el maltrato o cuando, conocida la situación, las autoridades se abstienen de actuar para rectificarla, puede acelerar la puesta en ejecución de medidas encaminadas a mejorar la protección de menores en situación de riesgo.

Uno de los resultados que suelen tener las investigaciones judiciales sobre maltrato de menores es la adopción de decisiones sobre el futuro lugar de residencia del menor. Ahora bien, cualesquiera sean esas decisiones, la Convención sobre los Derechos del Niño especifica (en los apartados 1 y 2 del artículo 12) que, habida cuenta de su edad y madurez, el niño deberá ser consultado en todos los asuntos que puedan afectarlo, como su lugar de residencia y el acceso a sus progenitores.³⁸⁸ La Convención también subraya, en el artículo 3, que «[e]n todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño».

Además de desempeñar un papel en la protección de los niños y niñas contra los malos tratos, el personal sanitario tiene asignado un rol de vital importancia a la hora de asegurar la salud y el bienestar del menor. «Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto [Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad –particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada– tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.»³⁸⁹

6.2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL

Los riesgos que corren las personas institucionalizadas con enfermedades mentales, dificultades de aprendizaje o discapacidades físicas de ser objeto de abusos físicos y sexua-



Sierra Leona. El hospital psiquiátrico conocido como «Kissy Home», en Freetown, es el único centro de este tipo en un país en el que, según se calcula, hay 100.000 personas que sufren problemas psicológicos graves. A algunos pacientes los encadenan a la cama o al piso, donde yacen en sus propios excrementos. Sólo se proporciona tratamiento a aquellas personas cuyos familiares pueden sufragarlo. © Panos

les se sitúan por encima del promedio.³⁹⁰ Quienes residen en su propio hogar también corren peligro de convertirse en víctimas de actos de violencia a manos de sus cuidadores o familiares.

En el año 2001, Amnistía Internacional informó de que un grupo de mujeres con discapacidad mental residentes en un centro estatal de la población de Sanadinovo, en Bulgaria, estaban sometidas a condiciones que constituían trato cruel, inhumano y degradante. Algunas permanecían encerradas en jaulas porque el personal de la institución afirmaba que «se habían portado mal». Los expertos independientes citados por Amnistía Internacional habían descrito las condiciones imperantes en tales instituciones como «una muerte lenta».³⁹¹ Tras la protesta de la comunidad internacional, el gobierno clausuró el centro. Los varones internados en este tipo de instituciones también sufrían condiciones crueles y degradantes que llevaron, en un caso, a que se cerrara el centro. No obstante, los internos fueron transferidos a un establecimiento aún más remoto, donde era dudoso que el personal estuviera mejor cualificado o capacitado.³⁹²

En 2002, la organización no gubernamental Mental Disability Rights International (MDRI) recibió información sobre casos de acoso y explotación sexual, violación y otras formas de violencia en tres centros de Kosovo.³⁹³ En uno de estos casos, tanto la dirección de la institución como las autoridades de la ONU fueron informadas de abusos cometidos en un centro para personas con discapacidad mental; sin embargo, las personas identificadas como responsables no habían sido separadas del contacto diario con quienes habían sido sus víctimas. MDRI también recibió informes sobre abuso sexual de mujeres por miembros del personal del Hospital Universitario de Pristina. Un año después, MDRI reiteró su preocupación por la falta de avances en la erradicación de los abusos. Esta organización también ha publicado informes sobre el maltrato de personas en instituciones de otros países.³⁹⁴ Un tema común a todos estos informes es la escasez de personal –incluido personal de enfermería– suficientemente capacitado y provisto del equipo adecuado.

6.3 PACIENTES DE EDAD AVANZADA

6.3.1 El personal de enfermería, testigo de los efectos de la violencia

En los países de altos ingresos, la proporción de personas de edad ha venido creciendo a medida que ha ido aumentando la esperanza de vida a lo largo de los últimos decenios.³⁹⁵ Algunos profesionales de la salud informan de que se ha incrementado la incidencia de abusos físicos, mentales y económicos y que con cada vez mayor frecuencia se observan señales de abandono de los pacientes ancianos por familiares e instituciones.³⁹⁶ Es probable que el personal de enfermería que trabaja en la comunidad sea el primero en detectar las señales de tales abusos y responder a las necesidades de la víctima.

6.3.2 Violencia institucional

El «abuso de los mayores» se ha definido como un acto u omisión que produce un daño o la amenaza de un daño a la salud o el bienestar de una persona mayor.³⁹⁷ El Comité

Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, de Estados Unidos, ha distinguido entre el maltrato en el ámbito familiar, el maltrato en el ámbito institucional y el autoabandono; el maltrato puede revestir la forma de abuso o explotación de carácter físico, psicológico o económico, o de abandono.³⁹⁸ Gran parte de los abusos son perpetrados por los familiares que tienen al anciano a su cuidado, o son casos de autoabandono, pero algunos informes indican que el abandono también puede tener lugar en el ámbito de los servicios de salud.³⁹⁹

La violencia y otras formas de maltrato a las personas de edad avanzada residentes en instituciones pueden tener dimensiones físicas, mentales, sociales y legales, y pueden ser perpetradas, sufridas o presenciadas por otros residentes.⁴⁰⁰ Los miembros del personal –incluido el personal de enfermería– también pueden ser autores o testigos de la violencia contra las personas mayores y además pueden, en ocasiones, ser víctimas de actos de violencia cometidos por residentes. En algunos casos, los ancianos pueden correr peligro de morir a manos de miembros del personal que realizan lo que consideran un acto de «eutanasia» que, empero, se lleva a cabo sin el conocimiento o el consentimiento de la persona afectada.⁴⁰¹

El personal de enfermería tiene un papel clave que desempeñar a la hora de erradicar el abandono en el hogar y en el ámbito de la provisión de servicios sanitarios, así como de asegurar que se salvaguarda la dignidad y el bienestar de los pacientes de edad avanzada. Ana Flavia d'Oliveira y colegas consideran que las medidas destinadas a reducir el maltrato y la violencia en el ámbito de los servicios de salud deberían empezar en la fase de formación de los estudiantes, y que la capacidad de comunicarse eficazmente es un atributo esencial.⁴⁰² El CIE ha manifestado que, en el desempeño de sus funciones de suministro de servicios, administración de pruebas diagnósticas y promoción de la salud, el personal de enfermería puede identificar a personas mayores víctimas de maltrato o en peligro de convertirse en víctimas de maltrato. En el marco de estas funciones, el personal de enfermería puede trabajar en asociación con otros para documentar el maltrato, reducir al mínimo sus consecuencias negativas y tratar de reducir su prevalencia.⁴⁰³

6.4 PROFESIONALES DEL SEXO

Los hombres y mujeres que trabajan en la industria del sexo realizan un trabajo que acarrea una serie de riesgos graves, como la violencia y las infecciones de transmisión sexual. Otros problemas de considerable magnitud son el uso de drogas ilícitas, la discriminación, el endeudamiento, la criminalización y la explotación.⁴⁰⁴ Se trata de una compleja cuestión social en la que el personal sanitario puede contribuir a la salud y el bienestar individual de las personas que trabajan en esta industria, así como, en un plano más amplio, a los debates sobre políticas en esta materia.⁴⁰⁵

NOTAS

382 Véase Gallagher B. The extent and nature of known cases of institutional child sexual abuse. *British Journal of Social Work*, 2000; 30:795-817; Wierucka D, Goodridge D. Vulnerable in a safe place: institutional elder abuse. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1996; 9:82-104; Pring J. *Silent Victims*. Londres: Gibson Square Books, 2003. La violencia contra mujeres de más edad tiene lugar predominantemente en el ámbito familiar. Véase, por ejemplo, Brandl B, Horan DL. Domestic violence in later life: an overview for health care providers. *Women's Health* 2002; 35(2-3):41-54.

383 La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los Estados miembros de la ONU salvo Somalia y Estados Unidos, define al niño como «todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad» (art. 1).

384 Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS, capítulo 3, pp. 79-80.

385 Pring (véase la nota 382) describe prácticas prolongadas de malos tratos a residentes de una institución del Reino Unido para personas con dificultades de aprendizaje. El principal responsable fue un ex enfermero y asistente social que dirigía el centro.

386 Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Londres, ACT 77/001/2005, 18 de febrero de 2005.

387 MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163(11):1451-8

388 Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en <http://www.unicef.org/crc/index.html>. Consultado el 17 de octubre de 2005.

389 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud. El Comité de los Derechos del Niño cita este párrafo, y manifiesta su acuerdo con él, en su Observación general N° 5 (párr. 56). Disponible en [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument).

390 Balogh R, Bretherton K, Whibley S, Berney T, Graham S, Richold P, Worsley C, Firth H. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2001; 45:194-201; Sequeira H, Hollins S. Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: critical literature review. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182:13-9; Hassouneh-Phillips D. Understanding abuse of women with physical disabilities: an overview of the abuse pathways model. *ANS Advances in Nursing Science* 2005; 28:70-80.

391 Amnistía Internacional. *Acción Urgente: Bulgaria*. Londres, Índice AI: EUR 15/001/2001.

392 Amnistía Internacional. *Bulgaria: where are the men of Dragash Voyvoda?* Londres, Índice AI: EUR 15/005/2003. Los Principios 7 y 9 de los Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) hacen hincapié en el derecho de los pacientes a ser tratados con arreglo a las normas de ética, en la comunidad en la que viven, mediante el tratamiento menos alterador posible. Por extensión, estos principios también deben aplicarse a las personas con discapacidad intelectual. Los Principios están disponibles en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/68_sp.htm. Consultado el 12 de octubre de 2005.

393 Mental Disability Rights International. *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC: MDRI, 2002. Disponible en <http://www.mdri.org/publications/index.htm>.

394 Disponibles en <http://www.mdri.org>.

395 En 1995, la Organización Mundial de la Salud informó de que, aunque Europa, Japón y Estados Unidos tenían las poblaciones más «ancianas», los cambios más acelerados se observaban

en el mundo en vías de desarrollo, donde se pronosticaba que en algunos países la proporción de personas de 65 años o más aumentaría en un 400 por ciento durante los siguientes 30 años. OMS. *World Health Report 1995*. Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/print.html. Sin embargo, en el mundo en desarrollo el impacto del VIH/sida, la falta de combate a las enfermedades y la pobreza son factores que se combinan para reducir la esperanza media de vida. En 2005, la esperanza media de vida para hombres y mujeres en África era de 46 y 48 años respectivamente, comparada con 68 y 77 años para hombres y mujeres residentes en Europa (OMS. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005*. Ginebra: OMS. Disponible en http://www3.who.int/statistics/world_health_stats_sp_1.pdf. Consultado el 27 de junio de 2005.

396 Kurrle S. Elder abuse. *Australian Family Physician* 2004; 33:807-12; Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook* 2005; 53(5):253-9.

397 Organización Mundial de la Salud. *Salud y envejecimiento: Un documento para el debate*. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en <http://www.tt.mtas.es/imserso/saludyenvejec.doc>. Consultado el 5 de agosto de 2005.

398 Véase el sitio web del Comité Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, de Washington, D.C., <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/elderabuse.html>.

399 Nerenberg L. Abuse in nursing homes. *National Center on Elder Abuse Newsletter*, mayo de 2002. Disponible en <http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=abuseinnursinghomes.cfm>. Consultado el 6 de enero de 2006.

400 Hirsch RD. Violence against elderly people and its prevention in nursing care institutions in Germany. En Habermann M, Uys LR (eds.). *Violence in Nursing: International Perspectives*. Francfort del Meno: Peter Lang, 2003, pp. 113-39.

401 *Ibíd.* Véase «German nurse accused of killing 29 patients». *The Guardian*. 8 de febrero de 2006. Disponible en <http://www.guardian.co.uk/germany/article/0,,1704951,00.html>. Según el periódico, el acusado dijo: «Quería ahorrarles sufrimiento a los pacientes y liberarlos de la desesperanza». Consultado el 27 de febrero de 2006. Los pacientes gravemente enfermos también pueden correr el mismo peligro. Véase BBC News Online, «French 'Madonna of euthanasia' jailed», 31 de enero de 2003, sobre la condena de 10 años de prisión impuesta a una enfermera en Francia por el homicidio de 10 pacientes. Disponible en <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/2714831.stm>. Consultado el 27 de enero de 2006. Estos ejemplos ilustran una de las dificultades que se plantean para analizar el tema de la eutanasia. El término se aplica a una variedad de situaciones, desde el asesinato de personas de avanzada edad o que están sufriendo, o que tienen ambas condiciones, o de personas que están enfermas y a las que nadie quiere, hasta la muerte acelerada o asistida de personas que padecen enfermedades irreversibles y dolorosas y que, estando bien informadas, así lo han pedido. En este último sentido, la motivación del acto de eutanasia es la compasión. La eutanasia sigue siendo una de las cuestiones éticas y morales más controvertidas a las que se enfrenta el personal de enfermería y de los servicios de salud en general. (También hay otras cuestiones espinosas relativas a la terminación de la vida, como la retirada de aquellos cuidados que prolongan la vida de los enfermos en fase terminal, la retirada de máquinas que mantienen las constantes vitales de personas que se hallan en estado vegetativo persistente, y el suicidio asistido por médicos. Estas cuestiones se analizan en profundidad en la literatura sobre el tema.) Acerca de la eutanasia, véase Verpoort C, Gastmans C, De Bal N, De Casterlé BD. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics* 2004; 11: 349-365.

402 D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:1681-85.

403 CIE. La Enfermería Importa: Abuso de los mayores. Disponible en http://www.icn.ch/matters_eldersp.htm.

404 Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud*. Londres, ACT 77/001/2005, 18 de febrero de 2005.

405 Para un análisis de un planteamiento de reducción de los daños para abordar la vulnerabilidad de los profesionales del sexo en el cual se asigna un importante papel al personal sanitario, véase Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet* 2005; 366:2123-34.

7. Respuesta a los abusos contra los derechos humanos: el papel del personal de enfermería

LAS asociaciones profesionales del personal de enfermería y partería, así como los profesionales a título individual, pueden desempeñar un papel más amplio en el combate de los abusos contra los derechos humanos y la toma de conciencia sobre dichos abusos en el seno de su profesión.

7.1 LABOR DE DEFENSA

El compromiso de Amnistía Internacional con la prevención y erradicación de los abusos graves contra el derecho a la integridad física y mental, el derecho a la libertad de conciencia y expresión y el derecho a no sufrir discriminación, en el contexto de su labor de promoción de todos los derechos humanos,⁴⁰⁶ cuenta con el apoyo de numerosas asociaciones de profesionales de la enfermería de ámbito nacional e internacional.

EL ACTIVISMO EN ACCIÓN

Muchos enfermeros y enfermeras participan en el activismo por los derechos humanos en distintas partes del mundo. Ken Agar-Newman es uno de ellos. Ken es miembro de Amnistía Internacional Canadá desde hace más de veinte años. Especializado en cuidados críticos, trabaja en una unidad de recuperación para pacientes sometidos a operaciones a corazón abierto en el Royal Jubilee Hospital de Victoria, Canadá. También es miembro fundador de la organización Victoria Coalition for the Survivors of Torture y participó en la creación y desarrollo de la fase inicial de la Vancouver Association for the Survivors of Torture. Está casado y tiene tres hijos.

Ken es miembro de larga data de la rama canadiense anglófona de la Red de Profesionales de la Salud de Amnistía Internacional, en la que coordina el comité de personal de enfermería. Ha trabajado especialmente en torno a cuestiones relacionadas con la tortura y los tratos crueles, así como en la educación en derechos humanos. Ken señala que todos los gobiernos tienen el deber, recogido en la Convención de la ONU contra la Tortura, de garantizar que se capacita al personal de enfermería en materia de los cuidados de enfermería que deben recibir las víctimas de tortura patrocinadas por los gobiernos, obligación que éstos incumplen de manera casi unánime. También concibe un organismo internacional de carácter imparcial que regularía la deontología de la salud en todo el mundo: «Actualmente hay una enorme laguna en la que se pasa por alto la conducta poco ética del personal sanitario, como la participación en actos de tortura y en la ejecución de la pena de muerte».

El reciente resurgimiento del uso y la apología de la tortura por gobiernos de Occidente lo ha impelido a escribir innumerables cartas a asociaciones de personal de enfermería, publicaciones, personal sanitario militar y gobiernos para cuestionar la aceptación o tolerancia de la tortura. Ken sueña con que el sector de la salud en todo el mundo se enfrente de una manera integral a los peores abusos contra los derechos humanos. «Los profesionales de la salud pueden actuar como una sola nación con una misma visión –dice–. Podemos conseguir que la humanidad y la compasión se incorporen a la agenda de nuestras organizaciones sanitarias, nuestras fuerzas militares, las empresas multinacionales y los gobiernos, a fin de movilizar los fondos y la acción necesarios.»

A la pregunta de cómo es posible que un enfermero con una carga grande de trabajo pueda realizar tantas actividades de campaña, Ken responde: «Escribir una carta no lleva tanto tiempo o energía. Nunca hay que actuar con sigilo frente a los abusadores: tarde o temprano se vienen abajo. Cada uno de nosotros, incluso a título individual, tiene un poder enorme. Nuestro poder emana de la persistencia, de tomarnos el trabajo de enterarnos de una cuestión, de dar la cara por los principios, de aferrarnos a nuestro sueño de un mundo seguro para todas las personas».

«Los enfermeros disfrutamos del privilegio de tener raíces en las comunidades a las que servimos. Esto, combinado con nuestra metodología científica y nuestros conocimientos, nos impone el deber especial de llevar las cuestiones de derechos humanos al ruedo político. Ojalá que cada persona que sintiera furia ante un abuso contra los derechos humanos escribiera aunque fuese sólo una breve nota a un parlamentario, un periódico o una embajada; la voz de la gente de la calle es eficaz. Ésta es la convicción básica que dio origen a Amnistía Internacional, pero también es una herramienta que utilizan las comunidades y los activistas de todo el mundo.» Finalmente, el consejo de Ken a los enfermeros y enfermeras es: «Sus opiniones merecen ser expresadas y nunca, nunca, nunca se den por vencidos».

En *La función de la enfermera en la salvaguardia de los derechos humanos*, una declaración de posición adoptada por el CIE en 1983, se señalaba que los miembros del personal de enfermería tienen obligaciones a título individual, pero que a menudo resulta más eficaz que adopten un planteamiento de grupo de las cuestiones de derechos humanos.⁴⁰⁷

Los enfermeros y enfermeras pueden enfrentarse a violaciones de derechos humanos en calidad de testigos, cuando se ejerce presión sobre ellos o sus colegas para que ignoren abusos, participen en ellos o los encubran, o cuando documentan o sacan a la luz dichos abusos. A continuación se examinan varias modalidades de defensa, ilustradas con ejemplos de casos concretos.

7.1.1 Asociaciones profesionales

La adopción de principios de derechos humanos como parte del marco ético de la enfermería y la partería representa un compromiso con la defensa de valores importantes y constituye un punto de partida para la defensa profesional. Algunas organizaciones han emprendido iniciativas específicas en apoyo de los derechos de enfermeras y enfermeros en casos concretos –un ejemplo de ello es el respaldo brindado por el CIE al personal de enfermería búlgaro encarcelado en Libia (véase el apartado 5.5)– pero las organizaciones no gubernamentales también tienen mucho que aportar en materia de fomento de la defensa basada en derechos. En 2005, la organización estadounidense Physicians for Human Rights, en conjunción con la asociación del personal de enfermería local, patrocinó un taller para enfermeras y enfermeros kenianos destinado a reforzar su capacidad de defensa profesional para propugnar mejoras en un proyecto de ley nacional sobre la enfermería.⁴⁰⁸ Parece haber un espacio potencial para que las asociaciones profesionales de enfermería y las organizaciones no gubernamentales entablen un diálogo fructífero acerca de aquellas áreas en las que tienen motivos de preocupación en común.

DÍAS INTERNACIONALES DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

La Confederación Internacional de Matronas consideró la posibilidad de celebrar un día internacional tras una serie de sugerencias y discusiones entre sus asociaciones miembros a finales de los años ochenta, y en 1992 lanzó formalmente la iniciativa. El Día Internacional de la Matrona se celebra el 5 de mayo de cada año. En 2005, su tema fue la asociación para la salud entre la partería y la mujer.⁴⁰⁹

El Consejo Internacional de Enfermeras organiza una acción el 12 de mayo de cada año. En 2005 organizó una campaña contra los medicamentos falsificados y nocivos como tema del Día Internacional de la Enfermera. El CIE distribuyó una carpeta de información y acción y alentó a sus miembros a actuar para combatir la proliferación de medicamentos de baja calidad.⁴¹⁰ En 2006, el tema se centró en el concepto de que el personal fiable salva vidas.

Otra forma de defensa es el reconocimiento del activismo del personal de enfermería en el terreno de los derechos humanos. Un ejemplo de ello es el Premio de Salud y Derechos Humanos que otorga el CIE. Este galardón fue creado en el año 2000 para atraer la atención hacia los valores que defiende el CIE y conmemorar el compromiso de la enfermería con los derechos humanos.⁴¹¹ El International Centre for Nursing Ethics, con sede en la Universidad de Surrey, del Reino Unido, también otorga en forma anual (antes bienal) el Premio de Derechos Humanos y Enfermería en reconocimiento de la labor individual de defensa de los derechos humanos de enfermeras o enfermeros.⁴¹²

7.1.2 Labor individual

Las enfermeras y los enfermeros son los agentes que hacen realidad la ética y los derechos humanos, en la clínica, en el hospital y en el hogar. El presente informe cita ejemplos de acciones emprendidas por enfermeras y enfermeros a título individual. En su trabajo con su asociación profesional, organizaciones de derechos humanos o movimientos de justicia social, o simplemente cuando reaccionan frente a los abusos que presencian, los enfermeros y enfermeras pueden fortalecer el respeto a los derechos humanos y el acceso de cada persona a la justicia.

DEFENSA DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN ASILO

Una enfermera que había trabajado previamente en un centro de detención para solicitantes de asilo de Woomera, Australia, había descubierto que la empresa que administraba el centro no estaba haciendo honor a sus obligaciones para con las personas detenidas. Reflexionando sobre la necesidad de que el personal de enfermería actuara para defender a los pacientes, escribió:

[E]l personal de enfermería debe hacer oír su voz cuando cree que los pacientes están sufriendo carencias o abusos contra sus derechos humanos. Esto es particularmente válido en los lugares de detención en los que no se tiene en cuenta la opinión del paciente a la hora de proporcionar tratamiento y en los que se restringen las vías habituales de queja y apoyo [...]. El código de ética exige al personal de enfermería que haga todo lo que sea necesario para proteger la integridad del ejercicio de su profesión. Una empresa que emplee a personal de enfermería certificado y con obligaciones profesionales no debe esperar menos.⁴¹³

7.2 ENFERMERÍA, PARTERÍA Y EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

En una declaración formulada en 2005 acerca de la enfermería y los derechos humanos, Amnistía Internacional hizo hincapié en la necesidad de continuidad en la educación profesional y la educación en derechos humanos, ya que el personal de enfermería debe tomar decisiones éticas cada vez más complejas en su labor cotidiana, al mismo tiempo que sufre la violencia en su lugar de trabajo.⁴¹⁴ La necesidad de que las asociaciones de enfermería nacionales e internacionales se dediquen a la educación en derechos humanos ha sido reconocida por la UNESCO en sus Recomendaciones sobre la Enseñanza, la Información y la Documentación en materia de Derechos Humanos. Ya en 1987, la UNESCO instaba a que su director general promoviera

la educación en derechos humanos de los profesionales, especialmente aquellos a los que conciernen estos derechos, como los jueces, médicos, enfermeros, agentes de policía, periodistas, personas que ocupan cargos de responsabilidad en las fuerzas armadas, personal de campos para refugiados, guardias de fronteras, etc., a través de sus organizaciones nacionales e internacionales, y [promoviera] la causa de los derechos humanos.⁴¹⁵

El CIE ha pedido que «en todos los niveles de los planes de estudios de enfermería se incorpore lo siguiente: aspectos del reconocimiento de los derechos humanos y violaciones, tales como la tortura y la pena de muerte; conocimiento del empleo de la tecnología médica en las ejecuciones; y reconocimiento del derecho de la enfermera a rechazar su participación en las ejecuciones».⁴¹⁶

Para que puedan contribuir al ejercicio y marco ético de la enfermería, los valores basados en los derechos humanos deben incorporarse a la educación del personal de enfermería y partería. La información disponible parece indicar que los programas de educación que incluyen estos aspectos son escasos.⁴¹⁷ No obstante, varios tratados y declaraciones abogan por la educación del personal sanitario en materia de derechos humanos, un imperativo que todavía no se ha abordado adecuadamente.

7.2.1 Obligaciones internacionales en materia de educación en derechos humanos

Mediante la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos como la Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, y los acuerdos sobre programas de acción internacionales como la Plataforma de Acción de Beijing, los gobiernos se han comprometido a asegurar que la capacitación del personal de enfermería incluye «cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos»,⁴¹⁸ «de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género».⁴¹⁹ Además, en el Plan de Acción elaborado por el segundo seminario de la ONU relativo a las prácticas tradicionales que afectan a la salud de



Yemen. Capacitación de parteras rurales en el hospital regional de Ibb, 2000. © Panos.
Yemen fue el tercer país de Oriente Medio y Próximo en introducir un programa de capacitación en liderazgo y gestión para enfermeras, administrado por la Dirección Central de Enfermería de Yemen con la colaboración del Consejo Internacional de Enfermeras, de Ginebra, y respaldado por la Organización Mundial de la Salud. Las primeras 29 estudiantes obtuvieron su diploma en abril de 2006.

las mujeres y los niños, celebrado del 4 al 8 de julio de 1994, se recomendaba que los gobiernos incorporaran cursos sobre los efectos sanitarios de la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales a los programas de estudios del personal médico y paramédico.⁴²⁰

Las normas internacionales de derechos humanos, y en concreto la Convención de la ONU contra la Tortura, también obligan a los gobiernos a garantizar que se incluyen enseñanzas sobre la cuestión de la tortura en los programas de estudio de los profesionales de la salud, incluidos los profesionales de la enfermería, cuya labor los hace entrar en frecuente contacto con personas que han sido privadas de su libertad contra su voluntad y que pueden, en consecuencia, correr peligro de ser sometidas a abusos contra los derechos humanos.⁴²¹ En la educación sobre esta materia también debe tenerse en cuenta que prácticamente *cualquier* profesional de la salud puede hallarse en una situación en la que trabaje con un paciente que ha sido víctima de tortura o maltrato.

Sin embargo, en 2001, de acuerdo con la información disponible, entre los 140 Estados que habían ratificado la Convención de la ONU contra la Tortura, sólo Dinamarca había incorporado la educación en derechos humanos a los programas de estudios de enfermería.⁴²² Dada la importancia de la ética, hay razones poderosas para tomar medidas que garanticen que todo el personal de enfermería y partería recibe información sobre la manera en que los derechos humanos fundamentales se aplican al ejercicio práctico de su profesión, tanto durante su educación como en forma periódica a lo largo de su carrera.

7.2.2 Educación y formación para personal de enfermería

En un estudio realizado en 2001 en el Reino Unido⁴²³ se encontraron solamente tres menciones previas de la educación en derechos humanos en los programas de estudio de los profesionales de la salud.⁴²⁴ En su estudio sobre las instituciones de enseñanza de la enfermería, Chamberlain llegó a la conclusión de que el conocimiento general de los tratados y otras normas internacionales era bueno: el 90 por ciento, el 78 por ciento y el 59 por ciento tenía conciencia de la Carta Internacional de Derechos Humanos (que comprende la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño y la Convención de la ONU contra la Tortura (en particular, el artículo 10 sobre la educación), respectivamente. El 59 por ciento conocía la declaración del CIE sobre la función del personal de enfermería en la salvaguardia de los derechos humanos. En los temas de derechos humanos que eran objeto de enseñanza prevalecían las cuestiones nacionales sobre las internacionales. El principal obstáculo para la inclusión de la educación en derechos humanos era la presión de un plan de estudios apretado; también se mencionaron problemas para la evaluación de la educación en derechos humanos.

7.2.3 La educación y su proyección en la salud de la comunidad

Varios autores han señalado que un marco ético sólido que promueva los derechos humanos y la justicia social puede hacer posible que el personal de enfermería contribuya a la consolidación de comunidades saludables.⁴²⁵ La OMS ha definido las características de una comunidad saludable de la siguiente manera: un entorno físico limpio y seguro; un entorno que fomenta la armonía social y la participación activa de todas las personas; la comprensión de las cuestiones sanitarias y medioambientales que afectan al ámbito local; la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones locales para problemas locales; la existencia de servicios de salud accesibles y adecuados; y el uso sostenible de los recursos disponibles para todos.⁴²⁶ A través de una formación que incorpore la ética de la justicia social, el personal de enfermería puede contribuir a los esfuerzos de los gobiernos y de la comunidad internacional para obtener el más alto nivel posible de salud para los pueblos.⁴²⁷

7.2.4 Recursos

Quienes se encargan de la educación del personal de enfermería han sugerido que los estudios de casos pueden constituir un método especialmente eficaz de enseñanza.⁴²⁸ Entre los métodos interactivos utilizados por el profesorado están las discusiones en grupo, los debates, las clases formales, los vídeos y el trabajo de proyectos. Internet ha surgido en los últimos años como un importante recurso, especialmente en el mundo en desarrollo. Muchas instituciones y organizaciones no gubernamentales han publicado recursos de derechos humanos en Internet⁴²⁹ o los han distribuido por otros medios.⁴³⁰ No obstante, el material de educación en derechos humanos adaptable y pertinente para el personal de enfermería y partería –y en especial el material basado en casos– sigue siendo escaso.

NOTAS

406 Véase la declaración de la misión de Amnistía Internacional en <http://web.amnesty.org/pages/aboutai-statute-esl>.

407 Amnistía Internacional. *Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions*. Cuarta edición revisada. Londres: Amnesty International Publications, 2000.

408 Véase la nota 180.

409 El comunicado de prensa está disponible en <http://www.internationalmidwives.org>. Consultado el 14 de febrero de 2006.

410 La carpeta de información y acción está disponible en <http://www.icn.ch/indkit2005sp.pdf>. Consultado el 28 de octubre de 2005.

411 Para más información, véase <http://www.icn.ch/awards.htm#hh>. Consultado el 19 de octubre de 2005.

412 International Centre for Nursing Ethics, <http://www.nursing-ethics.org/>. Consultado el 19 de octubre de 2005.

413 Rogalla B. Nursing behind razor wire: a question of ethics. *Australian Nursing Journal* 2001; 8(9):21.

414 Amnistía Internacional pide que profesionales de la enfermería y comadronas desempeñen un papel más enérgico en el ámbito de los derechos humanos. Índice AI: ACT 75/002/2005. Disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/esLACT750022005?open&of=esl-376>.

415 UNESCO. 1987 Malta Recommendations on Human Rights Teaching, Information and Documentation, párrafo 3.3. [Traducción de EDAI.] Disponible en inglés en http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1687&URL_DO=DO_PRINTPAGE&URL_SECTION=201.html. Consultado el 3 de junio de 2005. [Énfasis añadido.]

416 CIE. *La tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones*. Adoptada en 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/pstorturesp.htm>.

417 Chamberlain M. Human rights education for nursing students. *Nursing Ethics* 2001; 8: 211-22.

418 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general N° 24, art. 31.f. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>. Consultado el 3 de junio de 2005.

419 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general N° 24, art. 15.b, y Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 103.h. Disponible en <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>. Consultado el 3 de junio de 2005.

420 Véase el Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales para la Salud de la Mujer y el Niño en <http://193.194.138.190/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d86229acfed763028025672b00520927?OpenDocument>. Consultado el 3 de junio de 2005.

421 El art. 10 de la Convención de la ONU contra la Tortura establece: «Todo Estado Parte velará por que se incluyan una educación y una información completas sobre la prohibición de la tortura en la formación profesional del [...] personal médico [...] y otras personas que puedan participar en la custodia, el interrogatorio o el tratamiento de cualquier persona sometida a cualquier forma de arresto, detención o prisión». Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law/cat.htm>. Consultado el 3 de junio de 2005. Véase Jacobsen L, Smidt-Nielsen K. *Torture Survivors - Trauma and Rehabilitation*. Copenhagen: IRCT 1997.

422 Chamberlain M. Véase la nota 417.

423 *Ibíd.*

424 Véase Sonis J, Gerenflo D, Jha P. Teaching of human rights in US medical schools. *JAMA* 1996; 276:1676-78; Brenner J. Human rights education in public health graduate schools. *Health and Human Rights* 1997; 2:129-39; Vincent A, Ferguson S, Forrest D. Human rights and medical education [carta]. *Lancet* 1994; 343: 1435.

425 Zahner S. Ethics content in community health nursing textbooks. *Nurse Educator* 2000; 24:186-194; Chafey K. Caring is not enough: ethical paradigms for community-based care. En Spradley B, Allender J. (eds.) *Readings in Community Health Nursing*. Quinta edición. Filadelfia: Lippincott; 1997:211-220.

426 Howard G, Bogh C, Goldstein G, Morgan J, Pruss A, Shaw R, Teuton J. *Healthy villages: a guide for communities and community health workers*. Ginebra: OMS, 2002. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241545534.pdf>. Consultado el 31 de mayo de 2005.

427 Zahner S. Ethics content in community health nursing textbooks. *Nurse Educator* 2000; 24:186-94.

428 Zahner S. *Ibíd.*; Chamberlain M. Human rights education for nursing students. *Nursing Ethics* 2001; 8: 211-22.

429 Véase, por ejemplo, la lista de cursos recogida en el sitio web de Human Rights Internet: <http://www.hri.ca/education/>.

430 Grupo de profesionales de la salud de Amnistía Internacional en Alemania. Carpeta de educación [disponible sólo en alemán]. Bonn: Grupo Médico de AI Alemania, 1996.

8. Recomendaciones

COMO se muestra en el presente documento, la vida laboral del personal de enfermería y partería suscita una amplia gama de motivos de preocupación profesionales que tienen impacto sobre su propio disfrute de los derechos humanos y el de sus pacientes y colegas. Las recomendaciones que formulamos a continuación están encaminadas a potenciar el papel que desempeña el personal de enfermería y partería con miras a reforzar el respeto y la protección de sus derechos humanos y los de otras personas.

8.1 A LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

El personal de enfermería constituye un recurso clave para el mejoramiento de la salud global. La comunidad internacional debe contribuir a potenciar al máximo la eficacia de este sector.

– Debe brindarse apoyo a la cooperación internacional en materia de formación y suministro de servicios sanitarios de una manera coherente con las obligaciones que imponen las normas internacionales de derechos humanos.

– Deben entenderse los aspectos positivos y negativos de la migración del personal de enfermería y debe darse una respuesta a la cuestión, asegurando, en especial, que el coste de la capacitación del personal de enfermería no se convierte en una forma de subsidio de los países ricos del Norte a los países pobres.

8.2 A LOS ESTADOS

8.2.1 El derecho a la salud

Los Estados deben garantizar que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se respeta, protege y hace efectivo.

– Los gobiernos deben garantizar que se capacita y emplea a una dotación adecuada de personal de enfermería y partería y que todo el territorio de su país cuenta con un nivel adecuado de servicios sanitarios a cargo de personal capacitado.

– Aun en aquellos casos en que los servicios de salud, incluidos los servicios de enfermería, se presten en el sector privado, los gobiernos deben garantizar que todas las personas tienen acceso a cuidados sanitarios de buena calidad.

8.2.2 Reglamentación y responsabilidades de la profesión

Aunque los gobiernos no deben interferir en la gestión de los servicios de enfermería en el ámbito clínico, sí deben proporcionar un entorno habilitador en el cual el personal de enfermería pueda desempeñar una labor eficaz, segura y profesional en beneficio de la comunidad.

– Los gobiernos deben asegurarse de que los proyectos de ley relativos a la reglamentación del empleo de personal de enfermería y partería y las funciones y condiciones de trabajo de dicho personal se someten a la consideración de las organizaciones de enfermeras y enfermeros y reflejan adecuadamente las capacidades y la profesionalidad del personal de enfermería.

– Debe asegurarse que el ejercicio de la enfermería y su reglamentación se realiza de una manera transparente y sujeta a rendición de cuentas y que sólo se aplican restricciones a la transparencia cuando ello resulta estrictamente necesario para la protección de la legítima intimidad del personal, los pacientes o terceras partes.

– Debe potenciarse al máximo el grado en que el personal de enfermería actúa bajo la dirección de profesionales de la salud de nivel superior y rinde cuentas ante ellos de su labor clínica.

– Debe alentarse al personal de enfermería que trabaja en entornos «cerrados» como las prisiones u otras instituciones a que cumpla periodos de rotación en otros entornos clínicos.

8.2.3 Conducta ética

El personal de enfermería debe poder trabajar en un entorno en el que los derechos humanos están institucionalizados y son una parte fundamental del sistema de valores imperante. Los gobiernos deben:

– garantizar que se hace tomar conciencia al personal de enfermería de la necesidad de respetar los derechos humanos en el ejercicio de su profesión, lo cual incluye los principios de no discriminación, respeto a la dignidad individual y a la integridad física y mental, y derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

– garantizar que el personal de enfermería que trabaja en centros de detención disfruta de un entorno en el que las necesidades clínicas son de primordial importancia, la no discriminación es un valor fundamental y los derechos humanos en general son tratados con respeto. Debe alentarse al personal de enfermería a que informe de cualquier abuso que presencie;

– garantizar que los enfermeros y enfermeras que trabajan en entornos en los cuales existe un elevado riesgo de que se cometan abusos contra los derechos humanos pueden recurrir a fuentes independientes de asesoramiento y apoyo fuera del marco profesional existente y que no se los castiga por ello.

8.2.4 Defensa de la seguridad del personal de enfermería y partería

Además de cualquier medida encaminada a reforzar la profesionalidad del ejercicio de la enfermería, los gobiernos deben adoptar medidas más amplias con miras a proteger la seguridad de enfermeras y enfermeros en el marco del sistema sanitario y en aquellas áreas en las que se cometen abusos contra los derechos humanos.

– Debe reforzarse la seguridad del personal de enfermería y partería en los servicios de salud y en aquellas áreas en las que tienen lugar abusos contra los derechos humanos.

– Los enfermeros y enfermeras que actúan como defensores de los derechos humanos deben ser beneficiarios del respeto y la protección que los Estados están obligados a brindar a tales defensores.

8.2.5 Comprensión de los efectos de la migración del personal de enfermería y partería

El desplazamiento de personal capacitado de enfermería y partería de un país a otro tiene efectos positivos tanto para el personal como para el país de origen y el país de asentamiento. Entre dichos efectos están el enriquecimiento cultural, la puesta en común de experiencia especializada, el envío de fondos al país de origen, el perfeccionamiento del nivel profesional y el posible retorno de personal experimentado y capacitado al país de origen. Pero también puede tener efectos negativos como la pérdida de personal cualificado, el incremento de las necesidades de formación y la necesidad de aumentar los gastos a fin de retener al personal.

– Es preciso que se cobre conciencia de los efectos positivos y negativos de la migración del personal sanitario, incluido el personal de enfermería, especialmente en lo que respecta a su país de origen.

– Los actuales planteamientos «éticos» de los gobiernos frente a la cuestión de la contratación de personal de enfermería extranjero deben ser examinados y aplicados adecuadamente. Tales planteamientos deben introducirse en aquellos países que no cuentan con ellos.

– No obstante lo arriba enunciado, debe respetarse el derecho del personal de enfermería a la libertad de movimiento y deben potenciarse al máximo los posibles beneficios de su desplazamiento.

– Las asociaciones de enfermería podrían abogar por que sus respectivos gobiernos actúen para contribuir al fortalecimiento de los servicios sanitarios y el ejercicio de la enfermería en aquellos países en los que se produce un considerable déficit migratorio neto de profesionales de la salud.

8.2.6 Combate de las prácticas nocivas

El personal de enfermería y partería de muchos países es testigo de prácticas nocivas que tienen repercusiones sobre las mujeres y las niñas, y en ocasiones es posible que se le exija o persuada de que participe en tales prácticas, algunas de las cuales constituyen abusos contra los derechos humanos. Mediante la educación y la reforma legislativa, los gobiernos pueden detener los abusos y prevenir sus efectos negativos. En especial:

– debe penalizarse la mutilación genital femenina y la ley debe prohibir que el personal de enfermería y partería y cualquier otro personal sanitario lleve a cabo este procedimiento o ayude a ejecutarlo. Debe proporcionarse al personal de enfermería formación adecuada sobre la manera de tratar a niñas y mujeres que sufren las consecuencias a largo plazo de la mutilación genital femenina, incluidas las que afectan al embarazo y al parto;

– debe utilizarse la educación y, cuando proceda, la legislación, para abordar la práctica –específicamente relacionada con el género, discriminatoria y científicamente dudosa– de las «pruebas de virginidad». Los gobiernos deben trabajar con miras a la abolición de esta práctica;

– los gobiernos deben ejercer la diligencia debida para prevenir, investigar y prohibir todas las prácticas que constituyan violencia contra las mujeres y las niñas, como el matrimonio precoz y el levirato (casamiento obligatorio de una viuda con el hermano de su esposo fallecido). El personal de enfermería puede estar en condiciones de contribuir a la educación comunitaria orientada hacia la salud.

8.2.7 Enfermería forense

Los gobiernos deben estudiar las posibles ventajas de capacitar al personal de enfermería para que desempeñe funciones forenses en el marco del sistema de justicia penal, ampliando con ello la capacidad de este sistema para responder al delito, incluidos los actos de violencia dirigidos contra las mujeres y las niñas. Una vez concebidos y aplicados los programas de formación pertinentes, el personal de enfermería cualificado en estos cursos debe ser empleado en labores forenses. Los gobiernos deben:

- introducir cursos de capacitación forense para personal de enfermería, o incrementar los ya existentes, y reconocer esta especialización como una de las disciplinas utilizadas en el sistema de justicia penal;
- garantizar que el personal cualificado en enfermería forense es empleado eficazmente a fin de reforzar los servicios forenses y contribuir a la consolidación de esta disciplina en expansión;
- asegurar que se incorpora la dimensión de los derechos humanos en todos los cursos de capacitación en enfermería forense.

8.3 A LAS ASOCIACIONES Y ORGANISMOS REGULADORES DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

8.3.1 Profesionalidad

El fortalecimiento de la profesionalidad y rendición de cuentas del personal de enfermería y partería podría reforzar la capacidad de dicho personal para actuar de una manera más eficaz en la defensa de sus derechos y del papel que desempeñan.

- La concepción de la profesionalidad debe vincularse a los principios de ética y derechos humanos.
- Debe reforzarse y fomentarse la profesionalidad y la ética profesional entre las asociaciones nacionales y entre sus miembros en lo que respecta a cualificaciones, responsabilidades profesionales y rendición de cuentas.
- La educación inicial y la formación posterior en los aspectos tanto técnicos como éticos de la enfermería deben examinarse periódicamente y establecerse como un hilo conductor a lo largo de la carrera profesional del personal.
- Deben armonizarse los criterios y el marco regulador para el reconocimiento de cualificaciones a fin de garantizar que el personal de enfermería obtiene cualificaciones estandarizadas que reúnen un conjunto de requisitos mínimos.

– Deben ponerse en conocimiento del personal de enfermería, tanto cuando comienzan a ejercer la profesión como en forma periódica posteriormente, las obligaciones que impone su labor en el terreno ético y de los derechos humanos.

8.3.2 Seguridad del personal de enfermería y partería

Las asociaciones profesionales de enfermería y partería deben seguir asignando una alta prioridad a la seguridad de sus miembros.

– Deben adoptarse medidas adicionales encaminadas a incrementar el apoyo activo al personal de enfermería y partería, entre ellas declaraciones oficiales de los gobiernos sobre la inadmisibilidad de la violencia contra dicho personal, cursos de formación en técnicas de negociación y canalización de la ira para personal en situación de alto riesgo, y enjuiciamiento de los autores de actos de violencia contra el personal.

– Las instituciones en las que se practica la enfermería y la partería deben ser lugares en los que se asigna una alta prioridad a la ética en todos los niveles de la dirección y el personal.

– Las asociaciones y organismos reguladores de la enfermería deben inspeccionar a las instituciones para determinar si llevan a cabo una gestión ética, respetan los derechos del personal y los pacientes y publican información caracterizada por la exactitud y la integridad.

8.3.3 El personal de enfermería y partería y los abusos contra los derechos humanos

Las asociaciones de enfermería deben asegurar que el personal de enfermería y partería puede desempeñar un papel eficaz a la hora de proteger los derechos humanos. También deben monitorizar los abusos dirigidos contra enfermeras y enfermeros y reforzar su respuesta en el ámbito nacional e internacional.

– Las asociaciones de enfermería deben asegurar que sus códigos de conducta y ética abordan adecuadamente la función y las responsabilidades del personal de enfermería y partería en lo que respecta a los derechos humanos de los pacientes y la ciudadanía. En particular, debe establecerse de manera inequívoca la prohibición de participar profesionalmente en actos de tortura o maltrato, en la ejecución de la pena de muerte y en prácticas tradicionales nocivas.

– Las asociaciones de enfermería deben asegurar que sus códigos de práctica y ética se aplican en todos los ámbitos de la profesión y en todas las situaciones laborales.

– Debe ponerse a disposición de las víctimas de abusos contra los derechos humanos dirigidos contra profesionales un mecanismo de presentación de quejas en el que

éstas sean examinadas adecuadamente tanto por los organismos reguladores de la profesión como por el sistema de justicia penal.

– Las asociaciones de enfermería deben examinar su función de defensa de los enfermeros y enfermeras en situación de riesgo a fin de garantizar que están en condiciones de intervenir de la manera más eficaz posible en tales circunstancias. A menos que haya razones para pensar que es probable que ello ponga en peligro a los afectados, las asociaciones podrían hacer campaña o dar publicidad a casos individuales de enfermeras o enfermeros o asociaciones de enfermería que sufren abusos contra los derechos humanos o corren peligro de sufríroslos.

– Las asociaciones de enfermería deben estudiar la implantación de los mecanismos necesarios para establecer una presencia y visibilidad adecuadas en situaciones de alto riesgo a fin de reducir las posibilidades de que se cometan abusos contra los derechos humanos, así como para pronunciarse sobre las cuestiones humanitarias y de derechos humanos pertinentes en ocasión de la comisión de abusos concretos.

– Las asociaciones de enfermería y partería deben abordar los problemas de estigmatización y discriminación en los servicios de salud mediante campañas de sensibilización y fomentando el cuestionamiento de las conductas inadmisibles. Esto resulta de especial importancia en relación con el VIH/sida y la salud mental, pero también tiene validez para otras cuestiones sanitarias.

– Las asociaciones deben asegurar que los resultados de las investigaciones sobre la labor de enfermería que guardan relación con cuestiones sociales, como por ejemplo los aspectos sanitarios y de derechos humanos del trabajo en la industria del sexo, se plantean a gobiernos y foros de política.

– Las asociaciones de enfermería deben asegurar que cuentan con canales de comunicación bien definidos con el gobierno, incluidos los ministerios pertinentes y el Parlamento, a fin de garantizar el aprovechamiento eficaz de las aptitudes de enfermeras y enfermeros, el fortalecimiento de la capacidad de la enfermería y la protección de los derechos del personal de enfermería y partería.

– Las asociaciones de enfermería deben colaborar entre sí en el ámbito geográfico de los tratados regionales (por ejemplo, el Consejo de Europa) a fin de garantizar el aprovechamiento eficaz de las aptitudes de enfermeras y enfermeros, el fortalecimiento de la capacidad de la enfermería y la protección de los derechos del personal de enfermería y partería.

8.3.4 El personal de enfermería y partería y el derecho a la salud

Las asociaciones de enfermería pueden contribuir al fortalecimiento del respeto al derecho a la salud de la siguiente manera:

– reconociendo de forma explícita el vínculo entre la labor de enfermería y el derecho de la ciudadanía al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

– asegurando que en la formulación de toda propuesta sobre incrementos o modificaciones del presupuesto del sector salud o cambios en la política sanitaria que presenten al gobierno y a quienes proporcionan fondos para los servicios sanitarios se aplica un análisis basado en derechos;

– garantizando que se incluye información sobre los derechos humanos en las publicaciones dirigidas al personal de enfermería y partería.

8.3.5 Respuesta a los abusos contra los derechos humanos

Las asociaciones profesionales pueden desempeñar un papel importante a la hora de reforzar la ética y la conciencia ética del personal de enfermería que puede verse enfrentado a abusos contra los derechos humanos, así como a la hora de proteger a enfermeras y enfermeros que corran peligro de ser sometidos a abusos.

– Las asociaciones y organismos reguladores de la enfermería deben asegurar que el personal de enfermería y partería se mantiene al corriente de los acontecimientos en el terreno de la ética y los derechos humanos, incluidas las cuestiones relativas a la legislación nacional, los tratados internacionales de derechos humanos pertinentes y las normas de ámbito internacional elaboradas en el seno de la profesión.

– Las asociaciones de enfermería deben transmitir sus motivos de preocupación relativos a la situación individual de enfermeras y enfermeros a los gobiernos responsables de la seguridad de quienes están en situación de riesgo, y deben ofrecer su solidaridad y cualquier ayuda práctica factible a las asociaciones profesionales de los países afectados.

– Las asociaciones de enfermería deben alentar al personal de enfermería y partería a enfocar su labor con una óptica de promoción de los derechos humanos de los pacientes y deben fomentar el conocimiento de la Declaración de Derechos Humanos de la ONU entre sus miembros.

8.4 A QUIENES SE ENCARGAN DE LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

8.4.1 Los derechos humanos y la ética de la enfermería

– Las asociaciones nacionales de enfermería y quienes se encargan de la educación del personal de enfermería y partería deben examinar el contenido de los programas de estudios en lo relativo a la ética y los derechos humanos y asegurar que en ellos se asig-

na suficiente espacio a los conceptos fundamentales de derechos humanos y ética de enfermería.

– A medida que vayan avanzando las tecnologías sanitarias y reproductivas se suscitarn nuevos planteamientos éticos. A fin de responder a esta evolución, es importante que la ética de la enfermería se mantenga sometida a una revisión permanente. Debe prestarse especial atención a los aspectos éticos y de derechos humanos de la salud sexual y reproductiva.

– Deben tomarse más medidas para que el personal de enfermería y partería tenga a su disposición cursos de capacitación profesional y formación en materia de derechos humanos a lo largo de su carrera profesional.

– Debe asegurarse que en los programas de estudios se aborda la cuestión del papel del personal de enfermería y partería en el terreno de la defensa de los derechos humanos y la monitorización de los abusos contra estos derechos.

– Quienes se encargan de la educación del personal de enfermería y partería deben entablar y desarrollar vínculos con organizaciones sanitarias y fomentar los programas de formación y la investigación sobre temas tales como los efectos de la globalización económica en el disfrute del derecho a la salud, y contribuir a dichos programas.

– Quienes se encargan de la educación del personal de enfermería y partería pueden contribuir a la redacción de artículos especializados sobre el ejercicio de la enfermería y los derechos humanos y fomentar las relaciones con los órganos de la ONU encargados de la vigilancia periódica de los derechos humanos.

8.5 AL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PARTERÍA A TÍTULO INDIVIDUAL

Con frecuencia, el personal de enfermería y partería es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema de servicios de salud. Ello los pone en condiciones de ser testigos de los efectos de abusos contra los derechos humanos en casos individuales y sus repercusiones en las familias y las comunidades. Los enfermeros y enfermeras pueden desempeñar un papel importante a la hora de afirmar los derechos del paciente en casos concretos; pueden infundir nueva vida a la ética de la enfermería; y pueden contribuir al fortalecimiento del papel de la enfermería en el seno de la sociedad civil. En especial, pueden comunicar de manera coherente los vínculos entre la salud y los derechos humanos y abogar por servicios de salud que proporcionen cuidados más eficaces. Debe alentarse al personal de enfermería a que estudie las cuestiones relacionadas con los derechos humanos y aplique a los servicios sanitarios un planteamiento basado en derechos.

Apéndice I

A1. PRINCIPALES DECLARACIONES INTERNACIONALES SOBRE POLÍTICA Y ÉTICA DE ENFERMERÍA

*A1.1 Consejo Internacional de Enfermeras*⁴³¹

Abuso y violencia contra el personal de enfermería, 2000. Disponible en <http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm>.

El conflicto armado: perspectiva de la enfermera, 1999. Disponible en <http://www.icn.ch/psarmedsp.htm>.

Las enfermeras y los derechos humanos, 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/pshumrightsp.htm>.

Los derechos del niño, 2000. Disponible en <http://www.icn.ch/pschildrights00sp.htm>.

La tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones, 1998. Disponible en <http://www.icn.ch/pstorturesp.htm>.

*A1.2 Confederación Internacional de Matronas*⁴³²

Debt cancellation and other economic policies that affect health and especially safe motherhood, 2002. Disponible en [http://www.internationalmidwives.org/Statements/Debt cancellation and other economic policies that affect health and safe motherhood.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Statements/Debt%20cancellation%20and%20other%20economic%20policies%20that%20affect%20health%20and%20safe%20motherhood.pdf).

Female genital mutilation, 1999. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Statements/Female%20genital%20mutilation.pdf>.

Midwives and the abuse of women and children, 2002. Disponible en [http://www.internationalmidwives.org/Statements/Midwives and the abuse of women and children.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Statements/Midwives%20and%20the%20abuse%20of%20women%20and%20children.pdf).

Women, Children and Midwives in Situations of War and Civil Unrest, 1999. Disponible en <http://www.internationalmidwives.org/Statements/War%20and%20Civil%20Unrest.htm>.

Apéndice 2. Los derechos relativos a la salud en las normas internacionales y regionales de derechos humanos

A2.1 NORMAS INTERNACIONALES

A2.1.1 Declaración Universal de Derechos Humanos⁴³³

Artículo 25

- (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

A2.1.2 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴³⁴

Artículo 7

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial:

- (a) Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores:
 - (ii) Condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto;
- (b) La seguridad y la higiene en el trabajo;

Artículo 10

(3) [...] Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligró su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. [...]

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - (a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - (b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - (c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - (d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A2.1.3 Convención sobre los Derechos del Niño⁴³⁵

Artículo 3

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental.

Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin

de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - (a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
 - (b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
 - (c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
 - (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
 - (e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
 - (f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Artículo 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Artículo 37

Los Estados Partes velarán por que:

- (a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad.

Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

A2.1.4 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁴³⁶

Artículo 1

A los efectos de la [...] Convención, la expresión «discriminación contra la mujer» denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Artículo 10

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

- (h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar,

en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Artículo 14

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:
 - (b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia;

A2.1.5 Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial⁴³⁷

Artículo 5

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

- (b) El derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo, grupo o institución;
- (e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:
 - (iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;

A2.1.6 Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquiera Forma de Detención o Prisión⁴³⁸

Principio 22

Ninguna persona detenida o presa será sometida, ni siquiera con su consentimiento, a experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para su salud.

Principio 24

Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos.

Principio 25

La persona detenida o presa o su abogado, con sujeción únicamente a condiciones razonables que garanticen la seguridad y el orden en el lugar de detención o prisión, tendrá derecho a solicitar autorización de un juez u otra autoridad para un segundo examen médico o una segunda opinión médica.

A2.1.7 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos⁴³⁹

22. (1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.
- (2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.
- (3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.
23. (1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento.
- (2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.
24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.
25. (1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención.
- (2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

26. (1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a:
- (a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;
 - (b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos;
 - (c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento;
 - (d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos;
 - (e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado.
- (2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.
33. Los medios de coerción tales como esposas, cadenas, grillos y camisas de fuerza nunca deberán aplicarse como sanciones. Tampoco deberán emplearse cadenas y grillos como medios de coerción. Los demás medios de coerción sólo podrán ser utilizados en los siguientes casos:
- (a) Como medida de precaución contra una evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en cuanto comparezca el recluso ante una autoridad judicial o administrativa;
 - (b) Por razones médicas y a indicación del médico;
 - (c) Por orden del director, si han fracasado los demás medios para dominar a un recluso, con objeto de impedir que se dañe a sí mismo o dañe a otros o produzca daños materiales; en estos casos, el director deberá consultar urgentemente al médico, e informar a la autoridad administrativa superior.
62. Los servicios médicos del establecimiento se esforzarán por descubrir y deberán tratar todas las deficiencias o enfermedades físicas o mentales que constituyen un obstáculo para la readaptación del recluso. Para lograr este fin deberá aplicarse cualquier tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico que se juzgue necesario.
82. (1) Los alienados no deberán ser recluidos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales.
- (2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos.
- (3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico.
- (4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.
83. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico des-

pués de la liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.

91. Se permitirá que el acusado sea visitado y atendido por su propio médico o su dentista si su petición es razonable y está en condiciones de sufragar tal gasto.

A2.1.8 Convenios de Ginebra

Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 contienen información detallada sobre los derechos y deberes del personal sanitario en tiempo de conflicto armado. Los Convenios, que hacen abundante mención de la salud y el personal sanitario, son los siguientes:

– Convenio para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña (Convenio I). Ginebra, 12 de agosto de 1949.

– Convenio para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar (Convenio II). Ginebra, 12 de agosto de 1949.

– Convenio relativo a los prisioneros de guerra (Convenio III). Ginebra, 12 de agosto de 1949.

– Convenio relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (Convenio IV). Ginebra, 12 de agosto de 1949.⁴⁴⁰

El Convenio I, por ejemplo, establece en su artículo 3 que «[l]os heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos». (Los otros tres Convenios también contienen este artículo.) La sección sobre personal (que comienza en el artículo 24) trata ampliamente de la cuestión del personal sanitario. El artículo 36 y siguientes tratan del transporte sanitario. Los otros tres Convenios también contienen disposiciones relativas al personal sanitario y al tratamiento médico.

A2.2 TRATADOS Y DECLARACIONES REGIONALES

A2.2.1 Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos [Carta de Banjul]⁴⁴¹

Artículo 16

Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.

Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

A2.2.2 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales («Protocolo de San Salvador»)

Artículo 10

Derecho a la Salud

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

A2.2.3 Carta Árabe de Derechos Humanos [revisada]

(Adoptada por la Cumbre de la Liga Árabe en mayo de 2004; todavía no ha entrado en vigor.)

Artículo 38

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, el bienestar y una vida decente, lo que incluye la alimentación, el vestido, la vivienda, servicios y el derecho a un medio ambiente saludable. Los Estados Partes adoptarán las medidas necesarias, de acuerdo con los recursos de que dispongan, para garantizar estos derechos.

Artículo 39

- a. Los Estados Partes reconocen el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el derecho del ciudadano a contar con servicios sanitarios básicos de carácter gratuito y a tener acceso a servicios médicos sin discriminación de ninguna clase.
- b. Los Estados Partes adoptarán, entre otras, las siguientes medidas:
 1. Desarrollo de los servicios sanitarios básicos y garantía de acceso libre y sin trabas a los centros que suministran estos servicios, con independencia de la ubicación geográfica y la condición económica;

2. Esfuerzos para controlar las enfermedades mediante la prevención y la cura a fin de reducir la tasa de mortalidad;
3. Promoción de la sensibilización y educación en materia de salud;
4. Supresión de las prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud del individuo;
5. Suministro de alimentos básicos y agua potable segura para todos;
6. Combate a la polución del medio ambiente y suministro de sistemas de saneamiento adecuados;
7. Combate al tabaquismo y al abuso de drogas y sustancias psicotrópicas.

Artículo 34.b

Todo trabajador tiene derecho a disfrutar de condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo que aseguren [...] así como las reglas para la preservación de la seguridad y salud y la protección de las mujeres, los niños y las personas discapacitadas en el lugar de trabajo.

Artículo 40.c

Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para reducir la incidencia de las discapacidades por todos los medios disponibles, incluidos los programas de salud preventiva, la sensibilización y la educación.

Apéndice 3.

Sitios web útiles

Organización	URI
Amnistía Internacional (AI)	http://www.amnistiainternacional.org/
Human Rights Education Associates (HREA)	http://www.hrea.net/
Human Rights Watch	http://www.hrw.org
International Association of Forensic Nurses	http://www.forensicnurse.org/
Confederación Internacional de Matronas (ICM)	http://www.internationalmidwives.org
Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)	http://www.icn.ch/spanish.htm
International Federation of Health and Human Rights Organizations (IFHHRO)	http://www.ifhhro.org

Organización	URI
Organización Internacional del Trabajo (OIT)	http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm
Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT)	http://www.irct.org/Default.aspx?id=100
Physicians for Human Rights (PHR)	http://www.phrusa.org
Organización de las Naciones Unidas (ONU)	http://www.un.org/spanish/
Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/
Organización Mundial de la Salud (OMS)	http://www.who.int/es/index.html

NOTAS

431 El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de asociaciones nacionales de enfermería que representa a enfermeras y enfermeros de 128 países. Fundado en 1899, el CIE es la organización de profesionales de la salud de más amplio alcance en el mundo. Tiene su sede en Ginebra.

432 La Confederación Internacional de Matronas (ICM) agrupa actualmente a 83 asociaciones autónomas de personal de partería de 70 países en cuatro regiones: África, Asia-Pacífico, América y Europa. Cada asociación miembro envía delegaciones al Consejo Internacional, que es el órgano directivo general de la Confederación. La ICM tiene su sede en La Haya.

433 El texto íntegro está disponible en <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>.

434 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm.

435 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm.

436 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm.

437 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/d_icerd_sp.htm.

438 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp36_sp.htm.

439 El texto íntegro está disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm.

440 El texto íntegro de los cuatro Convenios está disponible en la página <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/iwpList133/C09292A0BB80A281C1256F00002CDB86> del sitio web del Comité Internacional de la Cruz Roja. Consultado el 18 de agosto de 2005.

441 El texto íntegro en español (en traducción de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) está disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf>.

Índice temático

Alemania	
personal de enfermería y nazismo	18
Australia	
menor de edad en huelga de hambre	60
personal de enfermería y castigos tradicionales	63
personal de enfermería y defensa de solicitantes de asilo	129
personal de enfermería y solicitantes de asilo detenidos	103
presos y trastornos mentales	58
Brasil	
comercio de órganos	65
Bulgaria	
condiciones en residencias sociales del Estado	121
Camboya	
gripe aviar	99
Canadá	
enfermera activista de los derechos humanos	94
enfermera crea centro de inyecciones seguras	94
impacto del SRAG en el personal de enfermería	99
profesionales de la enfermería piden más formación sobre el VIH	93
violencia contra el personal de enfermería	35

China	
epidemia de VIH	97
gripe aviar	99
política de planificación familiar	47
Corte Penal Internacional	43
Eslovaquia	
esterilización no consentida	47
Estados Unidos	
huelgas de hambre en Guantánamo	59
huracán <i>Katrina</i>	100
inmovilización de presas	57
papel del personal de enfermería en ejecuciones	62
posición de la AEA sobre enfermería y ejecuciones	61
violencia en el ámbito familiar	48
Guatemala	
participación del personal de enfermería en una ejecución	62
India	
comercio de órganos	65
el derecho a la salud es un derecho constitucional	81
pruebas de virginidad	52
Indonesia	
gripe aviar	99
Irak	
abusos en Abu Ghraib	41
Israel	
trasplantes de riñón	64
Israel y los Territorios Ocupados	
enfermera muerta en servicio	34
Jamaica	
hostilidad hacia educadores en VIH	94

Japón	
personal de enfermería y <i>burnout</i>	89
Kazajistán	
discriminación contra la población reclusa con VIH	93
Kenia	
medicalización de la mutilación genital femenina	51
personal de enfermería y prisiones	56
taller sobre defensa para personal de enfermería	128
Kosovo	
abusos contra personas con discapacidad mental	121
Kuwait	
violencia contra el personal de enfermería	35
Libia	
enfermeras búlgaras en prisión	128
enfermeras búlgaras enjuiciadas por infección deliberada	91
Mauricio	
emigración de personal de enfermería	106
Moldavia	
comercio de órganos	65
Myanmar	
campos para refugiados	102
Nicaragua	
el personal de enfermería recaba datos forenses	44
Objetivos de Desarrollo del Milenio	85
Oficina Internacional del Trabajo	
recomendaciones sobre el SRAG	100
ONUSIDA	
prevención del VIH entre drogadictos	93
y asistencia innovadora para el VIH	95

Organización Internacional del Trabajo	
personal de enfermería y VIH/sida	96
y trata de personas	49
Organización Mundial de la Salud	68
definición de comunidad saludable	132
entrevistas con mujeres objeto de trata	49
estudio global de la tuberculosis	97
<i>Informe mundial sobre la violencia y la salud</i> (nota)	69
personal de enfermería y VIH/sida	96
posible propagación de la gripe aviar	99
prevalencia del VIH	90
tuberculosis y estrategias de tratamiento directamente observado	98
Organización Panamericana de la Salud	
reducción de la estigmatización relacionada con el VIH	91
Pakistán	
venta de riñones	64
Perú	
programa de esterilización del gobierno	45
Physicians for Human Rights	
taller para profesionales de la enfermería	56
Portugal	
proyecto para apoyar a profesionales de la enfermería refugiados	104
Reino Unido	
aprovechamiento de la formación de enfermeras	
y enfermeros refugiados	105
código de conducta para la contratación de personal sanitario	107
presos y trastornos mentales	58
registros corporales íntimos	55
violencia contra el personal de enfermería	34
violencia en el ámbito familiar	43
Rusia	
malos tratos al personal de salud, Chechenia	33
medidas para reducir el consumo de drogas	93

Sudáfrica	
la Constitución protege el derecho a la salud	81
personal de enfermería, valores culturales y violencia	43
personal de salud y VIH	96
profesionales de la salud y <i>apartheid</i>	20
pruebas de virginidad	52
violencia de género y valores culturales del personal de enfermería	84
Sudán	
homicidios de personal de salud	33
violación en conflictos	45
Tailandia	
gripe aviar	99
trabajo de personal de enfermería en campos para refugiados	44
Taiwán	
Congreso del CIE en 2005	107
renuncias de profesionales de la salud durante brote del SARG	99
Turquía	
homicidios por motivos de honor	53
pruebas de virginidad	52, 84
Ucrania	
medidas para reducir el consumo de drogas	93
UNESCO	
recomendaciones sobre educación en derechos humanos	130
UNICEF	
definición de matrimonio precoz	54
Vietnam	
gripe aviar	99
infección humana con gripe aviar	99
Zambia	
personal de enfermería y sensibilización sobre el VIH	95