



# Dilemas éticos y toma de decisiones.

Maestría en Administración en Sistemas de Salud

Tercer Cuatrimestre

Mayo – Agosto

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### **Antecedentes históricos**

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 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 Cutis 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 tardes.

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 julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza 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, 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 del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

## Eslogan

“Mi Universidad”

## ALBORES



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

---

## **Dilemas éticos y toma de decisiones.**

---

### **Objetivo de la materia:**

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

### **Unidad 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 6

2.6. Uso

2.7. Abuso

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

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

### **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:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos	50%
2	Foros de discusión	30%
3	Examen	20%
<b>Total de Criterios de evaluación</b>		<b>100%</b>

# INDICE

## Unidad I. Generalidades, principios y consentimiento informado

I.1. Antecedentes .....	9-10
I.2. Conceptos.....	11-13
I.3. Autonomía.....	13-18
I.4. Beneficencia.....	19-22
I.5. Jurisprudencia .....	22-26
I.6. Paciente .....	26-27
I.7. Familiar.....	28-31

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

2.1. Integración.....	32-36
2.2. Responsabilidad .....	36-40
2.3. Enfermo.....	40-41

2.4. Prestador.....	41- 44
2.5. NOM-168.....	44- 48
2.6. Uso.....	48-50
2.7. Abuso.....	50- 56

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

3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses.....	57-62
3.2. Estados en donde se legisla .....	62- 73
3.3. Consentimiento informado a padres o tutores.....	73- 77
3.4. Anticonceptivos .....	77- 79
3.5. Embarazo no deseado .....	79- 84
3.6. Concepción in vitro.....	84- 91

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

4.1. Suicidio asistido.....	92-94
4.2. Casos terminales .....	94-106
4.3. Vivo-vivo .....	106-108
4.4. Muerto- vivo.....	108-110
4.5. Células madres .....	110-114
4.6. Clonación órganos.....	115- 120
4.7. Cuidados terminales del enfermo.....	121- 126
4.8. Con dignidad.....	126- 130
<b>Bibliografía.....</b>	<b>131</b>

# 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>

---

<sup>1</sup>DOCUMENTO DESCARGADO DE <http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL. Cod Nuremberg.pdf> 21 de Junio 2020.

## 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.

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).

### **1.3. 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.

El consentimiento informado ha sido motivo de debate respecto a la conveniencia de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas, propiciando que las opiniones se dividan en dos grupos: los que consideran que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del enfermo, dejando como algo secundario su participación y los que piensan que lo realmente trascendente es el respeto a la decisión del paciente, aunque en ocasiones ésta no propicie su bienestar.

El modelo ético de comportamiento que ha sustentado clásicamente la relación médico-paciente ha sido el del paternalismo benéfico que trata de procurar bienintencionadamente el mayor bien posible al paciente, de acuerdo a como el médico lo entiende. El enfermo sólo podía, y debía, obedecer todo lo que el médico prescribiera (“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”). Sin embargo, a lo largo de la modernidad los habitantes de las sociedades occidentales fueron ganando, poco a poco, el reconocimiento de “ciudadanos”, es decir, de individuos con derechos reconocidos y con potestad para decidir libremente cómo y por quién querían ser gobernados, y que tipo de sociedad querían construir.

En la segunda mitad del siglo XX el paternalismo médico sostenido durante veinticinco siglos (siglo V a.C.-siglo XX d.C.) comenzó a modificarse y demandó un nuevo tipo de relación y un

nuevo poder institucional capaz de mediar ante los conflictos generados por una relación de desequilibrio cada vez más cuestionada.

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.

El consentimiento informado más que en la teoría del contrato encuentra su fundamento en el respeto por la dignidad y la libertad de las personas, con lo que quedan en buena medida desvirtuados los postulados que sólo ven en el consentimiento una exigencia importada desde el derecho hacia el trabajo clínico. Ahora bien para que ese consentimiento sea válido jurídicamente, se requiere que sea libre, consciente y ausente de error, violencia o dolo.

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.

En la jurisdicción norteamericana, en el caso de Carpenter versus Blake en 1871, se condenó a un médico por la obtención del consentimiento de la paciente mediante información falsa. Con todo, el consentimiento del paciente aún no tiene entidad por sí mismo. La mala praxis exige vincular la ausencia del consentimiento con un daño físico padecido de forma ilegítima. Una primera aproximación ocurre con el caso Mohr versus Williams en 1905, donde se sentenció a un cirujano que operó el oído izquierdo a una paciente que sólo había autorizado la intervención en el oído derecho. Algo semejante ocurrió en el caso Paratt versus Davis en 1906, en el que un médico fue acusado de agresión por haber practicado una histerectomía a una paciente sin su consentimiento.

En 1914, el Tribunal de Nueva York dictó una de las resoluciones más emblemáticas e influyentes, con ocasión del caso Schloendorff versus Society of New York Hospital, al examinar un interesante supuesto, consistente en la extirpación de un tumor fibroide de abdomen durante una intervención que se proyectaba como meramente diagnóstica (se trataba de una laparotomía exploradora) y en la que la paciente, de forma específica, había dejado expresado que no quería ser operada; en el fallo, el Juez Benjamín Cardozo consideró que «todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños». La novedad de esta sentencia es que la existencia de daño físico o corporal ya no es necesaria para apreciar el daño a la autonomía del paciente y la responsabilidad del médico. Ésta surge si el médico no respeta el derecho del paciente a decidir sobre su propio cuerpo, con independencia de la existencia de un resultado lesivo o un daño físico.

A raíz de esta resolución, se formó en los Estados Unidos de América un importante y copioso cuerpo jurisprudencial, precursor en gran parte del alcance de esta problemática, que marcó las diversas etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado, hasta adquirir las actuales características.

La autonomía de los pacientes ha transformado la relación clínica, especialmente a través del reconocimiento de la importancia del consentimiento informado en los procesos de toma de decisiones. La autonomía apela a la libertad de elección del paciente o usuario, esto es, a su capacidad de deliberar y decidir por un curso de acción entre una gama adecuada de opciones valiosas. El ejercicio de la autonomía tiene lugar en un proceso comunicativo, entre los profesionales asistenciales y el paciente, que está sujeto esencialmente a tres requisitos: información, voluntariedad y capacidad.

Aunque en ocasiones se mezclan la libertad de elección y la libertad de acción, son dos caras distintas de la autonomía que requieren un tratamiento diferenciado: una cosa es querer o decidir hacer algo y otra es hacer realmente aquello querido o decidido. Desde esta perspectiva funcional, la autonomía significa actuar o abstenerse de actuar y poder hacer una u otra cosa. Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para la realización de un principio esencial: que la persona sea dueña efectiva de su destino, como corresponde a su dignidad, y que esta información sea auténtica, humana, en el sentido de acompañarla con el calor debido a algo tan trascendente como son las decisiones en las que puede estar afectada la vida, la integridad corporal o la salud física o psíquica.

Es unánime en la doctrina y la jurisprudencia actual la consideración de que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, con el objeto de que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información sesgada o inexacta, puesto que el tenor de la obligación médica comprende no sólo la aplicación de las técnicas o intervenciones adecuadas en el estado actual de la ciencia médica (núcleo principal de su deber prestacional), sino también el deber de dar al paciente la información apropiada en cada caso, muy a pesar de que no haya sido expresamente pactada. El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico.

## **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: 1a. 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 involucrados.

- **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: 1a. 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 concorra 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: 263 I**

**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.

## **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.

El ejercicio por parte del paciente del derecho a no saber tal o cual circunstancia relativa a su salud no se considera un obstáculo a la validez de su consentimiento a una intervención; por ejemplo, se puede consentir válidamente a la extracción de un quiste a pesar de no desear conocer su naturaleza. Y como ocurre con el derecho a la información, también el derecho a no saber puede restringirse en interés del propio paciente o de otros, para proteger los derechos de los terceros o de la sociedad, por ejemplo, acerca de las medidas preventivas para evitar una enfermedad a sus familiares o allegados, a terceros o a la sociedad en general.

### **Recursos y materiales didácticos:**

- [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)

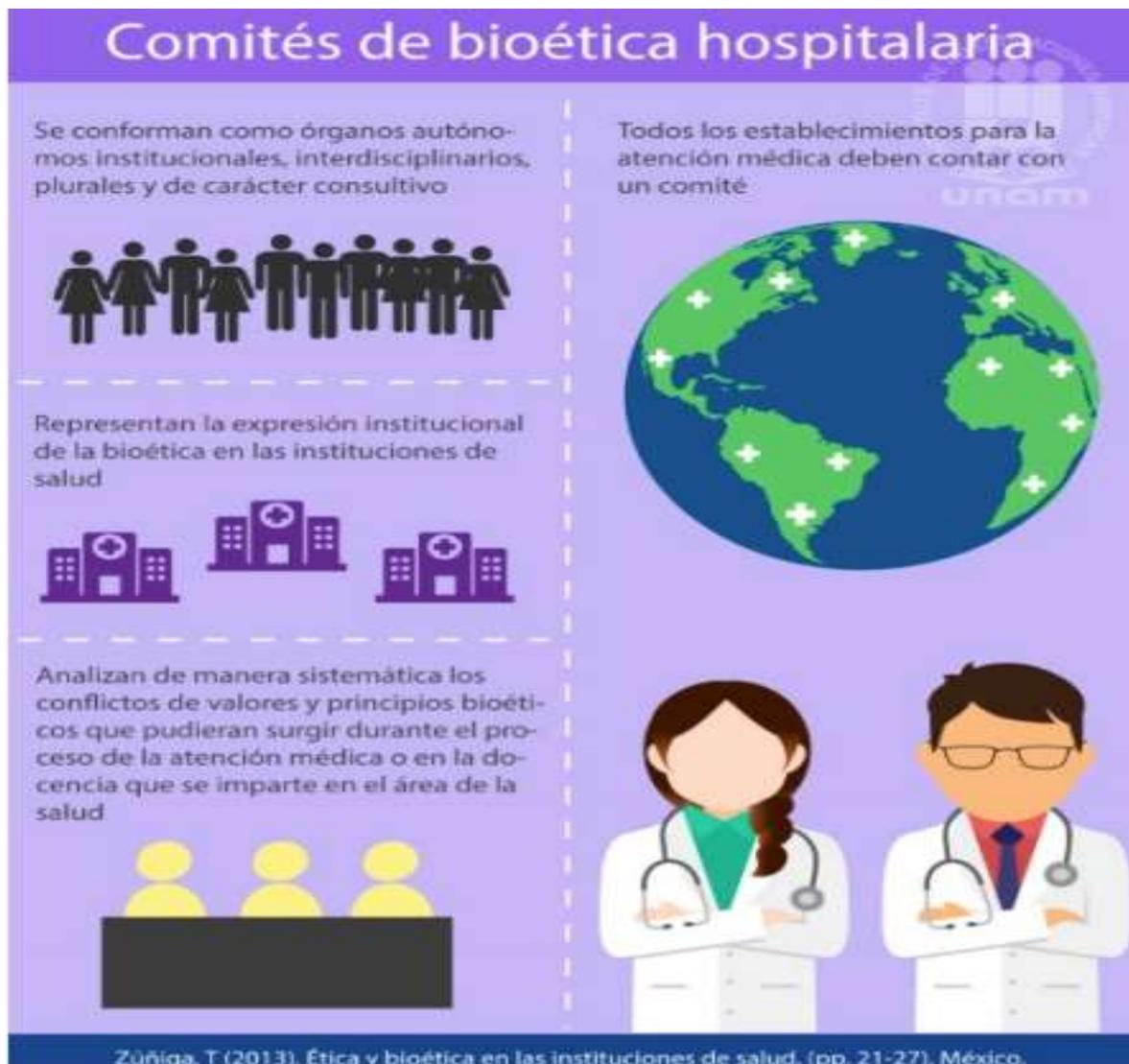
#### **Videos sobre el Consentimiento informado.**

- [https://www.youtube.com/watch?v=8dM\\_-UTZzWA](https://www.youtube.com/watch?v=8dM_-UTZzWA) **Aspectos legales del consentimiento informado.**
- <https://www.youtube.com/watch?v=H-D4gcKbor0> **Análisis de casos del ejercicio de la enfermería.**
- <https://www.youtube.com/watch?v=4iRLEupIa9k> **Aspectos relevantes del Consentimiento informado**

## 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



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 4I 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 4I Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud -publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de diciembre de 2011- introduce la obligatoriedad de contar con Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema

nacional de salud; asimismo, estos comités quedan asentados como una instancia de análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones con respecto a los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, así como en la docencia.

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

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

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

1. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, esto debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético;
2. El experto en bioética conduce la reflexión y la ponderación de los valores y principios en conflicto, conforme a la metodología de análisis bioético;

3. El abogado define el marco legal vigente y los aspectos legales a contemplar bajo el cual se analizará el caso; y
4. Los representantes ciudadanos hacen consideraciones como usuarios de los servicios de salud.

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

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

Esta selección deberá considerar las siguientes características:

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

- Comprometerse con el cuidado de los participantes en la atención médica.
- No deberá pertenecer al cuerpo directivo del hospital.

## **2.2. Responsabilidad**

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

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

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

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

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

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

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

### **Servidores públicos**

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

## **Responsabilidad administrativa**

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

### **Principios éticos y rectores en el servicio público**

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

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

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

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

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

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

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

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

Paciente en estado agudo crítico, aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continúa y que es potencialmente recuperable. 4.10 Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

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

La elaboración de esta norma, responde a la necesidad de establecer criterios homogéneos para que las unidades de cuidados intensivos cuenten con las condiciones y características mínimas de organización y funcionamiento, que permitan desarrollar las actividades específicas de atención médica del paciente en estado agudo crítico, fijar los criterios y límites médicos y bioéticos en que se apoya la indicación de los cuidados intensivos, situación que redundará en

la seguridad y beneficio en la atención del paciente, así como en el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles, para prevenir la ocurrencia de actos médicos desproporcionados, que pudieran llegar a constituirse en obstinación terapéutica.

### **2.3. Enfermo**

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

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

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

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

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

## **2.4. Prestador**

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

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

Lo fundamental de este modelo es que existe un respeto hacia los derechos humanos del usuario. No sólo porque el equipo de salud tiene la obligación de concederlos, sino porque el usuario puede exigirlos. ¿Cuál es la situación en nuestro país? Los derechos humanos son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el sólo hecho de serlo. El ejercicio de estos derechos es fundamental para que un ser humano pueda desarrollarse integralmente.

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.

Desde luego que ésta no es la regla general, recordemos que estos modelos se cruzan y fusionan formando una sola realidad. De esta manera, se encuentran equipos de salud excelentes y respetuosos como es el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI). En esta relación intervienen, además, un grupo heterogéneo de individuos que influyen y está conformado por familiares, amigos y conocidos adoptando a su parecer cualquiera de esa posturas.

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

La relación del equipo salud-usuario debe estar fundamentalmente basada en lo que es bueno para el usuario, en un ámbito de respeto hacia sus creencias y a la libertad de poder elegir sobre su salud y su vida. Los equipos de salud dañan moral y psicológicamente al usuario al no

respetar su libertad de pensamiento, de creencia religiosa, de elección y decisión, o a la cosmovisión propia de la cultura a la que pertenece. Cuando se realizan gran cantidad de cirugías innecesarias, que sólo persiguen fines de lucro. Cuando hay silencio y engaño ante los lamentables resultados de la incompetencia profesional. No estamos en contra de los equipos de salud (instituciones, médicos, enfermeras, personal administrativo, policías, etc.), estamos en contra de las acciones de privación de derechos, de exclusión, de abusos. Como ya se mencionó, el ejercicio de los derechos humanos es fundamental para que un ser humano pueda desarrollarse integralmente. Constantemente existen quejas sobre la realidad en nuestro país.

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

## **2.5. NOM-168**

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

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

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

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

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

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

médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

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

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

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

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

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

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

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

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

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

## **2.6. Uso**

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

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.

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

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

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

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

Los problemas en la relación pueden ocurrir si el paciente no quiere aceptar el tratamiento que claramente es para su beneficio, o si el médico no está listo para ofrecer tratamientos que el paciente solicita o necesita. Ambos problemas requieren diálogo, puesto que quedan

involucrados los derechos del médico y los derechos del paciente (es derecho del paciente aceptar o rechazar el tratamiento y es derecho del médico ofrecer el tratamiento o no). Consideramos dos casos ejemplares: un paciente que rechaza un tratamiento beneficioso y un paciente que pide un tratamiento fútil.

## **2.7. Abuso**

La práctica de varios comités en las primeras décadas del movimiento bioético era convenir una reunión del comité entero cada vez que había una pregunta por parte de un médico o de un paciente. El problema con esta práctica era que tomaba demasiado tiempo y por tanto era poco funcional en casos en los cuales se necesitaba una respuesta inmediatamente. Así que en lugar de convocar al comité entero, muchos comités decidieron recurrir a un pequeño grupo de dos o tres personas para hacer consultas. Esto resultó más eficiente, pero todavía, a veces, demasiado complicado.

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

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

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

Sin embargo, en la experiencia de muchos bioeticistas, la inclusión del personal administrativo es una manera de integrar las funciones del comité en la organización institucional y de sensibilizar a los administradores en la dimensión ética de servicios de salud. Esto es importante con respecto al desarrollo de políticas institucionales que normalmente requieren aprobación por parte de los administradores. Claro que además de los médicos son necesarias enfermeras, trabajadores sociales y ministros religiosos, pero la inclusión de otras personas resultaba más problemática.

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

**Acceso restringido al comité hospitalario.** Otro asunto es la pregunta de quién podría tener derecho a convocar al comité para considerar un caso problemático. En algunos hospitales el acceso al comité ha sido prerrogativa exclusiva de los médicos. Estos hospitales frecuentemente tienen un ámbito muy conservador y los profesionistas, tanto médicos como administradores, sospechaban que los pacientes iban a usar el comité para levantar quejas en contra de los médicos por negligencia o por faltas en los tratamientos o en contra del hospital mismo, así que limitaron el acceso al comité a los médicos o a otros profesionistas, siempre

con la aprobación de los médicos. La Guía dice que a los comités “no les corresponde tratar asuntos o problemas de carácter laboral, administrativo o legal”.

De hecho, había comités que fueron usados por las enfermeras u otro personal para reportar quejas en contra de los médicos o en contra de los administradores y a veces estas quejas tenían que ver con el bienestar de pacientes. Sin embargo, es necesario enfatizar que un comité clínico debe servir a los intereses de los pacientes, además de dar ayuda a los médicos con problemas difíciles. Al respecto, la Guía dice que “en forma general puede intervenir cuando lo solicita alguna de las partes interesadas: el paciente, sus familiares, sus representantes legales o el personal de atención a la salud”. Al fin, queda al comité la decisión para aceptar o rechazar solicitudes. Tomar decisiones versus dar consejo Relacionado con esto, hoy en día se entiende (aunque no era así en las primeras fases de la formación de comités clínicos) que el deber del comité es dar consejo y no tomar decisiones en lugar de los médicos o de los pacientes.

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

**Consulta sin educación vale poco.** Una investigación empírica en Estados Unidos, en los años noventa, ofreció conclusiones muy interesantes. La encuesta SUPPORT concluyó que la intervención bioética como una forma de proporcionar información a los médicos sobre los

deseos de los pacientes, sin incluir una capacitación de tales médicos en esta materia, no logró cambiar las prácticas. Después de realizar una consulta extensiva con pacientes terminales, no hubo ninguna diferencia entre el grupo de médicos con información sobre los deseos del paciente y el grupo sin dicha información. Sólo hubo algunas diferencias con respecto a órdenes de no resucitación, el plazo de hospitalización o el uso de ventiladores después del diagnóstico de condición terminal. Este estudio en 4,028 pacientes terminales (más de 2,000 con consulta bioética), en cinco hospitales grandes, tomó cinco años y costó \$28 millones de dólares. La consulta realizada a pacientes y la información proporcionada a médicos que no reciben una capacitación sobre la bioética y los derechos del paciente, no arrojó resultados contundentes. Así que fue un error, por parte de los comités clínicos estadounidenses, enfocarse en las consultas en vez de hacerlo en la atención a la educación del personal y del público. Por lo que, para la implementación de la Declaración UNESCO, el aspecto fundamental debería ser la educación, con énfasis en la bioética y, normalmente, ésta es una tarea para el comité hospitalario de bioética.

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

**Casos ejemplares.** Más que una explicación de normas legales y reglas administrativas, esta capacitación se enfoca en la práctica de consulta bioética. Así que es esencial que los miembros de comités estén sensibilizados ante los problemas comunes que posiblemente tienen que

considerar. Por tanto, este programa incluye muchos casos a considerar que son comunes en la experiencia de varios comités.

## Caso I: Falta de alivio de dolor



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

estaba en desacuerdo con este tratamiento y solicitó ayuda del comité hospitalario de bioética poniendo las siguientes preguntas comité:

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

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

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

## Caso 2: Preferencia del cliente.



Un hospital rural tiene 30 camas de cuidado intermedio y 20 de cuidado intensivo, y emplea a personal de enfermería, ayudantes y trabajadores de mantenimiento. En este instituto ocurrió un incidente en el cual una paciente de 60 años y su familia rechazaron la atención de una enfermera negra, de origen africano, y la directora trasladó a la enfermera a otra ala de la institución. La enfermera se quejó con la directora de que esa era la tercera vez en dos años que ella había sido trasladada a una unidad diferente porque un paciente había rehusado recibir atención de una enfermera negra. La directora simplemente dijo que no había nada que ella pudiera hacer; la familia de la paciente había hecho la petición. Ella había tratado de hablar con ellos sobre esto, pero ellos insistieron que era una situación incómoda para su madre el tener a una persona de color cuidando de ella. Puesto que éste era el único cuarto individual disponible por el momento, la única forma de solucionar el problema fue transferir a la enfermera a otra unidad. La directora se disculpó diciendo que la enfermera era una de las más competentes; pero insistió en que ella no había tenido otra opción. “Es realmente por tu propio bien”, dijo, “No quisiera que fueras avergonzada por esta familia”. La enfermera dijo que era muy importante para los pacientes la relación con sus enfermeras y transferir personal sin ninguna razón relacionada con su cuidado era mala práctica profesional.

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

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

## Recursos y materiales didácticos.

- ✓ **Ver video sobre la estructura e integración de los Comités Hospitalarios de Bioética.** <https://www.youtube.com/watch?v=dJlIrGYdN4>
  
- ✓ **Ver video sobre la metodología para la resolución de casos bioéticos.** [https://www.youtube.com/watch?v=ljhapa\\_8k7g](https://www.youtube.com/watch?v=ljhapa_8k7g)
  
- ✓ **Ver conferencia sobre la Visión de la Bioética sobre la emergencia sanitaria COVID-19** [https://www.youtube.com/watch?v=K-BTIQK4M\\_c](https://www.youtube.com/watch?v=K-BTIQK4M_c)

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

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

### **3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses.**

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

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

Es importante recordar que la polémica siempre ha tomado dos caminos muy distantes e irreconciliables: por un lado, el estrictamente social y jurídico que busca la despenalización de la interrupción consciente y voluntaria del embarazo o, al menos, la reducción del ámbito delictivo; por otro, el rigurosamente moral y religioso que pretende conservar su penalización, con las menores excepciones.

En otros términos, un amplio grupo social clama porque el aborto no se vea como un problema penal, sino como un problema social de salud pública que debe ser atendido de manera urgente por el Estado. En esta línea de ideas, algunos especialistas han llegado a formular las siguientes

preguntas: ¿La penalización del aborto reviste un razonable grado de eficacia para luchar contra esa práctica? ¿Cuáles son las consecuencias sociales de la penalización del aborto? ¿Su penalización es ineludible?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***El desarrollo del cerebro a las 14 semanas está apenas en sus etapas iniciales. El embrión, "aunque posea el genoma humano completo, no es una persona; si se le considerara persona se tendría que admitir que una célula o cualquier órgano es persona por tener también genoma humano completo".***

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

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

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

paciente y el respeto de su libertad, otra vez estamos ante la utilización de una herramienta de la Medicina Defensiva.

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

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

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

Para tener este consentimiento se debe informar:

1. Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen.
2. Molestias y riesgos más importantes por frecuencia y/o gravedad.
3. Beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad.
4. Alternativas factibles.

5. Curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento y consecuencias de ello, opiniones y recomendaciones del médico.

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

### **3.2. Estados en donde se legisla**

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

El aborto realizado con el consentimiento de la mujer embarazada y el aborto sin consentimiento o sufrido sin violencia están previstos en todas las entidades federativas. El aborto sufrido con violencia lo contemplan veintisiete estados y el Distrito Federal. 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 el Distrito Federal sólo se sanciona cuando se haya consumado (artículo 147).

El consentimiento de aborto está tipificado en veintisiete estados de la República y en el Distrito Federal. 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 Distrito Federal 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 Distrito Federal 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 el Distrito Federal, 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. El Distrito Federal 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 Distrito Federal. 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 Distrito Federal la tentativa no punible se limita, acertadamente, sólo a los casos en que la propia mujer embarazada es sujeto activo.

- **Normas procedimentales en los códigos penales**

Solamente el Distrito Federal (de manera bastante completa), Baja California Sur y Morelos regulan aspectos procedimentales para que, en casos muy específicos, el Ministerio Público pueda otorgar la autorización para que se practique el aborto.

En el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal se reprodujo, en un párrafo final del artículo 148, lo ya dispuesto en el artículo 334 mediante la reforma del 2000, en cuanto a que los médicos, en los casos de aborto permitido, tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada: a) "Información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos", y b) "Los apoyos y alternativas existentes para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable". Durango contiene un párrafo similar (artículo 352, párrafo final).

### ***Códigos de procedimientos penales***

Por otra parte, el Distrito Federal, Baja California Sur y Morelos contemplan, en sus respectivos códigos de procedimientos penales, reglas bastante precisas para que el Ministerio Público pueda autorizar la interrupción del embarazo en el "término de veinticuatro horas", a partir del momento en que la mujer presente la correspondiente solicitud y se cubran los siguientes requisitos:

- a) Que exista denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida;
- b) Que la víctima declare la existencia del embarazo;
- c) Que se compruebe la existencia del embarazo en cualquier institución de los sistemas públicos o privados de salud;
- d) Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de una violación o inseminación artificial, y
- e) Que exista solicitud de la mujer embarazada.

El Distrito Federal establece, además, que "las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción", y reitera la obligación de los médicos (ya prevista en el artículo 148 del Código Penal) de proporcionar la información sobre el aborto a la mujer embarazada. Baja California no contiene este párrafo.

En Morelos se explicitan más las obligaciones de los médicos respecto de la atención que deban dar a estos casos.

- **Uniformidad en códigos penales**

Como puede advertirse, las disparidades son muchas, mismas que no debieran existir porque es inadecuado y hasta injusto que en algunos estados se le reconozca a la mujer el derecho de interrumpir el embarazo, y en otros, en las mismas circunstancias, se castigue con prisión. Los códigos penales, a este respecto al menos, debieran uniformarse.

Se dice por GIRE que homologar las causales y reglamentarlas en todo el país significaría un cambio cualitativo, para que todas las mujeres de México pudieran disfrutar del mismo derecho de practicarse un aborto legal en condiciones adecuadas y sin poner en riesgo su salud ni sus vidas, independientemente del lugar donde residan.

## **LUCHA PARA DESPENALIZAR ALGUNOS SUPUESTOS DE ABORTO: CHIHUAHUA Y CHIAPAS.**

### **1. Chihuahua**

El Código Penal (denominado "Código de Defensa Social") de 1971 (promulgado el 3 de agosto), en el artículo 315, fracción IV, contenía despenalizada la hipótesis del aborto por causas socioeconómicas graves y justificadas. Sin embargo, después de 16 años de vigencia, por las mismas razones que siempre han obstaculizado la evolución en este grave problema, el Ordenamiento penal que entró en vigor en 1987 (publicado el 4 de marzo) suprimió esta causal. El nuevo Código Penal, publicado el 27 de diciembre de 2006, no regula ninguna diferente "excluyente de responsabilidad" de las contenidas en el Código anterior.

### **2. Chiapas**

En esta entidad federativa se intentó despenalizar algunos casos de aborto en el Código Penal de 1990 (publicado en el Periódico Oficial del Estado de Chiapas, el 11 de octubre de

ese año). A los supuestos de aborto no punible, ya previstos en el artículo 278 del ordenamiento penal de 1984: por violación, por peligro de muerte de la mujer embarazada y por alteraciones genéticas o congénitas del producto, se agregaban, en el nuevo artículo 136, tres hipótesis:

- A. El aborto causado por imprudencia de la mujer embarazada, el aborto
- B. Por razones de planificación familiar en común acuerdo de la pareja" y el
- C. Aborto cometido por "madres solteras"; en este último caso se establecía, como requisito, que "tales decisiones se tomen dentro de los noventa días de gestación previo el dictamen de otros médicos, cuando sea posible, y no sea peligrosa la demora".

Se adicionaba también, en el artículo 137, que si la abortante fuera menor de edad, la acción penal se seguiría a todos los que hubieren intervenido para provocar el aborto; "para la aplicación de la sanción se tomaría en consideración si aquélla otorgó su consentimiento; de ser así, la menor quedaría sujeta a la Ley del Consejo Tutelar de Menores Infractores".

En virtud de que el tema generó gran polémica, los medios de comunicación le dieron una amplia difusión y las presiones no se hicieron esperar. El Comité Nacional de Provida, A. C., movilizó a dirigentes activistas y amenazó con que, de no cancelar los textos del Código Penal, continuarían sus acciones a nivel nacional. Ante estos sucesos, el 3 de enero de 1991 se publicó en el Periódico Oficial un Decreto que suspendía la vigencia de los artículos 134 a 137 (relativos al aborto) ya aprobados y publicados. A ese Decreto precedió un amplio documento en el que se explicaban los motivos de la suspensión y se daba cuenta del análisis y la discusión sobre los textos correspondientes.

El citado documento fue sumamente explícito; en él se dejó constancia de que ante tan nutrido debate el Congreso convocó a una consulta para servir mejor al pueblo. Además, para cumplir con el compromiso de respetar de manera puntual los derechos humanos, el 21 de diciembre

de 1990 se formuló una consulta sobre el asunto a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, consulta que no fue desahogada, por lo que la suspensión duró más de diez años.

No obstante, todo lo acontecido, nadie se refirió ni objetó la falta de regulación, en el Código Penal, del tipo de aborto procurado por la propia mujer, conocido también como autoaborto, y del tipo de consentimiento de aborto; consecuentemente estas conductas, por no existir el tipo correspondiente, no eran delictivas.

En el Código Penal actual se advierte un retroceso en esta materia.

A principios de este año los legisladores del Distrito Federal empezaron a debatir dos iniciativas de reforma sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres; obviamente, dentro de ese tema quedaba inmerso el aborto. Una de las iniciativas fue presentada por el PRI y otra por Alternativa Socialdemócrata.

El objetivo de ambas iniciativas era el de "garantizar el acceso a los anticonceptivos y a la educación sexual, para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual".

Las reformas al Código Penal del Distrito Federal se referían, de manera directa, a la normatividad sobre el aborto. Se pretendía introducir una definición científica de embarazo, ya que como anteriormente se anotó una fuerte corriente de la ciencia médica considera que el embarazo comienza cuando se completa la implantación del óvulo fecundado en el revestimiento del útero y termina con el nacimiento o con el aborto.

Se pretendía, también, precisar cuándo realmente, de manera científica, se puede hablar de que existe vida de una persona, para establecer, a partir de ese dato, en qué momento se causa la muerte de un ser que tiene tal condición. Con base en la conclusión a la que han llegado especialistas calificados, como ya lo referimos (en el apartado del bien jurídico), se ha

determinado que el embrión, antes de las doce semanas, *no* es un individuo biológicamente caracterizado como un ser que tiene la condición de persona. Esta condición se adquiere después de las catorce semanas de gestación.

Se pensó, en un primer momento, en incluir, como una hipótesis más dentro de "las excluyentes de responsabilidad penal", dispuestas específicamente en relación al delito de aborto, la "afectación del proyecto de vida de la mujer". Esta idea tenía como fundamento una realidad indiscutible: el menoscabo de oportunidades que afronta la mujer con un embarazo no deseado. El embarazo cambia por completo los planes de vida de la mujer y frustra su realización personal.

El respeto al "proyecto de vida de la mujer" deriva del reconocimiento de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución y en algunos instrumentos internacionales, tales como la libertad, la autonomía, la autodeterminación, la no discriminación, etcétera.

Se pensó, también, que esa excluyente de responsabilidad pudiera tener como plazo para la realización del aborto las doce semanas de gestación de las que hablan los científicos, por las razones que ellos exponen y porque en ese tiempo la mujer corre menos riesgo. Este plazo ya está previsto y hasta en términos más amplios "en la mayoría de los países occidentales, incluyendo aquellos con fuertes tradiciones religiosas como España o Italia".

Al hacerse públicas estas pretensiones, sobrevinieron las descalificaciones, los desencuentros y hasta las amenazas a los legisladores como muestras de rechazo al proyecto.

No obstante, las descalificaciones, se aprobó una reforma más ambiciosa de lo que se pretendía. Con fecha 26 de abril de 2007 se publicó, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el Decreto por el que se reforma el Código Penal en sus artículos 144, 145, 146 y 147 que regulan el

aborto. En el mismo Decreto se contemplan modificaciones a la Ley de Salud del Distrito Federal: se adicionó un tercer párrafo al artículo 16 bis 6 que a la letra dice: "Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aun cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado". También se adicionó el artículo 16 bis 8, texto que se transcribe en nota por la importancia que tiene.

Con esta reforma la normatividad correspondiente al aborto sufrió cambios radicales que han motivado un debate violento que aún no concluye. El debate culminó con dos acciones de inconstitucionalidad: una (146/2007) promovida por el presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y otra (147/2007) promovida por el procurador general de la República, la cual se agregó a la primera para su estudio. Las dos acciones en contra de la Asamblea Legislativa y del jefe de Gobierno, ambos del Distrito Federal. En ellas se solicita la invalidez de la reforma a los artículos 144, 145, 146 del Código Penal para el Distrito Federal, así como las adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal. En la primera, además, se pide la invalidez del artículo 147 y se reclama la extensión de invalidez del artículo 148 del propio Código Penal. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (hasta el 25 de junio de 2008) aún no resolvía tales acciones.

El punto central del problema es que el artículo 144 prescribe que "aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación", lo cual significa que la interrupción del embarazo, realizada por cualquier causa, por la propia mujer o por un tercero, con el consentimiento de la mujer embarazada antes de la décima segunda semana de gestación, no constituye delito.

En el mismo artículo, para dejar muy claro cuándo comienza el embarazo, desde el punto de vista jurídico-penal, el legislador dispuso que "para los efectos de este Código el embarazo es

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

El artículo 145 regula el aborto procurado (autoaborto) y el consentimiento de aborto cometido después de las doce semanas de embarazo y lo sanciona con pena alternativa: prisión de tres a seis meses o de cien a trescientos días de trabajo a favor de la comunidad. La punibilidad para estos casos se disminuyó, pues antes era de uno a tres años de prisión.

Esta disminución es acorde con la ideología que guía toda la reforma, consistente en evitar la prisión para la mujer y, de manera general, respetar los derechos humanos de las mujeres. El aborto consentido por la mujer embarazada, para que un tercero lleve a cabo la conducta, es penado de uno a tres años de prisión, igual que en el texto anterior. Se prevé también que estos casos sólo constituirán delito cuando se hayan consumado.

En el artículo 146 se prevé el aborto "forzado", así llamado ahora, en sustitución del antes denominado doctrinariamente como aborto sufrido (sin consentimiento de la mujer), sólo que, en este caso, al desaparecer la referencia temporal de las "doce semanas" textualmente se destaca que sea en cualquier momento, el legislador se vio en la necesidad de establecer un diverso concepto de aborto para este particular supuesto: "Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer". Con esa misma base se incluye el aborto forzado con violencia física o moral. En el primer supuesto, la punibilidad es de cinco a ocho años de prisión y, en el segundo, de ocho a diez años de prisión (igual que antes de la reforma).

Finalmente, en el artículo 147, la reforma contempla de manera poco técnica, tanto el aborto conceptualizado en el artículo 144, como el definido en el primer párrafo del artículo 146, cuando estos abortos sean cometidos por un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, supuesto que se punirá, con las sanciones previstas en los artículos

correspondientes, pero además, con suspensión en el ejercicio de la profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

El artículo 148 no entró dentro de la reforma; por tanto, siguen vigentes los casos contemplados en las cuatro fracciones y en el párrafo final de dicho artículo, por lo cual, para evitar reiteraciones, no se transcriben.

### **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 Distrito Federal, que establece:

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

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

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

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos que entren al territorio nacional alcanzarán por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualesquiera otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos humanos y libertades de las personas.

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

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

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

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

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

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formar- se un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

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

El derecho a ser escuchado y expresar su opinión sobre asuntos que le afecten, en sentido literal el cuidado de la salud de un hijo, es un deber que surge con la paternidad, y es en beneficio del menor la atención solicitada por los padres o tutores, pero ¿pueden expresar

su voluntad los menores cuando se trata de tratamientos médicos, sobre todo en enfermedades graves? ¿Qué tanto cuenta su opinión o negativa? ¿Se debe informar al niño de sus padecimientos en compañía de los padres?

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

### **3.4. Anticonceptivos**

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

El progreso de los conocimientos en el campo de la medicina preventiva y el desarrollo de nuevos fármacos, en especial de los antibióticos, han logrado, en este siglo, disminuir la mortalidad general, incrementar la esperanza de vida, bajar parcialmente la mortalidad infantil y, por tanto, incrementar indirectamente la población del mundo. Compete al médico la búsqueda del equilibrio entre el número de nacimientos y el de muertes en una sociedad

determinada, y debe estar consciente de la magnitud del problema y de sus propias limitaciones. No pretenderá cambiar el tipo de economía y producción ni transformar planes educativos y nutricionales para la población; ya que ello pertenece a otros grupos de trabajo.

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

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

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

El diafragma y el capuchón requieren de una personalidad en la mujer suficientemente definida e independiente, para que con un alto nivel de responsabilidad sepa aplicarlos previa instrucción; debe conocer sus limitaciones y los problemas que pueden originar. Sin embargo, a algunas mujeres les brinda una favorable sensación de libertad sexual. Los espermaticidas son los que probablemente dan lugar al más alto grado de interferencia, ya que su aplicación requiere la interrupción temporal de la actividad que precede al coito propiamente dicho. Además, y de acuerdo a las variantes de cada pareja, podrá ser necesaria una aplicación para los coitos subsecuentes. Sin embargo, asociados a los dispositivos intrauterinos pueden alcanzar la seguridad deseada y compensar así los otros inconvenientes, haciendo que la pareja disfrute plenamente de su actividad sexual.

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

### **3.5. Embarazo no deseado**

La reforma aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal 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 Distrito Federal, 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.

Baste exponer un ejemplo: diversos recursos naturales son protegidos por la Constitución, pero no son titulares de derechos fundamentales, ni nadie lo ha pretendido. En consecuencia, la reforma legal que se analiza respeta el principio de igualdad consignado en el artículo 1o. constitucional.

A mayor abundamiento, no es lo mismo embrión que feto, la propia ley precisa la diferencia. Además, el límite de las doce semanas lleva la finalidad de proteger la salud de la mujer. Con los adelantos médicos actuales, antes de las doce semanas, sin entrar a discutir cuántas semanas más también lo sería, la interrupción del embarazo es altamente seguro.

Reitero que, por ejemplo, en Suecia se admite hasta la semana 18 y en Estados Unidos y Gran Bretaña hasta la 24.

b) Tradicionalmente se ha entendido que el hombre y la mujer son iguales ante la ley. Sin embargo, el principio de igualdad, según criterio de nuestro más alto tribunal, establece “la exigencia constitucional de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales”. No es posible tratar de manera razonablemente igual situaciones razonablemente desiguales. El embrión es un bien jurídico amparado por la Constitución, pero ese hecho no puede conducir a que se le dé el mismo tratamiento que se confiere a otros bienes jurídicos igualmente meritorios de tutela constitucional. Hacerlo implicaría tratar de manera igual, una situación que es razonablemente desigual, y precisamente porque son desiguales merecen un tratamiento diferenciado. En este sentido, si frente al bien jurídico señalado aparecen aquellos que resguardan la vida de la mujer, su salud reproductiva, el libre desarrollo de su personalidad, su

privacidad e intimidad, necesario es advertir que nos encontramos ante una situación que no permite que dichos bienes se pongan en posición de equilibrio o, yendo más allá, que al primero se le jerarquice sobre los segundos, porque al hacerlo el legislador estaría poniendo en paridad de tratamiento lo que todavía no es vida humana respecto de lo que sí lo es. Justamente, como no son bienes jurídicos que puedan gozar de equivalencia, el legislador ponderó acertadamente que, frente al eventual conflicto entre los derechos fundamentales de quién es persona respecto a los supuestos derechos de quien todavía no lo es, deben primar inexorablemente los primeros.

En este contexto, la reforma legal que examino en este ensayo es constitucional, porque establece un trato diferenciado en una situación en la que están plenamente justificadas las razones de la distinción.

- c. La decisión de la interrupción del embarazo corresponde a la mujer, sin necesitar de la voluntad del varón, porque la situación entre ellos, y su participación en el desarrollo del embarazo, es muy diferente; quien carga y quien nutre con su cuerpo al producto es la mujer, ella es quien sufre los cambios fisiológicos y síquicos del embarazo, así como las consecuencias emocionales, laborales y sociales. Si la decisión fuera de ambos, el varón estaría decidiendo sobre el cuerpo de la mujer, lo cual sería discriminatorio y violatorio del principio de igualdad.

Recuérdese la máxima kantiana que compele a tratar a las personas como fines y no como medios.

- d. Obligar a la mujer a tener un hijo no deseado, situación en que la formación e integración de la familia será nula o casi nula, por la acción punitiva del Estado, es también una acción discriminatoria hacia la mujer.

- e. La denegación de asistencia clínica en aquellos casos en los que la mujer los requiere, en cuanto a su condición de género, constituye una violación a su derecho a la no discriminación.
  
- f. Si se hubiera excluido de la reforma en cuestión a la menor de edad, se hubiera desconocido su derecho fundamental de autodeterminación y decisión reproductiva. La Ley reconoce a los menores diversas capacidades: al producto de su trabajo, a la disposición de bienes.

Además, en el ámbito penal, no son responsables sino hasta los 18 años. Por ello, la reforma en cuestión no las aludió. A mayor abundamiento, si de la reforma en estudio se hubiera excluido a la menor o si para su decisión se hubieran señalado requisitos no solicitados a la mujer mayor, a la menor se le estaría discriminando y lesionando sus derechos fundamentales a la salud física y síquica, la autodeterminación de su cuerpo y decisión reproductiva, a la intimidad, a la privacidad, derechos de los cuales goza, con independencia de que sea menor o mayor de edad.

- g. No se discrimina al producto de la concepción antes de la doceava semana de la gestación, en virtud de que como bien jurídico tutelado no puede ostentar el mismo valor que otros bienes constitucionales; por ello, el legislador ha ponderado que en este caso deben prevalecer los derechos fundamentales de la mujer frente a los “derechos” del embrión que no es persona y, en consecuencia, no es titular de derechos fundamentales. En este ejercicio de ponderación legislativa se tomaron en cuenta los aportes científicos a los que ya hice referencia. En consecuencia, se decidió que la fuerza punitiva del Estado no se aplica antes de las doce semanas del embarazo, en virtud de que hay que proteger los mencionados derechos fundamentales de la mujer, que incluyen el derecho a interrumpir el embarazo de manera legal y segura.

La reforma analizada respeta y fortalece los derechos fundamentales señalados en los dos primeros párrafos del artículo 4o. constitucional, que son: La igualdad del varón y la mujer ante la ley. Este derecho realmente ya está incluido en el artículo 1o. No obstante, el Constituyente lo consideró de especial importancia que, en mi opinión, lo resaltó por dos razones:

a) por la desigualdad que históricamente ha sufrido la mujer, y

b) para evitar duda alguna o interpretaciones incorrectas. El derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La protección de la ley a la organización y el desarrollo de la familia.

### **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.

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

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

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

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

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

Existen varias teorías sobre las etapas de protección del nasciturus en su desarrollo biológico:

**a) Teoría de la fecundación o de la formación del genotipo.** La vida humana tiene su inicio desde la fecundación fuera o dentro del seno materno. La unión del óvulo y el espermatozoide crea una nueva vida, distinta de la de sus padres.

La persona física y jurídica (la capacidad de ser sujeto de derecho) comienza desde la concepción dentro o fuera del seno materno. Esto se da cuando se une el óvulo al espermatozoide. Se crea una nueva vida única e irrepetible.

El embrión como sujeto de derecho es titular de un complejo conjunto de derechos: derecho a la vida, derecho a la dignidad, derecho a la integridad física y psíquica, derecho a la salud, derecho a tener una familia, derecho a la identidad consagrado en la Convención de los derechos del Niño e incorporado a nuestra Constitución en el artículo 71.2.

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

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

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

Estas disposiciones podrían ser invocadas y aplicadas por analogía a la procreación asistida fuera del seno materno, que trataremos en éste trabajo, para restringirla o para rechazarla en su caso.

**b) Teoría de la anidación.** Existe vida humana hasta que el cigoto se fija en la pared del útero, lo que se realiza a los catorce días de la fecundación. Se funda en dos argumentos: antes de esa fecha no existe individualidad que caracterice a la persona, ya que el embrión es susceptible de segmentación o desdoblamiento, como sucede con los gemelos monocigóticos; hasta este momento existe una relación entre la madre y el concebido.

c. **Teoría de la formación de los rudimentos del sistema nervioso central** (recién a partir de quince a dieciséis días de la fecundación aparecen los rudimentos). La personalidad e individualidad se produce cuando principia el proceso de formación del sistema nervioso que comienza el día quince de la concepción y se completa a las ocho semanas.

d) **Teoría del nacimiento con vida.** Esta señala que el feto no es independiente mientras permanezca en el seno materno, ya que necesita de ella para su subsistencia y antes del nacimiento es una víscera de la madre. Una vez que nace surge su personalidad e individualidad y las consecuencias jurídicas que éstas traen. Pero esta teoría permite que se proteja al concebido en forma amplia.

e) **La teoría de la fecundación es seguida por la Iglesia católica,** y protege al embrión en toda su etapa del desarrollo hasta el nacimiento, no permitiendo el aborto. Para las otras teorías mientras no se cumplan las condiciones que cada una exige, el embrión es una cosa o un bien y puede ser objeto de manipulación genética, y abren las puertas al aborto.

El avance de la tecnología, la revolución que provoca, trasciende hasta en las relaciones sexuales y reproductoras de las personas. Poco tiempo atrás la pareja solamente podía tener hijos a través de las relaciones sexuales.

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

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

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

Esto trae problemas legales y éticos que se estudian en la bioética. El problema es delicado y como tal debe ser abordado.

Son muchos los cambios que producen en la medida en que la reproducción humana asistida es aceptada: la procreación pierde su dimensión sentimental, sexual e íntima porque la procreación asistida se hace con cierta publicidad e intervención de varias personas que constituyen un equipo especializado; afecta el derecho a la intimidad; los progenitores sufren en su personalidad porque es todo un equipo el que dirige y vigila la procreación; el marido y la mujer que recibe el espermatozoides del donante, y éste, sufren en su dignidad; existe riesgo sobre la vida del concebido o de los embriones que se pierden en el proceso; aparecen nuevos conceptos de paternidad y maternidad; se crean nuevas presunciones o ficciones legales como la de que el marido que consiente la inseminación artificial con espermatozoides de donante es el padre,

al prohibírsele impugnar la filiación matrimonial del bebé; se daña el derecho a la identidad en los casos de donación de esperma, maternidad subrogada, aplicación en mujeres solas; la asistencia pos mortem supone la derogación de la regla de la sucesión testamentaria de que el heredero debe sobrevivir al causante de acuerdo con los artículos 977.I y I155 del Código Civil.

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

Se aplican dos técnicas: la inseminación artificial y la fecundación in vitro. En virtud de la inseminación artificial se coloca el esperma 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 esperma, y posteriormente lo introduce el grupo técnico en el cuerpo de la mujer.

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

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

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

Es complejo y costoso, por lo que es preciso fecundar muchos óvulos e implantar varios embriones (dos, tres o cuatro, pues menos de tres disminuye la posibilidad de embarazo y más de cuatro se corre el riesgo de embarazos múltiples), bajo el riesgo de múltiples embarazos, abortos y partos prematuros. Además, se pierden embriones.

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

### **Recursos y materiales didácticos.**

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

#### **Ver video sobre la Bioética en la reproducción asistida**

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

#### **Ver el video sobre Maternidad subrogada**

<https://www.youtube.com/watch?v=tdEGxUn6Pal>

## **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 nociceptivos.

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 prescindan 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 físicopsíquico 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 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**

1. 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. 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 cardiaco 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 I. 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.”

### **Resolución A/RES/56/96 sobre la Convención Internacional contra la Clonación de Seres Humanos con Fines de Reproducción (2002)**

La Asamblea General de Naciones Unidas en dicha resolución enuncia su decisión de establecer un Comité Especial abierto a todos los miembros, para examinar la posibilidad de elaborar una Convención internacional contra la clonación de seres humanos con fines de reproducción, la idea es la redacción de una Convención Internacional que tome a la clonación como una amenaza contra la dignidad humana.

Resolución WHA50.37. de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre clonación de seres humanos con fines de reproducción “... la utilización de la clonación para la replicación de seres humanos es éticamente inaceptable y contraria a la integridad humana y a la moral.”

Resolución WHA51.10. de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre clonación de seres humanos con fines de reproducción “... la utilización de la clonación para la replicación de seres humanos es éticamente inaceptable y contraria a la dignidad y la integridad humanas.”

**Parlamento Europeo de la Unión Europea.** Se ha pronunciado en diversas ocasiones en contra de la clonación humana, en cualquier grado de desarrollo hasta con fines de investigación como: la Resolución sobre clonación de Embriones Humanos (1993); Resolución sobre la Clonación (1997); Resolución sobre la Clonación de Seres Humanos (1998); Resolución sobre la Decisión de la Oficina Europea de Patentes sobre la clonación de Seres Humanos (2000); Resolución sobre la comunicación de la comisión “Ciencias de la Vida y Biotecnología: una estrategia para Europa (2002); La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

que establece que en el marco de la medicina y la biología se respetará el derecho de integridad de la persona, para lo cual queda prohibida la clonación reproductiva de seres humanos.

**Comunicado final de la Cumbre de los Ocho de Denver (junio de 1997)** "Convenimos en la necesidad de tomar a nivel interno las medidas adecuadas y cooperar estrechamente a nivel internacional a fin de prohibir la utilización de la transferencia del núcleo de una célula somática para crear un niño".

**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.”

Otra de las Declaraciones que la Asociación Médica Mundial ha adoptado tiene que ver con el Suicidio con Ayuda Médica, y al respecto se señala que éste al igual que la eutanasia es contraria a la ética y debe ser condenado por la profesión médica, sin embargo, se establece como salvedad que si el tratamiento médico es rechazado, en ejercicio del derecho que el paciente tiene a ello, entonces el médico actúa éticamente incluso si el paciente muere:

Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia, Italia, octubre 1983.

1. El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.
2. No habrá ninguna excepción a este principio, aun en caso de enfermedad incurable o malformación.
3. Este principio no excluye la aplicación de las siguientes reglas:
4. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente o de su

familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

5. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.
6. Cuando el paciente no pueda revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con las leyes del país, o en virtud del consentimiento formal otorgado por la persona responsable y a condición de que la certificación de la muerte o la irreversibilidad de la actividad vital, haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos del donante deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor y del receptor mismo.

### **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 partícipe 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.

Asimismo, se pronuncia con relación al auxilio o inducción al suicidio de menores, considerando a éste como una agravante por realizarse sobre un sujeto no apto para comprender los actos a los que es inducido: **SUICIDIO, AUXILIO O INDUCCION AL, DE MENORES (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN)**. El auxilio o inducción al suicidio, tratándose de un menor de edad, en los términos del artículo 303 del Código Penal de Nuevo León constituye una agravante, por realizarse sobre un sujeto que por falta de desarrollo no está en aptitud de comprender la trascendencia de los actos a que es inducido,

ni de resistir o vencer el influjo fascinante o engañoso puesto en juego por el acusado para que tome la determinación de quitarse la vida.

#### **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:

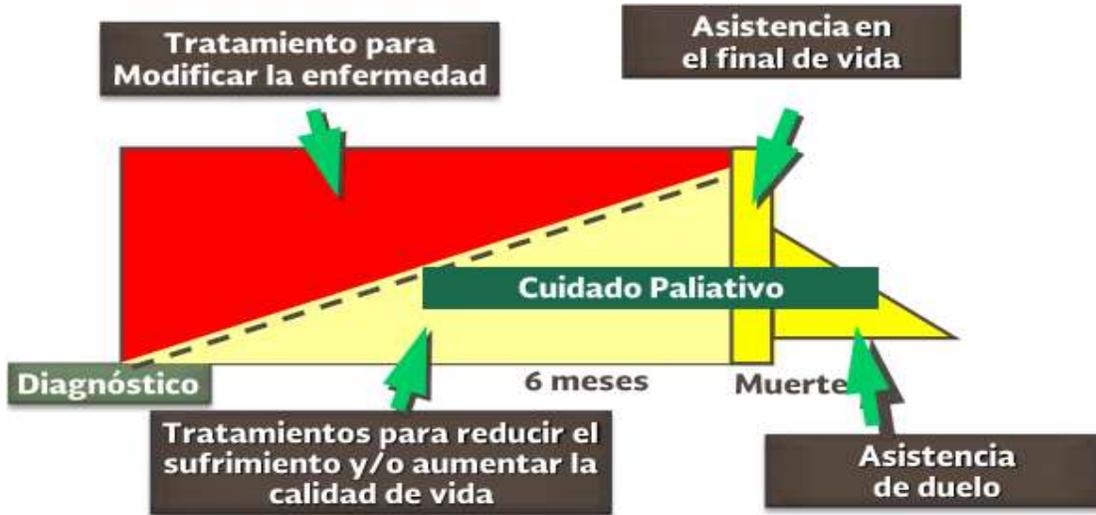
- a) **Derecho a la salud;** a los servicios de salud, como son medicinas, atención médica y hospitalaria, a los tratamientos o cuidados paliativos, consistentes en “el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, 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.

## 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)