

**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.

### Contenido

#### Unidad I. Generalidades, principios y consentimiento informado

- I.1. Antecedentes
- I.2. Conceptos
- I.3. Autonomía
- I.4. Beneficencia
- I.5. Jurisprudencia
- I.6. Paciente
- I.7. Familiar

#### 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
- 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

**Unidad IV Suicidio y eutanasia, trasplante de órganos, clonación, SIDA y muerte**

- 4.1. Suicidio asistido
- 4.2. Casos terminales
- 4.3. Vivo-vivo
- 4.4. Muerto- vivo
- 4.5. Células madres
- 4.6. Clonación órganos
- 4.7. Cuidados terminales del enfermo
- 4.8. Con dignidad

***Criterios de evaluación:***

<b>No</b>	<b>Concepto</b>	<b>Porcentaje</b>
1	Ensayo	20%
2	Cuadro sinóptico	20%
3	Super nota	20%
5	Examen	40%

<b>Total de Criterios de evaluación</b>	100%
---	------

CALIFICACIÓN MÍNIMA APROBATORIA: **8**



## Unidad I. Generalidades, principios y consentimiento informado

**Objetivo:** Que el alumno conozca los lineamientos establecidos sobre el CBI (Consentimiento Bajo Información) y los criterios legales que se han establecido en torno a esta figura.

### I.1. Antecedentes

**El concepto del consentimiento informado surgió a partir del año 1947, en el Código de Núremberg,** tras ser analizados los crímenes a la humanidad que cometieron los científicos nazis a través de los prisioneros de guerra en los denominados campos de concentración.

El concepto ha ido evolucionado con el paso de las décadas, además de toda una estructura en materia de legislaciones a nivel nacional e internacional. Además, se deben tener en cuenta también los protocolos de cada clínica, hospital o ambiente de investigación que emplea este recurso.

Las características principales que definen la lógica del consentimiento informado tienen como pilares fundamentales los conceptos de:

**Capacidad, voluntariedad, información y comprensión.**



En 1997, el Código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Núremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

- I. Es **absolutamente esencial el consentimiento voluntario** del sujeto humano.
- II. El experimento **debe ser útil para el bien de la sociedad**, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera **que los resultados esperados justifiquen su desarrollo**.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera **que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario**.
- V. **Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave**, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El **grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel** determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.<sup>1</sup>

## 1.2. Conceptos

***El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.***

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

---

<sup>1</sup>DOCUMENTO DESCARGADO DE [http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf) 20 de junio 2023.

El consentimiento informado consta de dos partes:

**a. Derecho a la información:** la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas *incompetentes* por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

**b. Libertad de elección:** después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.

- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del *privilegio terapéutico* hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

### **I.3. Autonomía**

El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la práctica médica que se construye con base en la *lex artis*, la ética y la norma. Constituye, por consiguiente, una exigencia para llevar a efecto la actividad médico-quirúrgica curativa. Estamos, por tanto, ante un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad.

El tema del consentimiento válidamente informado, se remonta a tiempos inmemoriales, como lo constata lo dicho por Aristóteles a su médico en una ocasión en la que se encontraba enfermo: "... no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero de la causa, me tendrás así presto para obedecer...". El principio del respeto de la persona (principio kantiano) pertenece a una concepción moral, en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y, por tanto, en su libertad (principio de autonomía).

Es un hecho incontrovertible que el consentimiento informado no surge de la tradición médica, que lo ha desconocido a lo largo de su historia, si bien en la actualidad constituye un elemento de la atención médica y la relación médico-paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial.

El consentimiento informado ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que éste ha realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante el cumplimiento de un «derecho humano primario y fundamental», esto es, ante una de las últimas contribuciones realizadas a la teoría de los derechos humanos.

En la actualidad, los derechos a la autodeterminación y a la información, y el respeto a la libertad del paciente constituyen elementos fundamentales de la relación clínica y son manifestaciones concretas del derecho a la protección a la salud. Aun cuando desde el punto de vista jurídico el consentimiento se estudia en la teoría general del contrato, se trata de un proceso ético-jurídico que forma parte de la medicina basada en la confianza mutua.

Una herencia del pensamiento de la Ilustración es considerar la dignidad como una condición, cualidad o propiedad intrínseca de todo ser humano. En el trabajo del filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804) se encuentra su fundamentación cuando dice:

*“La humanidad entera es una dignidad; porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en eso consiste precisamente su dignidad.”*

A lo anterior se suma la idea siguiente:

*“La autonomía es (...) el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional.”*

De tal forma, el principio de autonomía es de importancia esencial ya que tiene en su centro el reconocimiento de la dignidad de la persona como ser libre y sujeto de derechos. Sobre el vínculo entre dignidad y derechos humanos Kant dice: “La dignidad de la humanidad en nosotros (...) se hace visible cuando no permitimos que nuestros derechos sean pisoteados impunemente por otros.”

## Principios éticos del acto médico



- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia
- Justicia

Del deber de información del médico se comenzó a hablar a finales del siglo XIX por parte de la doctrina alemana, alcanzando esta problemática un notorio desarrollo en la jurisprudencia de este país, así como en Francia y en los Estados Unidos de América. El antecedente más remoto de ausencia de consentimiento del paciente o de consentimiento obtenido mediante engaño es el caso de Slater versus Baker & Stapleton en 1767, en el que un tribunal de las Islas Británicas condenó a unos médicos por negarse a retirar un vendaje a petición de una paciente y por producir una fractura con el objetivo de experimentar un tratamiento ortopédico.

#### **I.4. Beneficencia**

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada.

Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.

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

La fundamentación principialista de la Bioética pretende y con éxito, agrupar los conceptos de Moralidad en relación a la atención médica en cuatro principios, los que representan el resumen de la fundamentación valórica, sobre la cual, existiría consenso en la actualidad, permitiendo el análisis de los conflictos éticos en general y



fundamentalmente obtener a través de ellos una solución práctica para cada caso en particular y al mismo tiempo, plantear un diseño metodológico para su aplicación.

Estos principios son:

Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia.

- a. **Beneficencia** implica además de la corrección técnica y ética del acto médico, la presencia de la bondad en el agente, es decir, del médico.
- b. **No Maleficencia** implica el no realizar daño por acción u omisión. (Al menos no dañar).
- c. **Justicia** implica la no discriminación biológica (edad, etnia, patología), como la correcta distribución de los recursos de salud en el seno de una sociedad constituida.
- d. **Autonomía** refiere al carácter de fin y no de medio que corresponde a todo ser humano. A su capacidad y derecho de autogestión de su plan vital, como del manejo de su cuerpo. Todo individuo es su propio legislador.

Estos cuatro principios presentan una jerarquización diferente en el caso de aparición de conflictos entre ellos. La No Maleficencia y la Justicia son considerados por consenso como obligatorios para toda la sociedad y son dependientes del derecho penal (Deberes de Justicia o perfectos).

La Beneficencia y la Autonomía dependen de la obligación moral individual (Deberes morales o imperfectos). Sin embargo, actualmente la Autonomía ha adquirido tanta importancia en el sentir comunitario, que acerca de ella versan la mayoría de las reformas en la atención médica que ameritan legislación, y por lo tanto, la aparición de la Ley con respecto a su aplicación. Es precisamente el caso de nuestra legislación en Salud, en la cual, los llamados derechos de los pacientes, refieren casi en su totalidad a la aplicación de la Autonomía.

## **Principio de no-maleficencia**

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, etc.

## **Principio de autonomía**

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. En cualquier caso, no debe entenderse de manera absoluta el principio de autonomía: no se

respetan las opciones del enfermo, aunque posea competencia, cuando son contrarias a las normas de la práctica profesional o a la ética del médico. La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado “**consentimiento informado**”, que regula la relación entre el médico y su paciente.

### **Principio de justicia**

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

Asimismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.

## **1.5. Jurisprudencia**

Diversos son los criterios que la Suprema Corte de Justicia de la Nación y los Tribunales federales han emitido respecto a los criterios que rigen el consentimiento informado, en seguida enunciaremos algunos criterios jurisprudenciales recientes, respecto a este tema:

- **Décima Época Núm. de Registro: 2001271 Instancia: Primera Sala Tesis Aislada Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Libro XI, Agosto de 2012, Tomo I Materia(s): Constitucional Tesis: Ia. XLIII/2012 (10a.) Página: 478**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES.**

El consentimiento informado es consecuencia necesaria o explicitación de derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia, el cual consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucradas.

- **Décima Época Núm. de Registro: 2013134 Instancia: Primera Sala Tesis Aislada Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Libro 36, Noviembre de 2016, Tomo II Materia(s): Constitucional Tesis: Ia. CCLIX/2016 (10a.) Página: 892**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. HIPÓTESIS DE REPRESENTACIÓN EN LA QUE ESTÁN INVOLUCRADOS MENORES DE EDAD.**

Pueden existir supuestos en los que el titular del consentimiento informado tenga una limitación para ejercer totalmente su derecho a la decisión; dentro de estos supuestos destaca la minoría de edad. Al respecto, el artículo 23 del Código Civil Federal dispone, como regla general, que los menores de edad son incapaces; ello hace suponer que no es necesario el consentimiento de éstos para adelantar los procedimientos hospitalarios o

quirúrgicos que se requieran, pues su voluntad se suple mediante el consentimiento de sus padres, como manifestación de la patria potestad, y es a éstos a quienes les corresponde manifestar su aquiescencia para legitimar la realización de los tratamientos destinados a mejorar las condiciones de salud de sus hijos. No obstante, si respecto al menor de edad son dadas las condiciones de madurez, intelectuales y emocionales para comprender el alcance del acto médico sobre su salud, se debe tomar en cuenta su opinión en el momento del otorgamiento del consentimiento. Surge así el denominado consentimiento por representación, como presupuesto fundamental para garantizar la efectiva protección de los derechos a la vida, a la salud y a la integridad física de quienes no están en capacidad de decidir de manera autónoma sobre su propio cuerpo. Ello ocurre, entre otras hipótesis, con los hijos menores de edad frente a sus padres. En este caso, la intervención de los padres ha de ir encaminada a favorecer, en todo momento, la salud del representado.

- **Décima Época Núm. de Registro: 2012107 Instancia: Primera Sala Tesis Aislada Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Libro 32, Julio de 2016, Tomo I Materia(s): Constitucional Tesis: 1a. CXCVII/2016 (10a.) Página: 314**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUS FINALIDADES Y SUPUESTOS NORMATIVOS DE SU EXCEPCIÓN.**

Derivado de lo resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la contradicción de tesis 93/2011, puede afirmarse que el consentimiento informado en materia médico-sanitaria cumple una doble finalidad: por un lado, constituye la autorización de una persona para someterse a procedimientos o tratamientos médicos que pueden incidir en su integridad física, salud, vida o libertad de conciencia y, por otro lado, es una forma de cumplimiento por parte de los médicos del deber de informar al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento médico, así como de las implicaciones, efectos o consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida. Consecuentemente, como lo prevén los artículos 50 de la Ley General de Salud y 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de

Atención Médica, este consentimiento deberá recabarse al ingreso al hospital de una persona a fin de poder practicarle los procedimientos médico-quirúrgicos para su debida atención como usuario de ese servicio de salud, así como previamente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. No obstante, la propia normativa reglamentaria permite a su vez casos de excepción a esta regla general de la aquiescencia en cada caso que entrañe un alto riesgo para el paciente. Dicha excepción consiste en que cuando concurra un caso de urgencia o el paciente se encuentre en un estado de incapacidad transitoria o permanente y tampoco sea posible que su familiar más cercano, tutor o representante autorice los tratamientos o procedimientos médico quirúrgicos necesarios, los médicos de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de dos de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico de dicho actuar, de conformidad con el artículo 81 del reglamento citado. Ahora, si bien esta norma no establece claramente cuáles son los momentos en que se actualiza la denominada "ausencia" de los familiares, tutores o representantes o la concurrencia de un caso urgente, de una interpretación sistemática y teleológica de su contenido, se advierte que su ámbito de aplicación requiere, en primer lugar, que cuando el paciente se encuentre en un estado de incapacidad y las circunstancias fácticas lo permitan, deberá recabarse de manera forzosa la autorización para el respectivo tratamiento o procedimiento por parte de su familiar más cercano, tutor o representante; sin embargo, cuando tales personas no se encuentren en el hospital y/o el tratamiento o procedimiento del padecimiento del paciente sea de un carácter urgente (estado de necesidad) que, si se aguarda la aludida autorización, conllevaría a una afectación grave o irreversible a la integridad física, salud o vida del paciente, entonces dicho tratamiento o procedimiento podrá efectuarse bajo el acuerdo de dos médicos (en el caso de que físicamente existan en ese lugar, pues hay servicios de salud en el país donde no están asignados dos de ellos) y ante su más estricta responsabilidad, con el condicionamiento de que se asiente la valoración del caso y toda la información pertinente en el expediente clínico.

- **Décima Época Núm. de Registro: 2019410 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito Tesis Aislada Fuente: Gaceta del Semanario**

Judicial de la Federación Libro 64, Marzo de 2019, Tomo III Materia(s):  
Constitucional, Administrativa Tesis: III.7o.A.30 A (10a.) Página: 2631

**CONSENTIMIENTO INFORMADO. REQUISITOS PARA CONSIDERAR SATISFECHO ESE DERECHO HUMANO, CUANDO SE TRATE DE LA APLICACIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE O DEFINITIVO PARA LA MUJER.**

De conformidad con los artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, antes de llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico o tratamiento, es necesario recabar una autorización por escrito del paciente o las personas que legalmente puedan representarlo, en el que no podrán emplearse abreviaturas y deberán expresarse, con toda claridad, las acciones a seguir por el personal médico. Asimismo, en términos del artículo 83 del propio ordenamiento, si el procedimiento importa la extirpación de tejido orgánico del paciente, ese consentimiento, además, deberá estar firmado por dos testigos idóneos designados por el propio interesado o por la persona que suscriba el documento respectivo. Ahora, tratándose de la aplicación de un método anticonceptivo permanente o definitivo para la mujer, como la oclusión tubaria bilateral, mediante la técnica de "Kroener" o fimbriectomía, que involucra el retiro o amputación de una parte de los canales ováricos de la paciente, para considerar satisfecho el derecho humano al consentimiento informado, es indispensable que esa autorización esté precedida de una o varias sesiones de consejería, en forma previa a su realización, como se advierte del punto 6.5 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar; pues de lo contrario, es decir, ante el incumplimiento de cualquiera de los requisitos indicados, el consentimiento otorgado por la paciente, aun cuando conste por escrito y ostente su firma como directa interesada, no podrá considerarse debidamente informado y la conducta observada por el personal médico resultará equiparable a una esterilización forzada, que constituye una forma grave de violencia contra la mujer, en este caso, derivada de una negligencia médica.

- Registro digital: 2024491 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito Undécima Época Materias(s): Administrativa Tesis: I.4o.A. J/2 A (11a.) Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tipo: Jurisprudencia

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE CINCO A ONCE AÑOS DE EDAD PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS SARS-CoV-2, PARA LA PREVENCIÓN DE LA COVID-19. ES INAPLICABLE A ESE GRUPO ETARIO, AL NO TENER LAS CONDICIONES DE MADUREZ, INTELECTUALES Y EMOCIONALES PARA COMPRENDER SU ALCANCE, POR LO QUE SU VOLUNTAD SE SUPLE MEDIANTE EL CONSENTIMIENTO DE SUS PADRES, COMO MANIFESTACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD.**

Hechos: Una persona, en representación de su hija menor de edad, perteneciente al grupo etario de cinco a once años de edad, promovió juicio de amparo indirecto contra la omisión de las autoridades de salud del Estado Mexicano de aplicar la vacuna contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19, por no estar comprendido en la política pública de prevención de la enfermedad. El Juez de Distrito concedió la suspensión de oficio y de plano para el efecto de que se inocule a la menor de edad; sin embargo, las autoridades sanitarias se niegan a aplicarla, al considerar que se viola su derecho humano a ser escuchada y a decidir a través del consentimiento informado, si quiere recibir la vacuna.

Criterio jurídico: Este Tribunal Colegiado de Circuito determina que, tratándose de la aplicación de la vacuna contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 a menores que conforman el grupo etario de cinco a once años, no es aplicable el consentimiento informado, al no tener las condiciones de madurez, intelectuales y emocionales para comprender su alcance, por lo que son los padres de los menores quienes deben otorgarlo, como manifestación de la patria potestad.



Justificación: Lo anterior, porque conforme a las tesis aisladas Ia. XLIII/2012 (10a.) y Ia. CCLIX/2016 (10a.), sustentadas por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el consentimiento informado es el derecho del paciente de otorgar o no su aprobación válidamente informada en la realización de tratamientos o procedimientos médicos, y pueden existir supuestos en los que su titular tenga una limitación para ejercer totalmente su derecho a la decisión, dentro de estos supuestos destaca la minoría de edad; al respecto, el artículo 23 del Código Civil Federal prevé, como regla general, que los menores de edad son incapaces y ello supone que no es necesario su consentimiento para adelantar los procedimientos hospitalarios o quirúrgicos que requieran, pues su voluntad se suple mediante el consentimiento de sus padres, como manifestación de la patria potestad. Empero, el Máximo Tribunal también sostuvo que si el menor de edad tiene las condiciones de madurez, intelectuales y emocionales para comprender el alcance del acto médico sobre su salud, se debe tomar en cuenta su opinión en el momento del otorgamiento del consentimiento. En este contexto, la Secretaría de Salud ha señalado que la edad para considerar la capacidad intelectual, la madurez emocional y el estado psicológico para determinar el peso de la opinión del menor de edad en la decisión final, es cuando se trata de niños de doce años o mayores, quienes expresan su decisión de aceptar participar en un procedimiento firmando el documento de consentimiento informado, junto con sus padres. Consecuentemente, acorde con la propia praxis de la secretaría citada, tratándose de la vacunación de menores de cinco a once años de edad contra la COVID-19, no es aplicable su consentimiento informado, ya que no tienen las condiciones de madurez, intelectuales y emocionales para comprender el alcance del acto médico sobre su salud. En estos casos, su voluntad se suple mediante el consentimiento de sus padres, como manifestación de la patria potestad, y es a éstos a quienes les corresponde exteriorizar su aquiescencia para legitimar la vacunación, ya sea de manera expresa o a través de la promoción del juicio pertinente para obtenerla y, en tales circunstancias, la intervención de los padres debe favorecer, en todo momento, la salud del representado.

## 1.6. Paciente

Todo paciente, como titular de derechos y obligaciones, tiene la capacidad de ejercitar sus derechos por sí mismo o, en algunos supuestos, a través de sus representantes. Dada la naturaleza personalísima del bien jurídico en juego, del que sólo el paciente es su titular, resulta evidente que es el propio paciente o usuario de los servicios médicos quien ostenta el derecho y quien debe consentir la actuación o intervención médica, siempre y cuando su capacidad natural de juicio y discernimiento se lo permita.

Como excepciones a la regla anterior podemos señalar cuando:

- a) La no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) El paciente no esté capacitado para tomar decisiones; en este caso, el derecho corresponderá a sus familiares, representante legal o tutor.
- c) La urgencia no permita demoras porque puede ocasionar lesiones irreversibles o puede existir riesgo de muerte.

Respecto a los dos últimos supuestos el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala:

“En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.”

En el supuesto de que no fuere posible demorar la actuación médica ante el riesgo de muerte o lesiones irreversibles, y ante la imposibilidad de localizar con la urgencia del caso a sus representantes legales o a sus familiares, el médico puede actuar lícitamente amparado por el estado de necesidad; en ese sentido el párrafo segundo del precepto legal antes invocado señala:

“Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.”

## **I.7. Familiar**

En principio, el destinatario de la información es el propio paciente o usuario y, en su caso, la persona legitimada para recibirla. Se presumirán legitimados para estos efectos el cónyuge, concubina o concubinario, familiares (según la prelación establecida en la legislación civil), o por su representante legal.

En el caso de menores o incapaces se recurrirá a la figura del representante o pariente más próximo y, cuando así lo exijan las leyes para determinados supuesto especiales, se informará, si es preciso, al propio juez como es el caso del internamiento psiquiátrico involuntario).

La intervención de los representantes legales ha de ir encaminada a favorecer la salud del representado, en tal forma que en aquellos casos en los que el padre o tutor no consiente una actuación médica, con base, por ejemplo, en sus convicciones religiosas (como sucede, con cierta frecuencia, con los Testigos de Jehová), muy a pesar de que la misma resulta necesaria y urgente para preservar la salud del menor, el juez podrá suplir tal autorización, por cuanto actuará en beneficio del menor, con lo que se corregirá el abuso de derecho del padre o representante del paciente.

Sobre la representación de los menores de edad, se considera de interés mencionar que la legislación española, en su Código Civil, prevé que cuando se trate de menores que reúnan condiciones de madurez suficiente y en los que, por tanto, su capacidad de juicio y entendimiento les permita conocer el alcance del acto médico para su propio bien jurídico, deben ser ellos mismos quienes autoricen la intervención médica; y que, en aquellos casos en los que el padre o tutor no consienta una actuación sobre la base de sus convicciones, el juez puede suplir tal autorización”.

Por su parte la Declaración de Lisboa considera que el paciente incapacitado debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su estado. En el caso de que el médico dude de la capacidad de hecho del paciente para tomar decisiones, aun cuando éste siendo mayor de edad y legalmente capaz haya dado su consentimiento a la intervención, es recomendable recabar de los familiares que asuman o no la decisión del paciente y, en el supuesto de discordancia, recurrir al juez.

En suma, resulta necesario limitar las facultades de intervención ajenas, para obviar que un tercero, contra la voluntad del titular, decida por éste qué riesgos ha de asumir o a qué bienes ha de renunciar.

#### **a) Situaciones de urgencia.**

Al tenor de lo expuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entendemos que el deber de informar, así como la exigencia del consentimiento, ceden sólo en aquellas situaciones en que “la urgencia no permite demoras ante la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”, es decir, cuando el paciente no está en condiciones de recibir la información y/o de prestar su consentimiento ni es posible acudir a sus familiares. Esto rige estrictamente por el período de tiempo en que concurra tal situación, de modo que, tan pronto como se haya superado, debe informarse inmediatamente al paciente, según se ha dicho con anterioridad.

**b) Pronóstico fatal.**

El pronóstico, tal como ha señalado la doctrina, lejos de excluir el deber de informar constituye una manifestación importante de este deber y, en principio, es un derecho que corresponde a todo enfermo que quiera conocer su verdadero estado de salud. Otra cosa distinta es que este supuesto concorra con una renuncia del destinatario, expresa o tácita. En definitiva, el pronóstico fatal no constituye por sí mismo motivo suficiente para ocultar información, pero la generalidad de los autores, incluso los que propugnan una mayor intensidad del derecho a la información, reconocen que siempre aparecen excepciones de difíciles contornos, que pueden legitimar al médico para no informar plenamente al paciente, o para proporcionarle una información gradual o atenuada, sufriendo incluso propuestas legislativas, a través, por ejemplo, de una remisión a las normas deontológicas.

**c) Información claramente perjudicial para la salud del paciente.**

En este supuesto es ineludible la apreciación de los valores en conflicto, para lo cual parece recomendable el asesoramiento del Comité Asistencial de Ética. Este requerimiento es especialmente conveniente cuando la situación descrita concurre con el deseo expresado por el paciente de conocer su verdadero estado de salud. Debe hablarse aquí de necesidad terapéutica.

**d) Renuncia del destinatario.**

La renuncia a ser informado expresa o tácitamente, mediante hechos concluyentes, ha sido tradicionalmente admitida por la doctrina como un supuesto de excepción o límite efectivo al deber de información. Recogiendo este criterio, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina consagra tal excepción o límite al decir que “deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada”, debiendo quedar este extremo debidamente documentado.

En el informe explicativo, que acompaña al Convenio, se expresa que el derecho a saber va de la mano con el derecho a no saber, ya que los pacientes pueden tener sus propias razones para desear no conocer ciertos aspectos de su salud y debe respetarse un deseo de ese tipo. El Código de Ética y Deontología Médica consagra igualmente el derecho del paciente a no ser informado al decir que el médico respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que hayan designado para tal fin.


## **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.

### 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.

El Estado Mexicano ha ratificado todas las convenciones y tratados sobre derechos humanos y ha firmado todas las declaraciones, programas y planes de acción por lo que los tres niveles de gobierno (federal, estatal municipal o delegacional) están obligados a cumplirlos. Sin embargo, en México sigue habiendo desigualdad y discriminación debido al modelo de desarrollo económico y a las relaciones que se establecen entre las personas y las instituciones motivadas por la lucha de poder, o debido a aspectos culturales, religiosos o sociales. Digamos que estos dos modelos, aunque chocan, se mezclan y se combinan cotidianamente en la realidad mexicana.

Por un lado, se ostenta oficialmente que en México se respetan los derechos, que no hay discriminación y que la equidad es un logro. Y por otro, sigue habiendo actitudes autoritarias: se niega atención a los usuarios, hay malos tratos, abusos, corrupción, desabasto de medicamentos, burocracia mortal, no se escucha, no se atiende, hay menosprecio, exclusión y desventaja. Ante la medicina social los usuarios se sienten

impotentes, inseguros y temerosos. La salud y la vida dependen de la suerte. Con la medicina privada se sienten excluidos, sin derecho, definitivamente inalcanzable.

## 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:

1. Consulta clínica para casos problemáticos.
2. Educación del personal del cuidado de salud y del público en general.
3. 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.

## **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?

## Unidad III Aborto, bioética en pediatría y salud reproductiva.

### 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.

***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.

### 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.

El aborto cometido por móviles de honor, únicamente lo mantienen en sus códigos once entidades federativas, y su punibilidad es atenuada. Los ordenamientos penales de Jalisco (artículo 228), Nayarit (artículo 336) y Zacatecas (artículo 311) establecen, como requisito, que se realice dentro de los primeros cinco meses de embarazo.

El aborto realizado de manera habitual, por abortador de oficio o por sujeto activo reincidente, está regulado como tipo calificado en Jalisco, Michoacán, Nayarit, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

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

En tres entidades federativas: Guerrero (artículo 119), Querétaro (artículo 139) y Quintana Roo (artículo 96), ante los casos de aborto procurado o de consentimiento de aborto, "el juez podrá aplicar hasta la tercera parte de la pena prevista para el caso, cuando esto sea equitativo, considerando el estado de salud de la madre, su instrucción, sus condiciones personales, las circunstancias en que se produjo la concepción" y otros requisitos más.

En Coahuila (artículo 358) se atenúa la punibilidad cuando la mujer embarazada actúe por motivos graves (especificados en tres fracciones). Dicha punibilidad es de tres días a seis meses de prisión y multa.

- **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)

*"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 abril de 2007 la Ciudad de México aprobó la despenalización y comenzó a ofrecer el servicio en hospitales públicos e instituciones de salud. En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del entonces D.F aprobó la reforma al Código Penal que introduce en la



Ciudad de México el sistema de plazos en materia de aborto. Esta despenalización es única en su tipo en América Latina.

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.

**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.***

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.

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?

### **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.

### 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 inviábiles 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.

**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 espermatozoide 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 espermatozoide, y posteriormente lo introduce el grupo técnico en el cuerpo de la mujer.

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



## Unidad IV Suicidio y eutanasia, trasplante de órganos, clonación, SIDA y muerte

**Objetivo:** Que el alumno conozca los aspectos legales y últimas reformas sobre la Ley de cuidados paliativos, así como los proyectos para la legalización de la eutanasia y en materia de clonación humana.

### 4.1 Suicidio asistido

El aumento de la esperanza de vida al nacer y el consecuentemente incremento de personas que alcanzan etapas muy avanzadas de edad, con enfermedades degenerativas que se acompañan de intenso dolor y sufrimiento, hacen necesario la discusión y búsqueda de alternativas posibles para disminuir o evitar sus sufrimientos dentro de los principios de autonomía y libertad de los usuarios de la atención médica.

La palabra eutanasia deriva de los vocablos griegos eu = bueno y thanatos = muerte, por lo que literalmente significa buena muerte. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las definiciones existentes sobre la eutanasia no son exactas y pueden variar de una persona a otra, pero tienen varios elementos en común. La mayoría de los comentaristas restringe su descripción a la eutanasia directa o 'activa', que se puede definir como "el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar"

La palabra suicidio se deriva del latín sui = sí mismo y caedere = matar.- Literalmente significa matarse por sí mismo. El suicidio medicamente asistido se podría definir como "la ayuda que da un médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte".

La voluntad anticipada es un concepto de índole más general que los dos anteriores y se puede entender como “el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones”. En México está prohibida la práctica de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido, de acuerdo a lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 161 Bis 21 que a la letra dice:

“Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley.”

Sin embargo, existe consenso en que es necesario debatir el tema, en el contexto actual en que se ha incrementado el número de personas con padecimientos en fase terminal y por otro lado, porque existe una mayor exigencia de respeto a los derechos humanos, al derecho a la salud y a los principios de libertad y autonomía de los pacientes. ¿Es necesario legalizar la eutanasia en México? Esta es la primera pregunta que habría que formularse para el debate. Los partidarios convencidos de la necesidad de que esta práctica se legalice plantean que

***“el argumento poderoso a favor de la eutanasia es permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino de dolor y agonía, situación que atentaría contra el libre desarrollo de su personalidad y su dignidad como persona humana, evitando así ser sometido a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica, y el deseo de los médicos de mantener con vida a un ser sin esperanza de recuperación”.***

Por otro lado, existen los argumentos en contra que señalan que “el médico tiene como función la de salvar vidas, no destruirlas”, “la legalización de la eutanasia podría traer como consecuencia que se llegaran a cometer actos criminales en pacientes que no han

expresado su consentimiento o bien son incapaces de expresar su deseo de morir, como es el caso de los sujetos con deformidades, niños idiotas y personas seniles”.

Estas posiciones tan contrapuestas respecto al mismo problema son una muestra de la necesidad de profundizar en el debate sobre los temas de eutanasia, suicidio asistido y otras formas de voluntad anticipada y sobre todo evidencian la necesidad de legislar y establecer estrategias consensuadas que satisfagan, en la medida de lo posible, a los actores sociales con posiciones encontradas.

Es importante resaltar que el aumento de la esperanza de vida y el consecuente incremento de personas que llegan a edades avanzadas y desarrollan enfermedades degenerativas que se caracterizan en su fase terminal por ser causa de intenso dolor y sufrimiento, es uno de los principales motivos que hacen necesario el establecimiento de cuidados paliativos y aplicación de medidas vinculadas con la voluntad anticipada, la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

Por otro lado, otra causa determinante que explica el creciente interés en el tema, es el incremento en las últimas décadas de la cultura relacionada con la defensa de los derechos humanos y de los principios de libertad y autonomía, específicamente la relacionada con los usuarios de los servicios de atención médica.

## **4.2 Casos terminales**

La eutanasia ha generado muchas inquietudes, así como dilemas éticos y jurídicos porque el derecho a la vida es un derecho universal; en el ámbito jurídico es un bien tutelado por el Estado, quién priva la vida a otro comete homicidio. En el ámbito médico, de acuerdo al juramento hipocrático existe la obligación ética de velar por el máximo respeto por la vida humana desde su origen, aún bajo amenaza, y no emplear los conocimientos médicos

para contravenir las leyes humanas. Desde la concepción religiosa, el derecho a la vida es sagrado, le pertenece a Dios y por tanto, él es el único que puede quitarla. Esta práctica se encuentra penada en la mayor parte del mundo debido a que las diversas tradiciones religiosas, legales o morales se establecen la mayor protección a la vida.

El principal argumento a favor de la eutanasia gira en torno al derecho a una muerte digna, sin dolor y agonía. La prolongación innecesaria de la vida atenta contra el libre desarrollo de la personalidad y dignidad de la persona. Por tanto, las personas en etapa terminal tienen derecho a morir dignamente. El argumento contra la eutanasia está fundado en el hecho de que el médico tiene como función salvar vidas y no destruirlas. Además, es el Estado quien debe proteger el derecho a la vida y asegurar desde el nacimiento hasta la muerte su protección.

Lo cual revela la complejidad del tema por las disposiciones morales, religiosas y jurídicas que trae consigo, y resulta pertinente preguntarnos: ¿un enfermo tiene derecho a decidir sobre la terminación de su vida?, ¿debe legalizarse o no la eutanasia?, ¿esta se equipara con el suicidio asistido, ¿quién tiene derecho a disponer de nuestra vida en una enfermedad terminal?, ¿la voluntad anticipada es una forma de eutanasia?, ¿México debe legalizar la eutanasia?, ¿La voluntad anticipada es un instrumento suficiente y eficaz?

Clásicamente, la eutanasia se define como la aceleración de la muerte de un paciente para evitar más sufrimientos. Dentro de esta amplia definición, hay varios términos usados para describir las diferentes formas de la eutanasia, es decir, voluntaria, involuntaria y la eutanasia no voluntaria; y activa y pasiva eutanasia.

La palabra eutanasia, se originó en Grecia, significa una buena muerte. Tradicionalmente, la eutanasia ha significado una muerte fácil, indolora. Con frecuencia también suele

llamarse como muerte misericordiosa o suicidio asistido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 define la eutanasia y el suicidio asistido :

***La eutanasia es un acto deliberado llevado a cabo por una persona con la intención de no impedir la muerte por causas naturales en caso de enfermedad terminal o coma irreversible sin dolor.***

***Suicidio asistido es el acto terminar intencionalmente la vida de un paciente en etapa terminal con la ayuda de un médico o personal de salud que le proporcione los conocimientos o medios para llevarlo a cabo.***

Por lo anterior, cuando nos referimos a la eutanasia debemos entenderla como el acto o procedimiento que aplica un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor a petición de éste para terminar con su sufrimiento.

El suicidio médicamente asistido es donde el médico proporciona a un paciente los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte final.

La voluntad anticipada es cuando cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida [...] por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural [...] protegiendo en todo momento su dignidad.

La ortotanasia implica permitir que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables.

La eutanasia y el suicidio asistido por un médico son ilegales en muchos países. Sin embargo, se practica abiertamente en los Países Bajos, donde el médico que realiza estos actos no es procesado penalmente. Por lo que es importante que en la legalización de la eutanasia se considere la inutilidad del tratamiento para retener o retirarlo como soporte vital para un enfermo terminal, teniendo en cuenta el beneficio y deseos del paciente y de su familia. En varios casos y diferentes resoluciones judiciales este razonamiento ha jugado un papel importante en el desarrollo de la práctica de la eutanasia en países como Holanda.

### III. Clasificación de la eutanasia

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.

#### a) Por su finalidad

- **Eugenésica.** Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.
- **Piadosa.** Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.
- **Solidaria.** Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas. Por la modalidad de acción
- **Eutanasia Activa.** Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.
- **Eutanasia Pasiva.** Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas).

#### b) Por el contenido volitivo.

- ✓ **Voluntaria.** Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consiente.
- ✓ **No Voluntaria.** Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
- ✓ **Involuntaria:** es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.

c) Impuesta. Por la intención

- **Directa.** Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo).
- **Indirecta o lentitiva.** Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto, la consecuencia es la muerte.

### Desde el punto de vista jurídico penal, las legislaciones pueden optar por:

- a) no prescribir nada sobre la eutanasia (por lo cual se caería en el homicidio o en el auxilio al suicidio, o en un aspecto negativo de estos, según el caso);
- b) preverla en un tipo muy atenuado, con requisitos muy precisos, o
- c) consignar el supuesto exento de sanción (despenalización absoluta o relativa) estableciendo limitaciones rigurosas y precisas para no dar margen a desviaciones.

La segunda opción es la más adoptada por las legislaciones. Gimbernat considera que la eutanasia debe abarcar tres situaciones: a) la existencia de la seguridad o el riesgo

considerable de una muerte próxima del paciente, quien puede, además, padecer agudos dolores;

En el primer caso, el paciente con conciencia de su enfermedad terminal y en pleno uso de sus facultades, rechaza el tratamiento. En este caso los médicos sólo pueden administrar analgésicos que eliminen el dolor ante la imposibilidad de realizar otro tipo de intervención.

Aquellos que se oponen a que el Estado permita la omisión de atención, aluden que este acto debería ser catalogado como un homicidio culposo, pues no se ha realizado todo lo posible para mantener con vida al individuo.

La ley considera que existe un delito si no se ofrece la debida atención médica cuando se tienen los elementos para hacerlo. Este argumento es utilizado al referirse a los casos de personas que pierden la conciencia y que inician un proceso de deterioro sin haber manifestado su voluntad, dado el hecho de que no existe una figura legal que permita la lectura de un testamento vinculante, mientras se viva.

La segunda distinción involucra la intervención médica de último recurso, tal vez innecesaria pero que se decide llevar a cabo, y si el paciente muere se priva a éste de una muerte en compañía de sus seres queridos, lo cual es considerado como encarnizamiento médico. En estos casos, la decisión médica de intervenir o no, involucra las posibilidades de supervivencia de un paciente y los recursos destinados a tal intervención. En este segundo tipo de casos los comités de bioética toman en cuenta las probabilidades de supervivencia o de sobrevida de un paciente y los recursos que deben emplearse en tratamientos que pueden resultar inútiles.



El tercer tipo genérico involucra el caso de pacientes que no tienen conciencia de sí debido a un mal degenerativo, que han quedado en estado vegetativo mental con el resto de sus órganos funcionando adecuadamente, o bien que requieren un respirador artificial. Sólo en el último caso, el de la muerte cerebral, se considera que los parientes en primera y segunda línea pueden solicitar que no se utilicen medios artificiales para mantener con vida orgánica al individuo y permitir la muerte de sus órganos.

En este último caso la certificación de la pérdida de vida se determina con las pruebas irrefutables de la inexistencia de actividad cerebral. Estos casos hacen viables los trasplantes.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento. Esto a través de un documento que regula la ortotanasia, es decir, el otorgamiento de medidas médicas paliativas, que disminuyen el sufrimiento o que lo hacen tolerable. Es decir, a través de una manifestación de la voluntad de la persona a no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien la obstinación médica, es decir, el uso innecesario de medios e instrumentos para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, vigente desde 2008. Esta es una declaración unilateral de voluntad, efectuada por una persona mayor de edad o emancipada, con plena capacidad de goce y ejercicio de sus facultades mentales, en la que señala de manera anticipada que es lo que desea para sí, en relación a él o sus tratamientos y cuidados de salud.

Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado. Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las

leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.

De tal manera que dicha regulación está sustentada en diversas disposiciones que dan sustento a la autonomía vital de las personas, lo cual puede traducirse en el respeto al derecho a la dignidad y a la protección de la salud.

En México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate. Sólo en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) se ha avanzado en cuanto a las disposiciones aplicables a la voluntad anticipada.

En el documento de voluntades anticipadas conocido como testamento vital, la persona manifiesta expresamente por escrito su voluntad sobre la disposición de cuerpo y órganos después de su muerte total o cerebral. También manifiesta su voluntad para recibir atención terapéutica o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le incapacite en un futuro para expresarse por sí mismo.

Además, en México, la voluntad anticipada no se encuentra regulada por los códigos civiles. A pesar de que dicho documento esté regulado en la Ley de Voluntad Anticipada, prevé que debe hacerse ante notario público; por lo tanto, el concepto del documento de voluntad anticipada suele ser sinónimo del testamento vital. Con base en lo anterior, es necesario conocer que el testamento es un acto jurídico unilateral, personalísimo, libre, revocable. A través de éste, una persona capaz transmite sus bienes, derechos y obligaciones, que no se extinguen por la muerte, a sus herederos o legatarios, o declara y cumple deberes para después de su muerte.

En este sentido, la autonomía del paciente tiene un rol destacado en la voluntad anticipada; en primer lugar, porque se involucra el derecho de autodeterminación cuando con plena competencia y suficiente información el paciente decide y comunica su aceptación o rechazo a la asistencia o tratamientos indicados o, incluso, solicita un tratamiento no indicado o un tratamiento médico contraindicado de acuerdo con su enfermedad, y en segundo, porque el equipo médico no actúa ciegamente en el campo moral, precisamente porque conoce los deseos, intereses e inquietudes del paciente y, quizá con mayor importancia, su propia escala de valores, lo cual permite ofrecer una mejor atención médica que más allá del poner, quitar o limitar, sea de acompañar, y en la medida de lo posible aliviar el sufrimiento.

En México la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, Art. 312 del Código Penal Federal, incluyendo un eximente de responsabilidad aplicable al médico, que, bajo ciertos criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, hiciera terminar la vida de un paciente a petición del mismo, o prestarle auxilio para su suicidio.

El Código Penal Federal en su artículo 312 establece que el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

La Ley General de Salud, considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, considera que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

I. Ausencia completa y permanente de conciencia;

- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por irreflexiva pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nocioceptivos.

El artículo 345 de la misma ley, dice: No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

### **La Ley de Voluntad Anticipada en México**

En enero de 2008 se promulgó en la ahora Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es regular la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que prolonguen su vida. Dicha ley pretende proteger la dignidad de la persona para lograr la una buena muerte. Dicho documento prescribe que un enfermo al que le queden menos de seis meses de vida tiene derecho a solicitar que su vida no sea prolongada mediante ninguna acción terapéutica y se encuentra limitado para mantener su vida de manera natural. Las medidas mínimas ordinarias del paciente en etapa terminal son hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones.

La ley de voluntad anticipada establece en su artículo I que es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la

negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Asimismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en la ley. El artículo 3 define que la Voluntad Anticipada como el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.

En el capítulo segundo se establecen los requisitos del documento de Voluntad Anticipada. En el artículo 7 establece que:

### **El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:**

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

El artículo 8 que el documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

La Ley de Voluntad Anticipada tiene el objetivo de defender la voluntad de cualquier persona enferma, que se encuentre en fase terminal, para no someterse a ningún tipo de procedimiento, medio o tratamiento médico que prolongue de manera innecesaria su vida, salvaguardando su dignidad como persona, si en algún momento es imposible mantener su vida de manera natural.

Además, la ley es muy clara al señalar que, si el paciente no está en etapa terminal, no es posible realizar lo dispuesto en el Documento. Se prohíbe además la administración de medicamentos y tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del enfermo en etapa terminal (Art. 43 y Art. 44).

El artículo 2 de La Ley de Voluntad Anticipada prohíbe la práctica de la eutanasia activa, al señalar que no se permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

Lo cual hace notar que los motivos más importantes para legalizar la eutanasia es respetar la autonomía del paciente y su derecho a una muerte digna. Por lo que debe considerarse la autonomía de la voluntad como un principio jurídico y ético que les atribuye a los individuos un ámbito de libertad, dentro del cual pueden regular sus intereses; les permite

crear relaciones obligatorias entre ellos, las cuales deberán ser reconocidas y sancionadas por las normas de derecho. Dicha autonomía se desarrolla con base en la libertad que tienen los autores de un acto jurídico para celebrarlo o no y determinar su contenido y alcances.

En este sentido, México debe adoptar una visión más amplia de la legalización de la eutanasia y configurar su regulación con leyes que permitan el respeto a morir con dignidad. Sin embargo, el Documento de Voluntad Anticipada representa un avance en cuanto al respeto de la autonomía de la voluntad de la persona a morir dignamente, ya que plasma de manera previa a los problemas que al final de la vida puedan presentarse.

Dicho Documento es relevante porque regula las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

### 4.3. Vivo-vivo

Al abordar el tema de la eutanasia, no pueden dejarse de lado diversos conceptos que se encuentran estrechamente vinculados al mismo, por lo que se considera necesario señalarlos.

- A. **Enfermo terminal.** Es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia

de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento psicofísico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

- B. **Sedación Paliativa.** Es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, se habla de sedación en la agonía.
- C. **Situación de agonía** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.
- D. **Muerte natural** El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual.
- E. **Voluntad anticipada.** La voluntad anticipada, de acuerdo con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (INCMNSZ), es el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.



- F. **Objeción de conciencia.** Tratándose de la eutanasia, con el término objeción de conciencia se hace referencia a aquella que abarca de manera general, procedimientos y actividades realizadas por profesionales de la salud. En nuestro país, la Ley General de Salud regula la objeción de conciencia a través de su artículo 10 Bis, estipulando que podrán excusarse tanto el personal médico como el de enfermería de participar en la prestación de los servicios que establece la Ley:

“Artículo 10 Bis.- El Personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley”. Sin embargo, en este mismo artículo se establece como excepción al ejercicio de la objeción de conciencia, cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, pues invocarla llevará a incurrir en la causal de responsabilidad profesional. Igualmente se establece que el ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

Por otro lado, cabe apuntar que algunos de los ordenamientos en materia de voluntad anticipada regulan lo relativo a la objeción de conciencia, la que invocará el personal de salud para que se les permita abstenerse de intervenir en la atención de pacientes terminales en los términos que los mismos ordenamientos establecen.

#### 4.4. Muerto- vivo

- I. Muerte biológica. Se alcanza con la muerte de todas las células (horas o días después del cese cardiorrespiratorio)

2. Muerte clínica. -Se cumplen los criterios médicos aceptados hoy, a saber, cese de la función cardioresp. /muerte cerebral.
3. Muerte legal. -Se cumplen los requisitos del Derecho Positivo en España: "la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales".

CONCEPTO MÉDICO No se puede definir en términos absolutos.

CONCEPTO JURÍDICO Comprende aquellas fases en que la muerte es irreversible, no siendo posible la reviviscencia del individuo con maniobras terapéuticas extraordinarias

- Cese de las funciones vitales
- Cese de la función respiratoria
- Cese de la función circulatoria: central periférica.
- Cese de la función respiratoria
- Técnicas HISTÓRICAS : espejo que se empaña, llama de vela que oscila, etc.
- Auscultación directa

Pruebas sofisticadas: radioscopia, electromiografía.

- ✚ Cese de la función circulatoria central (cardiaca)
- ✚ Cardiopuntura y radioscopia cardiaca. (Historia )
- ✚ Auscultación cardiaca
- ✚ Electrocardiografía
- ✚ Ecocardiografía (fetos).

La ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal<sup>8</sup>. En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
  - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
  - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
  - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
  - d. El paro cardíaco irreversible.

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones, y responsabilidades para las personas.

Como parte de la preparación para la muerte se encuentra la elaboración de un testamento, que jurídicamente se define como un acto, mediante el cual una persona dispone de sus bienes y derechos para después de su muerte. Es un instrumento legal que expresa la voluntad del legítimo propietario, para que una o varias persona determinadas adquieran el derechos de su propiedad después de su fallecimiento; es decir, es un documento legal que expresa la voluntad del propietario o (testador), para legar o destinar su patrimonio a una persona determinada como legítimo heredero de su bien.

La principal razón para hacer un testamento es hacer frente a la realidad de la vida y de la muerte; es un método útil y práctico para manejar el proyecto de la muerte. Dando a las personas una sensación de control en un proceso inevitable e irreversible. Abre la posibilidad a la discusión sobre las decisiones al final de la vida, de vivir la muerte como algo propio.

## 4.5. Células madres

Las células madre, troncales o primordiales son células que combinan el potencial de autor replicación con el potencial de poder generar células diferenciadas. Estas células se encuentran en el embrión, en el feto, en el cordón umbilical, en la placenta y también en el adulto.

Si el proceso completo de creación de seres humanos idénticos por clonación culminaría con la transferencia de los embriones clonados al útero de las mujeres gestantes, para completar la gestación y el posterior nacimiento del clon, el proceso podría limitarse a las primeras etapas del desarrollo embrionario, sin la posterior transferencia al útero para iniciar la gestación, es decir, se trataría de utilizar la técnica científica de la clonación como fuente de cultivo de tejidos o de órganos.

De esta manera, desde el punto de vista jurídico, los argumentos que servían para prohibir la clonación reproductiva desaparecen por completo en la clonación no reproductiva pues no va a nacer ningún nuevo individuo. Su reglamentación jurídica dependerá, entonces, del estatuto jurídico que se le otorgue a las distintas etapas del desarrollo evolutivo del ser humano en formación.

Tenemos entonces que la clonación en relación con la finalidad se divide en clonación reproductiva y no reproductiva.

La clonación con finalidad reproductiva es aquella que se utiliza para obtener individuos clónicos y es la clonación claramente prohibida por la mayoría de las legislaciones del mundo. La clonación con finalidad no reproductiva es aquella que se utiliza a partir de núcleos de cultivos celulares o de preembriones o embriones preimplantatorios sin intención de obtener un individuo clónico vivo, sino con el objeto de obtener células madre y de que sirva como cultivo de tejidos o de órganos.

El tejido u órgano cultivado podrá ser utilizado en investigación o con finalidad clínica para reparación de tejidos dañados o, en su caso, para hipotéticos futuros trasplantes de órganos. Pero este tipo de clonación también podría ser usado con finalidad distinta a la terapéutica, por ejemplo, utilizando los tejidos u órganos con fines farmacológicos, cosméticos, industriales o incluso militares, situación que obliga a distinguir entre clonación no reproductiva terapéutica y clonación no reproductiva no terapéutica.

En México, la Ley General de Salud es la autoridad en la materia, así en su artículo 98 incorpora la creación de una Comisión de Bioseguridad para la “revisión de investigaciones dedicadas a las técnicas de la ingeniería genética o el uso de radiaciones ionizantes”, además de las ya existentes de ética y de investigación para cuando se realicen investigaciones en seres humanos.

La primera apreciación de la Ley General de Salud pudiera consistir en la no idoneidad de términos como ingeniería genética para referirse a la medicina geonómica, para los seres humanos, y la biogenética, para la flora y la fauna. Asimismo, la ley define conceptos como células, tejidos, embriones o reproducción artificial pero no se refiere específicamente a la clonación o al manejo de las células madre.<sup>19</sup>

La Ley General de Salud, en relación con la posible intervención del ser humano y el proceso de clonación, establece las bases con las que la investigación en seres humanos debe desarrollarse en el artículo 100 y así expresa:

- a) Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- b) Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no

- pueda obtenerse por otro método idóneo.
- c) Podrá efectuarse sólo cuando existe una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
  - d) Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
  - e) Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
  - f) El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, amplía dichas bases y así establece en su artículo 10 que tratándose de investigaciones en seres humanos, además de respetar las bases anteriores, deberá contar con el dictamen positivo de las mencionadas comisiones.

Como observamos, ni la Ley ni el Reglamento hacen mención expresa al proceso de la clonación en ninguna de sus facetas, ni se deja con claridad la prohibición de la clonación reproductiva, tal y como manifiesta la comunidad científica mayoritaria, de ahí la necesidad de implementar esta laguna, protegiendo por ley el genoma humano, es decir, el material genético que caracteriza a la especie humana, como patrimonio de la humanidad que es. Asimismo, debemos insistir que dicha legislación y en concreto con respecto a las técnicas de reproducción asistida, en todas sus facetas deben establecerse lineamientos precisos sobre el manejo de células y embriones.

Así las cosas, el sistema jurídico mexicano ha dado un paso importante al incorporar las implicaciones de los avances de la investigación genética con la creación del Consejo Nacional sobre el Genoma Humano, el cual funge como la instancia, ad hoc, para la

implementación de las políticas sobre el uso, manejo y proyección de las implicaciones genéticas.

El Consejo Nacional sobre el Genoma Humano, cuyo Decreto de creación fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de octubre de 2000, es una instancia interinstitucional y multidisciplinaria, creada con el objeto de coordinar las políticas y acciones de las dependencias e instituciones educativas y de salud, relativas a la investigación, desarrollo tecnológico, enseñanza, atención médica y, en general al conocimiento sobre el genoma humano.

Muñoz de Alba expresó que dentro de las funciones del Consejo Nacional sobre el Genoma Humano tenemos, por un lado, la recomendación de los criterios que deberán observarse en el estudio e investigación del genoma humano y, por otro lado, proponer las adecuaciones y actualizaciones necesarias al marco jurídico aplicable a la materia. Además de estar obligado a impulsar la difusión de los conocimientos sobre el genoma humano, así como sus beneficios. Definitivamente este Consejo Nacional tendrá que jugar un papel preponderante en la asesoría y diseño en materia jurídica, ética y tecnológica sobre el genoma humano, además, de promover los principios básicos que implica el manejo de esta tecnología que son:

- La privacidad de la información genética.
- El consentimiento informado.
- La no discriminación genética.
- La prohibición de lucro en el uso de partes del cuerpo humano.
- La urgente reglamentación sobre el uso de tecnología genética (registro de laboratorios).
- Garantizar los derechos para el donador de tejidos que participe en una investigación.
- Establecer las normas para el manejo-generación de bancos de datos genéticos.
- Establecer las normas para el manejo de tejidos genéticos.

Por otra parte, como expresa Cano Valle, la Comisión Nacional de Bioética reconoce la pluralidad de opiniones existentes, que toman en cuenta el fondo cultural, filosófico y religioso de cada cual, y corresponde, entonces, a cada sociedad el cuidado de determinar si se autoriza o no la investigación de las células madre embrionarias.

## 4.6 Clonación órganos

En este ámbito existen escasos documentos que expresamente prohíben la clonación, ya que la mayoría sólo se refieren a la reproductiva sin hacer distinción alguna sobre la terapéutica.

**Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano** con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

**Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina.** (4 de abril de 1997) “Artículo 18. ... 2. Se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación.”

**Protocolo Adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano** con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, por el que se Prohíbe la Clonación de Seres Humanos (7 de enero de 2000) “Artículo 1. 1. Se prohíbe toda intervención que tenga por finalidad crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto. 2. A los efectos de este artículo, por ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano se entiende un ser humano que comparta con otro la misma serie de genes nucleares.”



**Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Generaciones Futuras** (26 de febrero de 1994) “Artículo 3. Derecho a la vida y a la preservación de la especie humana. Las personas pertenecientes a las generaciones futuras tienen derecho a la vida y al mantenimiento y perpetuación de la Humanidad, en las diversas expresiones de su identidad. Por consiguiente, está prohibido causar daño de cualquier manera que sea a la forma humana de la vida, en particular con actos que comprometan de modo irreversible y definitivo la preservación de la especie humana, así como el genoma y la herencia genética de la Humanidad, o tiendan a destruir, en todo o en parte, un grupo nacional, étnico, racial o religioso.”

**Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos de la Persona Humana** (11 de noviembre de 1997). “Artículo 11. No deben permitirse las prácticas que sean contrarias a la dignidad humana, como la clonación con fines de reproducción de seres humanos. Se invita a los Estados y a las organizaciones internacionales competentes a que cooperen para identificar estas prácticas y a que adopten en el plano nacional o internacional las medidas que correspondan, para asegurarse de que se respetan los principios enunciados en la presente Declaración.”

**Declaración Bioética de Gijón (2000)** Esta declaración trata los principios básicos sobre el tema de la clonación, los cuales postulan: "10. La creación de individuos humanos genéticamente idénticos por clonación debe prohibirse. La utilización de células troncales con fines terapéuticos debe permitirse siempre que la obtención de esas células no implique la destrucción de embriones." En el primer apartado, postula la prohibición de la aplicación de la clonación con fines reproductivos, y en el segunda apartado se refiere a la clonación con fines terapéuticos, la cual como se indica, debe permitirse en tanto no involucre la destrucción de embriones. "11. La investigación y experimentación en seres humanos deben ser realizadas armonizando la libertad de la ciencia y el respeto de la dignidad humana, previa aprobación por parte de comités éticos independientes. Los sujetos de los ensayos deberán otorgar su consentimiento libre y plenamente informado."

**Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la Clonación (noviembre 1997)** “Reconociendo que ha habido recientes avances en la ciencia, que llevan a la clonación de un mamífero, específicamente una oveja, y Puesto que crea la posibilidad de que dichas técnicas de clonación se utilicen en seres humanos, que a su vez causan preocupación por la dignidad del ser humano y por la protección de la seguridad del material genético humano, La Asociación Médica Mundial llama a los médicos que toman parte en la investigación y a los otros investigadores a abstenerse voluntariamente de participar en la clonación de seres humanos, hasta que los problemas científicos, éticos y legales hayan sido totalmente considerados por los médicos y científicos, y hasta que se hayan establecido los controles necesarios.”

**VII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno sobre Democracia y Ética (noviembre de 1997).** Se afirmó en apoyo de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la UNESCO, su oposición a las prácticas contrarias a la dignidad humana tales como la clonación con fines de reproducción de seres humanos.

Ni la Ley General de Salud ni las disposiciones reglamentarias hacen mención al proceso de la clonación en ninguna de sus facetas.

Ley General de Salud.

Los siguientes artículos contienen elementos que se ven involucrados en la clonación o en el manejo de las células madres, pero no hacen referencia a la clonación.

**Artículo 98.** En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular

el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

Artículo 314.- Para efectos de este título se entiende por:

- I. Células germinales, a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- II. Componentes, a los órganos, los tejidos, las células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos;
- III. Componentes sanguíneos, a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman; ...
- IV. Donador o donante, al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes;
- V. Embrión, al producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional;
- VI. Feto, al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;
- VII. Órgano, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos;
- VIII. Producto, a todo tejido o sustancia extraída, excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel;
- IX. Receptor, a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos;
- X. Tejido, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función, y
- XI. Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.”

## 4.7 Cuidados terminales del enfermo

### Principios del Tratamiento Clínico de Fuertes Dolores Crónicos

Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento. El dolor es sólo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar de una molestia tolerable a una sensación de frustración aplastante y agotadora. La experiencia clínica ha demostrado que en general, lo grave es la manera en que se utiliza la droga con opio para aliviar los fuertes dolores crónicos en los pacientes con enfermedades terminales, no el tipo de droga. Sin embargo, es importante que el médico distinga el dolor agudo del dolor que puede ser crónico, ya que la diferencia puede tener significativas consecuencias para el uso de analgésicos con opio.

A continuación, se presentan los principios generales que deben guiar el tratamiento de fuertes dolores crónicos, en especial con la utilización de medicamentos analgésicos.

1. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible.
2. Se debe entender que las necesidades de los pacientes con dolores crónicos son distintas a las de los pacientes con dolores agudos.
3. El médico debe conocer la fuerza, duración del efecto y efectos secundarios de los analgésicos disponibles a fin de seleccionar la droga apropiada, como también la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para el paciente.
4. La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes en los que los analgésicos sin opio no son suficientes. Esto se puede lograr sin producir un potencial mayor concomitante con efectos secundarios indeseables.
5. La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio, se pueden anular cambiando a un agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
6. La dependencia iatrogénica no debe considerarse como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplásica y nunca debe ser la

causa que elimine los analgésicos fuertes a los pacientes que los pueden aprovechar.

7. Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones, permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.”

**Derechos del Enfermo Terminal Reconocidos por la Organización Mundial de la Salud fueron publicados en Ginebra en 1990:**

- ✓ Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de mantener una esperanza cualquiera que sea esta esperanza.
- ✓ Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- ✓ Tengo el derecho de no morir solo.
- ✓ Tengo el derecho de no ser liberado del dolor.
- ✓ Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- ✓ Tengo el derecho de no ser engañado.
- ✓ Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- ✓ Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- ✓ Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.

- ✓ Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a entrenarme con la muerte.
- ✓ Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de la muerte. Como se observa, en los derechos del enfermo terminal uno de los que destaca es el derecho a morir con dignidad.

### **Pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ante la Eutanasia**

La SCJN fija su postura mediante las tesis jurisprudenciales que ha emitido en materia de eutanasia, determinando al respecto que si bien desde el punto de vista moral su práctica tiene una amplia justificación por el indudable contenido humano que implica, también se le sanciona por la repercusión que tiene en la colectividad en cuanto a que significa un atentado a la inviolabilidad humana.

ETICA Y DELITO. Todas las legislaciones punitivas contienen en su catálogo de delitos, hechos que enfocados desde un punto de vista moral tienen amplia justificación; el más destacado de ellos, la eutanasia, tiene un vasto respaldo moral por su indudable contenido humano y sin embargo, se le sanciona por su repercusión en la colectividad en cuanto significa un atentado a la inviolabilidad humana. No es posible, por consecuencia, hacer un justo paralelo establecido como axioma jurídico que, a todo hecho justificado desde un punto de vista ético, corresponde una exención penal, ni podía ser así, dado que la misión política de la justicia criminal opera en sector diverso de aquél que corresponde a la moral.

Por otro lado, se pronuncia con relación al suicidio, identificándolo como homicidio solicitado:

**SUICIDIO. HOMICIDIO SOLICITADO.-** El “suicidio” acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida”, no es delito, ni cuando se consuma ni cuando se frustra, pero la participación de otros en el suicidio ajeno, sí lo es. Así pues, analizando la parte final del artículo 312 del Código Penal, en el sentido de que la participación material tan completa que realiza una persona hasta el punto de causar la muerte de otro, determina la represión penal, a virtud de que nuestra legislación no prevé, como causa que excluye la incriminación, tal participación en el delito, independientemente del consentimiento de la víctima, pues sin desconocer que, con arreglo a la doctrina -la que por cierto sustentan otras legislaciones-, el consentimiento del ofendido constituye el ejemplo clásico de la exclusión de lo injusto con arreglo al principio de la ausencia del interés, a virtud de que supone el abandono consciente de los intereses por parte del que legítimamente tiene la facultad de disponer sobre el bien jurídico protegido, lo cierto es que, conforme a nuestra legislación, quien presta auxilio o cooperación a la víctima que desea privarse de la vida, hasta el punto de que el agente participe realice materialmente la acción eficiente para la privación de la vida, tal conducta es objeto de represión penal, a virtud de que comete el delito de homicidio, quien priva de la vida a una persona.

#### **4.8. Con dignidad**

La vida de la persona humana se ha visto significada por el cuerpo y el espíritu, posee una dignidad que la hace diferente al resto de los seres vivos; Kant, refería que “...Vivir no es algo necesario, pero sí de manera digna...”; la dignidad humana es un derecho fundamental, inherente a toda persona, desde el nacimiento hasta la muerte; no se trata de un simple paradigma ético o moral, sino que debe ser protegida y garantizada por el Estado.

La muerte es un evento concebido desde una multiplicidad de perspectivas como la biológica, médica, cultural, filosófica, jurídica, entre otras, que tratan de dar respuestas



sobre el ciclo de vida de una persona; pero este tema escinde en quienes sustentan que la muerte o la pérdida de la vida en un enfermo que padezca una enfermedad incurable e irreversible, no puede estar a su libre albedrío. El avance de la medicina ha permeado en el proceso de muerte, toda vez que los procedimientos médicos enfocados a salvar la vida, someten en algunas ocasiones a mantenerla de manera artificial a un enfermo cuyo padecimiento es reconocido e irreversible, impidiéndole el derecho a un proceso de muerte digna. Lo anterior obliga a entrar en estudio de conceptos como ortotanasia, eutanasia, cuidados paliativos, suicidio asistido y testamento vital.

La muerte con dignidad resulta de los temas más discutidos para el campo jurídico, reconocerlo como un derecho a morir, no necesariamente implica un deseo por la muerte, sino la autonomía de la voluntad para que un enfermo, sus representantes legales o familiares, tomen la decisión de seguir o interrumpir un tratamiento médico que conlleve a extinguir la vida de la persona.

Para culminar este apartado, toma el turno la muerte digna o bien el proceso de muerte digna, precisando en primera instancia que la dignidad humana reconocida como un derecho fundamental, inherente a toda persona, establecido en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud del cual se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo, debiendo ser respetada y protegida de manera integral y sin excepciones. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, da el fundamento en la siguiente tesis aislada de la novena época: cuyo rubro es: **DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES**, señala que el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas son iguales ante la ley, ... [reconocen el valor superior de la dignidad humana, es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso, constituyéndose como un derecho absolutamente fundamental, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos...] **DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A**

**FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA.** La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta - en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.

En tal tesitura, si hay vida digna, también debe ser protegida y respetada la decisión a una muerte digna o una buena muerte; cuando se reúnan circunstancias de salud graves, irreversibles y certificadas médicamente, para evitar que las instituciones de salud o sanitarias, no trasgredan tal derecho y pretendan prologar una vida que no da para más; en consecuencia se debe priorizar el derecho a quien nadie debe ser obligado a vivir en tales condiciones si no es su deseo. De tal suerte, que la muerte digna se entenderá la supresión o impedimento de procesos médicos que degradan o deshumanizan el fin de la vida de manera digna.

Dentro de las páginas del libro *Manifiesto de una muerte digna*, Arthur Koestler punteaba sobre la eutanasia de la siguiente manera: “la eutanasia como la obstetricia, es una manera de superar el hándicap biológico”.

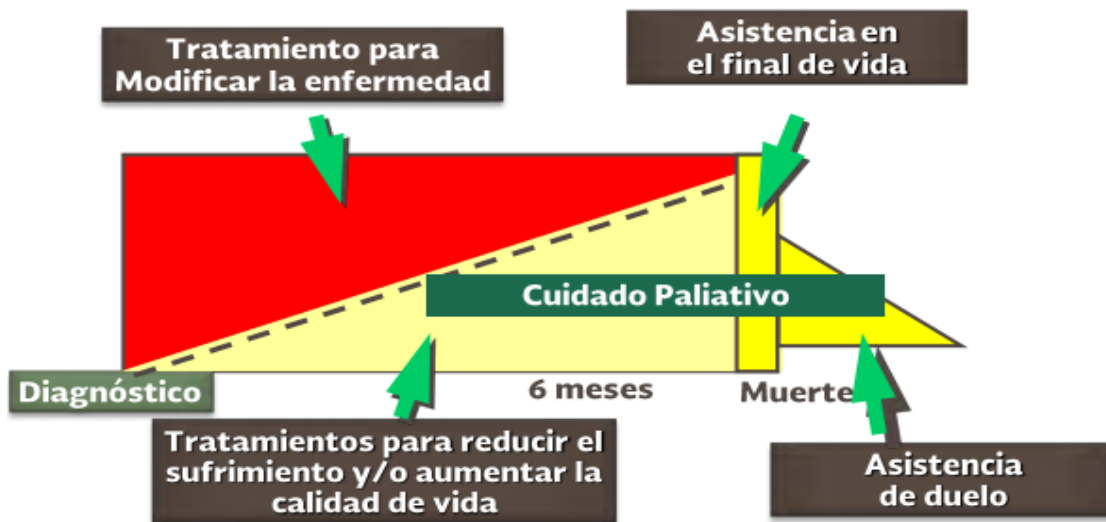
En aras de perfeccionar la postura que antecede, la muerte digna debe allegarse de determinados derechos humanos como lo son:

- a) **Derecho a la salud;** a los servicios de salud, como son medicinas, atención médica y hospitalaria, a los tratamientos o cuidados paliativos, consistentes en “el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”.
- b) **Derecho a la intimidad;** a que el paciente en estado terminal, le sean proporcionados espacios físicos o pabellones por parte de los servicios de salud, para una privacidad adecuada e íntima, así también para sus familiares.
- c) **Derecho a la compañía familiar en el proceso de muerte;** permitirle a que en todo momento su familia se encuentre en contacto con el paciente en fase terminal.
- d) **Derecho a ser informado;** tanto en los tratamiento médicos y terapéuticos consecuencias, plazo de vida, así como de otros métodos y técnicas científicas para su deceso; sin soslayar el marco jurídico que lo protege.
- e) **Derecho a no ser objeto de experimentación;** es decir, que por su condición se le indiquen tratamientos experimentales en su cuerpo, sin estar claros en las consecuencias físicas que contraigan.

En otras palabras, la muerte digna preconiza una serie conductas, intereses, derechos, obligaciones, en virtud del cual, el enfermo o interpósita persona facultada legalmente, ejecute actos que lo lleven a finalizar su vida.

El hecho de pensar en la muerte, nos limita, nos irrita, no puede ser mitigada, no puede resolverse; del tal manera que se vuelve un ejercicio de conciencia personal, partiendo de la idea de cómo la persona haya desarrollado su vida, se asumirá la muerte con resignación, con paz interior, con conciencia.

### ...Cuidado Paliativo...



Ferris FD, Balfour HM, Bowen D, Farley J, Hardwick M; Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.



Estimado alumno y alumna se recomienda (**NO ES OBLIGATORIO**) visualizar los siguientes videos para reflexionar los temas abordados en la materia:

- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=-0ZdxkC2V0M> **Objeción de conciencia a favor del aborto**
- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=GdMGoPCVREE> **Argumentos científicos en contra del aborto**
- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=tNORatkewgQ> **Reproducción asistida**
- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=bWQJSAvMYUA> **Morir en paz: cuidados paliativos vs eutanasia**

## Bibliografía general consultada.

- González y Linares, Juliana y Jorge Enrique. Diálogos de bioética. Editorial EFE. UNAM. México, 2019.
- 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](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf)
- [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_278.html](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.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](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Material_didactico_CHB/9_Analisis_de_casos_final_de_la_vida.pdf)