

UDS

LIBRO

DILEMAS ETICOS Y TOMA DE DECISIONES

*MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD
TERCER CUATRIMESTRE*

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta

alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Dilemas éticos y toma de decisiones

Objetivo de la materia:

Que el alumno sea capaz durante su ejercicio profesional de identificar y resolver los problemas dentro de la ética y la moral aceptadas internacionalmente en la actualidad.

Unidad II Comités hospitalarios de bioética, el expediente clínico, bioética vs unidad de cuidados intensivos.

- 2.1. Integración
- 2.2. Responsabilidad
- 2.3. Enfermo
- 2.4. Prestador
- 2.5. NOM-168 6
- 2.6. Uso
- 2.7. Abuso

Unidad III Aborto, bioética en pediatría y salud reproductiva.

- 3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses
- 3.2. Estados en donde se legisla
- 3.3. Consentimiento informado a padres o tutores
- 3.4. Anticonceptivos
- 3.5. Embarazo no deseado
- 3.6. Concepción in vitro

Criterios de evaluación:

| No | Concepto | Porcentaje |
|---|------------------|-------------------|
| 1 | Ensayo | 20% |
| 2 | Cuadro sinóptico | 20% |
| 3 | Super nota | 20% |
| 5 | Examen | 40% |
| Total de Criterios de evaluación | | 100% |


Unidad II Comités hospitalarios de bioética, el expediente clínico, bioética y unidad de cuidados intensivos.

Objetivo de la unidad. Que el alumno conozca la forma de integrar los comités de bioética y aspectos relevantes de la unidad de cuidados intensivos.


2.1. Integración

Comités de bioética hospitalaria


Se conforman como órganos autónomos institucionales, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo





Representan la expresión institucional de la bioética en las instituciones de salud



Analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que pudieran surgir durante el proceso de la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de la salud



Todos los establecimientos para la atención médica deben contar con un comité

Zúñiga, T (2013). Ética y bioética en las instituciones de salud. (pp. 21-27). México.

El Comité Hospitalario de Bioética se comprende como un espacio de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y de tolerancia donde se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que pudiesen surgir durante el proceso de la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de salud. Se conforman como órganos autónomos, institucionales, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo.

Son una garantía pública y un elemento para fomentar una educación interdisciplinaria y multisectorial. Representan la expresión institucional de la bioética en las instituciones de salud.

Establecimientos deben de contar con un comité

Todos aquellos establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, referidos en la primera disposición general para la integración y funcionamiento de los CHB, de acuerdo al artículo 41 Bis fracción I de la LGS

La bioética constituye un apoyo esencial para la resolución de dilemas que puedan generarse en todo proceso de atención a la salud, así como en la interacción del personal de salud, pacientes, familiares y sociedad en general. El ejercicio de la medicina en ocasiones puede rebasar el ámbito de lo estrictamente clínico, por ello es necesario conformar grupos de carácter interdisciplinario que puedan evaluar los casos y las perspectivas de solución desde diversos puntos de vista y brindar asesoría.

El Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud -publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de diciembre de 2011- introduce la obligatoriedad de contar con Comités

Hospitalarios de Bioética (CHB) en los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud; asimismo, estos comités quedan asentados como una instancia de análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones con respecto a los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, así como en la docencia.

La Comisión Nacional de Bioética, conforme a su mandato promueve la creación de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación en las instituciones de salud públicas y privadas, estableciendo, a través de las Guías nacionales, los criterios que deben considerar estos cuerpos colegiados para el desarrollo de sus actividades y la capacitación de sus miembros.

Los Comités **deben ser multidisciplinarios y plurales, e integrados por personal médico de distintas especialidades y por otros integrantes del equipo de salud, expertos en bioética, profesionales de áreas no médicas, abogados con conocimientos en materia de salud y representantes del núcleo afectado.** Pueden pertenecer a la propia institución o no y deben tener capacitación previa en bioética, o bien recibirla durante los siguientes seis meses de su integración al Comité. **No se debe incluir a personal administrativo, ni a los directores de las instituciones o a personas que ocupen puestos directivos** en la institución para promover un ámbito de equidad.

El propósito de la integración multidisciplinaria del Comité es llevar a cabo la argumentación desde diversas perspectivas para favorecer la resolución de los dilemas éticos, por ejemplo:

1. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, esto debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético;
2. El experto en bioética conduce la reflexión y la ponderación de los valores y principios en conflicto, conforme a la metodología de análisis bioético;
3. El abogado define el marco legal vigente y los aspectos legales a contemplar bajo el cual se analizará el caso; y
4. Los representantes ciudadanos hacen consideraciones como usuarios de los servicios de salud.

El Comité se integrará por Presidente y Vocales (mínimo cuatro) y, en el cumplimiento de sus funciones, se auxiliará por un Secretario, nombrado de entre los vocales por su Presidente. Se debe procurar el equilibrio de género e incluir por lo menos a un integrante no adscrito al establecimiento.

Selección y requisitos de los integrantes Pertenecer a un Comité Hospitalario de Bioética representa una distinción, por lo que se deberán observar los requisitos para designar cada cargo, así como los términos, condiciones, tareas y responsabilidades de cada uno. El Comité deberá establecer en sus reglas de funcionamiento el proceso por el cual se elegirá a los integrantes.

Esta selección deberá considerar las siguientes características:

- Contar con antecedentes que demuestren honestidad y compromiso (referencias de sus pares, puestos de trabajo, comunidad y/o de la organización a la que pertenece).
- Documentar experiencia profesional.
- Tener alguna formación o capacitación en bioética clínica, preferentemente.
- Adquirir el compromiso de capacitarse continuamente en el conocimiento bioético, desde una perspectiva laica y científica.
- Poseer interés y estar dispuesto a desarrollar las capacidades de escucha respetuosa, argumentar de manera racional y razonable. Ser tolerante, reflexivo, prudente y honesto.
- Representar los intereses de la comunidad usuaria de los servicios de atención médica.

- Mantener el compromiso de permanecer durante el periodo establecido por el mismo Comité y realizar sus tareas.
- Admitir y transparentar conflictos de interés, en caso de existir.
- Comprometerse con el cuidado de los participantes en la atención médica.
- No deberá pertenecer al cuerpo directivo del hospital.

2.2. Responsabilidad

En México, la creación de los comités Hospitalarios de Bioética es más reciente y adoptan su nombre de acuerdo con los decretos promulgados en el Diario Oficial sobre la formación de la **Comisión Nacional de Bioética**. Los comités Hospitalarios de Bioética serán creados en hospitales públicos y privados de segundo y tercer nivel, y tomarán decisiones ante los dilemas médicos.

Dichos comités son responsables del análisis, la discusión y el apoyo en la toma de decisiones respecto a problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o la atención médica. Además, promoverán la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales, así como la educación bioética del personal médico.

Tendrá funciones de consultoría, asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto a las cuestiones éticas que surjan de la práctica médica. Serán temas de análisis y opinión obligatoria del Comité Hospitalario de Bioética lo siguiente:

Técnicas de reproducción asistida, experimentación en humanos, prolongación artificial de la vida, genética, trasplante de órganos, donación de órganos, salud mental, derechos de los pacientes, objeción de conciencia de los trabajadores de salud, objeción de conciencia de los usuarios, sigilo profesional, equidad y racionalidad en el uso de los recursos disponibles, eugenesia, voluntad anticipada.

En México (septiembre, 2005) se decretó la creación del órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. ***La Comisión Nacional de Bioética es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía técnica y operativa, la cual tiene por objetivo promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.***

El concepto de responsabilidad ha sido objeto de muchas controversias en virtud de que se usa en el discurso moral, religioso, ético y en el lenguaje cotidiano; sin embargo, prácticamente todos los teóricos del derecho coinciden en señalar que 'responsabilidad' constituye un concepto jurídico fundamental. Un individuo es responsable cuando de acuerdo con el orden jurídico, es susceptible de ser sancionado. En este sentido, la responsabilidad presupone un deber (del cual debe responder el individuo). El deber o la obligación es la conducta que, de acuerdo con un orden jurídico, se debe hacer u omitir; quien la debe hacer u omitir es el sujeto obligado.

La responsabilidad señala quién debe responder del cumplimiento o incumplimiento de tal obligación. Uno tiene la obligación de no dañar y si lo hace, es responsable de pagar el daño causado.

Servidores públicos

El artículo 108 constitucional señala que se consideran como servidores públicos, entre otros, a los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Federal o en el Cd. de México, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones...

Responsabilidad administrativa

La responsabilidad administrativa deriva del ejercicio del poder público, del poder del Estado a través de las personas, individuos o instituciones que mediante el desempeño de sus funciones pueden incurrir en acciones u omisiones.

Principios éticos y rectores en el servicio público

Los servidores públicos deben actuar estrictamente conforme a la ley, contribuyendo al bien común, ya que están obligados a proteger y cumplir los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en ellos.

Para hablar de la responsabilidad del profesional de la salud respecto de la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS se hace mención de los aspectos más relevantes de la NOM 25/2013 SSA.

Esta norma es de observancia obligatoria para los establecimientos, personal profesional y técnico del área de la salud, de los sectores público, social y privado, que proporcionen servicios de atención médica en unidades de cuidados intensivos.

Cubículo o módulo de cuidados intensivos, al lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubica el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del paciente en estado agudo crítico.

Cuidados intensivos, a la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico.

Medicina crítica, a la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato la vida.

Módulo de cuidados intensivos neonatales, al lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del neonato en estado agudo crítico.

Neonatología, a la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato la vida, una función o el desarrollo en la etapa neonatal.

Paciente en estado agudo crítico, aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

4.10 Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

El desarrollo científico y tecnológico alcanzado en el campo de la medicina, hace posible que el manejo y tratamiento médico de pacientes en estado agudo crítico, tenga cada vez mayores posibilidades de éxito. Esta condición requiere de asistencia médica altamente especializada con un enfoque integral, que involucre a todo el personal del área de la salud que se encuentra organizado en las unidades de cuidados intensivos. La atención de pacientes en estado agudo crítico, tiene como uno de sus objetivos principales, que el equipo médico multi e interdisciplinario pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones.

La elaboración de esta norma, responde a la necesidad de establecer criterios homogéneos para que las unidades de cuidados intensivos cuenten con las condiciones y características mínimas de organización y funcionamiento, que permitan desarrollar las actividades específicas de atención médica del paciente en estado agudo crítico, fijar los criterios y límites médicos y bioéticos en que se apoya la indicación de los cuidados intensivos, situación que redundará en la seguridad y beneficio en la atención del paciente, así como en el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles, para prevenir la ocurrencia de actos médicos desproporcionados, que pudieran llegar a constituirse en obstinación terapéutica.

2.3. Enfermo

El ingreso debe ser el resultado de la decisión compartida entre el médico tratante y el responsable del servicio. Los criterios de ingreso, se sustentan básicamente en dos modelos, uno basado en las funciones orgánicas y otro en las prioridades de atención:

El modelo basado en las funciones orgánicas, toma en cuenta:

- ✓ Pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación;
- ✓ Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo;
- ✓ Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI;
- ✓ Pacientes que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos;
- ✓ Pacientes que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI.

En el modelo de prioridades, de atención se distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos en la UCI, de aquellos que no, cuando ingresen a ella, los criterios son:

- **Prioridad I.** Paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo;

- Prioridad II. Pacientes que requieren de monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos;
- Prioridad III. Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda;
- Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en las UCI, se considera no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada, bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UCI.

2.4. Prestador

Existen dos visiones o modelos en que estas relaciones se circunscriben o desarrollan y que representan puntos de vista diferentes y opuestos. Tradicional. Los equipos de salud tienen un carácter activo, paternalista, vertical y asimétrico y ello implica, generalmente, cierta omnipotencia y omnisciencia, y el usuario modelo quien tiene un carácter pasivo, no pregunta, ni cuestiona, obedece y aprueba las acciones de los equipos de salud, aunque redunden en su perjuicio.

El segundo modelo comenzó a forjarse en 1948, hace 60 años, cuando la ONU reconoce por primera vez los derechos humanos, sin embargo, en nuestro país aparecen hasta los sesenta. Liberal. Plantea un paradigma horizontal y otorga al usuario capacidad y competencia para tomar decisiones que atañen a su propio ser y un principio de autonomía y el usuario toma conciencia de la responsabilidad que tiene en su curación.

Lo fundamental de este modelo es que existe un respeto hacia los derechos humanos del usuario. No sólo porque el equipo de salud tiene la obligación de concederlos, sino porque

el usuario puede exigirlos. ¿Cuál es la situación en nuestro país? Los derechos humanos son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el sólo hecho de serlo. El ejercicio de estos derechos es fundamental para que un ser humano pueda desarrollarse integralmente.

Algunos tratan de ayudar asumiendo también actitudes paternalistas: "No le digan que tiene cáncer, por favor que no se entere". "Estas personas te quitan impunemente tu poder, creen que no podemos asumir la responsabilidad de manejar nuestra enfermedad, nuestra vida y nuestra muerte". O también se dan actitudes extraordinarias de acompañamiento y de respeto a las decisiones de los usuarios, incluso aquellas en las que decide que llegó su tiempo de morir. Estos modelos permean también otros ámbitos de la realidad mexicana: la política, la sociedad, la familia, las relaciones hombre-mujer, padre-hijo, relaciones de pareja, amistades, maestro-alumno, trabajo, etc., donde hay relaciones verticales y autoritarias, o bien de equidad y de respeto. La doble moral hace su aparición a través de estos dos modelos, "ante los demás puedo ser el gran defensor de los derechos humanos, pero comúnmente mis acciones van en otro sentido".

La relación del equipo salud-usuario debe estar fundamentalmente basada en lo que es bueno para el usuario, en un ámbito de respeto hacia sus creencias y a la libertad de poder elegir sobre su salud y su vida. Los equipos de salud dañan moral y psicológicamente al usuario al no respetar su libertad de pensamiento, de creencia religiosa, de elección y decisión, o a la cosmovisión propia de la cultura a la que pertenece. Cuando se realizan gran cantidad de cirugías innecesarias, que sólo persiguen fines de lucro. Cuando hay silencio y engaño ante los lamentables resultados de la incompetencia profesional. No estamos en contra de los equipos de salud (instituciones, médicos, enfermeras, personal administrativo, policías, etc.), estamos en contra de las acciones de privación de derechos, de exclusión, de abusos. Como ya se mencionó, el ejercicio de los derechos humanos es fundamental para que un ser humano pueda desarrollarse integralmente. Constantemente existen quejas sobre la realidad en nuestro país.

El Estado Mexicano no respeta a su pueblo; los padres no respetan a sus hijos, los hombres no respetan a las mujeres, el maestro no respeta al alumno; el jefe no respeta al empleado, etc. Hay una visión vertical y autoritaria, difícil de erradicar, porque muchos no están dispuestos a perder privilegios que esta visión les permite, aplastando los derechos de los demás. Esto impide que los seres humanos se desarrollen integralmente. Es una visión del hombre contra el hombre.

2.5. NOM-168

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. **Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud,** así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de

ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber

y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- 1) Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- 2) En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- 3) Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y
- 4) Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
- 5) El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.
- 6) Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución.

En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente: Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

2.6. Uso

Más allá de explicar la formación y estructura de comités hospitalarios, el propósito de esta capacitación es presentar una perspectiva general sobre los problemas de la bioética médica. Sin embargo, aunque comúnmente se piensa que un comité de bioética tiene que ver solamente con casos problemáticos, en la literatura sobre comités de bioética se anotan tres funciones:

I. Consulta clínica para casos problemáticos.

1. Educación del personal del cuidado de salud y del público en general.
2. Establecimiento de políticas institucionales con respecto a la bioética.

Es importante anotar la palabra consultivo. Esta palabra implica que el comité no es supervisor ni juez, sino un órgano para dar consejo a los médicos, las enfermeras, los pacientes y otros involucrados en el cuidado de la salud. El comité puede dar aviso, pero a fin de cuentas es el médico junto con el paciente, quienes tienen que decidir.

En este sentido, los comités hospitalarios de bioética pueden considerarse como una guía y un apoyo para la toma de decisiones cuando surgen dilemas bioéticos, vigilando que se tengan presentes los valores y principios bioéticos de todos los implicados en la relación clínica. Cómo pueden ayudar los comités a los médicos.

Quizás por falta de experiencia, muchos médicos frecuentemente necesitan llevar sus casos problemáticos al comité hospitalario de bioética para recibir su consejo. A veces piensan que el comité va a anular sus decisiones o va a ponerse del lado del paciente o su familia cuando hay un desacuerdo, o que juzgará que el médico carece de competencia para resolver sus problemas clínicos.

Otras veces, algunos médicos se avergüenzan de admitir que probablemente cometieron un posible error o que no tomaron la mejor decisión en ese caso concreto. Para funcionar con éxito, el comité tiene que trascender estos problemas. El movimiento de los derechos del paciente nos ha llevado más allá de la era del paternalismo médico con su práctica secreta.

Hoy en día entendemos que la mejor atención de la salud es el producto de una relación médico-paciente cooperativa, lo cual implica una relación dialógica con transparencia. Es función del comité de bioética facilitar este diálogo. Cuando se presenta un problema en el ámbito de la bioética, las siguientes consideraciones nos pueden ayudar a comprender la problemática y encontrar una solución: En el cuidado de la salud se da una transacción entre el médico que tiene algo para ofrecer (diagnóstico, medicina, cirugía, etc.), y el paciente que tiene la opción de aceptar esta oferta o no.

Los problemas en la relación pueden ocurrir si el paciente no quiere aceptar el tratamiento que claramente es para su beneficio, o si el médico no está listo para ofrecer tratamientos que el paciente solicita o necesita. Ambos problemas requieren diálogo, puesto que quedan involucrados los derechos del médico y los derechos del paciente (es derecho del paciente aceptar o rechazar el tratamiento y es derecho del médico ofrecer el tratamiento o no). Consideramos dos casos ejemplares: un paciente que rechaza un tratamiento beneficioso y un paciente que pide un tratamiento fútil.

2.7. Abuso

La práctica de varios comités en las primeras décadas del movimiento bioético era convenir una reunión del comité entero cada vez que había una pregunta por parte de un médico o

de un paciente. El problema con esta práctica era que tomaba demasiado tiempo y por tanto era poco funcional en casos en los cuales se necesitaba una respuesta inmediatamente. Así que en lugar de convocar al comité entero, muchos comités decidieron recurrir a un pequeño grupo de dos o tres personas para hacer consultas. Esto resultó más eficiente, pero todavía, a veces, demasiado complicado.

Hoy en día, muchos comités designan a una persona o tienen a un especialista en bioética para dar el primer consejo de parte del comité. Esto funciona muchísimo mejor, pero en hospitales grandes se requiere una persona que esté disponible casi de tiempo completo, lo que a su vez obliga a contar con un presupuesto para tal efecto, en lugar de servicios voluntarios.

Falta de seguimiento. Otra dificultad es que, a veces, una familia necesita que se le dé ayuda con una decisión difícil, por dos o tres días y tal vez seguimiento después y pocos procesos de consulta por comités lograron satisfacer esta situación. Es muy frustrante cuando el comité o la delegación de tres personas sólo ofrecen consejo, pero ningún seguimiento.

Composición restringida del comité La Guía menciona que “no se debe incluir a personal administrativo, ni a los directores de las instituciones o a personas que ocupen puestos directivos en la institución”. Esta exclusión es controversial. Quizás en el pasado existían sospechas de que los administradores se opusieran a los derechos de los pacientes o interfirieran con las obligaciones profesionales de los médicos.

Sin embargo, en la experiencia de muchos bioeticistas, la inclusión del personal administrativo es una manera de integrar las funciones del comité en la organización institucional y de sensibilizar a los administradores en la dimensión ética de servicios de salud. Esto es importante con respecto al desarrollo de políticas institucionales que

normalmente requieren aprobación por parte de los administradores. Claro que además de los médicos son necesarias enfermeras, trabajadores sociales y ministros religiosos, pero la inclusión de otras personas resultaba más problemática.

A veces, el personal administrativo o los médicos tienen miedo de incorporar en el comité a personas no relacionadas con el hospital o que no son profesionistas médicos, por ejemplo, personas laicas o miembros del público o académicos, e incluso abogados por creer que conformado así el comité clínico podría ser usado para promover quejas en contra del hospital o en contra de los propios médicos. La experiencia en otros países muestra lo contrario: la incorporación de miembros del público o académicos ha provocado muy pocos problemas, en cambio, ha proporcionado una perspectiva muy útil.

Acceso restringido al comité hospitalario. Otro asunto es la pregunta de quién podría tener derecho a convocar al comité para considerar un caso problemático. En algunos hospitales el acceso al comité ha sido prerrogativa exclusiva de los médicos. Estos hospitales frecuentemente tienen un ámbito muy conservador y los profesionistas, tanto médicos como administradores, sospechaban que los pacientes iban a usar el comité para levantar quejas en contra de los médicos por negligencia o por faltas en los tratamientos o en contra del hospital mismo, así que limitaron el acceso al comité a los médicos o a otros profesionistas, siempre con la aprobación de los médicos. La Guía dice que a los comités “no les corresponde tratar asuntos o problemas de carácter laboral, administrativo o legal”.

De hecho, había comités que fueron usados por las enfermeras u otro personal para reportar quejas en contra de los médicos o en contra de los administradores y a veces estas quejas tenían que ver con el bienestar de pacientes. Sin embargo, es necesario enfatizar que un comité clínico debe servir a los intereses de los pacientes, además de dar ayuda a los médicos con problemas difíciles. Al respecto, la Guía dice que “en forma general puede intervenir cuando lo solicita alguna de las partes interesadas: el paciente, sus familiares, sus representantes legales o el personal de atención a la salud”. Al fin, queda al comité la decisión para aceptar o rechazar solicitudes. Tomar decisiones versus dar consejo

Relacionado con esto, hoy en día se entiende (aunque no era así en las primeras fases de la formación de comités clínicos) que el deber del comité es dar consejo y no tomar decisiones en lugar de los médicos o de los pacientes.

Al respecto, la Guía menciona que: ...estos comités quedan asentados como una instancia de análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones con respecto a los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, así como en la docencia. Si esto se toma en cuenta y se lleva a la práctica, puede ayudar con el problema de quejas en contra de los médicos o los administradores. Si el comité no va a decidir de manera jurídica ni va a tomar decisiones médicas, sino solamente va a dar consejo, la respuesta del comité podría estar dirigida únicamente a la persona que le pide su consejo. Si hay quejas sobre los médicos o sobre el hospital, el comité podría ayudar con su clarificación y orientar al quejoso sobre cómo proceder con sus quejas de manera apropiada.

Consulta sin educación vale poco. Una investigación empírica en Estados Unidos, en los años noventa, ofreció conclusiones muy interesantes. La encuesta SUPPORT concluyó que la intervención bioética como una forma de proporcionar información a los médicos sobre los deseos de los pacientes, sin incluir una capacitación de tales médicos en esta materia, no logró cambiar las prácticas. Después de realizar una consulta extensiva con pacientes terminales, no hubo ninguna diferencia entre el grupo de médicos con información sobre los deseos del paciente y el grupo sin dicha información. Sólo hubo algunas diferencias con respecto a órdenes de no resucitación, el plazo de hospitalización o el uso de ventiladores después del diagnóstico de condición terminal. Este estudio en 4,028 pacientes terminales (más de 2,000 con consulta bioética), en cinco hospitales grandes, tomó cinco años y costó \$28 millones de dólares. La consulta realizada a pacientes y la información proporcionada a médicos que no reciben una capacitación sobre la bioética y los derechos del paciente, no arrojó resultados contundentes. Así que fue un error, por parte de los comités clínicos estadounidenses, enfocarse en las consultas en vez de hacerlo en la atención a la educación del personal y del público. Por lo que, para la implementación

de la Declaración UNESCO, el aspecto fundamental debería ser la educación, con énfasis en la bioética y, normalmente, ésta es una tarea para el comité hospitalario de bioética.

Difusión de información. Después de años de experiencia en muchos hospitales tanto en México como en otros países, los CHB todavía se quejan de que su existencia no es bien conocida ni por los pacientes ni por el personal y que su función aún es malentendida. Al principio este mal entendimiento residía en la creencia de que el propósito del comité era tomar decisiones en vez de dar consejo. Por tanto, resulta esencial para el éxito del comité hospitalario de bioética hacer publicidad efectiva tanto entre los pacientes y el público en general como entre el personal de la institución.

Casos ejemplares. Más que una explicación de normas legales y reglas administrativas, esta capacitación se enfoca en la práctica de consulta bioética. Así que es esencial que los miembros de comités estén sensibilizados ante los problemas comunes que posiblemente tienen que considerar. Por tanto, este programa incluye muchos casos a considerar que son comunes en la experiencia de varios comités.

Caso I: Falta de alivio de dolor



Una mujer de edad avanzada y con demencia moderada fue ingresada en el hospital con un pie isquémico y úlceras. Ella parecía sufrir de dolor severo, especialmente cuando se movía o en los cambios de apósito. Inicialmente, 1 mg de morfina IV parecía aliviarle el dolor sin afectar su conciencia o se sintiera cansada. Su único hijo era su tutor legal. A pesar de la evidente necesidad de que se le aplicaran narcóticos, el hijo se negó a dar su consentimiento para tales aplicaciones, pues creía que los narcóticos podrían provocarle la muerte. Múltiples intentos por parte de diferentes personas del equipo de cuidado no tuvieron éxito en cambiar su opinión. Indicó expresamente al médico tratante y al equipo que no utilizaran ningún medicamento para el dolor. La doctora accedió a no

administrar narcóticos. El resto del equipo estaba en desacuerdo con este tratamiento y solicitó ayuda del comité hospitalario de bioética poniendo las siguientes preguntas comité:

¿Constituye la acción del hijo un abuso de personas mayores?

¿Podría el jefe de medicina revocar las órdenes del médico tratante?

¿Cuál es el remedio apropiado si el representante actúa en contra de los intereses superiores de un paciente?

Caso 2: Preferencia del cliente.



Un hospital rural tiene 30 camas de cuidado intermedio y 20 de cuidado intensivo, y emplea a personal de enfermería, ayudantes y trabajadores de mantenimiento. En este instituto ocurrió un incidente en el cual una paciente de 60 años y su familia rechazaron la atención de una enfermera negra, de origen africano, y la directora trasladó a la enfermera a otra ala de la institución. La enfermera se quejó con la directora de que esa era la tercera vez en dos años que ella había sido trasladada a una unidad diferente porque un paciente había rehusado recibir atención de una enfermera negra. La

directora simplemente dijo que no había nada que ella pudiera hacer; la familia de la paciente había hecho la petición. Ella había tratado de hablar con ellos sobre esto, pero ellos insistieron que era una situación incómoda para su madre el tener a una persona de color cuidando de ella. Puesto que éste era el único cuarto individual disponible por el momento, la única forma de solucionar el problema fue transferir a la enfermera a otra unidad. La directora se disculpó diciendo que la enfermera era una de las más competentes; pero insistió en que ella no había tenido otra opción. “Es realmente por tu propio bien”, dijo, “No quisiera que fueras avergonzada por esta familia”. La enfermera dijo que era muy importante para los pacientes la relación con sus enfermeras y transferir personal sin ninguna razón relacionada con su cuidado era mala práctica profesional.

¿Debe el comité considerar o dar consejo sobre este caso?

¿Es la práctica de transferir personal a petición de los pacientes discriminación por raza?

Recursos y materiales didácticos.

- ✓ **Ver video sobre la estructura e integración de los Comités**

Hospitalarios de Bioética. <https://www.youtube.com/watch?v=dJJlrGYdN4>

- ✓ **Ver video sobre la metodología para la resolución de casos bioéticos.**

https://www.youtube.com/watch?v=Ijhapa_8k7g

- ✓ **Ver conferencia sobre la Visión de la Bioética sobre la emergencia sanitaria COVID-19**

https://www.youtube.com/watch?v=K-BTIQK4M_c

Unidad III Aborto, bioética en pediatría y salud reproductiva.

Objetivo: Que el alumno conozca los aspectos jurídicos aplicables en salud reproductiva, bioética en pediatría.

3.1 Consentimiento informado antes de 3 meses.

El aborto es un tema de profundo debate por la multiplicidad de aspectos desde los cuales puede estudiarse: médico, filosófico, ético, religioso, socioeconómico, jurídico, político, social, etcétera; por ello, es difícil llegar a un acuerdo. Puede afirmarse, también, que el aborto siempre es un hecho doloroso, independientemente de las circunstancias en que pueda producirse.

En el ámbito jurídico, la historia del aborto ha sido larga, y siempre ha estado inmersa en un marco de fuerte polémica en la que invariablemente se invocan ideologías diversas, especialmente religiosas.

Es importante recordar que la polémica siempre ha tomado dos caminos muy distantes e irreconciliables: por un lado, el estrictamente social y jurídico que busca la despenalización de la interrupción consciente y voluntaria del embarazo o, al menos, la reducción del ámbito

delictivo; por otro, el rigurosamente moral y religioso que pretende conservar su penalización, con las menores excepciones.

La vida de las personas es el bien jurídico fundamental y, por tanto, el de más alto valor, por lo que debe ser protegida de la manera más amplia. No obstante, debe tenerse presente que, legalmente, la vida humana ha merecido y merece, como bien jurídico, distinta valoración. La doctrina distingue entre la vida humana dependiente, la del aún no nacido, que requiere del claustro materno para su desarrollo, y la vida humana independiente, la que surge después del nacimiento y, coincidentemente con el criterio legal, otorga mayor valor a la vida humana independiente que a la vida del aún no nacido.

Tradicionalmente, de manera unánime, se ha entendido que el bien jurídico común a todos los abortos es la vida del producto de la concepción, y puede agregarse que, de acuerdo con la legislación mexicana, el producto de la concepción ha de ser "no nacido", o sea, que se encuentre dentro del seno materno. Debe advertirse que la protección otorgada a este bien jurídico, como ya se anotó, es menor que la conferida a la vida del producto de la concepción ya nacido. Ello porque se estima que en este último supuesto la vida es una realidad, en tanto que en el primero es sólo una esperanza. Carrara sostiene, a este respecto, que el delito de aborto:

“Por vituperable que sea, nunca puede equiparse en gravedad con el homicidio, pues la vida que en él se extingue, no puede considerarse todavía como definitivamente adquirida, es más una esperanza que una certeza, y entre el estado de feto y el de hombre hay tanto intervalo y se interponen tantos obstáculos y peligros que siempre puede quedar en duda si, aun sin la expulsión violenta, esa vida esperada hubiera podido llegar a convertirse en una realidad”.

Al hablar de la vida humana surge la pregunta: ¿en qué momento comienza, y en qué momento termina? Respecto del momento en que comienza, las opiniones se dividen. Hay quienes sostienen que el momento determinante es el de la concepción o fecundación, es decir, cuando opera la fusión del óvulo o gameto de la mujer con el espermatozoide o gameto del hombre, de la que resulta una nueva célula y una diferente vida.

En el ámbito científico, la opinión mayoritaria sostiene que la vida humana comienza con la anidación, no con la concepción. La anidación se inicia al quinto día de la concepción, al implantarse el óvulo fecundado en el endometrio (en la matriz), que es cuando comienza el embarazo. Esta afirmación tiene como base el hecho de que "la mujer suele expulsar de manera natural óvulos fecundados que no anidan".

Por cuanto al momento en que termina la protección de esta "esperanza de vida" no hay discrepancias en la doctrina, en términos generales se acepta que es con el nacimiento, entendido como la separación del producto de la concepción del claustro materno motivada por el parto.

Otra cuestión de especial importancia es la de precisar científicamente (biológicamente) en qué momento de la gestación el embrión adquiere la condición de persona.

A este respecto, Jorge Carpizo, haciendo eco de las ideas del "científico mexicano Ricardo Tapia", anota que lo que caracteriza o distingue al ser humano es su corteza cerebral:

La cual en el embrión de doce semanas no está formada, razón por la que dentro de ese lapso el embrión no es un individuo biológicamente caracterizado, no es una persona, ni un ser humano. El embrión no tiene las condiciones que particularizan a un ser humano, en virtud de que carece de las estructuras, las conexiones y las funciones nerviosas necesarias para ello.

El desarrollo del cerebro a las 14 semanas está apenas en sus etapas iniciales. El embrión, "aunque posea el genoma humano completo, no es una persona; si se le

considerara persona se tendría que admitir que una célula o cualquier órgano es persona por tener también genoma humano completo".

Se ha dicho que lo que caracteriza a la persona es la racionalidad, y ésta sólo es posible con la existencia del cerebro.

La actividad cerebral determina la vida y la muerte de las personas. Las organizaciones de salud de más prestigio y la legislación mexicana afirman que la muerte cerebral determina la muerte de la persona. Si esto es así, se podría afirmar que, si el aborto se produce antes de las doce semanas, cuando aún no se ha formado la corteza cerebral, valdría despenalizarlo.

Es un deber de los profesionales de la salud dar la debida información, suficiente e idónea, para que el paciente ejerza su derecho al respeto de su autonomía y realizar cuanto sea necesario en su beneficio respetando en todo momento su voluntad, además de asumir su compromiso con la vida. No sería raro saber que en un caso médico legal no se haya realizado el proceso de obtención del permiso o autorización debidamente documentado y requisitado de tan valioso documento. La anotación del consentimiento no sólo debe ser en forma verbal sino escrita para poder lograr la conciencia del paciente del valor jurídico del documento; ésta es la prueba fehaciente como elemento de prueba en caso de reclamos posteriores. Existe una legislación específica que lo regula, la cual está en la Norma Oficial 168 del Expediente Clínico lo que deja al profesional médico en una situación amenazante, al agregar un ícono más a los presupuestos de la responsabilidad profesional por la que debe responder; tales como la impericia, la imprudencia, la negligencia y/o el incumplimiento de los deberes a su cargo; ya que ante un acto médico no sólo puede ser demandado por alguno de los anteriores sino también por la falta de consentimiento informado. Este valioso documento es el resultado evolutivo del cambio cultural de la relación entre el prestador del servicio y la ciudadanía. Si consideramos al consentimiento informado solamente como un deber del médico y no como el derecho del paciente y el respeto de su libertad, otra vez estamos ante la utilización de una herramienta de la Medicina Defensiva.

Esto explica el que muchos profesionales estén más preocupados en que el paciente firme que en tomarse unos minutos para sentarse tranquilo y hablar con él, explicando con claridad sus dolencias y los tratamientos, así como la evolución y/o posibles complicaciones.

Carta de consentimiento bajo información: son los documentos escritos signados por el paciente o su representante legal mediante los cuales se acepta bajo debida información los riesgos y beneficios esperados de un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias; serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. La obligación de solicitarlo es primariamente ética. Son condiciones que hay que cumplir para respetar el derecho de los pacientes a tomar decisiones respecto a su salud con su cuerpo.

Debe tener los siguientes parámetros: Información adecuada sin utilizar coacción. Total competencia del paciente para consentir o rechazar dicho procedimiento. Detalle del procedimiento a realizar con riesgos y complicaciones de éste.

Para tener este consentimiento se debe informar:

1. Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen.
2. Molestias y riesgos más importantes por frecuencia y/o gravedad.
3. Beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad.
4. Alternativas factibles.
5. Curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento y consecuencias de ello, opiniones y recomendaciones del médico.

En general, el paciente desea conocer situaciones que le preocupan como es el dolor, la incapacidad, la muerte, y no desea saber la composición química de los medicamentos.

3.2 Estados en donde se legisla

En todos los códigos penales se incluye el concepto de aborto, con algunas diferencias intrascendentes en cuanto al momento en que se produzca la muerte: en cualquier momento de la preñez, o en cualquier momento del embarazo, o en el seno materno. En Tabasco, de manera más precisa, se anota que aborto es la "muerte del producto de la concepción causada por actos ejecutados en cualquier momento del embarazo", es decir, especifica el momento de realización de la conducta causal de la muerte sin importar si ésta se produce dentro o fuera del seno materno.

El aborto realizado con el consentimiento de la mujer embarazada y el aborto sin consentimiento o sufrido sin violencia están previstos en todas las entidades federativas. El aborto sufrido con violencia lo contemplan veintisiete estados y la Cd. De México. No lo regulan Durango, Guanajuato, Michoacán y San Luis Potosí.

El aborto cometido por médico, cirujano, comadrón, partera, enfermero o practicante o por cualquier profesional de la salud está contenido en todos los ordenamientos penales.

El aborto procurado por la propia mujer embarazada, más propiamente denominado autoaborto, está incluido en los códigos penales de todas las entidades federativas. En la Cd. De México sólo se sanciona cuando se haya consumado (artículo 147).

El consentimiento de aborto está tipificado en veintisiete estados de la República y en la Cd. de México. No lo prevén Coahuila, Michoacán, Sonora y Veracruz.

En Hidalgo se considera atenuado el aborto cometido por pobreza extrema (artículo 157).

- **Abortos no punibles**

a) Todas las entidades federativas y el Cd. de México incluyen, en el catálogo de abortos no punibles, la hipótesis de aborto **"cuando el embarazo sea resultado de una violación"**; y sólo diez entidades (Baja California, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz) y el Cd. de México dan cabida a la hipótesis en que el embarazo es **consecuencia de una inseminación artificial no consentida**.

Algunos códigos penales, tratándose de estos casos, **establecen un plazo de tres meses o de noventa días para que proceda la interrupción del embarazo**; sin embargo, en la mayoría no se incluye ningún plazo.

El aborto ocasionado por culpa o imprudencia de la mujer embarazada se contempla en todos los estados y en la Cd. de México, con la salvedad de los estados de Chiapas, Nuevo León y Tabasco.

El aborto necesario por existir peligro de muerte para la mujer embarazada es aceptado en veintiséis estados. La Cd. de México e Hidalgo se refieren al aborto necesario cuando de no provocarse éste sobrevenga grave daño a la salud de la mujer embarazada; por ende, debe interpretarse que, con mayor razón, tampoco es punible cuando hay peligro de muerte. Ocho entidades federativas consignan ambos casos, lo cual es más preciso y da certeza en la interpretación; ellas son: Baja California Sur, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. No regulan estos supuestos: Guanajuato, Guerrero y Querétaro.

El aborto eugenésico, que opera cuando exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas graves, está estipulado sólo en doce entidades federativas y el Cd. de México. Tales entidades federativas son: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.

El aborto realizado por causas económicas únicamente está dispuesto en el ordenamiento de Yucatán, a pesar de que en diversos países no es punible en atención a que se trata de un problema socioeconómico que el Estado debe resolver.

La tentativa de aborto no es punible en tres entidades federativas: Morelos, Tabasco y Zacatecas. En el Cd. de México la tentativa no punible se limita, acertadamente, sólo a los casos en que la propia mujer embarazada es sujeto activo.

DESPENALIZACION DEL ABORTO EN MÉXICO

¿Qué ha dicho la **Corte** sobre el aborto y los derechos humanos?

¡Entérate...!

2008 

Declaró constitucional despenalizar el aborto hasta la semana 12 de gestación, en el entonces Distrito Federal. El Pleno validó la norma emitida por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.
(Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y 147/2007)

2018 

Resolvió que las instituciones de salud deben contar con políticas de salubridad para atender, sin dilación alguna, casos urgentes de interrupción legal del embarazo, en caso de violación.
(Amparo en Revisión 1170/2017)

2018 

Amparó a una menor y a sus padres en contra de la negativa de las autoridades de una institución pública de salud del estado de Morelos de interrumpir legalmente el embarazo derivado de una violación sexual. Estimó que ese acto es en una violación grave de derechos humanos, tanto de los padres como de la menor.
(Amparo en Revisión 601/2017)

2019 

Concedió el amparo a una mujer que reclamó la negativa de diversas autoridades de una institución pública de salud en la CDMX, a realizar la interrupción de su embarazo por razones médicas.
(Amparo en Revisión 1388/2015)

YA LO DIJO LA CORTE

"La discusión sobre el aborto no puede verse como un debate entre quienes están a favor de la vida o en contra de ella; estar a favor de la vida es respetar la dignidad y la libertad de las mujeres"

Ministro Presidente Arturo Zaldívar.



Elaborado por: Redacción / Infográfico: Alma Blancas

Avance histórico en favor del derecho a decidir

El pleno de la SCJN reconoció que no se puede castigar a las mujeres por interrumpir sus embarazos.



Qué resolvió la SCJN



El pleno de la SCJN declaró el 7 de septiembre del 2021, **inconstitucional la penalización de la interrupción del embarazo** en Coahuila, lo que sienta un precedente en todo el país.

Qué efectos tiene a nivel nacional



- El nuevo modelo de **jurisprudencia** establece que una sentencia dictada por la SCJN será de observancia obligatoria para jueces y juezas a nivel nacional.



- Por tal motivo, **a partir de ahora no se podrá, sin violar el criterio de la Corte y de la Constitución, procesar a mujer alguna que aborte.**

FUENTE: SESNSP, SSA Y SCJN

Criminalización y defunciones por aborto



- Hasta enero del 2020, el Secretariado Ejecutivo **informó** mediante una solicitud de información que **hay cinco mujeres en prisión** por el delito de **aborto** en el país.



- El último informe de muerte materna de la SSA detalló que este año van **31 decesos** por aborto.

Criminalización y defunciones por aborto

Son **cuatro entidades** en el país en donde la interrupción del embarazo, **hasta las 12 semanas, es legal:**



En el código penal federal se establecía lo siguiente;

Artículo 330.- Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de **uno a tres años de prisión**, sea cual fuere el medio que empleare, **siempre que lo haga con consentimiento de ella**. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 331.- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 332.- Se impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias: I.- Que no tenga mala fama; II.- Que haya logrado ocultar su embarazo, y III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima. Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo 333.- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

Artículo 334.- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

LEGALIZACION DEL ABORTO EN OAXACA

Las reformas permitirán la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación. Agregan además la causal de aborto por riesgos a la salud de la mujer, incluyen el trabajo comunitario como condena a quien cometa el delito de aborto y especifican que no es necesaria una denuncia de por medio para realizarse una interrupción en caso de violación.

El código penal de Oaxaca establece lo siguiente:

ARTÍCULO 312.- Aborto es la interrupción del embarazo **después de la décima segunda semana de gestación**. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte

del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

ARTÍCULO 316.- Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto: I.- Cuando el **aborto sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada**; II.- Cuando el embarazo sea resultado de una violación, independientemente de que exista, o no, denuncia sobre dicho delito previo al aborto; III.- Cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial no consentida; IV.- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro en su salud o de muerte, a juicio del médico que la asista. V.- Cuando a juicio de un médico especialista exista razón para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultados daños físicos o mentales en el mismo, siempre que se tenga consentimiento de la mujer embarazada.

Conclusión: Con la resolución de la Suprema Corte de Justicia, en todo el país es legal el aborto voluntario de la mujer sin necesidad de justificar el motivo por el que decida abortar, dejando también que se puede abortar después de las 12 semanas de gestación por casos en que peligre la vida de la madre o bien por malformaciones genéticas del feto. No obstante, dentro de la misma sentencia se señala que la **OBJECCIÓN DE CONCIENCIA** no es un derecho absoluto que pueda ejercer el personal de salud para evitar realizar un aborto, pues se debe privilegiar el derecho de la mujer a su libertad sexual y reproductiva. Con esto, se evita que la objeción de conciencia pueda ser un justificante para prohibir el aborto a las mujeres, siempre que se encuentren en el tiempo señalado por la ley.

3.3. Consentimiento informado a padres o tutores

El mundo de los adultos no es nada fácil, y la comprensión de términos médicos y de padecimientos de salud, en muchas ocasiones es complicado, aun cuando haya buena comunicación con los profesionales de salud; la complejidad es mayor cuando los pacientes son niños o adolescentes.

Los menores de edad con capacidad de goce son representados legalmente por sus tutores, generalmente por sus padres, que son los adecuados para acompañar al hijo o hija al médico, para explicar el padecimiento al profesional, para apoyar en los estudios de gabinete, como toma de sangre; en fin, estar siempre en contacto entre el menor el y profesional. La relación es múltiple; puede ser: niña, niño, adolescente (paciente), tutores o padres (madre-padre) y médico o médicos.

Los tutores o padres firman el consentimiento informado, lo viven y lo ejercen a través de las preguntas que realicen a los médicos. Así se establece en la legislación mexicana en el artículo 23 del Código Civil para el Cd. de México, que establece:

Artículo 23. La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica que no deben menoscabar la dignidad de la persona ni atentar contra la integridad de la familia; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

Como todo sistema jurídico, la protección de las niñas, niños y adolescentes que están en nuestro país encuentra su fundamento en la Constitución. Así lo establece el artículo primero:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que establece esta Constitución.

También encuentra su fundamento en el artículo 4o. de la misma Constitución, en los párrafos 9, 10 y 11, que establecen:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para el desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendiente, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

El Estado otorgará facilidades a los particulares de preservar y exigir el cumplimiento de estos principios.

En el ámbito internacional, la niñez está protegida por la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, que consta de 54 artículos. En el artículo 24 se refiere al derecho a la salud de la niñez, y en el 12, señala el derecho de la niñez a expresar y escuchar su voluntad en todos los asuntos que le afecten. Así lo establece en los párrafos siguientes:

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formar- se 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.

La Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 5o. establece que los Estados partes deberán respetar la responsabilidad de los padres o tutores de dirigir y orientar a las niñas y niños en consecuencia con la evolución de sus facultades. “Sin embargo, respetar el derecho a ser escuchados sí implica tomar en serio lo que las niñas y niños tienen que decir sobre cómo esas decisiones o políticas les afectan y considerar que al ser ellas y ellos los beneficiarios o afectados directos de dichas políticas tienen una posición privilegiada e insustituible para aportar elementos y criterios para adoptar una mejor decisión”.

El derecho a ser escuchado y expresar su opinión sobre asuntos que le afecten, en sentido literal el cuidado de la salud de un hijo, es un deber que surge con la paternidad, y es en beneficio del menor la atención solicitada por los padres o tutores, pero ¿pueden expresar su voluntad los menores cuando se trata de tratamientos médicos, sobre todo en enfermedades graves? ¿Qué tanto cuenta su opinión o negativa? ¿Se debe informar al niño de sus padecimientos en compañía de los padres?

Hablar de la niñez es muy general. Evidentemente, la pregunta es ¿a qué edad un niño entiende lo que sucede con su salud? Esta última pregunta se puede responder en razón de la madurez del niño.

3.4. Anticonceptivos

La anticoncepción es en el momento actual una alternativa que ha venido a otorgarle un rango humano, racional y consciente al instinto puramente biológico de las relaciones sexuales. Es con la anticoncepción como el hombre logra en nuestra época responder a algunas de sus necesidades individuales, sociales e históricas. Nunca sería suficiente el énfasis que se haga sobre la necesidad de que el médico esté informado de los problemas demográficos que ocurren en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo como los de Latinoamérica. Debe hacerse consciente al médico en ejercicio profesional, de la necesidad de aplicar los diversos métodos de anticoncepción con los que se cuenta, para contribuir a detener la crisis mundial que estamos a punto de enfrentar.

El progreso de los conocimientos en el campo de la medicina preventiva y el desarrollo de nuevos fármacos, en especial de los antibióticos, han logrado, en este siglo, disminuir la mortalidad general, incrementar la esperanza de vida, bajar parcialmente la mortalidad infantil y, por tanto, incrementar indirectamente la población del mundo. Compete al médico la búsqueda del equilibrio entre el número de nacimientos y el de muertes en una sociedad determinada, y debe estar consciente de la magnitud del problema y de sus propias limitaciones. No pretenderá cambiar el tipo de economía y producción ni transformar planes educativos y nutricionales para la población; ya que ello pertenece a otros grupos de trabajo.

Como se ha señalado con anterioridad, los anticonceptivos independientemente de los problemas intrínsecos que puede plantear cada uno de ellos tienen una repercusión sobre la actividad sexual de la pareja en la medida que ésta sea psicológicamente madura, sexualmente adaptada y socialmente realizada. Los métodos hormonales orales, que son los más efectivos, requieren de la formación de una rutina en su administración que puede condicionar un reflejo de aceptación o rechazo hacia el acto sexual.

En general, favorecen la espontaneidad del coito, no interfieren en ninguna de sus etapas y por lo tanto dan libertad absoluta a la pareja en su vida sexual. Los métodos hormonales de depósito suelen tener buena aceptación porque no interfieren con la actividad sexual de la pareja, aunque los sangrados irregulares o la presentación de amenorreas persistentes constituyen su principal inconveniente, ya que dan lugar a incertidumbre o incomodidad para la actividad sexual. Los dispositivos intrauterinos que tienen una menor efectividad como anticonceptivos, tampoco interfieren en la realización del coito. En general son bien tolerados y evitan el condicionamiento cotidiano que relaciona sexo y anticoncepción; este hecho significa un gran beneficio.

Los métodos de barrera pueden interferir en la sensibilidad o en la espontaneidad de la relación sexual, o bien requieren de una preparación desde el punto de vista material que pudiera interferir con la actividad sexual. El empleo del condón a pesar de que favorece la participación, hace que desde el punto de vista psicológico algunas mujeres sientan rechazo hacia el cónyuge y hacia el acto sexual al sentirse manipuladas sin el beneficio de un contacto integral.

El diafragma y el capuchón requieren de una personalidad en la mujer suficientemente definida e independiente, para que con un alto nivel de responsabilidad sepa aplicarlos previa instrucción; debe conocer sus limitaciones y los problemas que pueden originar. Sin embargo, a algunas mujeres les brinda una favorable sensación de libertad sexual. Los espermaticidas son los que probablemente dan lugar al más alto grado de interferencia, ya

que su aplicación requiere la interrupción temporal de la actividad que precede al coito propiamente dicho. Además, y de acuerdo a las variantes de cada pareja, podrá ser necesaria una aplicación para los coitos subsecuentes. Sin embargo, asociados a los dispositivos intrauterinos pueden alcanzar la seguridad deseada y compensar así los otros inconvenientes, haciendo que la pareja disfrute plenamente de su actividad sexual.

El método del ritmo interfiere altamente con la actividad sexual de la pareja, ya que obliga en todos los casos a relacionarla con días fijos del ciclo. La necesidad de amplios periodos de abstinencia aunada a la ya conocida ineficacia del método, hacen que la sexualidad se vea francamente alterada. La ducha vaginal postcoito condiciona un rechazo franco de la pareja, ya que la mujer se ve obligada a "limpiarse" después del coito, lo que al cónyuge desagrada porque altera la importante fase de relajación que sigue el coito.

3.5. Embarazo no deseado

La reforma aprobada por la Asamblea Legislativa del Cd. de México sobre la interrupción del embarazo antes de las doce semanas, es plenamente constitucional en México por dos razones principales: porque dicha Asamblea posee facultades constitucionales para legislar al respecto, y porque respeta y vivifica los derechos fundamentales que nuestra Constitución de 1917 consagra.

A continuación, expongo los principales argumentos por los cuales la reforma en cuestión respeta y vivifica varios derechos fundamentales contenidos en nuestra Constitución, de lo que se deriva que a quienes impugnan la reforma como in o anticonstitucional no les asiste la razón jurídico-constitucional.

I. Dicha reforma respeta y fortalece los derechos fundamentales de igualdad en general y a no ser discriminado, consagrados en el artículo 1o. constitucional:

- a) Nuestra Constitución no se refiere explícitamente al derecho a la vida. Además, el término vida se presta a interpretaciones plurívocas, dependiendo de si se le contempla desde la perspectiva genética, médica, filosófica, jurídica o teológica, entre otras.
- b) La Constitución sí se refiere en forma implícita al derecho a la vida humana, porque está protegiendo los derechos fundamentales de la persona expresión que la Constitución emplea en diversos artículos y, a veces, la identifica con individuo. Persona sólo es el ser humano y la organización a la cual el derecho atribuye esa cualidad. El embrión no es una persona. Desde luego que en él existe vida, pero no vida humana porque como ya vimos, aún no se ha formado la corteza cerebral. Cuando la Constitución se refiere a persona como el titular de derechos y libertades, lo hace en relación con el ser que ya nació. Tal es el sentido en el cual se emplea el término persona en múltiples artículos constitucionales, como en el 1o., el 4o. en varias ocasiones, el 5, el 14, el 16, el 17.
- c) Esta interpretación se corrobora con lo señalado por los artículos 22 de los códigos civiles, tanto el Federal como el del Cd. de México, que son idénticos, y que textualmente dicen: La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código. La norma civil citada establece una ficción:

El embrión y el feto se consideran personas para los efectos que explícitamente señalan esos códigos, como son los derechos sucesorios, siempre y cuando acontezca el nacimiento y ese ser tenga vida. No hay duda entonces que la persona es tal a partir del nacimiento. El embrión y el feto son bienes tutelados por la Constitución, pero no son titulares de derechos fundamentales.

3.6. Concepción in vitro

Se distinguen tres términos que es importante conocer para comprender mejor este tema.

Ellos son:

a) gameto es la célula germinal masculina (espermatozoide) o femenina (óvulo). El espermatozoide tiene como función fertilizar al óvulo o célula sexual femenina originada en el ovario;

b) la fecundación o concepción se realiza cuando el espermatozoide penetra en el óvulo, sea en el seno materno o fuera de él;

c) el producto de la concepción es el cigoto que, hasta los noventa días, que principia la vida fetal, se denomina embrión, el que tiene tres estadios: el mórulo, que termina hasta que se produce la segmentación celular; después aparece el periodo de la blástula o blastocito, que a los catorce días aproximadamente anida en el útero, comenzando la gestación, hasta los noventa días y entonces aparece la vida fetal, que termina hasta el nacimiento.

Estos bancos de gametos y embriones surgen a raíz del uso frecuente de la técnica de la fecundación asistida.

Existen bancos de gametos de donantes anónimos para la reproducción asistida heteróloga para corregir la infertilidad femenina o masculina.

Estos gametos son depositados en lugares bien acondicionados en base al empleo del frío para su conservación (crío conservación). Se usa desde la década de los sesenta el nitrógeno líquido. El semen se conserva con mayor facilidad que los óvulos, pues, aunque el óvulo admite la crío conservación, su viabilidad es muy débil.

Existen bancos de semen en muchos países tales como: Estados Unidos, España, Suiza, Dinamarca, China, Alemania, Inglaterra, Corea del Sur, Singapur y otros. El semen es muy

cotizado en el mercado y objeto de exportación. Se busca un semen no contaminado. Es un producto no tradicional que Chile importa de Suiza y Estados Unidos y éste de Dinamarca.

También existen bancos de embriones, que si bien surgieron para tratar los casos de infertilidad masculina o femenina, se van conservando embriones que no son utilizados por exceder el número necesario para la implantación; o que son desechados por ser inviables por riesgos genéticos; o que se guardan para una futura implantación, ya sea a la misma persona o a otra.

El objetivo de la aplicación de estas técnicas es corregir los problemas de esterilidad y permitir la procreación, pero también se ha usado con fines terapéuticos para evitar que nazcan niños con enfermedades o para curar diferentes tipos de enfermedades.

Por ejemplo, el diagnóstico genético prenatal es posible a partir del segundo trimestre de vida, lo que permite conocer la existencia de las enfermedades hereditarias en el feto, como el síndrome de Down, aunque todavía no se ha logrado corregir disfunciones hereditarias en el feto.

Aparece también el llamado "diagnóstico preimplantacional". En la fecundación in vitro se podría hacer el análisis genético de los embriones y seleccionar los que no tienen defectos o malformaciones. Este diagnóstico también permitiría detectar y escoger el sexo, la raza y ciertas características físicas del nuevo ser, seleccionando y descartando así vidas.

También se usan células madres embrionarias para curar enfermedades, reemplazar tejidos dañados, etcétera.

Estas técnicas han avanzado bastante de tal manera que de nuevo se nos presenta el problema de la eugenesia y el perfeccionamiento de una raza o del hombre, lo que choca con la moral y la ética religiosa.

Se presenta, pues, una manipulación de gametos y embriones que, así como puede beneficiar a la humanidad, también nos puede llevar a un desenfrenado desarrollo que pone en riesgo nuestro sistema social, la vida y los valores éticos.

La identidad comienza con la concepción y se extiende durante toda la vida. La identidad comprende tres aspectos: identidad referida a la realidad biológica; identidad referida a los caracteres físicos; e identidad en la realidad existencial.

La Convención sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) en su artículo 4o., establece "que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente...". Este convenio tiene rango constitucional de acuerdo con el artículo 46 de la Constitución.

El artículo 19 del Código Civil establece que desde la concepción comienza la existencia natural de las personas y el artículo 13 del mismo Código dispone que al concebido debe respetársele la vida para lo cual, a petición de cualquier persona o de oficio la autoridad, tomará todas las providencias para proteger su existencia.

Pero actualmente la inseminación genética, con fines procreativos, permite la procreación asistida, o sea, la inseminación o fecundación in vitro con espermatozoides del mismo marido o de un donante, en una mujer virgen y soltera con espermatozoides de donante; la fecundación en mujer casada o soltera que presta su vientre para procrear con material reproductivo de un matrimonio o pareja; la inseminación de la viuda con espermatozoides de su marido difunto. Todo esto, repito, era impensable no hace mucho tiempo.

La repercusión de estos nuevos sistemas de procreación es revolucionaria en el derecho de familia, y en la mayor parte de los países no encuentran regulación legal por atraso de su orden jurídico o rechazo de este tipo de procreación.

El 26 de julio de 1978 se produjo un gran acontecimiento en Gran Bretaña al nacer el primer bebé de probeta (la niña Louise Brown), revolución biológica realizada por los doctores Patrick Steptoe (ginecólogo) y Robert Eduardo (fisiólogo). Se hizo a través de una fecundación in vitro de óvulos de su madre (Leslie Brown) y espermatozoides de su padre (John Brown), seguido de la transferencia embrionaria.

Son muchos los cambios que producen en la medida en que la reproducción humana asistida es aceptada: la procreación pierde su dimensión sentimental, sexual e íntima porque la procreación asistida se hace con cierta publicidad e intervención de varias personas que constituyen un equipo especializado; afecta el derecho a la intimidad; los progenitores sufren en su personalidad porque es todo un equipo el que dirige y vigila la procreación; el marido y la mujer que recibe el espermatozoide del donante, y éste, sufren en su dignidad; existe riesgo sobre la vida del concebido o de los embriones que se pierden en el proceso; aparecen nuevos conceptos de paternidad y maternidad; se crean nuevas presunciones o ficciones legales como la de que el marido que consiente la inseminación artificial con espermatozoides de donante es el padre, al prohibírsele impugnar la filiación matrimonial del bebé; se daña el derecho a la identidad en los casos de donación de espermatozoides, maternidad subrogada, aplicación en mujeres solas; la asistencia pos mortem supone la derogación de la regla de la sucesión testamentaria de que el heredero debe sobrevivir al causante de acuerdo con los artículos 977.1 y 1155 del Código Civil.

Se llaman **técnicas de reproducción humana asistida** aquellos procedimientos que unen el espermatozoide con el óvulo por un medio diferente a la relación sexual natural.

Se aplican dos técnicas: la inseminación artificial y la fecundación in vitro.

En virtud de **la inseminación artificial se coloca el espermatozoides en el aparato genital de la mujer para obtener la fecundación.** El procedimiento artificial es claro: se obtiene el semen por medio de la masturbación o mediante la relación sexual con preservativo donde se deposita el espermatozoides, y posteriormente lo introduce el grupo técnico en el cuerpo de la mujer.

La inseminación artificial puede ser homóloga o heteróloga. Es homóloga cuando el semen pertenece al marido o pareja estable de la mujer que espera concebir. Se realiza cuando el hombre es impotente, la mujer tiene vaginismo, o existen otros impedimentos como trastornos endocrinos o del metabolismo, secreciones vaginales que, al neutralizar los espermatozoides, conducen a una inseminación intracervical (colocación del semen en el cuello del útero) o a una alteración del cuello del útero que exige la inseminación intrauterina (colocación del semen en el interior del útero).

Existe inseminación artificial heteróloga cuando el semen es aportado por un tercero ajeno al marido o pareja de la mujer. Se hace uso de este sistema cuando el varón es estéril, o cuando existe el peligro de transmisión de enfermedades o patologías hereditarias como la hemofilia, el síndrome de Down, etcétera o cuando existe incompatibilidad del factor Rh.

La fecundación in vitro es un proceso técnico que logra el embrión al unir el espermatozoides con el óvulo fuera del clastro materno, que luego es trasplantado a éste para que el embarazo continúe su desarrollo natural.

Es complejo y costoso, por lo que es preciso fecundar muchos óvulos e implantar varios embriones (dos, tres o cuatro, pues menos de tres disminuye la posibilidad de embarazo y

más de cuatro se corre el riesgo de embarazos múltiples), bajo el riesgo de múltiples embarazos, abortos y partos prematuros. Además, se pierden embriones.

La transferencia al útero de embriones producidos in vitro se denomina FIV. Esta técnica ha permitido que surja otra conocida como FIVTIG (transferencia intrauterina de gametos), en virtud de la cual durante la misma operación de extracción de óvulos se depositan éstos junto con el semen en las trompas de la mujer.

Recursos y materiales didácticos.

<https://www.animalpolitico.com/2017/02/tabasco-registro-menores-subrogada/>

[Ver video sobre la Bioetica en la reproducción asistida](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=RgAbdSkaot0>

Bibliografía general consultada.

- González y Linares, Juliana y Jorge Enrique. Diálogos de bioética. Editorial EFE. UNAM. México, 2013.
- Morales, Nava, Esquivel y Díaz. Antonio, Graciela, Jaime y Luis. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, 2011.
- Carpizo, Jorge. La interrupción del embarazo dentro de las 12 semanas. Editorial IJUNAM. México, 2007.
- **Bioética y nuevos derechos. José Antonio Santos, Marta Albert y Cristina Hermida (ed.). Comares, 2016**

Linkografía

- <https://www.uv.mx/derecho/files/2019/05/TRATAMIENTO-JURIDICO-DE-LA-MUERTE-DIGNA-EN-MEXICO-3-de-mayo-2019.pdf>
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4445/14.pdf>
- http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf
- https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_278.html
- <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derechocomparado/article/view/4020/5131>
- <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/chb.html>
- http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Material_didactico_CHB/6_Temas_selectos_Bioetica_cuidados_paliativos.pdf
- http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Material_didactico_CHB/9_Analisis_de_casos_final_de_la_vida.pdf