

Derechos humanos en salud y acciones éticas en mujeres hospitalizadas en un hospital docente: resultados de un estudio piloto

Salazar-López M^a Esther¹, Salazar-García M^a del Carmen², Álvarez-Rodríguez Loreley³, Cabanillas Nurys⁴, Córdova-Chávez Nancy⁵, Cieza-Mora Jairo⁶

RESUMEN

Los derechos humanos y los principios bioéticos son vulnerados con frecuencia en los hospitales públicos, a pesar del deber ético que tiene el profesional de salud y los acuerdos internacionales para promover la igualdad entre los sexos, la vulneración de los derechos de las mujeres persiste. El objetivo del estudio fue identificar los casos de violación de los derechos humanos en salud en las pacientes hospitalizadas, centrándose en los aspectos bioéticos. **Material y método:** el estudio fue cuantitativo - cualitativo, se realizó en los servicios de medicina, cirugía y ginecología en un Hospital público docente de la ciudad de Lima. Fueron entrevistadas 38 pacientes, participaron en la recolección de casos estudiantes de enfermería del pregrado capacitadas quienes emplearon una guía semiestructurada. Los casos fueron codificados y revisados estableciendo la categoría analítica acorde con la metodología. **Resultados:** En el 97% de las pacientes atendidas no se respetaron los principios bioéticos, mientras que los derechos humanos en salud se vulneran por la relación de poder, por negarles la información y por postergar la atención. En muchos de los casos las alumnas narran que no le hacen caso a la paciente. **Conclusiones:** son varias las circunstancias que influyen en la aplicación de los principios bioéticos y en el respeto de los Derechos Humanos en salud, pero sobre todo existe un conocimiento muy limitado de los Derechos Humanos, tanto por parte de las usuarias de los servicios de salud, quien por más publicidad que se difunda parece no sentirse incluida, como por el personal de salud que persiste en un modelo de atención paternalista además de considerar que el tema de los derechos corresponde al ámbito jurídico.

Palabras clave: derechos humanos, bioética, salud, género. Perú. (Fuente DeCs BIREME).

Health human rights and ethical actions in women hospitalized in a teaching hospital: results of a pilot study

SUMMARY

Human rights and bioethical principles are often violated in public hospitals; despite the ethical duty has to health professional and international agreement to promote gender equality, the violation of women's rights still persists. The objective was to identify cases of violation of human right in health against hospitalized women patients, with a focus on bioethical issues. **Material and methods:** this was quantitative – qualitative study, it conducted in medicine, surgery and gynecology service of a public teaching hospital in the city of Lima. We interviewed 38 patients; trained undergraduate nursing students participated in the collection of cases using a semi-structured guide. The cases were coded and

1. Docente de la práctica clínica del Curso: Atención de Enfermería a la Persona Hospitalizada. Facultad de Enfermería – Universidad Peruana Cayetano Heredia. Administradora Comité de ética del Instituto de Medicina Tropical UNMSM.

2. Docente Facultad de Enfermería - Universidad Peruana Cayetano Heredia.

3. Master en Educación –Docente adjunta Facultad de Derechos y Facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad Católica Dámaso Larrañaga de Montevideo – Uruguay.

4. Licenciada en Enfermería, Coordinadora de Estudios Clínicos Unidad de Investigación Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

5. Docente Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

6. Abogado. Miembro del Comité de Ética del Instituto de Medicina Tropical Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

checked selecting an analytical category according to the methodology. **Results:** The bioethical principles was not respected on 97% of the patients treated, while health human rights are violated by unequal power relationship, denying them information and delaying attention. In many cases the students told the patient were ignored. **Conclusions:** There are several circumstances that influence the application of bioethical principles and respect for human rights in health, but there is a particularly limited knowledge about Human Rights, not only for the users of health services –even with more publicity given to them, they doesn't seem to feel included,- but also for health staff who insists in a paternalistic health care model, they consider the issue of human rights in the legal field.

Keywords: Human Rights, health, bioethics, gender. Peru. (Source DeCs BIREME).

INTRODUCCIÓN

Aunque las mujeres constituyen un poco más que la mitad de la población mundial son ellas quienes viven en condiciones de inequidad y con menos oportunidades (1).

El objetivo tres, de las «Metas del Desarrollo del Milenio» (2) contempla: «Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer». Dicho objetivo está en consonancia con las numerosas declaraciones y pactos internacionales -propios de las últimas décadas del siglo XX-, en los que se destaca la promoción de la igualdad entre los sexos, en particular; muchos de estos documentos contienen artículos que promueven el cuidado de la salud de las mujeres y la efectivización de sus derechos. Por un lado, el «Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales» en su Art. 3 afirma: «Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto»; y en su Art. 12 establece: «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»(3).

En ese mismo sentido, y según las Convenciones y Pactos vigentes, el derecho a la salud no debe entenderse solo como un derecho a estar sano, sino que este derecho entraña libertades y derechos; entre las libertades figura el derecho de controlar su salud y su cuerpo; mientras que en los derechos figura el contar con un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del «Más alto nivel posible de salud» (4). Todo ello en un marco de valores humanos que determina que los servicios de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, incluso de las minorías, así como de las características de los pueblos y comunidades; al mismo tiempo, deberán ser sensibles a los requisitos especiales de género y del ciclo de vida de esas personas (4). Sin embargo, y pese al contenido inequívoco

de estos documentos, la persistencia de las múltiples formas de discriminación contra la mujer dio lugar a la «Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer», promulgada por las Naciones Unidas en diciembre de 1979. Este documento insiste en proclamar la igualdad de género y la necesaria contribución de los Estados; que deberán adoptar todas las medidas necesarias para eliminar dicha discriminación. Es así que en su artículo 2, inciso b) recomienda: «Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer» (3), y en su Art. 12, inciso 1, ordena: «Los Estados Parte 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» (3).

La UNESCO, por su parte, reconoce que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas, deben examinarse teniendo en cuenta no solo el respeto debido a la dignidad de la persona, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales (5).

SITUACIÓN DEL PANORAMA NACIONAL

Si se revisa el sistema nacional, podemos afirmar que el Estado Peruano, viene desarrollando planes para promover los derechos de la mujer, entre ellos la creación del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Adjuntía para la mujer en la Defensoría del Pueblo, etc. Este último ha realizado una acción educativa -de bien público- colocando carteles en los hospitales, que enuncian los derechos que tienen los pacientes y, además, ha establecido en cada entidad de salud espacios dedicados a brindar información y recibir denuncias o quejas respecto del no reconocimiento de los derechos de los pacientes.

Sin embargo, todas estas iniciativas no tienen el alcance esperado, las personas que acuden a los hospitales generalmente no leen los anuncios o no les prestan atención; otro grupo de pacientes no tiene claro qué son derechos y otros no saben cómo se reclama. La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que las mujeres hacen mayor uso de la atención sanitaria, pero pocas veces reciben la atención que necesitan (6). Asimismo, reconoce que parte de la mejora en la atención tiene que ver con las políticas sociales adoptadas por los gobiernos. Estas consideraciones generales surgen a pesar de situaciones particulares que dan cuenta de la vulneración; en el caso del Estado Peruano, que violó los derechos de más de 250 000 mujeres, que fueron esterilizadas quirúrgicamente entre los años de 1993 y 2001. Muchas de ellas formaban parte del estrato social económico y cultural más bajo, procedían de zonas rurales con alta concentración de población indígena y fueron sometidas al procedimiento sin un adecuado consentimiento informado (7). Con relación al necesario consentimiento y a la capacidad de poder darlo, Achával afirma: «La capacidad de consentir o de adherirse válidamente debe depender de la capacidad de comprender y de querer, la que se puede estratificar en tres niveles por orden decreciente de comprensión: comprender, entender y conocer. Así se puede llegar a ubicar las situaciones del menor, del anciano, (...), la situación del inculco (8).

La práctica de la medicina está gobernada por los principios bioéticos: autonomía, beneficio, no maleficio y justicia. Ser autónomo implica respetar la libertad de elección que tiene el paciente, que además es el derecho de controlar su salud y su cuerpo. El beneficio quiere decir maximizar el bien, lo que incluye dar información, no se puede hablar de una atención integral sino se le explica (asegurándose de que haya comprendido) a la persona todo lo concerniente con el proceso de atención, que va desde identificarse, hasta la ilustración clara de tratamientos, procedimientos, riesgo, beneficios, etc. No maleficencia parte de comprender a cabalidad las maneras en que un tratamiento o procedimiento en salud puede causar daño (9), se puede causar daño si la paciente es sometida a exámenes por varios estudiantes de salud pues se atenta contra el pudor de la paciente; el principio de justicia tiene que ver con la equidad y la garantía de que todas las personas tienen los mismos derechos (9), así resulta inequitativo hacer diferencias en la atención entre un paciente y una paciente, más aun cuando la paciente es iletrada, anciana o procede de zonas rurales, pues se asume que es incapaz de opinar. Pero, además, la atención y acceso a los servicios de salud debe hacerse en un contexto de respeto por la persona y sus costumbres; es en

este contexto en que se encuentran similitudes entre la ética y los derechos humanos, pues en ambos casos el origen y el fin están basados en un conjunto de valores esenciales. No obstante, a pesar del deber ético que tienen los profesionales de la salud de atender a los pacientes según los principios y conocimientos de su profesión, algunos no cumplen con los niveles mínimos de dicha obligación; de otro lado, lograr que se incorpore en el proceso de atención en salud el respeto por los derechos humanos, es difícil, en primer lugar, está el concepto de que los derechos humanos es cuestión de juristas y abogados y, en segundo lugar, está vigente el modelo de atención basado en una relación dual entre la paciente y el médico, sin posibilidad de influencias externas (7). Está presente, además, la relación de poder entre los proveedores de salud y las usuarias, situación que genera inequidad y que se agrava cuando la mujer es anciana, procede de provincia, tiene apenas instrucción primaria o es iletrada; estas condiciones crean un pseudoconcepto debido a la persistencia de algunos en la medicina paternalista, donde se presupone que el/la paciente debe saber algo pero no todo, que el médico sabe y puede manejar la opción mejor que el propio paciente, ignorando lo que la persona sabe o pasando por alto que lo prioritario ahora son los derechos, a diferencia de antes donde prevalecía la enfermedad (8). En el estudio «No dejarse caer en cama», esta situación de poder se expresa de varias maneras: «No dijo nada [el médico], o sea que son doctores que no especifican bien lo que tiene uno. Pienso que esos doctores deberían de explicarle a uno por qué fue el motivo de esto [el padecimiento]»... «Hay doctores que no se expresan bien nada más su receta. – aquí está, se toma esto y esto y lo otro –» (10).

Estas situaciones de omisión o falta de respeto al paciente y sus derechos lejos de ser casos aislados, resultan frecuentes. Sin embargo, las personas generalmente no se quejan y callan frente a este tipo de trasgresión de sus derechos; en parte por desconocimiento (muchas veces se les presentan escritos en un idioma que no es el suyo y, en consecuencia, no saben cuáles son y cómo hacerlos efectivos) o simplemente por desconfianza, porque no saben cómo funcionan esos derechos, por temor a represalias. Entonces aunque existen estándares éticos, que en teoría regulan el «deber ser» del desempeño profesional y documentos que normalizan los derechos de las/los pacientes, el modelo de atención no permite que esta se ajuste al bienestar del /la paciente (7).

El objetivo del presente estudio fue identificar cualitativamente los casos de violación de los derechos humanos en salud en las pacientes hospitalizadas, cen-

trándose en la violación de los aspectos éticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de la asistencia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología del estudio fue cuantitativo – cualitativo de tipo fenomenológico; se realizó en un hospital público-docente ubicado en la ciudad de Lima, en los servicios de medicina, cirugía del adulto y ginecología.

La población estuvo conformada por 38 mujeres que estuvieron hospitalizadas en los servicios mencionados en el mes de junio de 2008. El número de entrevistadas así como el periodo de estudio se explica por que quienes hicieron las entrevistas fueron estudiantes de enfermería que asistieron a la práctica clínica en ese periodo.

En la recolección de casos participaron estudiantes de enfermería, quienes fueron evaluadas con un pretest sobre bioética y luego capacitadas; se les entregó, además, una guía de procedimientos para el registro de situaciones observadas - vividas. Durante la práctica clínica a cada estudiante se le asignó un número de pacientes que deberían atender, de ese grupo de pacientes ella/el estudiante escogía una para el caso. Durante la recolección de datos en el estudio de caso, las/los participaron de grupos de

discusión.

Para la recolección de datos de la historia clínica, se usó una «ficha de vaciamiento» que incluía datos demográficos y del consentimiento informado, autorización o algún otro documento que firma la/el paciente cuando tiene algún tratamiento o procedimiento. Mientras que para las entrevistas se usó una guía semiestructurada adaptada de otros instrumentos validados y empleados en investigaciones cualitativas (11). La guía semiestructurada incluyó temas sin una estructura previa, ello permitió que se encamine por adelantado las áreas a explorar pero no los términos o secuencia de las preguntas, en ese sentido las/os estudiantes-encuestadoras identificarían cómo se dan en el campo clínico los principios bioéticos con las/os pacientes. Las preguntas incluían servicio de hospitalización, número de historia clínica, edad, nombre del/la paciente. Se consideraron cuatro temas, los cuales se presentan en el Esquema 1. El/la estudiante debería describir considerando los términos enunciados.

Los datos fueron codificados y procesados en el programa Excel. Se obtuvieron las medidas estadísticas descriptivas; además, y de acuerdo con la metodología, los casos fueron codificados y revisados en dos partes: primero, la lectura de la narrativa de cada uno de los casos los cuales deberían incluir los cuatro temas señalados; segundo, el análisis estructural entre la teoría de la bioética, el derecho a la salud y el caso; estableciéndose así las siguientes categorías analíticas: relación de poder, derecho a la información, postergación de la atención.

Esquema 1. Guía semiestructurada de temas para el registro de casos.

TEMA	Quiénes participaron	Qué ocurrió Cómo reaccionó el paciente / el personal de salud	Qué medidas se tomaron favorables / no favorables para el/la paciente
1. Principio bioético violado			
2. Lugar y hechos, donde ocurrió.			
3. Opinión de otros actores (personal profesional, técnico, etc.)			
4. Opinión actitud del /la estudiante de enfermería			

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Comité de Ética del hospital donde se ejecutó el estudio. En la presente investigación se respetaron los principios bioéticos de las/los participantes. Así mismo, y con la finalidad de mantener la confidencialidad de la información, los registros han sido codificados de tal modo que no se identifique a las/los pacientes, toda la información ha sido manejada solo por las/los investigadoras/es.

RESULTADOS

En la primera lectura se encontró ocho casos que carecían de argumento por lo que fueron excluidos del análisis, se revisaron 30 casos, de estos, solo se localizó siete historias clínicas con información incompleta por lo que no se analizaron. La edad promedio fue 57,93 años, mientras que la moda fue 50 años. Sin embargo, en el servicio

Tabla 1. Principio que no se respeta según servicio de práctica clínica

Servicio /Principio	Cirugía N=8		Ginecología N=6		Medicina N=16		Total N=30
	N	%	N	%	N	%	
Más de uno	3	25,0	0	0,0	9	75,0	12
No maleficencia	0	0,0	3	42,8	4	57,0	7
Autonomía	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5
Beneficencia	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4
Justicia	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2

de medicina se tuvo dos pacientes que tenían 93 años de edad. El 97% de las personas hospitalizadas en estos servicios que incluye ginecología, es de sexo femenino.

Tabla 2. Temas y subtemas que surgen del análisis de los casos

Tema /Principio bioético	Subtemas/ derechos humanos en salud
No maleficencia y justicia	Relación de poder Postergación de la atención
Beneficencia y autonomía	Derecho a la información, Relación de poder

De acuerdo con la descripción de las estudiantes se encontró que en 97% de las pacientes hospitalizadas no se respetó los principios bioéticos. Cabe mencionar que existen situaciones en la que se vulnera más de un principio y que compromete a los de beneficencia, autonomía y justicia, esto se observó en 40% (12) de los casos presentados. De forma individual el principio de no maleficencia es el más vulnerado, como se lee en el 23% de las situaciones observadas - registradas por las estudiantes, en la tabla 1 se muestra lo referido:

A partir de la categoría analítica y congruente con lo mencionado en la tabla 1, el principio de no maleficencia se afecta por el tipo de atención vertical y su postergación,

en la Tabla 2 se menciona los temas y subtemas más frecuentes que son identificados como vulnerados y que incluyen a los principios bioéticos y su relación con los derechos humanos en salud.

Principio no maleficencia relación de poder y postergación de la atención. En los relatos se encuentra con frecuencia cómo se vulnera el principio cuando se posterga la atención de la paciente al no satisfacer necesidades básicas como higiene, eliminación, comodidad, cambio de ropa e incluso dolor. La relación de poder se da también cuando se somete a la persona a situaciones que afectan su dignidad. Se ilustra en el siguiente caso: «Mi paciente de 72 años tenía un día de operada, entonces vinieron personas de salud y le tomaron fotos, la señora no dijo nada, aceptó resignada, además, estaba sola sin ningún familiar» [relato de la estudiante, Caso G-11].

Principio beneficencia derecho a la información y relación de poder. La relación que existe entre el personal de salud y las/los pacientes, es de tipo vertical; existe necesidades de información, sobre tratamientos y procedimientos, sin embargo, estas no son atendidas. En el siguiente caso una paciente de 73 años expresa: «No he leído el consentimiento informado», «No creo que me vaya a engañar», «Él lo ha leído» [personal de salud] «Pero lo puedes volver a leer, para estar mas segura» [a la estudiante]. (Caso G-13). Luego, cuando ellas desean saber sobre los medicamentos, el personal de salud, por lo general, se muestra evasivo; un término constante que se lee en los casos es «No le hacen caso»; como se describe a continuación: «Nunca me responde», «Te lo digo después», «Al rato conversamos» [el personal de salud], «Pero ya no regresa» (Caso M-24). «Esta no es la medicina que tomo, no es el tamaño, ni marca, ni color de la pastilla» [la paciente]. Pero nadie hizo caso de los reclamos, y no le dieron la pastilla. Todos fueron indiferentes [la estudiante] (Caso M-37).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que en el sistema de atención del Hospital docente se incumplen los derechos de las pacientes así como los principios éticos. En 14 (46%) de los casos donde más de un principio no se respeta, el que más se repite es el de beneficencia; entonces lejos de hacer el bien como por ejemplo tomarse el tiempo, y verificar que la persona ha comprendido cual es su situación y esclarecimiento sobre el tratamiento, se omite la explicación afectando la calidad de la atención en salud y violando el derecho a la información que tiene la paciente. En las situaciones se reitera sobre la necesidad de información

que tiene la paciente –familia; sin embargo, no se escucha a la persona, en ocasiones ni siquiera miran a la paciente, se limitan a evaluar, dar tratamiento o registrar, estas similitudes también se ilustran en el estudio de Anderson sobre calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales, la autora encuentra que un «buen trato» significa: hablarles con respeto, las mujeres manifiestan que las maltratan cuando les dicen: «tranquila, que siéntese, no grite, no se queje...», una señora expresó «a veces ni el saludo nos contestan y ahí pues, ya nos están mirando mal. Y como los de chacra somos medio vergonzosos, no esperamos mucho» [U-12-LL] (12). En la comisión nacional de arbitraje médico el 80% de las quejas son por la falta de comunicación adecuada de los médicos hacia el paciente (13).

En este contexto hay una relación de poder/subordinación entre el personal de salud y la paciente, por lo que la atención se torna estresante y las mujeres no reciben un buen trato; existe falta de información de lo que sucede con su propio cuerpo debido a la información desigual entre médico y la paciente (4,10); como también lo mencionan Hernández en su estudio, cuando la paciente desea saber sobre la medicación que recibe.

El cuidado de la salud de la persona en especial de la mujer es un tema ampliamente discutido, en el sentido de quien es responsable por su salud, hay quienes opinan que son los profesionales de la salud, mientras otros consideran que la responsabilidad recae sobre uno mismo (14). Por años las sociedades han buscado aliviar los sufrimientos físicos y mentales a través de la institucionalización de roles cuyas funciones han sido «asistir» a los que sufren; en este contexto es que opera el personal y las instalaciones de salud (9). La atención ética de los pacientes, así como la certeza de la provisión de servicios con calidad, constituyen partes integrales del derecho a la salud, (4,7).

En el estudio el 97% de las pacientes son de sexo femenino; por los resultados el hospital atiende, sobre todo, a población femenina; se esperaría que dado que son las mujeres las mayores usuarias de los servicios de salud, pudieran acceder a una mejor atención (6,15), sin embargo, ocurre lo contrario. Existen varias circunstancias que influyen en la aplicación de los principios bioéticos y en el respeto de los derechos humanos en salud, pero sobre todo existe un conocimiento bastante limitado de estos, por parte de la paciente usuaria del sistema de salud - quien por más publicidad que se brinde parece no sentirse incluida, o no se siente como persona con derechos; o acepta tal situación por su condición de pobreza (1). Pero,

también está el desconocimiento por parte de los proveedores de salud, quienes habitualmente aducen como disculpa que los derechos humanos es un tema jurídico, propio de abogados. En los hospitales públicos, en general, se considera que la atención prestada constituye un favor para la usuaria; esta concepción promueve la omisión en el ejercicio de la aplicación de los principios bioéticos y respeto por los derechos en salud. Además, persiste el modelo de atención paternalista que no permite influencias externas (7) y menos aun un enfoque multidisciplinario e intercultural. Si bien desde la academia se trabajan dichos contenidos estos no se incorporan al sistema de atención. Los modelos que tienen los estudiantes predominan sobre lo que puedan aprender en las aulas. Aunque no fue un objetivo del estudio evaluar las percepciones de las/los estudiantes frente a estas situaciones, en muchos de los casos se lee el malestar e impotencia que tienen las /os estudiantes en estas situaciones, por lo que se desarrollaron discusiones grupales y en otras situaciones se acudió con la estudiante al campo clínico para atender el caso. Este estudio revela, además, que no es suficiente la publicidad sobre los derechos y deberes de los pacientes, se hace necesario incluir el tema y educar en salud con enfoque de derechos humanos tanto a las usuarias como a los proveedores de salud.

Es necesario entender que el acceso a los servicios de salud no solo implica ser atendido sino que debe hacerse en un contexto de equidad y respeto por la persona y su cultura.

AGRADECIMIENTO

Proyecto ganador del Programa Especializado en Derechos Humanos de las Mujeres, Desarrollado por el Raoul Wallenberg Institute of Human Rights and Humanitarian Law Lund – Suecia y Instituto de Democracia y Derechos Humanos - Pontificia Universidad Católica del Perú y patrocinado por la Agencia Sueca de Desarrollo y Cooperación Internacional (ASDI).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández I, Arenas L, Treviño S. Without money you're nothing: poverty and health in Mexico from women's perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2005 Oct [citado 12 mar 2008]; 13(5):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500004&lng=es. doi: 10.1590/S0104-11692005000500004

2. Objetivos del desarrollo del milenio. Aprobado en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (6 al 8 de septiembre de 2000). Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>
3. Ziliani G, Parducci, F, Pan J. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos; Montevideo: IELSUR; 1998.
4. Palacios ZP. Las convenciones Internacionales de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género. 1era ed. Chile: LOM ediciones; 2005.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura-División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Francia: UNESCO; 2005. Disponible en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. La OMS exhorta a actuar más allá del sector sanitario para mejorar la salud de las mujeres y las niñas [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 11 noviembre 2009]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/women_health_report_20091109/es/index.html
7. Miranda J, Yamin A. ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Ene [citado 09 ene 2008];24(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100002&lng=es. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100002
8. Achával A. Psiquiatría medicolegal y forense. Buenos Aires: ASTREA; 2003.
9. Cook R, Dickens B, Fathalla M. Salud reproductiva y derechos humanos, integración de la medicina, la ética y el derecho. 1era ed. Colombia: Profamilia; 2003.
10. Hernández I, Arenas M, Valdez R. No dejarse caer en cama: las mujeres y los servicios de salud *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(4):1210-6.
11. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud, USAID. US: Family Health International; 2006.
12. Anderson J. Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Proyecto ReproSalud Movimiento Manuela Ramos; 2001.
13. Santos D. Relación médico – paciente. En: Hernández J. *Bioética general*. México DF: Manual Moderno; 2002. p291-298
14. Muñoz L, y col. Prácticas de autocuidado de salud de la mujer. En: Grupo de Cuidado. *Dimensiones del Cuidado*. Colombia Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; 1997. p165-166
15. World Health Organization. *Women and Health: Today's evidence tomorrow's agenda*. [Internet]. Suiza: OMS; 2009 [citado 08 feb 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

Correspondencia

M^a Ester Salazar López
 Universidad Peruana Cayetano Heredia
 Miguel Baquero 251 Lima - Perú
 Telefono: 4816665 / 997225485
 Correo electrónico: m.esthersalazar@gmail.com

Forma de citar este artículo: Salazar-López ME, Salazar-García MC, Álvarez-Rodríguez L, Cabanillas N, Córdova-Chávez N, Cieza-Mora J. Derechos humanos en salud y acciones éticas en mujeres hospitalizadas en un hospital docente: resultados de un estudio piloto. *Rev enferm Herediana*. 2010;3(2):89-95.