



ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY  
by the FIGO Committee  
for the Study of Ethical Aspects of  
Human Reproduction and Women's Health

OCTOBER 2012





**RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS DE ÉTICA  
EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**  
Hechas por el Comité Para El Estudio  
de los Aspectos Éticos  
de la Reproducción Humana de la FIGO

OCTUBRE 2012



<b>PROLOGO</b>	307
<b>ASPETOS GENERALES RELATIVOS A LA SALUD DE LA MUJER Y A SU APOYO</b>	
1. El papel de los obstetras y ginecólogos en la defensa de la salud de la mujer 1999	310
2. Violencia contra la mujer 2007	311
3. Selección del sexo para fines no medicos* 2005	313
4. Marco ético para el cuidado ginecológico y obstétrico 2007	315
5. Lineamientos concernientes al consentimiento informado 2007	316
6. Aspectos éticos de los derechos sexuales y la reproducción 1997	318
7. Algunos aspectos éticos de la relación entre médico y paciente 1997	319
8. Directrices éticas relativas a mujeres en situación de enfermedad terminal 1999	320
9. Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes 2005	322
10. Rebanamiento genital femenino* 2006	326
11. Directrices éticas sobre la objeción de conciencia 2005	329
12. Obligaciones profesionales hacia los colegas obstetras y ginecólogos* 2006	332
13. El Riesgo de la esterotipación de la mujer en el cuidado de la salud 2011	332
14. Atención de la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes y el aspecto de la confidencialidad 2008	337
15. Vacuna contra el VPH y estrategias de detección para la eliminación del cáncer cervical 2007	340
16. Inclusión equitativa de las mujeres en edad reproductiva en la investigación 2008	341
17. Informando los eventos adversos en el cuidado medico 2010	343
18. Servicios reproductivos transnacionales 2012	345
19. Fuga de cerebros sanitarios 2009	348

\*Estas directivas éticas son el resultado de una amplia discusión basada en una cuidadosa investigación entre el Comité para los Aspectos de éticos de la Reproducción humana y salud de la Mujer y el Comité sobre los Derechos Reproductivos y Sexuales de la Mujer.

**ASPECTOS RELATIVOS A LA GENETICA, INVESTIGACIÓN PRE-EMBRIONICA**

1. La clonación de seres humanos <i>2005</i>	351
2. Patentes de genes humanos <i>1997</i>	353
3. Investigaciones sobre los embriones <i>2005</i>	354
4. Directrices éticas sobre la venta de gametos y embriones <i>1997</i>	356
5. Directrices éticas relativas a la alteración de genes en seres humanos <i>1997</i>	357
6. Donación de material genético para la reproducción humana <i>2007</i>	359
7. Lineamientos para la utilización de tejido embrionario o fetal para aplicaciones clínicas terapéuticas <i>2007</i>	363
8. Análisis de predisposición genética a enfermedades del adulto <i>2001</i>	364
9. Directrices éticas relacionadas con embriones híbridos citoplásmicos de animales y humanos <i>2008</i>	367
10. Obligaciones profesionales relacionadas con los desarrollos de la genómica y la proteómica en pruebas en humanos <i>2008</i>	368

**ASPECTOS RELATIVOS A LA CONCEPCIÓN Y REPRODUCCIÓN**

1. Directivas éticas para prevenir los embarazos múltiples iatrogénicos <i>2000</i>	370
2. Asuntos éticos relacionados con la donación de gametos por donantes conocidos <i>2000</i>	373
3. Subrogación <i>2007</i>	375
4. Tamizaje y diagnóstico pre-natal <i>2012</i>	379
5. Aspectos éticos de la infección por el VIH y la reproducción <i>2012</i>	382
6. VIH y el tratamiento de la infertilidad <i>2012</i>	384
7. Aspectos éticos de la conservación criogénica de oocitos y ovarios femeninos <i>2005</i>	387
8. Directrices éticas sobre la infertilidad iatrogenica y autoinducida <i>2006</i>	389
9. Centros de fertilidad y quién debe tener acceso a ellos <i>2008</i>	392
10. Transplante de útero <i>2008</i>	394

**ASPECTOS RELATIVOS AL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL FETO**

1. Muerte cerebral y embarazo <i>2011</i>	396
---	-----

2. Aspectos éticos relativos a la cesárea por razones no medicas 1998	399
3. Guías éticas referentes a las intervenciones para el bienestar fetal 2011	400
4. Definición de embarazo 1998	402
5. Aspectos éticos en el manejo de anomalías congénitas severas 2012	402
6. Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal 2007	404
7. Anencefalia y el trasplante de órganos 2007	409
8. Maternidad segura 2012	409
9. Directrices éticas sobre la fístula obstétrica 2006	413
10. Embarazo y pacientes VIH positivas 2008	416
11. Parto planeado en casa 2012	419
12. Delgando tareas en el cuidado obstétrico 2012	422

**ASPECTOS RELATIVOS AL NEONATO**

1. Guía ética sobre bancos de sangre de cordón 2012	424
2. Directrices éticas para resucitar a los recién nacidos 2006	427
3. Aspectos éticos del manejo de recién nacidos con malformaciones severas 1997	431
4. Aspectos éticos relacionados con el tamizado de neonatos 2008	433

**ASPECTOS RELATIVOS AL ABORTO Y A LA ANATICONCEPCIÓN**

1. Esterilización femenina 2011	436
2. Aspectos éticos en el manejo de la mujer con discapacidad severa y problemas ginecológicos 2011	441
3. Consideraciones éticas relativas al empleo de antiprogesterona 1994	443
4. La introducción de aspectos éticos de métodos anticonceptivos para el uso femenino 1997	444
5. Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas 1998	446
6. Directrices éticas relativas a la anticoncepción de emergencia 2002	449
7. La ética en la planificación familiar 2008	451

**CUESTIONES RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y  
MERCADOTECNIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

1. Antecedentes éticos relativos a publicidad y mercadotecnia 2003	453
2. Directrices relativas a las relaciones de los médicos con la industria 2003	453
3. Recomendaciones relativas a la información médica y la mercadotecnia en internet 2003	455

**CUESTIONES ETICAS EN LA FORMACION MEDICA**

1. Cuestiones de ética en la formación médica: dones y obligaciones 2006	457
2. Cuestiones éticas relativas a la publicidad de credenciales y formación académica 2003	460

**DIRECTRICES ÉTICAS NUEVAS, REMPLAZADAS O  
ACTUALIZADAS DESDE 2009**

1. El riesgo de la esterotipación de la mujer en el cuidado de la salud 2011	332
2. Informando los eventos adversos en el cuidado medico 2010	343
3. Servicios reproductivos transnacionales 2012	345
4. Fuga de cerebros sanitarios 2009	348
5. Tamizaje y diagnóstico pre-natal 2012	379
6. Aspectos éticos de la infección por el VIH y la reproducción 2012	382
7. VIH y el tratamiento de la infertilidad 2012	384
8. Muerte cerebral y embarazo 2011	396
9. Guías éticas referentes a las intervenciones para el bienestar fetal 2011	400
10. Aspectos éticos en el manejo de anomalías congénitas severas 2012	402
11. Maternidad segura 2012	409
12. Parto planeado en casa 2012	419
13. Delgando tareas en el cuidado obstétrico 2012	422
14. Guía ética sobre bancos de sangre de cordón 2012	424
15. Esterilización contraceptiva femenina 2011	436
16. Aspectos éticos en el manejo de la mujer con discapacidad severa y problemas ginecológicos 2011	441

## PROLOGO

La Obstetricia y la Ginecología que tocan todos los episodios mas significativos de la vida – el nacimiento, la reproducción, el envejecimiento y la muerte – han debido enfrentar dilemas éticos imprevistos con cada avance significativo del conocimiento médico. Los dilemas morales de la Obstetricia y la Ginecología van desde la advocacia pública por las necesidades básicas de la salud y los derechos humanos de la mujer, hasta las mas intrincadas consecuencias del creciente conocimiento y uso del genoma humano.

En 1985 la FIGO estableció el Comité para el Estudio de la Etica en la Reproduccion Humana y en la Salud de la Mujer. Los principales objetivos del Comité son el contactar y estudiar los problemas eticos de tipo general que emanan de la investigacion y la práctica en relación a la salud de la mujer, asi como el llamar la atención de los médicos y del público sobre estos hechos en todos los paises del mundo. Desde su inicio, el Comité ha hecho recomendaciones para guiar y estimular la discusión entre los colegas en ejercicio y, en particular, para su uso por las Sociedades miembros para estimular un debate nacional y regional de asuntos éticos controversiales.

Todas las recomendaciones pueden ser publicadas, traducidas y circuladas sin pedir permiso de publicación, siempre que se cite su origen y se incluya la introducción (vea la pagina 309). No hay derechos de autor contra la publicación.

*Gamal I. Serour*

El Comité ha sido constituido por las siguientes personas:

**Miembros del comité desde 2009–2012:**

B. Dickens – Chair (Canada), F. Shenfield (U.K.), J. Milliez (France), D. Shah (India), A. F. M. Ebrahim (South Africa), J. C. Vargas (Colombia), Y. F. Wang (China)

**Consultants:** J. Cain (USA), Lord Patel (UK)

**Ex Officio:** H. Rushwan (Sudan)



**Miembros del comité desde 2006–2009:**

J. Milliez – Director (France), B. Dickens (Canada), G. Serour (Egypt), F. Shenfield (UK), Ching-Li Hu (China) A. Martínez Palomo (Mexico), K. Rao (India)

**Consultant:** J. Cain (USA)

**Miembros del comité desde 2000–2003:**

J. Cain – Chair (USA), J. G. Schenker (Israel), A. Faundes (Brazil), G. Serour (Egypt), J. Barzelatto (USA), M. I. Plata (Colombia), M Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK), J. Milliez (France), S. McLean (UK), R. A .Ramos (El Salvador)

**Miembros del comité desde 1997–2000:**

J. M. Cain – Directriz (USA), J. G. Schenker – (Israel), G. Serour – (Egypt), P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), J. Barzelatto (USA), I. S. Plata (Colombia), M. Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK)

**Miembros del comité desde 1994–1997:**

J. G. Schenker – Director (Israel), L. Andolsek (Slovenia), P. Baird (Canada), J. Cain (USA), P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), H. Ludwig (Switzerland), C. Macnaughton (UK), F. Manguyu (Kenya), R. Nicholson (Argentina), I. S. Plata (Colombia), R. S. Samil (Indonesia), S. Sheth (India), G. Serour (Egypt)

**Observers:** J. Barzelatto (USA), M. Fathalla (Egypt), J. J. Sciarra (USA)

**Miembros del comité desde 1985–1994:**

C. Sureau – Director (France), F. Beller (Germany), R. Cook (Canada), P. Correa (Senegal), J. Dionisi (Argentina), P. Dunn (UK), M. Fathalla (Egypt), H. Hathout (Kuwait), L. Lampe (Hungary), J. Lauritsen (Denmark), S. Michalas (Greece), S. Sakamoto (Japan), B. Saxena (India), J. G. Schenker (Israel), J. J. Sciarra (USA)

*Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana  
y Salud de la Mujer de la FIGO*

*Declaración del comité a incorporar en la publicación  
de las directrices éticas adjuntas*

**Introducción**

El Comité de la FIGO para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y de la Salud de la Mujer considera los aspectos éticos que impactan las disciplinas de la Obstetricia, la Ginecología y la Salud de la Mujer. Los documentos que se incluyen a continuación reflejan los resultados de la discusión de dicho Comité, misma que se ha basado en una investigación cuidadosa. Este material tiene como propósito proporcionar temas sobre estos aspectos éticos de nuestra disciplina, para ser considerados y debatidos por los organismos miembros y sus respectivos integrantes.

## EL PAPEL DE LOS OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS EN LA SALUD DE LA MUJER

1. Los obstetras y ginecólogos tienen el deber ético de abogar por el cuidado de la salud de la mujer. Como facultativos, cuentan con un acervo de conocimientos que incluyen los de la salud sexual y de la reproducción. Generalmente, son los primeros profesionales a quienes se acerca una mujer con problemas de salud de su tipo. Ellos tienen por lo tanto el deber de proporcionar los cuidados propios de sus conocimientos y experiencia. La base de conocimientos y la categoría social de los médicos les colocan en una situación en que es posible influir en la política y programas que rigen la salud de la mujer.
2. Tal obligación se ve aumentada por la excepcional vulnerabilidad de las mujeres en su función rol reproductivo. La discriminación y la agresividad sociales que se basan en el género por infravaloración de la mujer pueden comprometer aun más su salud. La preocupación por el bienestar familiar puede tomar precedencia sobre la salud personal, incrementando así también sus riesgos.
3. La salud sexual reproductiva y el acceso a tratamiento médico por las mujeres se ven influidos por su excepcional exposición a la violencia, pobreza, mala alimentación y falta de oportunidades de educarse o emplearse. Todo esto obliga al obstetra-ginecólogo a actuar en pro de la elevación de la estima social de la mujer.
4. Los obstetras y ginecólogos están obligados, tanto personal como profesionalmente, a vigilar y divulgar los índices de la salud reproductiva y ofrecer los datos que sean necesarios para sensibilizar al público acerca de las cuestiones de la salud y los derechos de las mujeres. Esta función informativa no se deberá limitar a la cuantificación de los problemas, sino también a la identificación en cada país de las causas culturales y sociales que concurren para que se pueda desarrollar una salud que mejore la situación.
5. Si no se defienden políticas que ayuden a elevar el nivel de las

atenciones de salud de la mujer y propugnen ampliamente sus derechos, el resultado será el menoscabo de la atención individual de los pacientes por los obstetras-ginecólogos.

6. Éstos deberán tener informada a la comunidad sobre los problemas que se registren en salud sexual y reproductiva y promover amplios debates para influir en la práctica y en la legislación de la salud. Tales debates deberán extenderse a un ancho espectro de la sociedad, que comprenda a otras asociaciones médicas, organizaciones femeninas, legisladores, educadores, abogados, científicos sociales y teólogos. Además, los obstetras y ginecólogos quedan obligados a organizarse entre sí y junto con otros grupos profesionales para garantizar la disponibilidad de servicios de salud básicos esenciales para las mujeres que se encuentren en desventaja y carezcan de los debidos privilegios.

*Londres, abril de 1999*

### VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1. La violencia contra la mujer tiene múltiples facetas y refleja la desigual relación de poder existente entre hombres y mujeres en prácticamente todas las sociedades. Matrimonios forzados o matrimonio a una edad muy temprana, la falta de información o la imposibilidad de elegir sobre el control de la fecundidad, la falta de educación o de oportunidades de empleo, y la carencia de opciones para decidir sobre el embarazo en el matrimonio, son formas de coerción resultantes de una relación de poder inequitativa y establecen condiciones que acrecientan el riesgo de violencia contra la mujer.
2. La violencia contra la mujer es condenable, ya sea que ocurra como práctica de la sociedad (como la mutilación genital femenina) o dentro de un ámbito doméstico (como el maltrato conyugal). No se trata de un asunto privado o de familia. La violencia contra la mujer no es aceptable, sea cual sea el escenario, por lo tanto, los médicos que le proporcionan tratamiento a la mujer están éticamente obligados a:
  - (i) Informarse sobre las manifestaciones de violencia física, social y psicológica y a reconocer los casos. Se debe tener en cuenta, al

- documentarla, la necesidad de confidencialidad para evitar posibles consecuencias dañinas para la mujer, y esto puede requerir compilación de datos por separado, y no identificable.
- (ii) Tratar los problemas físicos y psicológicos resultantes de la violencia.
  - (iii) Confirmar a sus pacientes que los actos de violencia hacia ellas son inaceptables.
  - (iv) Abogar por infraestructuras sociales que brinden a la mujer la opción de buscar refugio seguro y asesoría permanente.
3. Las vulnerabilidades físicas, económicas y sociales de la mujer son fundamentalmente perjudiciales para el futuro de cualquier sociedad. No remediarlas evade evitar el daño a las generaciones futuras y contribuye a la continuación del ciclo de violencia. Los médicos que le proporcionan tratamiento a la mujer, por lo tanto, tienen la obligación de:
- (i) Confirmar que la mujer tiene derecho a no ser objeto de violencia física y psicológica, incluida la violencia sexual, ejemplos de los cuales van, desde los crímenes de guerra, en los conflictos entre y dentro de los estados, hasta las relaciones sexuales sin consentimiento en el matrimonio, los crímenes por honor y la selección de sexo.
  - (ii) Abogar por la resolución no violenta en las relaciones y, si se requiere, recabar la ayuda de trabajadores sociales y otros trabajadores de la salud.
  - (iii) Hacerse ellos mismos, y a otros, conscientes de los efectos nocivos de la discriminación contra la mujer, incrustada en los sistemas sociales.
4. Existe la necesidad de que un mayor número de personas tome conciencia de la magnitud del problema de la violencia contra la mujer. Sólo reconociendo el problema se puede resolver. Los médicos, como defensores de la mujer, están en una posición única para ayudar en la solución. Por lo tanto, es deber de las asociaciones profesionales y de los médicos dar a conocer información acerca de la frecuencia de tipos de violencia contra la mujer y las implicaciones

que ésta tiene para la sociedad en general, si se permite que continúe impunemente.

*Lyon, junio de 2007*

## SELECCIÓN DEL SEXO PARA FINES NO MÉDICOS

### Preámbulo

5. El contexto internacional de la selección de sexo se basa en un escenario donde la mayoría de las mujeres se encuentran en desventaja en cuanto al disfrute de derechos económicos, sociales, educativos, sanitarios y otros. Las consecuencias mundiales del deseo de seleccionar el sexo de los bebés ha resultado en abusos sistemáticos de derechos, tales como el aborto selectivo de fetos femeninos, infanticidio femenino, descuido de las niñas y negativa de facilitar acceso o apoyo sanitario para las mismas. Esto ha repercutido en un desequilibrio mundial de resultados variables en la composición sexual de las poblaciones.
6. Los comités deploran toda forma de discriminación contra las mujeres y el uso de toda clase de técnicas clínicas que puedan exacerbar la discriminación contra cualquiera de ambos sexos.
7. Desde el punto de vista ético, la elección de sexo causa especial preocupación cuando está guiada por diferencias de valor de cada sexo o que esté motivada por la estereotipación convencional de los sexos.
8. En vista de las directrices de las asociaciones médicas y científicas de todo el mundo, las cuestiones éticas que se han suscitado comprenden preocupaciones por la selección de los sexos de niños por atribución de ciertas supuestas características que desean los padres, en lugar de considerar a los niños como un fin por sí mismos.
9. Los aspectos legales de la elección de sexo por razones no clínicas varían entre los países y oscilan entre ausencia de reglamentación específica y completa prohibición y estimación como actos de delincuencia.

### Técnicas actuales

1. Es posible que las técnicas que se utilizan para la selección del sexo del embrión o feto para fines no clínicos sean las mismas que para impedir minusvalías asociadas a los sexos.
2. Las técnicas de la elección de sexo se han extendido a los estadios previo y posterior a la concepción. La selección previa incluye la separación espermática. El diagnóstico genético previo a la implantación (siglas inglesas, PGD) necesita la fertilización in vitro y la biopsia de células de embriones. Una vez hecha la implantación, el ADN del feto con el gen Y puede identificarse en la sangre materna mediante la reacción en cadena de la polimerasa (siglas inglesas PCR). Otros medios por los que se puede identificar el sexo del feto son el muestreo del vello coriónico (siglas inglesas CVS), la amniocentesis y la ecografía.

### Directrices

1. En general se considera clínicamente justificable la selección de sexo para evitar discapacidades genéticas relacionadas con el sexo.
2. Como la separación espermática y el PGD evitan la interrupción de embarazos en curso, podrían parecer técnicas a las que oponer menos reparos para la selección no clínica del sexo. No obstante, siendo como es que pueden resultar en discriminación de sexos, a estos respectos no son éticamente diferentes de los métodos que se emplean durante embarazos en curso.
3. Las sociedades profesionales deben garantizar que sus socios y el personal de éstos se consideren responsables del empleo de técnicas de selección de sexo, únicamente para indicaciones o fines clínicos que no contribuyan a la discriminación social sobre la base de los sexos.
4. Cuando en alguna región dada se detecte un desequilibrio marcado entre los números de las personas de ambos sexos, las sociedades profesionales deberían cooperar con los gobiernos para garantizar que se regule estrictamente la selección de los sexos para fomentar la desaparición de la discriminación entre ellos.

5. La libertad de reproducción garantiza su protección, excepto cuando su ejercicio resulte en discriminación sexual. El derecho de las personas a la libertad reproductiva necesita equilibrarse con la necesidad de proteger la igualdad de mujeres y niños en toda comunidad.
6. Prescindiendo del aspecto no clínico de la elección de sexo, cabe a los profesionales sanitarios y a sus sociedades la obligación de promover y abogar por estrategias que fomenten y faciliten la consecución de la igualdad entre los sexos.

*Londres, marzo de 2005*

### MARCO ÉTICO PARA EL CUIDADO GINECOLÓGICO Y OBSTÉTRICO

1. La mujer tiende a ser vulnerable por motivos sociales, culturales y económicos. Este es el caso dentro de la relación médico-paciente, ya que en el pasado el cuidado de la mujer a menudo ha sido dominado por el paternalismo de sus asesores.
2. El principio de autonomía enfatiza el importante papel que debe desempeñar la mujer en la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud. Los médicos deben tratar de corregir la vulnerabilidad de la mujer solicitando expresamente su elección y respetando sus opiniones.
3. Cuando se requieren decisiones relativas a la atención médica, la mujer debe contar con toda la información disponible sobre las alternativas para su manejo, incluyendo riesgos y beneficios. Informar a la mujer y obtener sus aportes y consentimiento, o su desacuerdo, debiera ser un proceso continuo.
4. Debido a la naturaleza íntimamente personal de la atención ginecológica y de obstetricia, existe una especial necesidad de proteger la confidencialidad de la paciente.
5. Además de la prestación de servicios médicos, los médicos tienen la responsabilidad de considerar el bienestar y la satisfacción psicológica de la mujer con su cuidado ginecológico y de obstetricia.



6. Para la prestación de servicios de salud a la mujer, la justicia exige igualdad de trato para todas ellas, independientemente de su situación socioeconómica.
7. Si un médico no puede o no quiere proporcionar un servicio médico deseado por razones que no son médicas, él o ella debe hacer todo lo posible para lograr ser remitidos adecuadamente.
8. Los Obstetras/Ginecólogos deben eliminar los obstáculos para la atención y servicios de salud de la mujer, incluidos aquellos en base a la discriminación social y devaluación contra la mujer.
9. Los Obstetras/Ginecólogos debieran asegurarse que las políticas que tienen impacto directo en la atención a la salud de la mujer se basen en la mejor evidencia disponible.
10. Los Obstetras/Ginecólogos deben abogar por acceso equitativo y asequible a los servicios de salud de la mujer, en particular a la salud sexual de la mujer, independientemente de su edad y/o estado civil, racial, étnico, socioeconómico o religioso.

Referencias: *The Role of the Ob/gyn as Advocates for Women's Health* page 7 and *Ethical Guidelines on Conscientious Objection* page 24 of the *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, November 2006.

Lyon, junio de 2007

### LINEAMIENTOS CONCERNIENTES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. La obligatoriedad de obtener el consentimiento informado de una mujer antes que cualquier intervención médica se lleve a cabo se basa en el respeto a sus derechos humanos fundamentales. Estos derechos han sido ampliamente acordados y se establecen en documentos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); los dos Tratados Internacionales sobre Derechos Civiles y Políticos y sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1975), la Convención Internacional sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (1979), y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989). Los Derechos

Humanos en las áreas Sexual y Reproductiva, también han sido identificados por la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo (1994), y reafirmados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), y por la Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos (artículo 6) 2005.

2. La siguiente definición (1) de consentimiento informado surge de estos derechos humanos y está respaldada por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO:
  - a. “El consentimiento informado es un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas o alicientes impropios, después de proporcionarle al paciente información adecuada y comprensible, de forma y con lenguaje entendibles para el paciente sobre:
  - b. la evaluación de diagnóstico;
  - c. el objetivo, método, duración probable y beneficio esperado del tratamiento propuesto;
  - d. las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto.”
3. Aunque estos criterios son claros, llevarlos a la práctica puede ser difícil y requerir mucho tiempo, por ejemplo, en aquellos lugares donde las mujeres tienen poca educación, o cuando la pronunciada desigualdad en las relaciones de poder de una sociedad incide contra la autodeterminación de la mujer. No obstante, estas dificultades no eximen a los médicos que le proporcionan cuidados a la mujer, de la responsabilidad de llevar a cabo el cumplimiento de dichos criterios de consentimiento informado. Sólo la mujer puede decidir si los beneficios que le proporciona un procedimiento, compensan los riesgos y molestias que pueda sufrir. Incluso si, por ejemplo, otros miembros de la familia sienten que son ellos quienes deben tomar la decisión, es obligación ética del médico asegurarse que su derecho humano a la libre determinación se cumple plenamente en el proceso de comunicación que precede a cualquier consentimiento informado.
4. El consentimiento puede retirarse en cualquier momento.

5. Es importante tener en cuenta que el consentimiento informado no es una firma, sino un proceso de comunicación e interacción.
6. La opinión de los niños o adolescentes en una intervención médica debe evaluarse dentro de las limitaciones que impone su nivel de desarrollo y comprensión.
7. Aun si una mujer no está en condiciones de decidir por sí misma, a causa de incapacidad mental o retraso mental, de todos modos ella debe participar en el proceso de toma de decisiones en la medida que su capacidad lo permita, y siempre tomando en cuenta su mejor interés.
8. Si los médicos a causa de sus propias creencias religiosas o de otra índole no desean cumplir con los criterios mencionados para el consentimiento informado porque no quieren dar información sobre algunas alternativas, tienen, como una cuestión de respeto de los derechos humanos del paciente, la obligación ética de dar a conocer sus objeciones, y de referir a la paciente (con otro especialista) a fin de que pueda obtener toda la información necesaria para hacer una elección válida.

Nota 1. Resolución de la ONU sobre los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental 11.2.

*Lyon, junio de 2007*

## ASPECTOS ÉTICOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LA REPRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas forman parte íntegra de los derechos humanos. Nunca se deben transferir, denegar ni hacer objeto de renuncia por razón alguna tomando como base sexo, raza, edad, idioma, religión, nacionalidad de origen, opiniones políticas ni condiciones económicas. Para las mujeres dentro de un sistema sanitario, y especialmente cuando el que dispensa los cuidados es un obstetra o ginecólogo, la declaración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos implica ciertos imperativos éticos.

1. Las mujeres y los hombres tienen derecho a las más elevadas cotas de atenciones sanitarias en todos los aspectos de su salud sexual y

reproductiva. Esto comprende el acceso a información adecuada, pertinente y precisa. Los gobiernos tienen la responsabilidad de conceder alta prioridad a las mejoras en la salud sexual y de la reproducción.

2. Las mujeres y los hombres tienen el derecho a decidir en lo que atañe a su sexualidad. La decisión de mantener o no relaciones sexuales no se debe someter a coacciones, discriminación ni violencia.
4. Las mujeres y los hombres necesitan tener acceso a métodos legales, seguros, eficaces, asequibles y aceptables de regular su fertilidad, en consonancia con su elección.
5. Las mujeres y los hombres tienen el derecho a la integridad de su cuerpo. La mutilación médicamente nociva de partes del cuerpo, asociada al sexo de una persona o a sus funciones sexuales, tal como sucede con la mutilación sexual femenina, es éticamente inaceptable.

*Basilea, Mayo de 1997*

### ALGUNOS ASPECTOS ETICOS DE LA RELACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

1. Es necesario mantener una divisoria estricta entre pacientes y médicos debido al desequilibrio de poder inherente entre ellos. Dicho desequilibrio aumenta la vulnerabilidad del paciente, de forma que existe una obligación concomitante para el médico de promover una toma de decisiones por el paciente que sea independiente y esté bien informada. La vulneración de tal divisoria destruye la situación de confianza esencial para el tratamiento sanitario y el proceso de curación.
2. Por lo anterior, es de todo punto inaceptable en todos los momentos y circunstancias una relación romántica o sexual entre el paciente y el médico que lo trata.
3. Las relaciones románticas o sexuales distanciadas de una relación activa entre médico y paciente sólo son aceptables cuando no exista dependencia residual alguna por parte del paciente.
4. Otras transgresiones de la divisoria que pueden producirse debido al

desequilibrio de poder incluyen petición de asesoramiento, influencias y beneficios económicos sobre decisiones que queden fuera de contexto del tratamiento sanitario. Todos estos factores ofrecen posibilidades de que se franquee perjudicialmente la divisoria.

5. En cuanto a cuestiones económicas, tales como donaciones o cuestaciones de pacientes o de sus familias, será deseable la intervención de terceras partes para constatar si la donación se hace de libre voluntad y sin influencia sobre su independencia.

*Basilea, Mayo de 1997*

### **DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A MUJERES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL**

1. Los obstetras-ginecólogos pueden verse envueltos en atender a mujeres cuya muerte sea inevitable.
2. El proveedor de servicios de salud deberá tener en claro qué fines de la Medicina pueden satisfacerse en la fase terminal de la enfermedad, tales como el alivio del sufrimiento y del dolor y rodear a la enferma de las máximas comodidades. Estos factores tomarán precedencia cuando los fines de curación o remisión de la dolencia ya no puedan alcanzarse.
3. El tránsito desde las atenciones curativas a las paliativas requiere la participación prominente de médicos con conocimientos especiales de los procedimientos paliativos. No obstante, el obstetra-ginecólogo deberá continuar realizando su labor de apoyo a la paciente y su familia.
4. Deberán dilucidarse con el máximo cuidado las preferencias de la mujer en relación a su soporte vital. La elección de no intentar la resucitación se debe consultar con la paciente a medida que cambien las circunstancias de la evolución de la enfermedad, incluso cuando ya se haya registrado un parecer anterior. Tal consulta requerirá que los médicos eviten interponer sus propias tendencias sociales y culturales, a la hora de explicar a los pacientes los temas pertinentes.
5. Una decisión anterior, tal como la orden “No me resucite” no anulará

la obligación del médico de proporcionar los máximos cuidados paliativos al final de la vida, incluido un adecuado control del dolor.

6. Abogar por atenciones terminales adecuadas es un importante cometido de los proveedores de servicios de salud de la mujer. Las humillaciones de la pobreza son más comunes entre las mujeres de todas las edades. Se ven abocadas a la falta de acceso a un tratamiento adecuado al final de su vida, ya en su hogar o en el hospital.
7. Las atenciones a la paciente deberán realizarse teniendo en cuenta la relación de desigualdad de poderes entre hombres y mujeres, para garantizar el respeto al derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones al final de su vida. Deberá evitarse toda coacción o discriminación provocados por la familia o proveedores de servicios, que se basasen en razones de género y pudiesen disminuir la calidad del tratamiento.
8. Las moribundas embarazadas pueden verse enfrentadas a dilemas entre obtener las máximas atenciones paliativas para sí mismas y lograr el mayor bienestar para el feto. Esta decisión requerirá del médico que suministre una información clínica equilibrada y sin prejuicios en relación a las ventajas y perjuicios de todas las opciones posibles para la mujer misma respecto de su efecto sobre el feto.<sup>1</sup>
9. En una comunidad, la muerte forma parte del ciclo vital. La muerte de una persona engloba a sus familiares y amigos más próximos y constituye un acontecimiento tan emotivo como importante. Teniendo en cuenta los deseos de la moribunda, que han de preponderar, debe hacerse toda clase de esfuerzos para no excluir a la familia y amigos del proceso del fallecimiento.
10. Cuando la moribunda prefiera fallecer en su hogar se deberá hacer todo lo posible dentro de lo que permita la situación, bien médica o social, para cumplir sus deseos y seguir proporcionándole las máximas atenciones paliativas que se pueda en dicho medio.
11. Las mujeres son especialmente vulnerables a padecer de un acceso insuficiente a una gestión óptima del dolor en virtud de la pobreza y de su escasa categoría social. Además, siempre pueden adolecer de la

<sup>1</sup> Véanse las directrices éticas relativas a Intervenciones para el Bienestar del Feto

preocupación de que el gasto en aliviar sus dolores podría empobrecer a su familia. Estos factores podrían influir en que las mujeres contemplasen medios para poner fin a sus vidas, tales como suicidio asistido o eutanasia activa. El empleo de medicamentos u otros medios cuyo fin primario sea el de aliviar el sufrimiento y el dolor podrán considerarse éticos incluso cuando puedan acortar la vida. Su empleo deliberado para producir la muerte es éticamente inaceptable.

*Londres, abril 1999*

## **CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y SEGUIRDAD DE LA INFORMACION SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES**

### **Antecedentes**

Desde los tiempos antiguos, los médicos se han sentido profesionalmente obligados a conservar el secreto “de lo que puedan ver u oír en el transcurso de un tratamiento”. Hay dos conceptos entrelazados de confidencialidad y privacidad que son de importancia esencial en el sensibilísimo terreno de las cuestiones que se consideran en el curso del tratamiento sanitario de la mujer. La privacidad tiene un marco conceptual más amplio, que comprende los aspectos de las decisiones, del físico y de la información. La privacidad de las decisiones afirma el derecho humano a elegir, especialmente en los tratamientos médicos, sin la intervención estatal ni de otros, en pro de la autonomía personal. La privacidad física afirma el derecho de la persona de conceder o negar permiso para su reconocimiento físico, pero incluso si el permiso se concede, sigue necesitándose cuidadosa protección contra innecesarios o embarazosos contactos o exposición del cuerpo. La privacidad de información se centra en las cuestiones de confidencialidad del tratamiento médico y es la más importante entre todas estas obligaciones éticas, especialmente en ambientes donde puede haber acceso informático, acceso de los seguros, acceso del gobierno y múltiple procuraduría de los suministradores sanitarios al acceso a los antecedentes del paciente.

Las mujeres son particularmente vulnerables a daños personales o discriminación cuando se infringe la confidencialidad, especialmente en circunstancia de violencia doméstica, enfermedades de transmisión sexual

o pruebas previas a la resolución. Por sus mayores riesgos por tales infracciones de confidencialidad, existe la obligación de los profesionales sanitarios para garantizársela en mayor medida.

Ya se ha reconocido que los modernos principios de protección de los datos personales tienen importantes consecuencias para el debido almacenamiento, gestión y procesamiento de los datos personales. Estos principios exigen lo siguiente:

- Que los datos sean precisos y estén al día
- Que los datos almacenados sean adecuados, pertinentes y escuetos
- Que los datos se muestren al paciente para que verifique su veracidad
- Que los datos se procesen equitativa y legalmente
- Que los datos no se almacenen durante más tiempo de lo que requieran los intereses del paciente
- La protección de los datos requiere lo siguiente:
  - (i) Seguridad contra indebido acceso a ellos
  - (ii) Rápido acceso a ellos en interés del paciente
  - (iii) Seguridad contra pérdida o destrucción accidentales

La información clínica que se obtenga durante el tratamiento de los pacientes es muy importante para atenderlos y para mejorar los servicios sanitarios, la salud pública y los progresos de la investigación médica. Compartir información cuando el paciente sea menor de edad o incompetente podría suscitar preocupaciones especiales sobre la confidencialidad. Además, cuando la información relativa al estado de salud de una persona tenga graves repercusiones sobre la salud de los demás, podrá presentarse el dilema de si desacatar o no la obligación de confidencialidad para evitar daños a terceros.

Los pacientes competentes tienen derecho a acceder a su historial médico y a que se interpreten para ellos los datos, así como a objetar a la inclusión de informaciones concretas. Los pacientes también tienen derecho a corregir toda información fáctica inexacta que aparezca en su historial. Si los pacientes quieren que se borre información y esto afectase palpablemente a sucesivos tratamientos, los médicos deberán informarles de los efectos deletéreos de eliminar la información y escribir una nota al respecto en el registro de información al paciente.

Los progresos en informática ofrecen a un tiempo la promesa de hacer más accesible al paciente en interés de éste, pero también mayor riesgo de que



se vulnere la privacidad y confidencialidad del individuo. Además, las exigencias de información sanitaria por parte de las compañías de seguros médicos, organizaciones legales u otras entidades podrían oponer otro reto a conservar la confidencialidad.

Junto con los más tradicionales principios de privacidad y confidencialidad, los principios de proteger los datos añaden otro nivel de seguridad a la información particular. Esto es, que cuando las entidades públicas tengan acceso legítimo a los datos particulares, quedarán obligadas a deberes de confidencialidad. Esto significa que el almacenamiento de datos, por ejemplo en archivos o en registros electrónicos, podrá hacerse dentro del derecho de propiedad del personal médico o, por ejemplo, de hospitales o clínicas, pero de manera que la información continúe en control del paciente identificado. El personal e instituciones médicas son fideicomisarios de la información y están sometidos a deberes éticos de gestión concienzuda en pro de los pacientes.

### Recomendaciones

1. Los pacientes tienen derecho prioritario al control de la confidencialidad de sus datos.
2. Los médicos y entidades clínicas deben garantizar que los datos que conserven de los pacientes sean exactos, completos y escuetos, para su almacenamiento.
3. Los pacientes competentes tendrán derecho a acceder a su historial médico, a la interpretación del mismo y a objetar a que se incluyan en él informaciones concretas.
4. Todo facultativo tiene el deber de respetar y salvaguardar los derechos particulares de sus pacientes a la privacidad y confidencialidad de su información clínica en todo escenario, incluidos los no oficiales (por ejemplo conversaciones en vestíbulos, ascensores, reuniones sociales, publicaciones y conversaciones).
5. La seguridad de la información clínica, especialmente cuando se retransmite entre instituciones o a los pacientes que poseen medios de correo electrónico, requiere estricta adhesión a los protocolos de seguridad y a los de protección de datos. Además, el médico deberá

defender la continua mejora de la seguridad de los sistemas electrónicos de grabación.

6. No todos los componentes de un equipo médico tienen derecho al acceso a la información de los pacientes: no obstante, una vez conocida, cabe a todos ellos la misma obligación de confidencialidad.
7. Cuando la salud de un paciente tenga consecuencias nocivas para otros, el médico tendrá obligación de consultar con la persona y obtener su consentimiento para que la información pueda comunicarse a quienes sea menester. En caso de amenaza directa e inmediatamente identificable contra la vida de una persona concreta, el médico tendrá derecho a informar de los riesgos a quienes corresponda.
8. Generalmente, los pacientes tendrán derecho a ser informados sobre la salud de los menores que dependan de ellos y participar en la toma de decisiones. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias se encuentra en continua evolución, y, en los casos en que el menor entienda las cuestiones médicas, el médico quedará justificado para vedar información a la familia del menor. Esto también corresponderá cuando la revelación de la información pueda conducir a perjudicar directa y gravemente al menor.
9. No se comunicará información alguna sobre el paciente a compañías de seguros ni a sus representantes médicos, ni tampoco a otras entidades, si no se cuenta para esto con el consentimiento expreso y bien informado de la persona de que se trate.
10. Debe hacerse el máximo esfuerzo para que se garantice la confidencialidad de los historiales cuando su vulneración pueda repercutir sobre la seguridad personal de una mujer o sobre su acceso a tratamiento médico. Esto podría necesitar que se mantengan registros por separado o códigos de separación relativos a aspectos sensibles, garantía de la privacidad y particularidad de conversaciones con el personal clínico y claros mecanismos para la comunicación de resultados o pruebas, que deberán convenirse con cada mujer. La separación de historiales y mediante códigos podría comprometer el

régimen sanitario de la persona, pero esta posibilidad deberá debatirse con ella.

11. La información sanitaria se deberá facilitar para investigaciones médicas y la mejora de los sistemas sanitarios, siempre y cuando que se mantenga anónima.
12. Muchas de las circunstancias que rodean a los encuentros médicos de otro modo confidenciales, podrían poner en peligro la confidencialidad. La identidad de una clínica, el membrete en la carta de un paciente, el color de los comprimidos anticonceptivos y otros particulares podrían identificar información clínica que hubiera debido ser confidencial. Hay que atender a estas pistas secundarias que rodean a los encuentros médicos para conservar la confidencialidad y son parte esencial de garantizar al paciente su confidencialidad en los tratamientos clínicos.
13. Incluso cuando un médico no tenga relación con un paciente, toda información clínica que reciba sobre él deberá mantenerse en régimen de estricta confianza.

*Luxor, noviembre de 2005*

### REBANAMIENTO GENITAL FEMININO

1. El rebanamiento genital femenino se refiere a la mutilación genital o circuncisión femenina y es un problema mundial. Se practica en todos los continentes del mundo. Se estima que entre 100 y 140 millones de jovencitas y mujeres del planeta han sido sometidas a una forma u otra de rebanamiento genital. A pesar de todos los esfuerzos para que se abandone esta práctica, se estima que hasta 3 millones de niñas y jovencitas son sometidas a ella en el África subsahariana, Egipto y el Sudán.
2. Aunque esta ablación se está ilegalizando cada vez más en el ámbito mundial, no ha disminuido el número de niñas que la sufren. Los gobiernos no tienen medios para vigilar su propagación y práctica.
3. El rebanamiento es físicamente invasivo y emocionalmente perjudicial. Se asocia a complicaciones inmediatas que ponen en

peligro la vida de la niña, así como con complicaciones a largo plazo, que pueden afectar gravemente a su salud reproductiva, sexual y mental.

4. No existen pruebas históricas que indiquen en qué continente empezó el rebanamiento ni qué tipo de procedimiento fue el primero. Fue practicado por los fenicios, hititas, etíopes y antiguos egipcios.
5. Son varios los factores culturales que apoyan la continuación de esta costumbre, y comprenden las identidades culturales y de los sexos, la creencia de que controla las funciones sexuales y reproductivas de la mujer, creencias en limpieza e higiene y creencias de que favorece la virginidad y la castidad, así como el placer sexual de los hombres.
6. Las alegaciones de que la religión exige esta costumbre están refutadas por la mayoría de los líderes religiosos y fes, comprendida el Islam, que prohíben la violación del cuerpo humano y el sacrificio de la salud y bienestar particulares sin ventaja alguna para el bienestar de la comunidad.

### Aspectos Éticos

1. Según afirma la resolución de la FIGO en Montreal, en 1994, el rebanamiento genital femenino es antiético y viola los principios de los derechos humanos.
2. La autonomía presupone el derecho de las personas a tomar las decisiones que les afectan a ellas mismas. El rebanamiento suscita conflictos entre las decisiones de los padres, que se arrogan las de sus hijos, las de los menores que dependen de ellos y los profesionales sanitarios. Quedan en cuestión el sacrificio de niñas inocentes, generalmente entre los 4 y los 10 años de edad, debido a las creencias de sus padres, y que requiere una protección especial para ellas.
3. El rebanamiento genital femenino vulnera los derechos humanos hasta las cotas más altas de la salubridad, así como la integridad física en ausencia de todo recurso médico.
4. El tratamiento médico del rebanamiento, incluso cuando pueda reducir los riesgos físicos inmediatos, desdeña sus complicaciones físicas y psicológicas, y sigue ofendiendo a los principios éticos de los

derechos humanos, y muy especialmente los derechos de los niños. Crea una aprobación tácita que sólo impulsa este comportamiento, en lugar de la desaprobación consuetudinaria y el desánimo a cambiar los comportamientos.

5. El rebanamiento es un caso extremo de la discriminación sexual, como medio de control de la sexualidad femenina. Niega a las niñas y a las mujeres el pleno derecho a disfrutar de su integridad personal, tanto física como psicológica, así como de sus derechos y libertades.
6. El rebanamiento es el abuso irreparable e irreversible de la hembra infantil. Vulnera el derecho a la protección de las niñas, contra lo que indican los principios éticos de la beneficencia, la justicia y la evitación de maleficencia.

### Recomendaciones

1. Los niños deben disfrutar de la oportunidad de desarrollarse físicamente de forma saludable, recibir adecuada atención médica y vivir protegidos de toda forma de violencia, lesiones, abusos y mutilaciones. Estos derechos no deben sacrificarse a interpretaciones culturales perjudiciales. Esto supone una obligación para los profesionales sanitarios y programadores políticos de promover la concienciación pública de que es posible abandonar costumbres perjudiciales sin abandonar los aspectos relevantes de sus culturas.
2. La mejor forma de extirpar esta costumbre sería el aleccionamiento del público, de los profesionales y practicantes de la salud, líderes de las comunidades, educadores, científicos sociales, activistas de los derechos humanos y otros que ponen en práctica estas actuaciones, con el fin de que disparen la concienciación sobre el alcance del problema y los peligros del rebanamiento sexual femenino.
3. Para llegar a lo que se contempla, son muy convenientes las asociaciones con líderes religiosos para corregir las malas interpretaciones de la religión y el rebanamiento sexual, demostrando que éste no es parte de ninguna exigencia religiosa.
4. La cesación del rebanamiento sexual femenino necesita de cooperación a niveles nacionales e internacionales.

5. Los organismos de las Naciones Unidas (comprendidos UNICEF, UNFPA, OMS), así como la FIGO y otras entidades, ya han tomado medidas para la abolición de esta costumbre. Las sociedades filiales de la FIGO deben asociarse a ésta y a los organismos internacionales para promulgar firmes directrices, de manera que sus socios no participen en estas actividades.
6. Deberá impartirse tratamiento a las mujeres de todas las edades que hayan sufrido la rebanación sexual, comprendidos los estadios de embarazo y alumbramiento, con toda simpatía, respeto y cuidados basados en las pruebas médicas. Según las legislaciones de los lugares donde corresponda, a las mujeres debidamente informadas que hayan sido infibuladas y que, tras parir soliciten particularmente su resuturación, no deberá rehusárseles tratamiento. No obstante, los facultativos deberán explicar las ventajas de la desfibulación, advirtiéndole a la mujer que no se exponga de nuevo a la sutura. También debe acentuarse que todos los procedimientos rebanadores sufren la condena profesional.
7. El tratamiento médico de las mujeres sometidas al rebanamiento deberá ser condenado a todos los niveles nacionales e internacionales. Cabe a todas las entidades y organizaciones profesionales aconsejar a sus socios y a todos los trabajadores sanitarios que no practiquen el rebanamiento sexual de las mujeres, exigiendo responsabilidades por tal actividad antiética.

*Londres, marzo de 2006*

## DIRECTRICES ÉTICAS SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

### Antecedentes

1. El principal compromiso de los obstetras y ginecólogos (“los facultativos”) es el de servir al bienestar y salubridad reproductiva de las mujeres. Los facultativos que se vean incapaces de cuidar de sus pacientes con medios indicados por la Medicina por razones personales de conciencia, no dejarán por ello de ser éticamente responsables ante ellos. Cuando los facultativos se sientan obligados a poner sus intereses personales de conciencia ante los intereses de sus

pacientes, se encontrarán ante un conflicto de intereses. No todos los conflictos pueden evitarse, pero cuando no puedan ser evitados, podrán resolverse mediante franca revelación; esto es, los facultativos deberán informar a sus posibles pacientes de los tratamientos a los que ellos mismos se oponen por motivos personales de conciencia.

2. Los facultativos tienen el deber de informar a sus pacientes de todas las opciones médicas que se les ofrecen en su tratamiento, comprendidas las opciones en que los propios facultativos se niegan a participar. Cuando el paciente elija alguna de estas últimas opciones, los facultativos se regirán por el Marco Ético de los Tratamientos de Obstetricia y Ginecología (1994), cuyo párrafo 4 dice así:
3. “Si, por razones no clínicas, el médico fuese incapaz o se mostrase remiso a ofrecer un servicio médico deseado por el paciente, deberá hacer todo lo posible para referir el caso a personas adecuadas.”
4. Los facultativos tendrán tanto derecho a tratar como a negarse a tratar clínicamente a sus pacientes con arreglo a su conciencia personal. Como profesionales debidamente formados y autorizados, les cabrá la obligación de aplicar el entendimiento profesional de la ciencia médica y reproductiva, sin superponer diferentes caracterizaciones de procedimientos basándose en sus creencias personales.
5. Cuando, en una emergencia, sólo se puedan salvar las vidas de los pacientes o su salud física o mental mediante procedimientos a los que objete el facultativo, y éste no pueda referir a tiempo a los pacientes a facultativos no objetantes, el facultativo deberá ceder ante la prioridad de las vidas, salud y bienestar de los pacientes, efectuando o participando en los procedimientos indicados.

### Directrices

1. El deber de conciencia primordial de los obstetras y ginecólogos (“facultativos”) será en todo momento el de tratar o beneficiar o impedir el daño de los pacientes de cuyo cuidado son responsables. En el tratamiento a los pacientes, toda objeción de conciencia será secundaria al antedicho deber primordial.
2. El suministro de beneficios y la prevención de daños requiere de los

facultativos que proporcionen a tales pacientes acceso a tiempo a servicios clínicos, comprendidos los de informar acerca de las opciones médicas indicadas para su estado o de procedimientos para sus cuidados en los que el facultativo objete a participar por motivos de conciencia.

3. Recae sobre los facultativos el deber profesional de observar las definiciones determinadas científica y profesionalmente, con el cuidado e integridad necesarios para no desfigurarlas o descaracterizarlas por mor de creencias personales.
4. Los facultativos tienen derecho a sus convicciones de conciencia, respecto a proceder o no a tratamientos legales y a no sufrir discriminación sobre la base de sus convicciones.
5. El derecho de los facultativos a que se respeten sus decisiones a la hora de elegir los procedimientos clínicos en los que participen requiere que ellos, a su vez, respeten las decisiones de sus pacientes, dentro del abanico de opciones clínicamente indicadas para tratarlos.
6. Los pacientes tienen derecho a ser referidos a otros facultativos obrando de buena fe, respecto a los procedimientos clínicamente indicados para el tratamiento al que el facultativo objete y a facultativos que no tengan objeción al mismo. La transferencia de servicios no constituye participación en ninguno de los procedimientos convenidos entre los pacientes y los facultativos a quienes sean transferidos.
7. Cuando el facultativo no pueda referir sus pacientes a otros facultativos a tiempo y el retraso pueda poner en peligro su salud y bienestar, tal como cuando la paciente padezca de un embarazo que no desee (véase la Definición de Embarazo, Recomendaciones sobre Cuestiones Éticas en Obstetricia y Ginecología de la FIGO, página 43, relativa a que el embarazo “comienza con la implantación del concepto en la mujer”).
8. En situaciones de emergencia y para conservar la vida o la salud física o mental, los facultativos deberán proporcionar a sus pacientes los



tratamientos clínicamente indicados que elijan sus pacientes, prescindiendo de las objeciones personales de los facultativos.

*Agosto de 2005*

### OBLIGACIONES PROFESIONALES HACIA LOS COLEGES OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS

Recaen sobre los obstetras y ginecólogos las responsabilidades relativas a mujeres de todas las edades. En el transcurso de los tratamientos competentes, responsables y basados en pruebas fidedignas dentro de los oportunos parámetros legales, los facultativos de las sociedades afiliadas se han enfrentado a intimidaciones y abrogación de sus derechos humanos y civiles. Constituye obligación profesional de todas las sociedades afiliadas y sus socios abogar por los derechos y seguridad de cada obstetra y ginecólogo para que ejerzan sus profesiones dentro de la ley y con protección contra interferencias e intimidaciones de todas clases, gubernamentales o no.

*Londres, marzo de 2006*

### EL RIESGO DE LA ESTEROTIPACIÓN DE LA MUJER EN EL CUIDADO DE LA SALUD

#### Antecedentes

1. La “Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer” de Naciones Unidas. (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) en su artículo 5 (a) precisa, “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres o mujeres”. Una inclusión similar esta hecha en el Protocolo de la Constitución Africana sobre personas y pueblos. En los derechos de las mujeres Africanas.
2. Un estereotipo es una visión generalizada o una pre-concepción de las

características de grupo poblacional con quien un individuo es identificado. Se presume entonces, cómo ese individuo por ser miembro de ese grupo, siente, esta en disposición de actuar, cuales son sus deseos y acciones, sin tener en cuenta sus disposiciones personales, capacidades y cualidades. Un estereotipo es aplicado impersonalmente, por quien o quienes desconocen o son indiferentes a las características actuales, deseos y gustos de los individuos y sólo les ven a través del estereotipo.

3. Hacer estereotipos de otros es un fenómeno común en las percepciones humanas. El estereotipo da una sensación inicial de las personas que no conocemos y nos sirve para ponerles dentro de un marco que nos es familiar. El riesgo de hacer estereotipos ocurre cuando los proveedores de salud simplemente aplican estos estereotipos sin adquirir o procurar adquirir conocimiento de sus pacientes o “colegas”, con sus verdaderas características, deseos e intenciones, o sin mostrar respeto por su individualidad.
4. El pensamiento estereotipado con respecto a las mujeres, su rol en la sociedad y en la familia, sus capacidades y preferencias, ha permeado a los proveedores de salud en general y a los proveedores de salud sexual y reproductiva en particular. Los estereotipos han incluido creencias como éstas: (a) Las mujeres desean más que nada tener hijos y estarán dispuestas a sacrificar cualquier otro interés propio por la maternidad; (b) Ellas serán cuidadoras de los miembros de su familia; (c) ellas son vulnerables, incapaces, inconsistentes para tomar decisiones, o éstas no son confiables; (d) ellas deben ser soportadas por el grupo de hombres de sus familias; (e) ellas deben estar subordinadas a los hombres, como padre, esposo, hermanos, patronos y médicos. De igual forma los estereotipos conllevan a visualizar a la mujer no casada que solicita métodos anticonceptivos como una mujer promiscua y que las mujeres dispuestas a la maternidad subrogada, lo hacen para tener ganancia.
5. Las leyes pueden reforzar el estereotipo de las mujeres como dependientes y sub-ordinadas. En lugares donde legalmente los hombres son los aportantes principales en los fondos familiares o son quienes controlan el presupuesto familiar, y son los que pagan por los servicios de salud o a la aseguradora que entrega los servicios, debe,

entonces, solicitárseles la aprobación para los servicios de cuidado de la mujer. Este tipo de práctica afecta el derecho de las mujeres a tomar decisiones independientemente. A este grupo de varones, quienes otorgan la autorización legal para la prestación del servicio de salud, deben ser adecuadamente informados de las condiciones y circunstancias médicas de la mujer dependiente, comprometiéndose así el derecho a la confidencialidad y a la auto-determinación.

6. En hospitales y otros servicios de salud, los médicos son empleados de alto rango o tienen contratos independientes por sus servicios. En profesiones mayoritariamente de mujeres, como enfermería, son contratadas como personal para “servicio”, bajo contratos de servicio. Aunque la enfermería ha comenzado a ser una profesión más reconocida como independiente del control de los médicos, aún en algunas áreas del mundo se lucha para que sea reconocida como una profesión independiente de los médicos, con sus propios estándares.
7. Algunos de los riesgos que han resultado de hacer esterotipación incluyen el que a las mujeres embarazadas se les niega o no se les informa de tratamientos médicos disponibles que están médicamente indicados en condiciones no relacionadas con el embarazo, como enfermedades cardiovasculares o cánceres, aduciendo que éstos tratamientos pueden comprometer el bienestar o la vida del feto. La presunción de la esterotipación es pensar que la inclinación general de las mujeres es a ser madres sacrificadas quienes pondrán los intereses del feto por encima de los propios. Esta práctica niega a las mujeres el derecho a poder valorar y analizar las responsabilidades de su vida individual de acuerdo a sus propias preferencias y metas. El pre-concebir a las mujeres como vulnerables y emocionales puede hacer que los profesionales de la salud no brinden información necesaria a las mujeres para el diligenciamiento de consentimientos informados, por temor a que pueda generarles ansiedad o estrés.
8. Un estereotipo que está siendo continuamente impulsado es en el área del aborto, donde las leyes están siendo progresivamente liberales, rechazando las solicitudes de poner por encima de los intereses de la mujer embarazada los fetales. El argumento que se utiliza es decir que la terminación del embarazo es de riesgo para la mujer misma, pues ella puede retractarse de su decisión lo que generaría remordimientos.

Este argumento está basado en un falso estereotipo en el cual se considera que la mujer es inconstante, variable, impulsiva en la toma de decisiones y que se deja llevar por las emociones del momento, requiriendo así, una guía firme y más analítica, usualmente, el hombre es el mejor protector de sus intereses.

9. La reproducción médicamente asistida puede reforzar el mismo estereotipo de las mujeres con una pobre capacidad para cuidar sus propios intereses, como por ejemplo, hay mujeres demasiado mayores para tener hijos, o poco decididas en el momento de expresar su voluntad al aceptar los riesgos de la estimulación hormonal ovárica necesaria para la práctica de fertilización in-vitro o para donación de óvulos. Las mujeres, también, pueden ser consideradas incapaces para tomar la decisión si optarán por concepción natural o asistida en caso de ser VIH-positiva.
10. Se han reportado ampliamente casos de maltrato verbal o degradante o situaciones similares de parte de algunos profesionales del grupo médico directivo, hacia los trabajadores de la salud, especialmente mujeres enfermeras. Otra preocupación importante ha sido el acoso sexual por parte del grupo médico masculino joven. Esto se refleja en historias de abuso sexual de las pacientes mujeres por los profesionales de la salud masculinos en todos los niveles de autoridad. Más allá del abuso, el estereotipo supone que las mujeres médicas se especializarán en temas relacionados con la salud femenina como salud reproductiva, pediatría y trabajo psico-social y así ofrecerán empatía y apoyo emocional a sus pacientes, de ambos sexos, situación que no es esperada en los profesionales masculinos.

### Recomendaciones

1. Los profesionales de la salud deberán brindar atención a sus pacientes, solo cuando ellos reconozcan en sus pacientes el individuo que son y no simplemente como “un tipo de paciente” o como poseedores de uno o unos síntomas. Los pacientes presentan unas características y una apariencia que no deben ser tomadas en cuenta para definirles como miembros de una categoría general de personas.
2. Los profesionales de la salud que atienden a pacientes mujeres deben estar conscientes para rechazar las tendencias propias o externas de

considerar a las mujeres a través de estereotipos que las visualizan como vulnerables, emocionales, con un único objetivo personal y social que es la maternidad, o deficientes en la capacidad de juicio moral. En especial evitar el ofrecer barreras al acceso a los servicios de salud por una caracterización negativa de las mujeres. Como por ejemplo, pensar que las mujeres están predestinadas, por naturaleza a los roles domésticos y de servicio.

3. De igual forma los colegas profesionales de la salud, cuando estén ejerciendo como docentes, investigadores principales o miembros de comités, en funciones no necesariamente clínicas, deben asegurarse de evitar la esterotipación negativa de las mujeres.
4. Los profesionales de la salud deben estar vigilantes y auto-críticos para evitar tratar a las mujeres colegas, a las mujeres en entrenamiento, en forma degradante, humillante o en una forma que les sitúe como personas de menor valor. Las diferencias en las capacidades para la práctica de los servicios de salud, deben ser reconocidas, no juzgadas ni visualizadas dentro de un marco de superioridad o inferioridad de uno u otro sexo o definiendo roles de hombre y mujer dentro de un estereotipo.
5. Los profesionales de la salud deben estar alerta para reconocer y corregir sus propias tendencias al acercarse a sus pacientes mujeres o potenciales pacientes, o colegas o cualquier otra mujer a través de estereotipos restrictivos o negativos. Debe promocionar la dignidad de la mujer y sus derechos y procurar el auto-cumplimiento de la igualdad con los hombres.
6. Los profesionales de la salud deben igualmente ser proactivos en la identificación y corrección de cualquier tendencia de sus colegas o sus instituciones de salud y sus organizaciones profesionales de considerar a las mujeres a través de un estereotipo degradante y enseñar y ejemplificar la promoción en la igualdad en la dignidad y los derechos.

*Goa, Marzo de 2011*

## ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES Y EL ASPECTO DE LA CONFIDENCIALIDAD

### Antecedentes

1. Las mejoras en la salud sexual y reproductiva de la gente joven reducen la probabilidad de los embarazos en las adolescentes no casadas y los altos costos sociales y económicos inmediatos y a largo plazo que les son inherentes. El retrasar la edad para contraer matrimonio no forzado y una reproducción bien programada sirven para fomentar mayores oportunidades sociales y económicas en beneficio de los individuos, las familias, incluyendo los menores, y la sociedad. La prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el sida, reduce el estigma social, y ayuda a los jóvenes y a conservar la salud de las familias que formarán en el futuro.
2. Los profesionales de la salud, en especial los ginecólogos, deben hacer énfasis en mejorar el acceso de los jóvenes a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los profesionales de la salud deben respetar, proteger, y promover los derechos de los jóvenes a tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y alentar a sus colaboradores para que hagan lo mismo.
3. El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye el derecho a la confidencialidad de los servicios de salud que se solicitan y proporcionan. El temor de los jóvenes de que su confidencialidad pueda ser violada puede disuadirlos de intentar obtener o de aceptar educación y servicios relacionados con la protección y promoción de su salud sexual y reproductiva, incluyendo la protección en contra de las ETS y la prevención de los embarazos no deseados.
4. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, suscrita por todos salvo dos de los países del mundo, reconoce que los derechos de los padres de un menor o de su tutor adulto serán respetados “en consonancia con la evolución de las facultades” del menor. Muchos de los sistemas jurídicos incorporan este principio al reconocer la facultad decisoria independiente de los “menores maduros”. Adicionalmente, la Convención establece que “en todas las medidas concernientes a los niños [hasta los 18 años a menos que

adquieran su independencia antes por efecto de la ley]...una consideración primordial a la que se atenderá será el interés superior del niño.”

5. La evaluación de las facultades de los menores puede involucrar el consultar a otros profesionales médicos y otros relacionados, bajo condiciones ordinarias de confidencialidad profesional. La determinación del interés superior del menor debe tomar en cuenta los propios puntos de vista y preferencias del menor, estipulando la Convención que “se tendrán debidamente en cuenta, en función de la edad y madurez del niño”.
6. En todo el mundo el embarazo es una de las principales causas de muerte de mujeres entre los 15 y 19 años de edad, debido a las complicaciones como resultado del parto y los abortos practicados en condiciones inseguras. La actividad sexual también tiene como resultado la morbilidad de las jóvenes como consecuencia del embarazo y las ETS. Se estima que casi 12 millones de jóvenes viven con VIH/SIDA, de los cuales 62% son mujeres.
7. Los jóvenes deben tener acceso libre a la gama completa de servicios de salud sexuales y reproductivos, incluyendo la educación, la asesoría y los medios para poder hacer preguntas sin sentirse avergonzados, culpables o recriminados. Su derecho humano a tener acceso a los servicios de salud, en particular los servicios preventivos, incluye el que se suministren los servicios en condiciones tales de seguridad que garanticen su confidencialidad al grado máximo posible, en consonancia con la evolución de sus facultades para tomar decisiones que afectan sus propias vidas.

### Recomendaciones

1. Los proveedores de servicios de salud deben reconocer que los adolescentes y jóvenes pueden tener la capacidad de tomar decisiones de importancia que afectan su vida por sí mismos. La edad cronológica no debería determinar los derechos de los jóvenes para tomar por sí mismos las decisiones en salud sexual y reproductiva. Los derechos se deberían determinar sobre la base de su capacidad individual para entender los efectos y las implicaciones que puede tener su elección.

2. Cuando se determina que un adolescente o joven es capaz de tomar por sí mismo decisiones relacionadas con su tratamiento u otras decisiones relacionadas, se le debe otorgar la misma confidencialidad médica profesional otorgada a los pacientes adultos, y se les debe informar que tal confidencialidad será protegida adecuadamente.
3. Las asociaciones nacionales y los ginecólogos y obstetras deben alentar las reformas a las leyes y políticas que restringen el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva, y deben trabajar junto con los gobiernos, los políticos y, por ejemplo, organismos no gubernamentales para fomentar la educación sexual y reproductiva de los jóvenes y su derecho a tener acceso a los servicios, garantizando su confidencialidad.
4. Se debe alentar a los pacientes jóvenes a que involucren a sus padres, tutores adultos y/o amigos en su cuidado, y se les debe ofrecer asesoría si se rehúsan, especialmente cuando el abuso o la explotación sexual pueden explicar su rechazo a hacerlo. Las explicaciones que ofrecen los pacientes jóvenes sobre las circunstancias que los afectan deben tomarse seriamente y se debe brindar una asistencia apropiada.
5. La atención debe brindarse sin expresar juicios de valor, pero los profesionales de la salud y/o los asesores pueden proporcionar consejos sobre las desventajas de las relaciones sexuales prematuras, incluyendo el riesgo de adquirir ETS tales como el sida. El suministro de los servicios de salud debe ser sensible a la capacidad de los jóvenes para expresar su consentimiento, y tomar en cuenta su futuro previsible en caso de que no se les suministren los servicios.
6. Los proveedores de servicios de salud deben garantizar que se mantenga la confidencialidad de los jóvenes cuando éstos ingresan a sus instalaciones y a las áreas de espera, asesoría y tratamiento.
7. Se debe ofrecer a los pacientes jóvenes literatura comprensible que puedan conservar, en la que se expliquen las opciones de atención disponibles, o una línea telefónica de ayuda a través de la cual puedan obtener en forma anónima asesoría en salud sexual y reproductiva. Los proveedores de los servicios de salud deben tener en cuenta que



los costos y la logística de los servicios pueden determinar si los jóvenes tendrán acceso a la asesoría y los servicios.

*Lyon, junio de 2007*

## VACUNA CONTRA EL VPH Y ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

### Introducción y antecedentes

1. El cáncer cervical es la causa más común de muerte por cáncer para las mujeres en los países en vías de desarrollo y en los países desarrollados aumenta en aquellas mujeres que han disminuido su acceso a la atención de la salud.
2. Las mujeres tienen derecho al nivel más alto posible de salud física y mental y a que sus gobiernos atiendan sus derechos de salud.
3. Los subtipos 16 y 18 del VPH, son causantes de aproximadamente un 70% del cáncer cervical en todo el mundo, con patrones regionales que incluyen varios otros subtipos oncogénicos.
4. El VPH es una enfermedad transmisible sexualmente para la cual la carga de mortandad y discapacidad recae de manera desproporcionada sobre la mujer.
5. Hoy en día, el cáncer cervical virtualmente se ha convertido en una enfermedad prevenible mediante la combinación de la vacunación y de estrategias de detección para identificar y tratar enfermedades preinvasivas.
6. Para que sean eficaces las actuales vacunas para VPH 16, 18 se deben aplicar a una edad anterior a la exposición viral.
7. Retrasos en la introducción de la vacuna para consumo general tendrá como resultado que las nuevas generaciones se vean en riesgo de contraer cáncer cervical.

### Recomendaciones

1. Educar a los profesionales de la salud y a las comunidades sobre la

prevención del cáncer cervical mediante estrategias de vacunación y detección, es una obligación de los profesionales de la salud, en particular obstetras/ginecólogos.

2. El desarrollo y mantenimiento de estrategias de detección debe encararse para la mujer independientemente de la estrategia de vacunación, debido al riesgo permanente para mujeres no vacunadas, las mujeres expuestas antes de la vacunación, o aquellas que tienen un subtipo de VPH oncogénico descubierto.
3. Los obstetras/ginecólogos debieran abogar por enfoques de vacunación y detección amigables para los jóvenes, que incluyan atención primaria, pediatría y a otros profesionales de la salud y que enfrenten los singulares asuntos sobre confidencialidad y privacidad de esta edad.
4. Es necesario desarrollar asociaciones comunidad-nacional-ONGs-OMS para crear la asequibilidad requerida para programas de vacunación y detección para prevenir el cáncer cervical.
5. Los obstetras/ginecólogos tienen obligación de abogar a favor de la vacunación y detección y de ayudar en la creación de coaliciones para abordar la prevención del cáncer cervical.

*Lyon, junio de 2007*

## INCLUSIÓN EQUITATIVA DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN LA INVESTIGACIÓN

### Antecedentes

Se ha excluido directamente a las mujeres en edad reproductiva de la investigación debido a la preocupación de que se presente un embarazo a esta edad; indirectamente al crear barreras para su inclusión mediante requerimiento de series de pruebas de embarazo y el uso de la anticoncepción y barreras legales que impiden a las mujeres en edad reproductiva tomar decisiones sobre su propio cuidado, incluyendo su participación en pruebas clínicas. Las consecuencias de estas acciones son significativas puesto que tienen como resultado que los fármacos se usen en poblaciones en las que no se han probado, aumentando la tasa de

reacción al fármaco o de falla, o bien el que se impida el acceso a nuevos fármacos que pueden salvar vidas. Los argumentos de protección del feto, que excluyen a las mujeres en edad reproductiva, ponen en duda la capacidad de la mujer de elegir en forma razonada sobre su fertilidad mientras participa en un estudio clínico, restringiendo su derecho a elegir en aspectos relacionados con el cuidado de la salud, la reproducción y la participación en pruebas clínicas.

### Directrices

1. La participación en pruebas clínicas de mujeres en edad reproductiva requiere que las mujeres sean capaces de elegir por sí mismas, libres de coerción, en aspectos relacionados con el cuidado de la salud así como el que tengan acceso a la planificación familiar.
2. Las mujeres en edad reproductiva son capaces de tomar decisiones relacionadas con los riesgos de teratogenicidad potencial como parte del proceso decisorio relacionado con la posibilidad de participar o no en una prueba clínica y esta elección debe ser suya. Incluso en el caso de que no tenga acceso a la anticoncepción o el aborto, el derecho de la mujer de considerar los riesgos que presenta la prueba clínica en términos de la teratogenicidad y su propia capacidad reproductiva debe ser ejercido por la propia mujer.
3. Los requerimientos para “probar” la infertilidad con múltiples pruebas de embarazo, o para probar mediante la confirmación patológica de la histerectomía o la ooforectomía, pueden producir barreras psicológicas y prácticas que desalientan y pueden causar daño psicológico a las posibles sujetas de la investigación.
4. El consentimiento a la participación debe en todos los casos ser el resultado de la elección autónoma e informada de las mujeres en edad reproductiva.
5. Un beneficio clave de la inclusión es la identificación de efectos colaterales potencialmente dañinos bajo condiciones de prueba cuidadosamente controladas en vez de identificarlos después de la comercialización y uso del fármaco, caso en el cual más mujeres pueden sufrir los daños antes de que se identifiquen los efectos colaterales. Las mujeres tienen un derecho igual a gozar de los

beneficios (y a sufrir los daños) resultado de la investigación y de los conocimientos obtenidos que sustentaran la dosificación y la información del fármaco una vez que este ingresa al mercado.

*Paris, octubre de 2008*

### INFORMANDO LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL CUIDADO MÉDICO

1. Eventos adversos y errores suceden en la práctica médica. Algunos de ellos, son verdaderamente imprevisibles. Algunos son errores sistémicos que deben ser activamente explorados para prevenir riesgos futuros y así poder aumentar la seguridad del paciente. Médicos y profesionales de la salud tienen la obligación ética de informar a los pacientes los eventos adversos y también a otras personas o estamentos posiblemente afectados, como por ejemplo el equipo médico que está brindando atención al paciente, o al sistema de salud, información que debe estar basada en la verdad y en el respeto a la autonomía del paciente. El proceso de divulgación de la información requiere de habilidades y comunicación empática que puede ser aprendida pues no está presente en el currículo de la formación médica. Además la cultura de la culpa, creada por el litigio basado en la búsqueda de defecto que se ve en algunos lugares hace que sea difícil el abordaje de los errores bajo la visión de la comunicación efectiva y empática. A pesar de esto, los médicos deben liderar una iniciativa para aumentar el sistema de análisis, una divulgación compasiva de los eventos adversos para aumentar el nivel de seguridad de los pacientes y generar así confianza en los profesionales de la salud y en las instituciones de salud.
2. El imperativo ético es informar la verdad al paciente, basándose en lo importante que es la confianza en la relación médico paciente y respetando el derecho a tomar decisiones por parte del paciente (autonomía) sobre el cuidado de su salud. Sin el entendimiento de las circunstancias del cuidado de la salud, los pacientes no podrán tomar las mejores decisiones sobre su propio cuidado al no estar dentro de un marco de realidad con sus valores y necesidades.
3. Los eventos adversos afectan el cuidado de los pacientes, además

éstos tienen una ocurrencia inesperada produciendo lesiones físicas o psicológicas, pérdidas de partes del cuerpo, pérdida de la función de alguna parte del cuerpo o discapacidad, hace que sea necesario que sea discutido con el paciente y/o sus familias.

4. El objetivo es contar la paciente y/o su familia de una forma adecuada y a tiempo la presentación del evento adverso, y asegurar, de esta forma una comunicación continua y un análisis sistemático del evento que refleje brechas o rupturas en el sistema. La comunicación continua sobre qué están haciendo tanto los médicos como la institución de salud, asegura que esto no vuelva a ocurrir de nuevo.
5. La explicación debe incluir la naturaleza del evento al igual que las consecuencias a corto y largo plazo.
6. La comunicación individual con el paciente lo debe hacer, preferiblemente, el médico o proveedor de servicio por sí mismo. Sin embargo si no se tiene entrenamiento o un soporte para hacer la divulgación del evento adverso, otra persona con las habilidades para comunicarse, puede ser una mejor elección para asegurarse que la verdad sea informada con empatía y además que se puede hacer consejería adecuada.
7. Es importante informar a los pacientes y sus familias que el médico y el equipo encargado del cuidado de la salud, lamentan lo sucedido y que se ha determinado ver que puede ser hecho para aliviar los problemas que puedan derivarse del evento y que se está estudiando cómo asegurar que no volverá a pasar a nadie más.
8. La preocupación existente de pensar que al expresar interés en los eventos adversos, puede aumentar la responsabilidad legal, no debe menoscabar el alcanzar requerimiento ético de contar la verdad y el aumento de la seguridad de los pacientes.
9. Los médicos y demás profesionales de la salud tienen también la obligación de informar a nivel institucional o gubernamental, los sistemas de seguridad existentes. Si no existe ninguno se debe procurar un apoyo activo para estos sistemas y buscar la responsabilidad de la administración de los sistemas de salud, en dar la importancia que merece la seguridad y la calidad de la atención.

10. Aumentar el entrenamiento en la comunicación con los pacientes y/o sus familias sobre eventos adversos, al igual que la consideración sistemática de los mismos, debe ser parte de la educación médica, incluida la educación continuada.

*Londres, Marzo 2010*

## SERVICIOS REPRODUCTIVOS TRANSNACIONALES

### Antecedentes

1. Servicios reproductivos transnacionales, se refieren a personas que cruzan las fronteras de su país para obtener tratamientos de fertilidad y a personas que viviendo en su propio país, facilitan la reproducción en cualquier otro lugar del mundo, donando gametos o haciendo subrogación uterina.
2. Las razones varían, razones frecuentes son la búsqueda de autonomía, evitando las leyes restrictivas locales, como por ejemplo, cuando un país prohíbe una técnica reproductiva o cuando un grupo poblacional es excluido de la posibilidad de acceso al servicio. Otra razón, puede ser la falta de servicios en el país de origen, o una larga lista de espera, mejor calidad en los servicios o servicios más económicos en otro país.
3. Si un profesional de la salud sugiere un tratamiento fuera del país, tiene la obligación de asegurar que, como cualquier otra referencia, tenga el conocimiento general de calidad y seguridad del sitio o lugar que le sugiere como centro de atención y así facilitar la decisión de los pacientes. En algunos países consideran ilegal referir a tratamientos en el exterior.
4. Debido a las restricciones para las remisiones referidas anteriormente, el acudir a servicios transnacionales, puede hacer que se sobrepasen los límites de la autonomía de los pacientes. Los proveedores de servicios, tienen la responsabilidad de discutir con sus pacientes qué es lo médicamente apropiado, para que los pacientes lo puedan tener en cuenta y considerar, aún si la opción de tratamiento no esta disponible localmente, y así al informar se puede tener certeza que la

decisión de los pacientes asegure el respeto a su principio de autonomía.

5. Los resultados potencialmente dañinos de la atención transnacional pueden incluir complicaciones médicas o legales e impactos negativos en los recursos para la salud propios de los pacientes o del país de origen. Puede prácticamente no existir un recurso legal para los pacientes que sufrieron una complicación o un daño como consecuencia de los procedimientos hechos fuera del país de origen. Los embarazos múltiples suelen ser más frecuentes, siendo de riesgo tanto para la mujer como para los fetos. Los pacientes pueden regresar a su país de origen sin tener la información completa y adecuada de cual fue el tratamiento que recibieron, adicionalmente pueden no haber recibido información completa de riesgos y costos de los mismos. Los costos y las secuelas de las complicaciones recaen primeramente en los sistemas de salud del país de origen. Adicional, los servicios transnacionales, pueden producir un niño cuyo sexo específico puede estar prohibido en el país de origen, y puede crear o agravar, entonces, un daño social, situación que se puede presentar en algunos países.
6. Las consecuencias macro éticas de los servicios transnacionales, puede ser la desviación de los escasos recursos humanos disponibles para la atención de los pacientes visitantes que los pueden alejar del cuidado de los pacientes domésticos, a menos que el pago de los pacientes visitantes sirvan para subsidiar los costos de tratamientos para los menos frecuentes pacientes domésticos. Sin embargo los incentivos económicos pueden inducir a pacientes o donantes de gametos a riesgos de hacer complicaciones de salud, cuyos costos recaen directamente en sus países de origen. Esto también presenta algunas ramificaciones éticas relacionadas con una inaceptable comodificación de las mujeres, que sean vistas como donantes de óvulos, negándoles su reconocimiento y valoración como individuos únicos.

### Recomendaciones

1. Tanto los profesionales de la salud como las sociedades científicas deben ayudar a los pacientes para que tengan acceso local a la

atención en salud reproductiva basada en evidencia, en una forma equitativa, limpia y sin discriminaciones.

2. Los profesionales y las sociedades científicas en todos los países, deben crear un Código de Práctica o un sistema de certificación que asegure a los pacientes y a otros participantes en los servicios reproductivos, que van a recibir atención segura y efectiva sea cual sea el lugar al que acudan.
3. Los profesionales y las sociedades científicas deben asegurar que hay conformidad con los estándares éticos en la oferta de los servicios de reproducción médicamente asistida, incluyendo que se aseguren buenas condiciones al futuro niño/a, seguridad y calidad en el servicio a pacientes y a otros participantes en el proceso.
4. Se debe asegurar internacionalmente que haya una adecuada consejería para pacientes y participantes, en ambos sitios, lugar de origen y sitio de referencia.
5. FIGO y las sociedades nacionales deben fomentar campañas hechas por las organizaciones locales para educar al público en general, de los riesgos potenciales del cuidado reproductivo transnacional.
6. Todas las partes, incluidos otros agentes de referencia, médicos y miembros del grupo cuidarán a los pacientes en los países receptores, deberán dar a los pacientes y a los participantes información médica completa sobre los cuidados y se asegurarán que recibirán cuidado adecuado en su hogar.
7. Cuidado reproductivo transnacional que incluya donación de óvulos y servicios de subrogación, tienen el riesgo de explotar o mercantilizar a la mujer, exponiéndolas a riesgos inaceptables para su salud. Cualquier práctica relacionada debe estar en acuerdo con las recomendaciones éticas del Comité, como son las de Donación de Material Genético para Reproducción Humana (junio 2007) y sobre Subrogación (junio 2007).
8. Servicios transnacionales que incluyan selección de sexo, son inaceptables, excepto cuando están en concordancia con las recomendaciones éticas de éste Comité como es la de Selección de Sexo para Propósitos No-médicos (marzo 2005).



9. Referencias transnacionales para cuidado reproductivo, particularmente en países de escasos recursos, deben prevenir el que se presente un cambio en la atención dirigida a los pacientes visitantes a esos países, cambios que puedan perjudicar los servicios disponibles para satisfacer las necesidades de la población residente.

*Londres, marzo de 2010*

## FUGA DE CEREBROS SANITARIOS

### Antecedentes

1. La escasez mundial de personal sanitario junto con una concentración desproporcionada de personal sanitario en países desarrollados y zonas urbanas y la fuga de cerebros sanitarios de países en desarrollo se interpone a la consecución de una reducción de la mortalidad materna e infantil, a una creciente cobertura de inmunizaciones y a la lucha contra epidemias como el VIH/SIDA en esos países en desarrollo.
2. África acarrea con el 24% de la carga global de enfermedades, pero solamente cuenta con un 3 % de efectivos sanitarios. Los países desarrollados solamente poseen un tercio de la población mundial y tres cuartas partes de los médicos del mundo y el 89% mundial de los médicos que emigran. 180,000 casi el 25% de los facultativos americanos se forman en el extranjero y un 64.4% de ellos en países de rentas bajas y medias-bajas.
3. La carencia y mala distribución del personal sanitario, con el agravante de la fuga de cerebros sanitarios de África, Asia y países del Pacífico a las naciones desarrolladas, contribuye a la muerte y morbilidad de madres y neonatos en tasas que difieren radicalmente entre países desarrollados y en desarrollo.
4. El 35% de mujeres embarazadas de países desarrollados no tienen acceso a o contacto con personal médico antes del parto. Solamente un 57% son asistidas en el parto por un auxiliar cualificado. Mujeres del entorno rural y pobres no suelen tener acceso a los servicios de cuidados para la maternidad o no pueden pagarlo. Treinta y seis

países del África subsahariana sufren una grave carencia de personal sanitario.

5. Más de medio millón de mujeres mueren cada año durante la gestación o el parto. 9.2 millones de niños mueren antes de su quinto cumpleaños -casi un 40% de ellos durante su primer mes de vida. Más del 99% de todas las muertes maternas se producen en los países en desarrollo y el 84% se concentra en el África subsahariana y Asia meridional, donde la fuga de cerebros tiene mayor impacto.
6. Los datos demuestran que con intervención demostrada y rentable podrían salvarse al menos siete millones de esas vidas al año lo que requiere la disponibilidad, formación y retención de un número adecuado de personal sanitario. Esa fuga de cerebros crea un cuello de botella en el momento de mejorar la mortalidad materna e infantil y de luchar contra el VIH-SIDA y se traduce en la pérdida de empleadores, profesores y modelos a seguir.
7. Al menos se necesitan 2.3 proveedores sanitarios formados por cada 1000 personas para alcanzar una cifra del 80 % de la población con acceso a asistencia cualificada durante el parto y vacunación infantil. Harían falta unos 2.4 millones más de médicos, enfermeros, obstetrices y comadronas para satisfacer las necesidades y otros 1.9 millones de farmacéuticos, auxiliares sanitarios y técnicos y personal de apoyo. Si embargo, la mayoría de la demanda se concentra en los países industrializados debido al creciente envejecimiento de la población y a la creciente demanda de cuidados de tecnología avanzada.
8. Las naciones en desarrollo se gastan unos 500 millones de dólares anuales para formar a personal sanitario que luego abandonan sus países para irse a trabajar en Norteamérica, Europa occidental y Asia meridional.

### Directrices

1. Debería crearse un código deontológico para la contratación internacional de personal sanitario. La OMS recomienda un planteamiento integral y sobre cuatro sostenes: mejora de los datos sobre la migración de personal sanitario, desarrollo de respuestas en

forma de políticas innovadoras, evaluación de la eficacia de las intervenciones internacionales y promoción internacional de las cuestiones de personal.

2. La fuga de cerebros de efectivos sanitarios de los países en desarrollo hacia los desarrollados debería reglamentarse. Priva a los países fuente de los recursos humanos más escasos, debilita los servicios sanitarios y abre dramáticamente la brecha 90/10 entre los países desarrollados y en desarrollo.
3. El regreso eventual de profesionales sanitarios cualificados y su participación virtual mediante congresos, telecomunicación e Internet deberían fomentarse ya que contribuiría a la mejora de la atención médica en el país de origen.
4. Aquellos países de renta alta adonde van a parar los profesionales sanitarios deberían desarrollar un mecanismo de ayuda y transmisión de tecnología de asistencia sanitaria a aquellos países en desarrollo de los que obtuvieran esos profesionales médicos.
5. Aquellos países receptores de esos profesionales deberían garantizar la disponibilidad de trabajos aptos en su sistema sanitario antes de expedir visados de entrada a profesionales de la salud de otros países.
6. Los países desarrollados deberían invertir en educación y formación médica de aquellos profesionales sanitarios para superar esa inversión global que resulta insuficiente en la actualidad y que se ve compensada por la fuga de cerebros de los países en desarrollo.
7. En algunos países la producción insuficiente de trabajadores de personal sanitario es un problema serio, el delegar tareas y la conjugación de nuevos cuadros de personal deberían fomentarse. Enfermeros y ayudantes de farmacia y otro personal paramédico pueden subsanar parte de la carencia en atención médica.
8. En países en desarrollo; en particular, África subsahariana, sureste asiático y América Latina debería introducirse una formación médica que fomente la investigación pertinente a escala local con el objeto de abordar problemas endémicos con tasas de mortalidad considerable como la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis multirresistente, esquistosomiasis, malnutrición y diarrea infantil. Debería prestarse

atención especial a la capacidad de examen clínico y al uso de guías de practica clínica hechas con medicina basada en la evidencia adaptadas al entorno local y a procedimientos de diagnóstico y terapéuticos simplificados.

9. Debería fomentarse la investigación orientada a la comunidad y los programas de formación de posgrado en obstetricia y ginecología en los países en desarrollo con el fin de aumentar la retención de efectivos sanitarios y animarlos a regresar a su país de origen.
10. Países que producen un exceso de personal sanitario deberían fortalecer los vínculos con sus expatriados y facilitar apoyo tal como la preparación a la salida, retorno, organización de puestos de trabajo aptos, nacionalidad doble, fomento de la inversión extranjera directa, garantizando que los inmigrantes se familiaricen con la cultura del país anfitrión antes de salir del propio y aprendan el idioma para facilitar la integración en la sociedad. A cambio de ello, debería organizarse un sistema que permitiera a los emigrantes contribuir a la educación, sanidad y avances de sus países de origen mediante el pago de impuestos que les corresponderían en el supuesto de haberse quedado en casa.
11. La cooperación internacional y los compromisos políticos son necesarios para superar la inestabilidad, conflictos armados, regímenes brutales y la mejora de la remuneración y condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios en los países en desarrollo. Esto animaría los profesionales de la salud emigrados a regresar a sus países de origen y disuadir a otros de abandonar sus países.

*Paris, octubre del 2008*

## ASPECTOS RELATIVOS A LA GENETICA, INVESTIGACION PRE-EMBRIONICA

### LA CLONACIÓN DE SERES HUMANOS

#### Antecedentes

1. En 1997 se registró el primer nacimiento de una mamífero mediante

Transplante Somático de Núcleos de Células (TSNC), concretamente de la oveja Dolly, demostrándose así la factibilidad de la reproducción asexual de los mamíferos. Además existe información del éxito en la clonación de otro mamíferos, lo que apoya las probabilidades de que la clonación pueda generar seres humanos.

2. Esta técnica presenta un escaso índice de éxitos, con gran proporción de abortos espontáneos, y complicaciones tales como el riesgo de numerosa progenie y el fallo del sistema inmunológico. Por lo dicho, prácticamente todos los científicos consideran que el TSNC no encierra condiciones de seguridad. En sí, esto constituye una avasalladora objeción para la utilizarlo en la reproducción humana en estos momentos.
3. Las investigaciones sobre el TSNC es necesaria, puesto que esta técnica puede impedir el rechazo de células donadas y puede ser un instrumento excepcional para comprender los desórdenes genéticos. En su mayoría, los científicos están de acuerdo en que deben continuarse las investigaciones del TSNC en seres humanos, por lo menos para fines de clonación terapéutica.

### Recomendaciones

1. Es importante la formación del público sobre las diferencias entre la clonación reproductiva y terapéutica (o para “investigaciones”).
2. La clonación para producir personas humanas mediante el TSNC no es aceptable sobre la base de la seguridad personal. Las investigaciones con animales podrían justificarse éticamente por sus posibles ventajas para los seres humanos.
3. Se fomenta la investigación de células madre de embriones humanos, producidos mediante el TSNC para producir diferentes cadenas celulares con fines terapéuticos a objeto de aliviar el sufrimiento humano, dentro de lo que dispongan las directrices éticas.

*Luxor, noviembre de 2005*

## PATENTES DE GENES HUMANOS

## Antecedentes

1. En los próximos años se conocerán todos los eslabones de la cadena del genoma humano. Los gobiernos han instituido sistemas de patentes para fomentar las innovaciones. La patente proporciona al inventor derechos exclusivos en monopolio durante cierto tiempo, a cambio de revelar a todo el mundo los particulares del invento, de forma que éste entre a formar parte del acervo general de conocimientos.
2. Debido a las inversiones en investigación fomentadas por la posibilidad de obtener patentes se dispone ahora de muchos productos y procesos beneficiosos, comprendidos eficaces agentes preventivos y terapéuticos contra graves enfermedades. Sin embargo, la legislación sobre patentes está orientada a tratar con materia inerte y ahora es necesario estimar si es conveniente actuar de igual manera con los genes humanos.
3. Las decisiones correspondientes se toman actualmente en las oficinas de patentes, que no están estructuradas para tomar en cuenta las más profundas consecuencias sociales, sanitarias, económicas y éticas de patentar genes humanos.
4. Hay muchos que consideran que el genoma humano pertenece a todos y que permitir la privatización de ciertas secuencias de genes mediante patentes es una injerencia en el patrimonio común. Da mayor peso a esta opinión el hecho de que gran cantidad del trabajo fundamental de investigación y apercebimiento del ADN se ha realizado por organizaciones de investigación que trabajan con fondos del contribuyente y por instituciones benéficas.
5. Si se permite patentar los genes humanos o fragmentos del genoma, esto podría tener efectos económicos distributivos para ciertos países y entre países. El dinero y el poder se acumularán en los dueños de tales patentes, que con gran probabilidad serán compañías multinacionales.
6. También existe el peligro de que la necesidad de compensación por las grandes inversiones realizadas por tales compañías conduzca a una

mercadotecnia de agresión y a un uso prematuro y abuso de sondas y productos genéticos. Incluso aunque las aportaciones privadas del sector proporcionan gran parte de los fondos de investigación y desarrollo en este campo, el permitir que los intereses particulares se apoderen de los genes humanos podría no ser conducente al bien común.

### Recomendaciones

1. Los gobiernos y la comunidad internacional tienen la responsabilidad de proteger los intereses públicos en este campo.
2. Entre tanto, las oficinas de patentes deberán actuar con gran cautela y toda prudencia a la hora de hacer sus evaluaciones. Éstas deberán incluir las consideraciones de posibles repercusiones globales de carácter nacional e internacional.
3. La forma en que tratemos la adjudicación de patentes de los genes humanos tiene consecuencias para la humanidad. Se trata de un problema mundial, que ninguna nación puede resolver por sí sola.
4. Por lo anterior, exhortamos al organismo de las Naciones Unidas en particular y a los sistemas de pública elección en general, a que sometan a estudio y debate los temas correspondientes, de forma que se pueda decidir sobre ellos democráticamente y teniendo en cuenta el bien público a largo plazo.

*Basilea, mayo de 1997*

## INVESTIGACIONES SOBRE LOS EMBRIONES

### Antecedentes

1. Desde principios del decenio de 1980, han venido publicándose estudios sobre las células madre embrionarias de animales. Se han ofrecido investigaciones y empleo terapéutico de la diferenciación celular para la regeneración de tejidos frente a una serie de enfermedades graves pero corrientes.
2. Las células madre conservan su potencia de autorrenovación y

diferenciación en uno o varios tipos de células. Pueden obtenerse en embriones, sangre del cordón umbilical, fetos o adultos. En los seres humanos pueden obtenerse de embriones supernumerarios (en la fase de blastocito) en ciclos de fertilización *in vitro*, embriones criados *de novo* a partir de gametos donados o posiblemente de embriones clonados mediante Transplante Somático de Núcleos Celulares (siglas inglesas SCNT).

3. La investigación con embriones es necesaria para mejorar los tratamientos de fertilidad. Los ensayos con animales manifiestan una promesa de elucidación de la utilidad de las técnicas a partir de células madre par combatir muchas enfermedades, así como para mejorar los tratamientos de fertilidad. Sin embargo, existen preocupaciones concretas acerca del uso de embriones humanos en las investigaciones, que se derivan de la categoría incierta de la implantación previa del embrión en la mayoría de las sociedades.
4. Los dilemas éticos rodean a la necesidad de la creación de embriones con fines específicos de investigación. La creación e investigación de embriones previamente implantados especialmente con fines de investigación sólo serán aceptables cuando la información no pueda realizarse en embriones supernumerarios ya existentes.
5. Es imprescindible que no exista coacción ni inducción indebida sobre mujeres ni hombres para que donen esperma, oocitos ni embriones para realizar investigaciones con ellos.
6. Cuando los embriones se crean *de novo*, una importante preocupación es la fuente de obtención de oocitos con fines del SCNT. El procedimiento conlleva más riesgos para las hembras, quienes necesitarán ser protegidas cuidadosamente mediante el suministro de información sobre las consecuencias de su donación.
7. Las nuevas técnicas, tales como la maduración *in vitro* ofrecen otras alternativas para crear oocitos. Los oocitos inmaduros se pueden obtener del tejido ovárico de los fetos, niños y mujeres en situación pre y postmenárgica. Las consecuencias éticas relativas a cada una de dichas fuentes son complejas y controvertidas.



## Recomendaciones

1. Para las posibilidades de investigación con uso de embriones, deberá conseguirse consentimiento específico a la hora de tomar gametos.
2. En programas de fertilización *in vitro*, deberá recabarse el consentimiento de los que reciban los embriones resultantes, respecto del empleo de los embriones supernumerarios para fines de investigación.
3. No deberían crearse embriones para investigación a menos que exista una necesidad demostrada de estudios planificados, que deberán presentarse ante el comité de ética para su evaluación y revisión entre colegas. También deberán continuar las investigaciones sobre otras alternativas de tratamiento.
4. Las mujeres deberán ser protegidas contra toda coacción o influenciación indebidas, especialmente cuando se encuentren en situación vulnerable por motivos médicos, psicológicos o económicos.
5. Como los oocitos son recursos escasos para las mujeres estériles y para la investigación, su adjudicación a aquéllas o ésta requerirán justificación ética.

*Luxor, noviembre de 2005*

## DIRECTRICES ÉTICAS SOBRE LA VENTA DE GAMETOS Y EMBRIONES

1. El Comité reafirmó su anterior declaración de 1993<sup>1</sup> relativa a que la donación de material genético deberá ser altruista y quedar exenta de toda explotación comercial. Es apropiada una compensación razonable por gastos legítimos.
2. El Comité advirtió que algunos centros ofrecen a las mujeres ciclos de IVF, esterilización y otros tratamientos médicos a cambio de sus oocitos. Esto se considera pago, y por ende no es ético.

<sup>1</sup> *Donation of genetic material for human reproduction* (Donación de material genético para la reproducción humana) Int. J. Gynecol. Obstet., 1994, 44:185.

3. Deberá advertirse que cuando interviene un pago, los donantes podrían quedar tentados a retener información personal que, si se supiese, podría determinar que no son donantes adecuados.
4. El Comité considera que el manejo de gametos y embriones donados deberá ser regulada por autoridades nacionales.

*Ljubljana, octubre de 1996*

### DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A LA ALTERACIÓN DE GENES EN SERES HUMANOS

1. Los rápidos progresos de la información científica acerca del genoma humano y la creciente capacidad para manipular el ADN han suscitado numerosos debates relativos a la forma en que estos conocimientos debieran aplicarse a las personas. Como la aplicación de los conocimientos científicos a la reproducción humana cae dentro de la esfera de la obstetricia y ginecología, es importante que los especialistas estén al tanto de las abundantes consecuencias éticas de peso que inciden en el posible uso de la genética.
2. Se ha empleado la expresión “terapia genética” para referirse a la modificación del ADN humano con distintos fines. Dicha expresión es una tergiversación, pues implica esencialmente que todas las modificaciones constituyen “terapias”. Sólo podrá denominarse propiamente “terapia genética” una modificación genética que se dedique a aliviar el padecimiento de un individuo que sufra una enfermedad.
3. La alteración de los genes humanos puede caer en tres categorías, cada una de las cuales tiene distintas repercusiones. Existe la alteración genética de las células somáticas para tratar enfermedades (terapia genética), alteración genética de la línea germinal, y alteración genética no terapéutica (mejora de los genes).
4. Alteración genética de las células somáticas para tratar enfermedades.
  - (i) Como el material genético alterado no se introduce en las células germinales, la alteración no se transmite a generaciones sucesivas. La alteración somática genética suscita importantes cuestiones de igual forma que lo hacen las investigaciones en

seres humanos y de otras terapias experimentales nuevas. Por esta razón, todos los proyectos de investigación que propongan la alteración del ADN o de células somáticas en sujetos humanos para fines terapéuticos deberán revisarse previamente para su aprobación por parte de una junta ética de investigación debidamente constituida por las autoridades nacionales (según se describe más abajo). Los aspectos a evaluar en el examen deberán incluir datos detallados relativos a seguridad y riesgos, así como si existe un consentimiento totalmente informado de la situación y las medidas tomadas para proteger la confidencialidad.

- (ii) Los proyectos de investigación en que se altere el ADN de células somáticas sólo podrán considerarse en caso de graves desórdenes que produzcan una gran debilitación de la persona o puedan conducir a su fallecimiento prematuro, y no puedan tratarse debidamente por otros medios.
- (iii) Si los resultados de los proyectos de investigación de esta terapia genética tuviesen éxito, podrían hacerse futuras propuestas para la alteración de genes de células somáticas del feto en el útero. Tales propuestas requerirán un escrutinio suplementario para asegurarse de que se respeta la autonomía de la mujer y no se suscita una relación adversaria entre la mujer y su feto.

#### 5. Alteración genética de la línea germinal

Esto involucra cambiar los gametos de una persona, de forma que el cambio genético se transmita a generaciones sucesivas. En la actualidad no existen técnicas para la alteración de genes específicos con precisión, con fiabilidad y seguridad. Cuando los procreadores potenciales tienen genes mutantes, es posible identificar entre sus cigotos aquellos que no han heredado el alelo o alelos mutantes. Entonces ellos tienen la oportunidad de que sus cigotos normales se implanten en el útero. Dado el estado actual de los conocimientos y su desarrollo inmediatamente predecible, es más seguro y apropiado transferir al útero cigotos no afectados por el gen de la enfermedad, que proceder a identificar los cigotos afectados, intentar alterar su ADN e implantarlos después. Por este motivo y en estos momentos, las investigaciones que comprendan la alteración del ADN de los cigotos humanos o del óvulo o esperma empleados para formar un cigoto que vaya a implantarse en el útero, no serán éticamente aceptables y no se deberán permitir.

6. Modificación genética no terapéutica (mejora genética)

Esto comprende el intento de mejorar un conjunto genético ya saludable introduciendo un gen de “mejora” (por ejemplo, altura, inteligencia, color de los ojos). Se han suscitado muchos aspectos del criterio de acceso a esta clase de tecnología y cuáles serían las consecuencias sociales de permitir que sea el mercado quien determine el uso de tal tecnología.

Existe un potencial de lucro en el mercado para tales tecnologías: sin embargo, en este campo las personas no poseen los conocimientos necesarios para proteger sus propios intereses. Los riesgos involucrados, sin suficiente justificación para correr tales riesgos, inducen a concluir que la investigación en sujetos humanos que involucra alteración del ADN para fines de “mejora” no es éticamente aceptable, por lo que no debe ser permitida.

7. En resumidas cuentas, queda claro que la aplicación de alteraciones a los seres humanos suscita la posibilidad de daños y explotación de personas. Por este motivo, todos los países tienen el deber de establecer unos límites e instituir una autoridad con base legal para supervisar las actividades realizadas en este campo y tomar cuentas a su respecto.

*Ljubljana, octubre de 1996*

## DONACIÓN DE MATERIAL GENÉTICO PARA LA REPRODUCCIÓN HUMANA

### Antecedentes

8. La donación de material genético, ya sea de esperma, ovocitos o embrión (preimplantación) para crear un ser humano, origina una serie de asuntos tanto éticos como sociales, religiosos y legales.
9. Las donaciones de material genético se han empleado sobre todo para tratar la infertilidad para la que no existe otro tratamiento, o si los costos son menores, ya se trate de material del hombre (donación de esperma) o de la mujer (donación de ovocitos), o que afecta a los dos miembros de la pareja (donación de embrión). Estas condiciones

pueden ser genéticas, congénitas o iatrogénicas, por ej., después de quimioterapia por cáncer que resulte en falla testicular u ovárica. La donación de gametos también se ha empleado en alteraciones genéticas graves, de forma de no transmitir una enfermedad grave al producto, para mujeres solteras o mujeres en parejas femeninas que desean tener un hijo biológico, para el logro de fertilidad postmenopáusica en mujeres de edad avanzada, o para el manejo del aborto habitual.

10. Algunos países prohíben la donación de material genético a mujeres solteras o a parejas femeninas. No hay evidencia de ello en estudios publicados de un impacto negativo para el niño. La selección se ha basado en consideraciones legales, más que en indicaciones médicas.
11. Por consideraciones de seguridad para los receptores y para el hijo en casos de donación de material genético muchos países tienen y todos deben tener reglamentos relativos a la crío-preservación (bancos) de esperma y de embriones, la selección de los donantes y los estándares del laboratorio, la calidad del tratamiento médico y las reglas con respecto a la seguridad cuando se recolectan gametos y embriones. Finalmente, son esenciales las reglas legales o contractuales relativas al desecho del material genético y al registro adecuado de dicho material.
12. La selección de los donantes de material genético debe asegurar que son personas sanas en edad reproductiva, libres de enfermedades de transmisión sexual y de enfermedades hereditarias conocidas. La selección cuidadosa debe seguir reglas aprobadas nacional e internacionalmente, con ayuda de consejo genético cuando sea necesario. El material genético de una persona fallecida no debe ser empleado, a menos de que exista una declaración escrita del donante. Cuando esta situación sucede en forma repentina o inesperada, el material genético no debe ser obtenido del fallecido. Los miembros del grupo médico involucrado en el tratamiento de un receptor no deben ser donantes.
13. Aunque el término donación implica el no pago, con frecuencia se ofrece algún tipo de compensación. La donación de material genético debe ser altruista y libre de explotación comercial. Es común ofrecer una compensación razonable por gastos legítimos. Si la compensación

monetaria excede marcadamente los gastos, esto puede inducir vicios en la donación. En particular la compensación por donación de esperma y ovocitos es en ocasiones desproporcionada, lo que produce dudas éticas, además de los riesgos adicionales en caso de donación de ovocitos.

14. En algunos países se ha ofrecido intercambio de servicios, especialmente para la obtención de ovocitos, cuando se provee fertilización in vitro (o raramente) esterilización femenina, a cambio de ovocitos. Estos procedimientos producen inquietud sobre la inducción indeseada de la donación, lo que significa que no se obtiene el consentimiento apropiado. Además esto crea un conflicto de interés para el donante que podría conducir a no ofrecer información que, de otra forma, lo convertiría en un sujeto inadecuado para la donación. Debido a que un paciente que experimenta fertilización in vitro tiene el riesgo de estimulación ovárica, el riesgo añadido de donaciones adicionales puede ser mínimo, pero debe ser considerado. En cualquier caso, la obtención de ovocitos del extranjero, especialmente de habitantes de países pobres en los que no se puede verificar la condición del donante no es ético y presenta el peligro de abuso.
15. La donación de gametos y de embriones puede o no ser anónima. Es esencial considerar con cuidado el conocimiento potencial del niño de identificar sus orígenes genéticos. Si la donación se lleva a cabo entre amigos o miembros de la familia, existe el riesgo de una influencia indebida del amigo o la familia en la decisión del donante. Además es más difícil asegurar el anonimato del donante en esta situación. Mientras más directa sea la donación, mayores serán las posibilidades de que el niño obtenga información sobre sus orígenes en el futuro, cualquiera que sean las intenciones de confidencialidad de los padres. Aún cuando la intención del receptor sea la de no informar al niño, siempre existe el riesgo de se revelen inintencionadamente los orígenes o en caso de problemas en la familia, en formas que pueden no ser adecuadas a los intereses del niño.
16. Muchos países tienen legislación relativa a la donación de gametos y de embriones, especificando claramente el parentesco legal de los

supuestos padres y la falta de responsabilidad legal del donante(s). De otra forma, los receptores y los donantes pueden procurarse asesoría legal independiente y acordar un consentimiento que defina los asuntos críticos involucrados y defina los derechos y las responsabilidades de los interesados.

17. Existen internacionalmente diferentes modelos en relación al anonimato de los donantes de gametos; en algunos países esto es obligatorio (y garantizado para los donantes), mientras que en otros, los donantes deben revelar su identidad a los hijos al llegar la madurez legal cuando sean informados por sus padres legales. Si bien esta cultura del secreto ha sido substituida por una de apertura en años recientes, al menos en algunos países no existe investigación que pruebe firmemente la superioridad de un modelo sobre el otro. La donación directa, p. ej., entre amigos o miembros de la familia es también posible.
18. En caso de donación familiar, la donación entre hermanos crea, al menos, confusión, mientras que la donación de padres gestacionales a hijo, o en particular de hijo a padre, crean aún más problemas.
19. Un asunto importante en todas las donaciones de gametos es la protección de los intereses y el bienestar del niño potencial, así como del (los) donantes y su pareja. Esta relación entre padres biológicos y sociales está establecida en la ley, siempre que sea permitido.

### Recomendaciones

1. No debe emplearse material genético para donación sin la revisión adecuada y el consentimiento formal por escrito del receptor(s) después de explicaciones completas sobre la situación legal local. El retiro del consentimiento puede ser apropiado hasta que se usen los gametos o los embriones, pero no después de su uso.
2. El número de donaciones de un solo donante debe ser limitado de forma de evitar el problema de consanguinidad y/o incesto.
3. El uso de material genético para extender el periodo reproductivo natural de la mujer debe tener en cuenta los riesgos potenciales al individuo, así como para el hijo. Debe existir asesoría adecuada sobre

la influencia potencial de la edad de la madre sobre el desarrollo del niño.

4. La donación debe ser sin paga y sólo debe permitirse un reembolso razonable de forma de evitar la comercialización de la reproducción y la inducción forzada de los donantes.
5. Se debe insistir con el donante potencial y con el receptor que se analice el problema de la revelación eventual al niño.
6. El manejo de gametos y de embriones donados debe ser regulado por una autoridad profesional o nacional.
7. La donación de material genético debe ser altruista y libre de explotación comercial. Una compensación razonable por gastos legítimos es apropiada. El intercambio de servicios (compartir gametos) sólo debe permitirse en un sistema donde no existe ganancia financiera para el donante.

*Lyon, Junio 2007*

### LINEAMIENTOS PARA LA UTILIZACIÓN DE TEJIDO EMBRIONARIO O FETAL PARA APLICACIONES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

La utilización de tejido embrionario o fetal o el trasplante de células para mejorar o curar enfermedades, debiera considerarse bajo las mismas normas relativas a los trasplantes terapéuticos en general. El procedimiento para el cultivo de tejidos fetales, así como la investigación relativa a ello debiera permitirse. El tema del tejido terapéutico o el trasplante de células no forma parte del debate sobre el aborto, aunque sea posible obtener tejidos a partir de la terminación del embarazo, así como por la pérdida espontánea del feto. El suministro de tejido fetal debiera sujetarse a las legislaciones y reglamentaciones locales que, comprensiblemente, varían en los diferentes países.

En los países en los que la utilización de estos tejidos sea legal, se proponen las siguientes directrices para ayudar a asegurar que en caso de que una mujer decida interrumpir un embarazo, no exista influencia



excesiva a causa de la potencial utilización subsecuente de tejido embrionario o fetal proveniente de donaciones.

1. La decisión final sobre la terminación del embarazo debe preceder a un posible debate en relación a la potencial utilización de tejido embrionario o fetal en la investigación o en aplicaciones clínicas terapéuticas.
2. La decisión respecto a las técnicas empleadas para la terminación inducida del embarazo debe basarse únicamente en la preocupación por la seguridad de la mujer embarazada.
3. El receptor de los tejidos no debe ser designado por el donante.
4. El tejido embrionario o fetal no debe suministrarse con fines de lucro.
5. No se debe permitir que los médicos involucrados en la terminación del embarazo se beneficien por la subsecuente utilización de tejido embrionario o fetal.
6. Debe obtenerse el consentimiento informado de la mujer sólo para utilizar tejido embrionario o fetal en investigaciones o para aplicaciones clínicas terapéuticas. Cualquier proyecto de investigación deberá llevarse a cabo bajo la supervisión directa de algún comité de ética, local o nacional.

*Lyon, junio de 2007*

## ANÁLISIS DE PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A ENFERMEDADES DEL ADULTO

### Antecedentes

1. Los análisis de predisposición genética a enfermedades del adulto hoy en día cubren un amplio espectro, desde una alta probabilidad de contraer una enfermedad letal a un ligero incremento en el riesgo de contraer una enfermedad de fácil tratamiento. La capacidad de analizar varias predisposiciones a enfermedades y condiciones del adulto (tales como la obesidad) está expandiéndose con rapidez. La precisión de la mayor parte de los diagnósticos genéticos está aún en desarrollo o actualmente no se conoce.

2. El uso de estos análisis de predisposición y cómo prevenir sus efectos negativos, tales como la discriminación social y económica basada en estas pruebas, es una preocupación ética. Las pruebas que definen diferentes grupos en la sociedad (p.ej. aquellos que muestran ciertas predisposiciones en sus genes y aquellos que no) crea la posibilidad de discriminación social, dada la propensión que las culturas tienen a definir la aceptabilidad social mediante una multitud de características evitables y no evitables. Esta información también puede utilizarse para calcular el riesgo de la edad de comienzo de enfermedades, lo que puede influir en la posibilidad de casarse, de obtener empleo o de asegurarse. A causa de estos riesgos es apropiada la existencia de directrices nacionales e internacionales para el uso de los análisis de predisposición.
3. El análisis de predisposición en niños puede ser problemático porque no se sabe qué opción relativa a esta información preferirían como adultos.
4. La investigación de la predisposición y el desarrollo de pruebas genéticas de predisposición presentan cuestiones de confidencialidad únicas, puesto que el acceso a los resultados puede afectar la salud del individuo y la de su familia genética.
5. El acceso al análisis de predisposición plantea problemas únicos de salud internacional, particularmente cuando el gene se ha identificado en la población de un país en vías de desarrollo. Si el acceso a esta información puede causar una diferencia importante en la longitud y calidad de vida (por ejemplo, evitando la exposición a ciertas medicinas ante un diagnóstico de deficiencia enzimática o haciendo cambios pertinentes en los hábitos) el corolario es la obligación de asegurar el acceso a la población que proporcionó la información genética.

### Recomendaciones

1. No se deberían ofrecer o efectuar análisis de predisposición sin consentimiento informado. El consentimiento informado para análisis de predisposición es distinto de otros análisis para obtener diagnósticos, dada la compleja interacción de causas genéticas y

ambientales que influyen en la aparición de una determinada enfermedad.

2. Los análisis de predisposición en la infancia deberían limitarse a aquellas condiciones en las cuales el tratamiento en la infancia influiría o mejorará significativamente la presentación de la enfermedad.
3. El consentimiento informado requiere el asesoramiento de un especialista en genética antes y después del análisis (independientemente de si se ha encontrado predisposición o no). Si no se obtiene un asesoramiento en profundidad antes del análisis se puede causar un daño personal y familiar significativo. En particular se ha de explorar con el individuo antes del análisis la influencia de la información recibida, tanto positiva como negativa, en las elecciones relativas al cuidado de la salud de sus familiares genéticos.
4. La confidencialidad del análisis y de los resultados es crítica. En casos en los que las opciones de los miembros de la familia sobre sus propios análisis se pueden predicar de los resultados de los análisis individuales la confidencialidad de la información y a quién se distribuye ha de decidirse antes de efectuar los análisis. Aún cuando se elija la confidencialidad, los individuos necesitan que un especialista les comunique que su comportamiento puede ser un signo tan claro como la revelación del diagnóstico para los miembros de su familia.
5. Los investigadores deberían ofrecer a los individuos que participan en la investigación de análisis de predisposición genética la oportunidad de establecer si ellos mismos desean información sobre los resultados, teniendo en cuenta que en muchas investigaciones el significado y precisión de los resultados puede aún estar en desarrollo. Además, los sujetos deberían tener oportunidad de señalar si miembros de sus familias genéticamente relacionados deberían tener acceso a la información, si ellos así lo desean y si esta información puede influir de modo significativo en su cuidado médico.

*Londres, junio del 2001*

## DIRECTRICES ÉTICAS RELACIONADAS CON EMBRIONES HÍBRIDOS CITOPLÁSMICOS DE ANIMALES Y HUMANOS

1. La investigación en células troncales con embriones creados mediante la transferencia nuclear de células somáticas (siglas en inglés SCNT) es una herramienta importante para investigar el comportamiento de las enfermedades a nivel celular y las posibilidades de la terapia celular con el objetivo adicional de evitar el rechazo de células donadas. Los beneficios son potencialmente mucho mayores que sólo aquellos del campo reproductivo, e implica posibles beneficios en relación con muchas enfermedades comunes tales como la diabetes o la enfermedad de Parkinson.
2. Una preocupación de importancia cuando se crean embriones de novo para la investigación con células troncales es la fuente de los ovocitos, sean o no para fines de enucleación y la transferencia nuclear de células somáticas. Existe el riesgo de que se intente utilizar la coerción o tratar de inducir a las mujeres para que donen oocitos para la investigación mediante el uso de incentivos monetarios o sociales. El procedimiento también implica ciertos riesgos para la mujer (véase la directriz anterior).
3. La investigación con embriones interespecie podría proporcionar un medio para llevar a cabo investigación con oocitos de vaca enucleados y la transferencia nuclear de células somáticas humanas. Los híbridos citoplásmicos resultantes (“cíbridos”) podría resolver el problema de la escasez de ovocitos donados para la investigación y de los riesgos mencionados con anterioridad de coerción ejercida sobre, y las complicaciones causadas a, las mujeres vulnerables.
4. Dichos híbridos citoplásmicos de animales y humano dan origen a serios planteamientos éticos relacionados con la condición de este “embrión combinado”.
5. Una preocupación social de importancia es el eventual nacimiento de dicho ente, pero es improbable que un embrión de este tipo pudiera crecer hasta convertirse en un ente total o incluso parcialmente desarrollado después de la transferencia uterina.

## Recomendaciones

1. Se debe alentar la investigación con embriones cíbridos siempre que no exista otra alternativa. Un elemento esencial para regular el uso de estos cíbridos es la restricción a un cierto número de días (14 por ejemplo).
2. Un embrión cíbrido creado para fines de investigación no debe ser transferido a un útero humano.
3. La autonomía de los donadores de células somáticas se debe respetar mediante un consentimiento informado y voluntario otorgado sobre la base de información adecuada.
4. En el caso de híbridos citoplásmicos de animales y humanos, la información proporcionada con el fin de obtener el consentimiento adecuado de los donantes o de sus representantes debe incluir elementos tanto del protocolo clínico como de la investigación, incluyendo el hecho de que es posible que se creen embriones para aislar células troncales, mismas que pueden sobrevivir al mismo donante.

*Lyon, junio de 2007*

## OBLIGACIONES PROFESIONALES RELACIONADAS CON LOS DESARROLLOS DE LA GENÓMICA Y LA PROTEÓMICA EN PRUEBAS EN HUMANOS

### Antecedentes

1. El conocimiento siempre en aumento en el área de la genética humana basada en la secuenciación del genoma, la identificación de genes y polimorfismos asociados al riesgo para una amplia gama de enfermedades en humanos, la proteómica y la epigenética que tienen una influencia sobre la expresión de esos genes, todo ello requiere una preparación profesional continua así como la participación en el desarrollo de directrices éticas y la regulación jurídica relacionados con estos desarrollos.
2. Existe un particular interés de parte de las disciplinas de la Obstetricia

y la Ginecología en los temas antes mencionados, puesto que la investigación en dichos campos tiene implicaciones para todos los aspectos de la salud reproductiva. La atención prenatal, durante el embarazo y entre embarazos afectará la programación epigenética del feto.

3. Potencialmente la capacidad de seleccionar embriones para ser usados con la presencia o ausencia de mutaciones específicas puede ser utilizada tanto para impedir una enfermedad mortal en la infancia como para evitar el riesgo de trastornos en la etapa adulta que son altamente tratables o modificables.
4. El incremento en el caudal del conocimiento representará un desafío continuo para nuestros conceptos éticos actuales y el entorno regulatorio y requerirá de reconsideración y posible modificación de las directrices éticas y de la ley.

Se recomienda que el Obstetra y el Ginecólogo y las asociaciones que los representan:

1. Participen activamente junto con los legisladores, la sociedad civil y el público en una evaluación continua del desarrollo de este campo y de las implicaciones que tiene para el establecimiento de nuevas o cambiantes directrices y leyes reglamentarias.
2. Garanticen que el carácter sensible de esta información se proteja adecuadamente mediante regulaciones sobre la privacidad y la confidencialidad que tengan un impacto sobre los datos obtenidos mediante la investigación o en ambientes clínicos.
3. Garanticen que cualquier prueba realizada en un país, ya sea a través de la internet o in situ cumplen con los requerimientos cuidadosamente explicados de asesoría así como con aquellos relacionados con la protección de los datos y los tejidos.
4. Garanticen que el uso de biobancos y otros depósitos de tejidos y plasmas se regulen y que estos tengan establecidos requerimientos que protejan la confidencialidad y reflejen a la vez la intención de los donantes de dichos bancos.
5. Garanticen que los profesionales que brindan asesoría sobre temas genéticos actualizan en forma continua sus conocimientos para

asegurar que la asesoría suministrada está actualizada y se entiende adecuadamente.

6. Eviten conflictos de interés relacionados con la comercialización, la autorecomendación para las pruebas realizadas a los consumidores y garanticen que cualquier prueba directa se apege a todas las normas éticas y reglamentarias.
7. Participen específicamente en el desarrollo de las directrices éticas profesionales internacionales y nacionales aplicables a los campos correspondientes de la profesión, tales como la reproducción asistida, la medicina perinatal y la oncología ginecológica.

*Paris, octubre de 2008*

## ASPECTOS RELATIVOS A LA CONCEPCION Y REPRODUCCION

### DIRECTRICES ETICAS SOBRE EMBARAZOS MÚLTIPLES IATROGENICOS

#### Introducción

1. En años recientes se ha apreciado un espectacular incremento de embarazos múltiples en todo el mundo. Por ejemplo, en algunos países se ha acusado el doble de nacimientos de mellizos y el cuádruple de trillizos, sobre lo registrado en los últimos veinte años. El aumento relativo de embarazos aún más numerosos ha sido todavía mayor.
2. No cabe duda de que el máximo factor determinante de este fenómeno es la ovulación producida por fármacos y la múltiple transferencia de embriones en el tratamiento de la infertilidad.
3. También se han agudizado los tratamientos de infertilidad por factores tales como enfermedades de transmisión sexual y la tendencia a embarazos en edades tardías.
4. Los embarazos múltiples conllevan consecuencias muy graves para la mujer y su progeñie, así como para la familia y la comunidad en

general, y especialmente para los recursos exigidos a los servicios sanitarios neonatales, cuando éstos son limitados o no existen.

### Recomendaciones

1. Mediante más investigaciones, debe hacerse todo lo posible para impedir la infertilidad. Es necesario impartir a tiempo información y aleccionamiento sobre los riesgos de la prevención de la infertilidad. Además se requiere urgentemente investigación y formación para mejorar los resultados de las técnicas de reproducción asistida.
1. Los facultativos deben asumir su propia responsabilidad de mejorar al máximo su proceder, con vistas a evitar embarazos múltiples.
2. Recae sobre los obstetras y ginecólogos la responsabilidad de concienciar a sus clientes y al público en general de los muchos riesgos que suscitan los embarazos múltiples, especialmente desde trillizos en adelante, por cuanto su gestión requiere una experiencia que puede no existir en algunos medios rurales y pequeñas poblaciones.
3. En caso de múltiple preñez, las parejas que busquen tratamiento contra la infertilidad deben ser informadas por escrito de los riesgos tan numerosos como complejos y de imprevisibles consecuencias para la mujer y su progeñe. Los consejos también pueden ser impartidos por equipos perinatales experimentados.
4. El uso indebido de fármacos para inducir la ovulación es el que produce mucho embarazos múltiples iatrogénicos. Por ende, no deberá proceder el uso de dichos fármacos sin previa familiaridad con las indicaciones para el mismo, sus efectos secundarios contraproducentes y los métodos para supervisar y prevenir preñeces múltiples iatrogénicas.
5. Los obstetras y ginecólogos que utilicen técnicas reproductivas asistidas, bien por inducción de la ovulación o por el transplante de ovarios deberán procurar embarazos únicos. En condiciones óptimas, deberá procederse al transplante de embriones únicos, tras disponer de un buen programa de conservación criogénica. Cabe a las organizaciones profesionales nacionales e internacionales la responsabilidad de impartir recomendaciones para fomentar los



buenos métodos de disminuir los casos de embarazos iatrogénicos múltiples. Deberán crearse centros autorizados o acreditados con certificación para que se alcancen baremos uniformes de alta calidad práctica.

6. Para supervisar y regular la práctica profesional, la auditoría de estas técnicas deberá comprender no sólo el índice de fertilizaciones conseguidas, sino también estadísticas de nacimientos con éxito de bebés vivos fruto de embarazos únicos., de la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, de los nacimientos prematuros, de poco peso de los bebés al nacer, de discapacidades a largo plazo entre la progenie y el empleo de reducciones del número de fetos. Las parejas deberán tener acceso a estadísticas homogéneas de su centro local y de estadísticas nacionales e internacionales.
7. Los riesgos para la madre y los hijos desde trillizos en adelante se deberán manifestar y debatir con la pareja. Durante el debate se deberá poner en su conocimiento la disponibilidad, práctica y consecuencias de la reducción del número de fetos.
8. Las clínicas y facultativos que discutan en público sus resultados obtenidos evitarán anunciar como un éxito los embarazos múltiples, sino mencionarlos como una complicación del tratamiento. Los medios de comunicación deberán ser informados de que la opinión profesional más autorizada considera que los embarazos múltiples son una complicación.

## Reducción del número de fetos

### Recomendaciones

1. Los embarazos múltiples de número superior a mellizos conllevan alto riesgo para la mujer y para sus fetos, pues pueden producirse partos prematuros con alto riesgo de muerte o defectos en los neonatos.
2. La prioridad clínica deberá seguir la pauta de una cuidadosa planificación y supervisión del tratamiento de infertilidad, a efectos de evitar o reducir el número de embarazos múltiples. No obstante en caso de presentarse esta situación, desde el punto de vista ético deberá

considerarse preferible reducir el número de fetos en vez de no actuar.

3. Clínicamente, la reducción del número de múltiples fetos no se considera como interrupción de la preñez, sino como un procedimiento para conseguir los mejores resultados.
4. La información que se facilite deberá incluir los riesgos que existen para las madres y los fetos en los dos casos de reducción del número de fetos o sin ella, comprendidos los de abortos espontáneos. Se debe comunicar a la pareja que, tanto si deciden reducir el número de fetos como no hacerlo, se les proporcionará el mejor tratamiento que se pueda ofrecer.

*Londres, marzo de 2005*

#### ASUNTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA DONACIÓN DE GAMETOS POR DONANTES CONOCIDOS (DONACIONES DIRECTAS)

1. Asuntos éticos relacionados con la donación anónima de gametos han sido considerados por este Comité<sup>1</sup>. Estas directivas son complementarios. Se refieren a situaciones en que los recipientes son seleccionados por personas que les son conocidas (donaciones directas). Situaciones que son poco discutidas en documentos de análisis ético.
2. Las demandas para donación directa de semen son poco frecuentes debido a la disponibilidad de técnicas micromanipulativas avanzadas para la reproducción asistida, Sin embargo, el alto costo y la poca disponibilidad de tecnologías avanzadas en apises en desarrollo son razón para demanda de donaciones directas.
3. La demanda para donaciones directas de oocitos esta en aumento, debido al numero limitado de donantes y al creciente número de mujeres que requieren donación de oocitos por falla ovárica.
4. Donaciones directas pueden solicitarse por diversas razones que incluyen el conocimiento del estado de salud, caracteres genéticos, personalidad y características sociales y culturales.

5. Muchos recipientes de donaciones de oocitos pueden tener fuertes preferencias por una conación anónima en vez de directa. Ellos parecen más inclinados a mantener la privacidad, en comparación con los que eligen un donante directo.
6. La confidencialidad difiere en donaciones directas respecto de las anonimas, porque los conocimientos relativos al origen genético del hijo potencial son conocidos no sólo por los profesionales de la salud involucrados sino que también, por lo menos, por el donante y el recipiente. En consecuencia, la confidencialidad esta determinada no sólo por la reeglamentación legal y la ética médica, sino también por las relaciones entre las partes involucradas.
7. Un hecho de la mayor importancia en las donaciones directas de gametos es la protección de los intereses del posible hijo, así como los del recipiente y las del donante y su pareja. Cuando los recipientes solicitan la donación, los consentimientos informados del donante y del recipiente deben considerar los problemas específicos que surgen del hecho que tanto el donante como el recipiente conocen el origen genético del niño. Loas relaciones entre donantes y recipientes peden ser influenciadas por la donación de muy diverss maneras.
8. De ser posible, debe ofrecerse evaluación sicológica y consejería al donante y su pareja. El impacto potencial de la relación entre donante y recipiente debe ser explorada. El donante debe estar en conocimineto acerca de cualquier plan potencial y de contactos futuros entre donante, recipiente y el niño.
9. El interés del niño requiere una profunda discusion sobre los efectos de este tipo de secreto familiar sobre su desarrollo sicológico. Como el origen genético del niño es conocido por el donante y el recipiente, el dilema de informar o no al niño es aun más difícil que en el caso de una donación anónima. Aun si la intención del recipiente es do no informar al niño, existe siempre el riesgo que la verdad sea revelada accidentalmente o por desaveniencias familiares, de una manera que no sea la más apropiada para el niño. En consecuencia, se debe alentar a las potenciales donantes y recipientes a que enfrenten las posibles consecuencias de una eventual revelación al niño, antes de iniciar el procedimiento.

10. Los potenciales donantes y recipients deben ser aconsejados para que busquen asesoría legal independiente. Se les debe alentar a que lleguen a un acuerdo formal que describa los asuntos críticos posible y los derechos y responsabilidades de todas las partes. El acuerdo debe incluir el qué hacer con los oocitos que no sean utilizados.
11. Los donantes de gametos coocidos deben ser sometidos a los mismos requisitos de selección que los donantes anónimos. Los recipients de gametos de donantes conocidos no deben tener la opción de eliminar ninguno de estos requisitos. El donante potencial debe tener el derecho a mantener la confidencialidad de esta selección. Los recipients no deber ser advertidos que la confidencialidad absoluta puede ser problemática, yq que los recipients saben de la selccion y pueden asumire que hay un riesgo de salud so la donación no es posible.
12. El consentimiento informado para una donaoon directa debe obetnerse sin al presencia del recipiente. Los médicos deben tratar de determinar si los donantes directos estan motivados pro presiones indebidas. por coerción o por beneficio financiero y, en tales casos, el médico debe rehusar a continuar con la donación.
13. El informar a los niños resultantes de donaciones de gametos directoas acerca de su origen genético es una importante protección para evitar una futura consanguinidad accidental. El médico debe asegurarse que el donante no tiene relación de consanguineidad con el recipiente de un grado que pudier configurar un incesto.

*Londres, mayo de 2000*

## SUBROGACIÓN

### Antecedentes

1. La subrogación reproductiva describe un modelo en el cual una mujer se embaraza y da a luz un bebé a nombre de una pareja en la que la mujer no está en condiciones de hacerlo, a causa de una enfermedad congénita o de una anomalía uterina adquirida, o a causa de una grave contraindicación médica para el embarazo.

2. En todos los casos, la intención es que la madre sustituta entregue al bebé a la pareja que lo encargó.
3. Algunas sociedades tienen fuertes reservas sobre la práctica de la subrogación y la consideran ilegal. En otros países, el proceso cuenta con el apoyo de una legislación específica, lo que permite que la pareja comitente obtenga la patria potestad del bebé.
4. En la práctica, la subrogación puede implicar una mujer sin vínculo genético alguno con el futuro niño, donde el embrión se concibe con los gametos de los padres comitentes, inseminación artificial in vitro, FIV (o subrogación plena), o una mujer que también proporciona su ovocitos (o subrogación parcial), o tiene parentesco con uno de los padres. Otras posibilidades incluyen la adición de gametos donados por cualquiera de ambos.
5. La mujer subrogada se somete a riesgos durante el embarazo, similares a los de cualquier otra mujer embarazada (aborto involuntario, embarazo ectópico, u otras complicaciones del embarazo común), que podrán incrementarse en caso de embarazo múltiple cuando se emplea la FIV para crear el(los) embrión(es). Las reacciones psicológicas pueden complicar esto aún más, causando depresiones por la entrega, sufrimiento y dolor, e incluso la negativa a entregar al niño.
6. Los padres comitentes sufren a causa de infertilidad intratable, y, en general, consideran que la subrogación constituye su última oportunidad de lograr la crianza de hijos vinculados genéticamente con uno o ambos padres.
7. Sólo se da un corto seguimiento y un somero estudio psicológico de los niños nacidos por subrogación, y de las familias involucradas, incluidas las repercusiones sobre otros hijos que la sustituta pudiera tener. Los daños potenciales para la descendencia incluyen las secuelas y complicaciones de los embarazos múltiples en los niños sobrevivientes, así como las cuestiones relacionadas con la donación de gametos (anonimato y apertura) y su efecto sobre el bienestar psicológico del niño. Aclarar la situación legal de la madre sustituta, también conocida como madre gestacional, así como de los padres comitentes deben encararse cuidadosamente y con anterioridad a

cualquier transferencia de embriones o gametos. En particular, el abandono del niño por los padres comitentes y/o por la portadora gestacional, en caso de complicaciones inesperadas o defectos congénitos, debe ser abordado antes de la concepción.

8. En general, se acepta que los gastos directamente relacionados con el embarazo, y la pérdida de ingresos debido al embarazo sean compensados. Ofrecer o hacerle pagos desproporcionados a la madre sustituta corre el riesgo de ser considerado influencia desmedida sobre mujeres vulnerables, y potencialmente puede conducir a la explotación comercial, en especial, el reclutamiento de mujeres provenientes de un ambiente de carencias. También debe considerarse la cuestión de la coacción familiar: es esencial que se proporcionen asesoría y consejo por separado para la madre sustituta y para los padres comitentes.
9. A menudo se establecen contratos entre los padres comitentes y la madre sustituta, responsabilizando a las partes de sus respectivas obligaciones: la madre sustituta, a comportarse de manera responsable durante el embarazo, a fin de reducir al mínimo los riesgos para el futuro niño, con respecto al consejo nutricional acostumbrado y con los exámenes prenatales, por ejemplo; y los futuros padres comitentes, para que asuman su responsabilidad paterna hacia el niño, independientemente de las circunstancias y salud en caso de anomalías congénitas, por ejemplo.
10. Finalmente, la madre sustituta que da a luz al bebé puede tener derecho a conservarlo en algunas jurisdicciones aun cuando la patria potestad le haya sido concedida legalmente a los padres comitentes. Más aún, ella también tiene derechos jurídicos durante su embarazo donde su integridad física es primordial. Nuevamente el asesoramiento apropiado de todas las partes es esencial para asegurarse una vez más que todas las partes estén conscientes de sus responsabilidades, así como de sus derechos en este contrato que celebran, comprometiéndose también con el bienestar del futuro niño en la ecuación.
11. La franqueza sobre el modo de concepción por medio de cualquiera de los métodos de la tecnología de reproducción asistida (TRA) se ha hecho más común desde su creación, sin evidencia de detrimento, con

la ventaja de evitar que se revelen secretos en momentos de estrés o angustia, y además con el posible interés de que el niño(a) tenga conocimiento de sus antecedentes genéticos. La complejidad adicional que presenta la subrogación parcial, en comparación con la subrogación plena en la que los padres comitentes son también los padres genéticos, hace que la subrogación plena sea la opción preferible.

12. Generalmente se acepta, en aquellos lugares donde la subrogación sea legal, a fin de evitar conflictos de intereses que podrían ocasionar presión desmedida o coacción, que el cuidado de la madre sustituta y de los padres comitentes se lleve a cabo por distintos equipos médicos.

### Recomendaciones

1. La subrogación es un método de TRA reservado para ser empleado únicamente por indicaciones médicas. Es inaceptable utilizarlo por razones sociales.
2. Debido a la posibilidad de que la madre sustituta sienta una liga psicológica con su embarazo por encargo, sólo la subrogación plena es aceptable. Además, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para reducir la posibilidad de embarazo múltiple, con el consiguiente riesgo para la madre sustituta y los futuros bebés.
3. La autonomía de la madre sustituta debe ser respetada en todas las etapas, incluida la adopción de cualquier decisión sobre su embarazo que pudiera entrar en conflicto con los intereses de los padres comitentes.
4. El acuerdo de subrogación no debe ser comercial, y mejor aún, debieran ser concertados por organismos sin fines de lucro. Debe prestarse especial atención a los acuerdos de reproducción transfronterizos, pues existe un mayor riesgo de influencia desmedida sobre mujeres pobres por parte de ciudadanos de países ricos.
5. La pareja comitente y la potencial madre sustituta deben recibir asesoramiento total independiente, y por separado, previo a su acuerdo, y deberán ser alentados a abordar la cuestión de la eventual divulgación al niño antes de realizar el procedimiento acordado. El

asesoramiento debe incluir los riesgos y beneficios de la técnica a utilizar, y del embarazo, incluido el diagnóstico prenatal. Dicho asesoramiento debe basarse en hechos, ser respetuoso de la opinión de la mujer, y no ser coercitivo.

6. Cuando no exista una legislación nacional, los prospectivos padres comitentes y madre sustituta debieran ser alentados a buscar asesoramiento jurídico independiente. Se les debe instar a concertar un acuerdo de consentimiento que aborde los temas críticos involucrados y delimite los derechos y responsabilidades de las partes. La disposición de todos los embriones no utilizados deben ser objeto del acuerdo.
7. Si la subrogación se lleve a cabo por médicos individuales, ésta deberá ser aprobada por un comité de ética y practicada sólo bajo estricta supervisión médica.
8. Cuando la práctica se realice, se deberá observar un respeto absoluto de las leyes del país y los participantes deberán ser plenamente informados de su situación jurídica.
9. Se deben conducir mayores investigaciones sobre la coerción y el daño colateral a individuos tales como los actuales hijos de la madre sustituta para entender los daños o beneficios de este modelo de reproducción.

*Lyon, junio de 2007*

## TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PRE-NATAL

### Antecedentes

1. El tamizaje y diagnóstico pre-natal han comenzado a ser parte de la rutina del cuidado prenatal en países con altos recursos económicos.
2. Las técnicas varían, se ofrece en el primer trimestre tamizaje a través de pruebas sanguíneas y ecografías, en el segundo trimestre ecografía. La biopsia de vellosidad coriónica, la amniocentesis y la cordocentesis también son opciones posibles que son usadas más para diagnóstico que para tamizaje.



3. Diagnóstico genético pre-implantacional y el tamizaje genético pre-implantacional son las formas más recientes de hacer pruebas prenatales directamente practicadas al embrión *in vitro*, siendo así, un estadio más temprano que el diagnóstico prenatal dado que se realiza antes de establecerse el embarazo. Generalmente se utiliza cuando se tiene conocimiento de enfermedades genéticas familiares para quienes se ofrece la técnica. Para ello se requiere de tratamiento de fertilización *in vitro* para la creación de varios embriones para estudio y así poder transferir los embriones libres de la enfermedad genética por la cual fue solicitada la prueba.
4. Los avances recientes han sido múltiples e incluyen un incremento en la agudeza diagnóstica del ultrasonido y en la posibilidad de pruebas diagnósticas pre-natales no invasivas en sangre materna como es la determinación de ADN o ARN fetal en la sangre materna después de la 6/8 semana de gestación. Actualmente esta técnica es utilizada principalmente para la determinación del sexo fetal ante la posibilidad de enfermedades genéticas ligadas al sexo y para el diagnóstico de incompatibilidad por Rh
5. La información obtenida por todas estas técnicas deben llevar a dar consejería sobre continuar o terminar el embarazo, transferir o no los embriones afectados en caso de IVF-ET o para ajustar estilos de vida futuros. Ciertamente el beneficio potencial del tamizaje y diagnóstico pre-natal es la posibilidad de optar por una terminación legal del embarazo cuando la mujer lo decide o para prepararse para el nacimiento de una recién nacido/a con una enfermedad severa.
6. Cuando un embarazo es terminado sobre la base del conocimiento de una seria enfermedad en el feto, o el embrión no es transferido después de una diagnóstico genético preimplantacional, existiría entonces, un riesgo potencial de daño por la discriminación implícita contras las personas que viven afectadas por la severa anomalía, que llevó o bien a la terminación del embarazo o a la no transferencia del embrión. Muchas familias, aunque no comparten este prejuicio, prefieren tener un hijo/a sana. La terminación del embarazo o la no transferencia embrionaria ha sido la opción escogida por padres que sienten que la carga impuesta por una anomalía o enfermedad seria para el niño/a, no es tolerable para ellos como padres, frecuentemente

cuando han visto el sufrimiento de alguien afectado por la misma enfermedad.

7. Procedimientos para el diagnóstico prenatal como la biopsia de vellosidad corial, amniocentesis y la cordocentesis, representan un riesgo para el feto, con un riesgo bajo de pérdida del embarazo. Otro riesgo con todas las técnicas es la ocurrencia de un falso positivo o negativo, que debe ser cuidadosamente auditado con el diagnóstico final después del parto o el aborto. Similar auditoría debe hacerse a los diagnósticos hechos por Diagnóstico genético pre-implantacional y a las pruebas de diagnóstico pre-natal no invasivas.

### Recomendaciones

1. Antes de consentir la práctica de procedimientos de diagnóstico o tamizaje prenatal, la mujer debe estar informada y aconsejada en términos de lo que la evidencia ha demostrado y se debe ser respetuoso de los puntos de vista de la mujer sobre los riesgos y beneficios de la técnica propuesta, y de la posibilidad de producirse un falso positivo o negativo en los resultados. Cuando esta disponible, la alternativa de la fertilización *in vitro* (IVF), deben también mencionarse los riesgos específicos de la técnica.
2. No se debe negar la disponibilidad de la opción del diagnóstico prenatal a las mujeres, simplemente porque se conoce que no estarían de acuerdo con la opción de una terminación del embarazo. Ni tampoco estas técnicas debe estar basadas en objetivos sociales o financieros.
3. El diagnóstico prenatal puede ser resultado del uso específico y deliberado de procedimientos diagnósticos o del tamizaje rutinario del control prenatal como puede ser la ecografía y otras pruebas de tamizaje. Se necesita entonces, de igual forma dar información y obtener consentimiento para la práctica de todas las técnicas.
4. Cuando las mujeres dan su consentimiento para el uso de procedimientos diagnósticos prenatales, se les debe preguntar anticipadamente, si ella desea que alguna información subsiguiente sea mantenida en reserva para ella misma y/o para otros durante el

resto del embarazo. Dicha información puede ser por ejemplo el sexo del feto o cualquier enfermedad específica o malformación.

5. Toda la información derivada del tamizaje prenatal o de las pruebas diagnósticas es confidencial para la mujer embarazada. Ella autónomamente decidirá sobre el futuro de su embarazo dentro de los límites de la ley. En los casos ideales, ella compartirá esta información con el futuro padre para poder juntos tomar la decisión sobre el futuro del embarazo.
6. La información sobre el sexo y el estado del feto, cuando esta disponible, debe ser accesible a todas las mujeres embarazadas que así lo soliciten. Sin embargo la selección por sexo es una preocupación ética particular cuando esta es impulsada por los diferentes valores asignados a cada sexo o cuando aumenta de forma insidiosa los estereotipos de género (Ver la recomendación sobre Selección de Sexo por razones no médicas).
7. Servicios estándares de cuidado prenatal y atención de parto, deben estar disponibles para todas las mujeres, aun cuando haya sido diagnosticada una anomalía.
8. En búsqueda y mantenimiento de la equidad, es importante que los servicios diagnósticos estén tan ampliamente disponibles como sea posible.

*Londres, marzo de 2012*

### ASPECTOS ÉTICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH Y REPRODUCCIÓN

1. La infección por VIH es una enfermedad transmisible con profundas implicaciones psicológicas, sociales, para la salud de la mujer, su compañero y su familia al igual que para los profesionales de la salud y la sociedad. Sus características incluyen un periodo de latencia prolongado, altas tasas de morbilidad y mortalidad a menos que haya un tratamiento apropiado y finalmente un estigma social. Por ahora no hay vacuna ni tratamiento curativo, pero ésta infección bajo tratamiento médico, se convierte en una infección crónica seria, con síntomas controlados. La infección por VIH se transmite sexualmente

y la persona infectada esta en disposición de infectar a todos sus compañeros sexuales. También ocurre transmisión vertical de la madre al feto o al neonato en durante la lactancia. La incidencia de esta transmisión vertical se reduce con terapia medicamentosa.

2. Estas características llevan directamente a enfocarse en un conflicto ético entre el derecho a la privacidad del paciente y su confidencialidad y la necesidad de proteger a sus compañero sexuales, el grupo de profesionales de la salud y la salud pública son otro nivel de conflicto teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad seria, incapacitante y transmisible.
3. Dado que la enfermedad tiene la potencialidad de alcanzar proporciones epidémicas, el considerar la priorización del control de la infección para toda la población lleva a un conflicto con los límites de los derechos individuales. Adicionalmente los programas educativos agresivos y otras medidas que pueden ser consideradas obligatorias como el tamizaje pre-natal y la divulgación confidencial del estado al compañero sexual y a los profesionales de la salud a cargo y en riesgo de exposición, también llevarían a la posibilidad de invadir esos límites de los derechos individuales. Los oficiales de salud pública deben tener información sobre cuantos individuos son seropositivos.
4. Las personas que son informadas de su estatus seropositivo, pueden presentar séquelas psicológicas severas, incluyendo el temor a graves problemas de salud. Mas aún la discriminación basada en la seropositividad para vivienda, trabajo o acceder a seguros, existe. Los profesionales de la salud están en la obligación no solo de proveer consejería individual, tranquilidad y cuidado a los pacientes sino también incidir públicamente para protegerlos de acciones punitivas o injustas.
5. Mientras se considera la importancia de mantener la privacidad y la confidencialidad del paciente, existe la responsabilidad ética de éste de prevenir el riesgo de contaminación a otros. Se debe obtener un consentimiento informado antes de hacer la prueba de infección por VIH y de la entrega de los resultados. Todos los esfuerzos deben ser hechos a través de consejería para informar al paciente de la responsabilidad individual hacia otros, destacando la importancia de

utilizar la información de su estatus para proteger compañeros sexuales y el grupo de profesionales de la salud. En el caso que no se consiga el consentimiento informado con estas características y el riesgo de transmisión es alto, previa consulta se puede omitir el principio de confidencialidad.

6. La tecnología de reproducción asistida requiere de la donación electiva de gametos, embriones o subrogación uterina. Dada la característica electiva de ésta tecnología, se debe hacer consejería confidencial y pruebas para los posibles donantes o para mujeres que realizarán la subrogación uterina, para incluir, como elegibles, solamente aquellos con estatus negativo para infección por VIH, protegiendo de esta forma los intereses de aquellos que estarían en riesgo no justificado de exposición al VIH, incluidos los potenciales niños/as.
7. Lactancia: en sociedades donde existen alternativas seguras accesibles para alimentar los neonatos, sería no ético para la madre infectada por VIH, lactar a su hijo/a. En circunstancias donde los riesgos de una alimentación alternativa son altos, se debe balancear los riesgos y podría ser éticamente justificada la lactancia.

*Londres, marzo de 2012 (actualizado)*

## VIH Y TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

### Antecedentes

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2009, 33.4 millones de personas en el mundo estaban viviendo con VIH, de las cuales, cerca de la mitad son mujeres, principalmente en edad reproductiva. El desarrollo de terapias antiretrovirales (ARV) efectivas ha llevado a un incremento en la esperanza de vida y mejoría en la calidad de vida de las persona infectadas con VIH y adicionalmente la reducción significativa en la transmisión perinatal del virus, han cambiado las limitaciones reproductivas de los pacientes con esta seria enfermedad viral.
2. El riesgo de transmisión madre hijo, puede reducirse del 15 a 35% a

un 2% con el tratamiento ARV, particularmente durante el tercer trimestre del embarazo, con un parto planeado.

3. En los países con recursos, el único aspecto que ha traído el exitoso tratamiento con ARV, es un aumento importante en el número de hombres y mujeres infectados por el VIH que buscan, asesoría y asistencia reproductiva para lograr una concepción segura. La reproducción asistida para parejas VIH positivas se debe restringir únicamente para centros especializados. Sin embargo cuando la infección avanza a SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana), los riesgos y el pronóstico comienzan a ser serios y no se debe considerar la reproducción asistida.
4. El hecho que los mayores del VIH, recaiga en países con recursos limitados y que no pueden pagar los beneficios del tratamiento ARV es una preocupación ética importante. En los países de escasos recursos, además se suma la baja disponibilidad de los servicios médicos. Además en éstos países el riesgo de transmisión paciente-personal de salud y viceversa y la transmisión madre-hijo es aún mayor dada la limitada disponibilidad de los servicios de prevención de la transmisión.
5. Muchos son los factores que deben ser considerados cuando se tome la decisión de ofrecer un tratamiento de fertilidad a una pareja infectada. Esto incluye el riesgo de transmisión horizontal al miembro de la pareja no infectado, la esperanza de vida del infectado, el nivel de cumplimiento del paciente, los comportamientos de alto riesgo y los estilos de vida y finalmente la red de soporte en caso que el o la paciente están severamente enfermos o mueran.
6. La educación sobre prevención y transmisión viral es de vital importancia, incluyendo a los proveedores de servicios, personal de laboratorio, personal de apoyo etc. Educación para conocer las medidas preventivas, como tener coito protegido todo el tiempo, la inseminación intrauterina con semen lavado u otras técnicas son de alta importancia.
7. Los centros de atención deben considerar la posibilidad de tener salas y laboratorios separados para la atención de pacientes infectados con el VIH y los no infectados, teniendo en cuenta, obviamente, los

riesgos sobre los recursos y el desarrollar estigmatización sobre los pacientes.

### Recomendaciones

1. Se deben concentrar esfuerzos para convencer a las mujeres y los hombres en edad reproductiva para que reconozcan los beneficios de conocer su estatus frente a la infección por VIH.
2. Es esencial ofrecer consejería adecuada a la mujer (y al hombre) con VIH o su compañero o compañera VIH positivo que desean reproducirse, sobre su estado de salud, de estado del otro miembro de la pareja y cómo se protegerá la salud de hijo futuro. El tratamiento con reproducción asistida para parejas seropositivas significa, es quien puede reducir el riesgo de exposición de la mujer y el feto, por lo tanto es éticamente indicado el la técnica para cada caso en particular.
3. El acceso a los tratamientos con ARV, a las técnicas de reproducción asistida para todos los grupos poblacionales que sufren de la infección por VIH y de seropositivos debe ser de forma equitativa.
4. Cualquier restricción que se presente al acceso a los tratamientos de reproducción asistida deben ser claramente justificada para que no vaya a ser basada en discriminación. Las mujeres, incluidas las trabajadoras sexuales, tienen el derecho humano a tomar decisiones sobre su comportamiento sexual.
5. La información pública y el acceso a los servicios y programas de prevención de la infección por VIH a mujeres y hombres, en todos los momentos de su vida reproductiva, debe ser de suma importancia y requiere que sea una preocupación de todas las sociedades miembros y de los profesionales individualmente.
6. La prevención – a través de información sobre comportamientos de riesgo – es esencial. La necesidad de un comportamiento responsable para prevenir la diseminación del virus, la transmisión al futuro hijo/a, incluye la necesidad de aceptar el recibir tratamiento ARV durante el embarazo, debe estar claramente enunciada.
7. Los profesionales de la salud, deben asegurar que ellos, sus colegas, el personal de laboratorios, tiene el entrenamiento y el conocimiento y

además que en el momento están aplicando ese conocimiento, para la prevención de la diseminación de la infección por VIH y otras a muestras de laboratorio no infectadas. Los proveedores de servicios seropositivos tiene la obligación de asegurar que están tomando las precauciones necesarias para no poner los pacientes en riesgo.

*Londres, marzo de 2012 (actualizado)*

### ASPECTOS ETICOS DE LA CONSERVACION CRIOGENICA DE OOCITOS Y OVARIOS FEMININOS

El tema de la supervivencia al tratamiento del cáncer a largo plazo durante la infancia y en los años reproductivos de la mujer se está haciendo muy común por causa del deseo de conservar la fertilidad con vistas a futuros alumbramientos. Aunque es posible el almacenamiento y fertilización de embriones in vitro para que opte a ella una pequeña proporción de mujeres con compañeros conyugales y disponibilidad de recursos económicos, el éxito cada vez mayor de la conservación y transplante criogénico de ovarios y oocitos, ofrece un abanico más amplio de opciones de cara al futuro.

También deben considerarse los asuntos subyacentes del acceso, coste y eficacia que se derivan de la donación de esperma para la conservación criogénica de oocitos y ovarios. La cuestión de dar esperanzas infundadas en el tratamiento del cáncer, tales como que un individuo podrá sobrevivir para contemplar su propia progenie, presenta problemas éticos para los adultos que contemplan esta opción. Los problemas de ética se complican cuando los padres intentan suplantar a sus hijos en la toma de decisiones.

El tratamiento del cáncer es el fin médico, y los riesgos de retrasarlo para inducir el estímulo y recolección de ovarios o su transplante deben considerarse cuidadosamente sin que repercutan perceptiblemente en tal tratamiento.

La estimación del éxito a largo plazo de la conservación de la fertilidad dependerá de la naturaleza y duración del tratamiento del cáncer. Algunos tratamientos resultarán en la irradiación del útero o su extirpación, no dejando al paciente otra opción que la delegación de la preñez como único medio de transmitir sus gametos. Esto se debe tomar en cuenta al debatir estas técnicas.



## Recomendaciones

1. Siempre que las condiciones de la mujer lo hagan practicable, la técnica más normalizada y eficaz se debe ofrecer en plan de FIV o de congelar embriones.
2. Por el momento, la conservación criogénica del tejido de los ovarios y oocitos sólo ofrece una eficacia bastante incierta. El acceso a tales técnicas innovadoras debería limitarse a condiciones de investigación de esmerado diseño, con eficaz evaluación de resultados.
3. En los experimentos en que todavía son insuficientes la experiencia o investigación acumuladas, los médicos tienen una mayor obligación de enmarcar las ventajas y riesgos, de forma que los padres y otros individuos comprendan que las ventajas esperadas nunca han de ser posibles de alcanzar.
4. Los médicos tienen la obligación de llevar las investigaciones hasta su punto de éxito y eficacia, junto con la averiguación de sus posibles riesgos, tales como la transmisión de células malignas en los tejidos tratados criogénicamente conservados, es decir, en la conservación criogénica de oocitos y ovarios.
5. Claridad sobre los costes, comprendido el de almacenamiento a largo plazo; asimismo deben trazarse plazos de tiempo para uso o destrucción, que deberán anunciarse al comenzar a considerar estas opciones.
6. El cáncer puede presentarse en cualquier momento de la vida de una persona, por lo que es importante la claridad de las disposiciones relativas a la conservación criogénica. En primer lugar, cuando el cáncer afecte a adultos. En este caso, el afectado tendrá derecho a dar o no dar su consentimiento a la conservación, siempre que sea legalmente competente para tomar tal decisión. Cuando no lo sea, a menos que la ley le otorgue un representante con la debida autoridad para tomar la decisión en su nombre, no se permitirá el almacenamiento de sus tejidos. Cuando se trate de un niño muy pequeño, corresponderá a los padres la toma de decisiones en pro de los mejores intereses del niño. Sea o no ventajosa para el niño la posible conservación de la capacidad futura de su reproducción, será materia de discernimiento. En su decisión, los padres habrán de

sopesar los riesgos inmediatos de la obtención de oocitos u ovarios frente a la conservación de la futura reproducción para sus hijos. A la hora de retirar y guardar los tejidos, deberá ofrecerse suficiente información a la persona joven cuando llegue a una suficiente madurez para decidir. No deberá presumirse que las personas cancerosas por debajo de la edad de decisión pero próximas a ella no son capaces de formar sus propios juicios. Los jóvenes con madurez suficiente suelen encontrarse en las mejores condiciones para tomar decisiones y se les debe permitir hacerlo si comprenden la información pertinente para basar en ella su decisión.

7. Como el cáncer puede acaecer en cualquier edad, lo médicos deberán ser muy conscientes de la capacidad de consentimiento a la conservación criogénica dentro de la legalidad.
8. El deseo de tener hijos en el futuro no debe limitarse a los que poseen medios u oportunidades basados en su economía o situación geográfica para tener acceso a ellos. Los médicos tienen la obligación de hacerse una base de pruebas sobre la que desarrollar el programa de aportación de fondos.

*Londres, marzo de 2005*

## DIRECTRICES ETICAS SOBRE LA INFERTILIDAD IATROGENICA Y AUTOINDUCIDA

### Antecedentes

1. La infertilidad iatrogénica es la causada por los actos de los médicos, comprendidas las reacciones ante medicamentos recetados o tratamientos clínicos o quirúrgicos. La infertilidad también puede resultar de daños producidos por otros o por la misma paciente sobre sí.
2. Los tratamientos perjudiciales y la gestión indebida de distintas prácticas, tales como la mutilación genital femenina, la fistula obstétrica, métodos populares de tratar la infertilidad, la hidrotubación y la cirugía pelviana innecesaria pueden resultar en adherencias en la pelvis, causantes de infertilidad iatrogénica.

3. En los países desarrollados, la infertilidad iatrogénica se estima culpable del 5% de la infertilidad masculina y femenina. En los países en vías de desarrollo se estima que la proporción de infertilidad iatrogénica y autoinducida es superior a la de los desarrollados. Esto puede deberse a algunas costumbres culturales y ancestrales para el tratamiento de la infertilidad, tales como la mutilación genital femenina y una mayor prevalencia de la fístula obstétrica y de las sepsis siguientes a distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos contra la infertilidad, tales como la inseminación intrauterina y, en algunos casos, la recolección de oocitos en las técnicas de reproducción asistida.
4. La infertilidad iatrogénica puede presentarse como efecto secundario de distintas prácticas obstétricas y ginecológicas, tales como la histerectomía para hemorragias posteriores al parto, raspados excesivos, radio y quimioterapia para distintas enfermedades malignas durante la infancia y edad reproductiva, extensa cirugía, enfermedades benignas o malignas del útero u ovarios, adherencias postoperatorias para cirugía de la pelvis y extensas perforaciones ováricas en pacientes con síndrome policístico ovárico.

### Directrices

1. En algunas circunstancias no se puede evitar la infertilidad iatrogénica, pues se presenta como efecto secundario de procedimientos médicos o quirúrgicos. En tales casos, constituye deber para los obstetras y ginecólogos tomar todas las medidas necesarias para aminorar la presentación de tales casos. Los obstetras y ginecólogos deben garantizar que las mujeres sepan los riesgos que corren.
2. Los ginecólogos y cirujanos que practiquen cirugía pélvica en jovencitas y mujeres jóvenes en la edad de reproducirse deben recordar que la utilización de técnicas y precauciones microquirúrgicas resultan en una reducción al mínimo de la formación de adherencias pélvicas.
3. Los ginecólogos y cirujanos deben recordar asimismo que todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos de la infertilidad deben seguir técnicas estrictamente asépticas, por sencillos que sean.

4. Aunque las barreras contra la prevención de adherencias son capaces de reducirlas después de operaciones quirúrgicas, no eliminan del todo la formación y reformación de adherencias. Se debe fomentar la investigación médica para prevenir dichas formaciones y sus reproducciones.
5. Cuando sea posible, deberán ofrecerse a las pacientes con hemorragia posterior al parto otras alternativas de tratamiento de que se pueda disponer, tales como con prostaglandinas, ligamento de los vasos ilíacos o embolización de los vasos uterinos o bien la sutura de Lynch, antes de someter a las pacientes a histerectomía como último extremo.
6. Siempre que sea posible, a las mujeres jóvenes que no hayan terminado de formar su pleno hogar familiar y sufran de enfermedades benignas de los órganos reproductores, deberán dispensárseles alternativas técnicas conservadoras de la fertilidad y cirugía tendente a preservarla.
7. Los pacientes con formas tempranas de enfermedades malignas en sus órganos reproductores y que no hayan podido formar un hogar familiar pleno, deberán ser aconsejados sobre las alternativas que ofrece la cirugía, a partir de los hallazgos en este campo. Si optasen por conservar su fertilidad, deberá concertarse un constante seguimiento de su estado.
8. Deberán tomarse medidas para prevenir los riesgos de fallos ováricos prematuros. Esto podrá conseguirse antes de recurrir a la radio o quimioterapia de estados malignos, mediante la transposición ovárica o la conservación criogénica de embriones, oocitos o tejido ovárico. Cuando pueda hacerse, el subsiguiente autoinjerto de cualquier tejido ovárico, embriones o gametos descongelados tras su conservación criogénica deberá debatirse con los pacientes y/o sus padres o tutores, comprendidos los riesgos probados.
9. Se deberá hacer el máximo esfuerzo para practicar los mejores tratamientos obstétricos de las mujeres, especialmente en regiones con escasos recursos. La mejora de los tratamientos pre y perinatales de las embarazadas y la disponibilidad de los tratamientos obstétricos

de emergencia contribuirán a impedir la fístula obstétrica, que resultaría en infertilidad iatrogénica.

10. La dotación de decisión a las mujeres y la formación sanitaria del público sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva – en especial de las niñas en edad escolar, así como el asesoramiento prematrimonial, los peligros de los métodos ancestrales, el aborto con riesgos, la fístula obstétrica y la mutilación genital femenina también deberán contribuir a aminorar la infertilidad iatrogénica o de otra clase.

*Londres, marzo de 2006*

## CENTROS DE FERTILIDAD Y QUIÉN DEBE TENER ACCESO A ELLOS

### Antecedentes

1. Es una particularidad de los tratamientos de fertilidad que la existencia de otra persona (el futuro niño), cuyo bienestar debe ser tomado en consideración, es esperada y planificada. Esto significa que la autonomía del paciente debe contrabalancearse con la responsabilidad para con el futuro niño.
2. En raras ocasiones la autonomía del paciente puede entrar en conflicto con el bienestar del futuro niño. Tales ocasiones incluyen aspectos de las circunstancias presentes o pasadas del paciente o de su pareja que puedan tener como resultado la incapacidad de cuidar, durante su infancia, del niño que está por nacer.
3. Tales aspectos pueden incluir: condiciones mentales o físicas, tales como una enfermedad crónica o que pone en peligro la vida (sida, cáncer, afecciones genéticas...) el abuso o dependencia de drogas o del alcohol.
4. Otro aspecto es la posibilidad de que el futuro niño pueda sufrir un trastorno médico de gravedad, incluyendo trastornos genéticos.
5. Se puede requerir el apoyo de un equipo multidisciplinario incluyendo el de asesores. El bienestar de cualquier niño existente que

pueda verse afectado por el nacimiento programado también debe tomarse en cuenta antes de proporcionar cualquiera de los servicios de tratamiento.

6. No debe contemplarse el proporcionar cualquier tratamiento autorizado a una pareja, sin contar con el consentimiento por escrito de ésta sobre ese tratamiento específico. El consentimiento por escrito se obtiene después de explicar la naturaleza y los aspectos prácticos del tratamiento y de garantizar que se han entendido. El tratamiento debe suspenderse en caso de que se exprese el desacuerdo, una vez que este ha sido iniciado.

### Recomendaciones

1. Las decisiones relacionadas con el tratamiento o la negativa a proporcionar tratamiento a los pacientes deben reflejar el equilibrio entre la autonomía del paciente y la responsabilidad del paciente para con el futuro niño.
2. La tecnología en reproducción asistida (siglas en inglés: ART) no debe ser utilizada en cualquier persona que sea incapaz de otorgar un consentimiento válido, o que no ha otorgado un consentimiento válido para el examen y el tratamiento, o para el almacenaje y uso de gametos o tejidos reproductivos, cuando esto es requerido.
3. Los centros de fertilidad deben tratar todas las solicitudes de reproducción asistida con equidad y sin discriminar por cualquier motivo, tal como el estado civil o la orientación sexual.
4. Se debe alentar a los médicos clínicos a que se nieguen a iniciar una opción de tratamiento que ellos consideren inútil siempre que hayan informado al paciente que ellos consideran que tal opción es inútil.
5. El bienestar del futuro niño debe ser considerado como esencial, lo que puede implicar que se rechace la solicitud del paciente prospectivo a recibir el tratamiento. No es ético crear intencionalmente a un niño con una discapacidad y los centros pueden rechazar una solicitud en este sentido.
6. Se debe alentar a los médicos a negarse a iniciar una opción de tratamiento si ellos consideran que el pronóstico es malo, siempre que

informen al paciente plenamente y refieran al paciente a otros especialistas, en caso de ser adecuado.

7. El garantizar altas tasas de éxito como resultado de negarse a tratar pacientes cuyo pronóstico es malo debe considerarse como una acción no ética, aunque la edad puede ser utilizada como limitante, especialmente en sistemas de salud financiados con fondos públicos, cuando una tasa baja de éxito hace que el tratamiento sea casi inútil.

*Paris, octubre de 2008*

## TRANSPLANTE DE ÚTERO

### Antecedentes

1. La incidencia general de la infertilidad por factor uterino es aproximadamente del 3–5% de la población general. La adopción o la gestación sustituta están disponibles para resolver el problema de la carencia de hijos para este grupo. Sin embargo, existe un grupo de mujeres para las cuales la adopción o la gestación sustituta están prohibidas por motivos personales, sociales o religiosos. Para estas mujeres, el transplante de útero puede constituir una opción para lograr la fertilidad.
2. La investigación piloto sobre aloinjertos estables de largo plazo en animales de gran tamaño llevada a cabo para estudiar los regímenes inmunosupresores ha documentado embarazos exitosos posteriores al transplante uterino singénico en modelos animales tales como ratones, perros, ovejas, cabras y cerdos. Recientemente, se han utilizado con éxito modelos de primates no humanos y ovejas con anatomías análogas a las del ser humano con notables excepciones para avanzar en la investigación de la posibilidad del transplante de útero en humanos.
3. Esta investigación conducida por muchos grupos en todo el mundo se ha convertido en un tema del debate ético, puesto que puede intentarse en humanos en caso de demostrar ser exitosa. La receptora del útero y su pareja serán los padres genéticos del niño que nacerá.
4. El transplante de útero no es un procedimiento para salvar la vida, a

diferencia del trasplante de otros órganos. No ofrece una mejora en la supervivencia y la calidad de vida. Satisface el deseo de la paciente de gestar su propio hijo biológico, a la vez que implica un riesgo potencial sustancial tanto para la madre como para el niño.

5. Si el útero donado es removido de una donante viva se requiere de cirugía relativamente mayor que conlleva su propio riesgo de complicaciones.

### Directrices

1. El trasplante de útero, que puede llegar a la etapa de experimentación clínica en humanos, sólo debe ocurrir una vez que se haya llevado a cabo una investigación significativa y adecuada con modelos apropiados de animales de gran tamaño incluyendo primates.
2. Lo que están dispuestas a hacer algunas mujeres para obtener un trasplante de útero, incluso cuando tienen a su disposición alternativas tales como la adopción y la gestación sustituta en algunas culturas, puede llevar a que los investigadores incurran en conflictos de interés o que se ejerza presión sobre ellos para que avancen prematuramente a la aplicación en humanos.
3. No es ético el remover un útero de una mujer joven que no ha terminado de tener el número de hijos deseado o un útero que presenta malformaciones.
4. Dada la falta de datos sobre la seguridad y los peligros conocidos para las donantes vivas, el procedimiento es considerado éticamente inapropiado.

*Paris, octubre de 2008*



ASPECTOS RELATIVOS AL EMBARAZO,  
LA MATERNIDAD Y EL FETO

## MUERTE CEREBRAL Y EMBARAZO

## Antecedentes

1. El trauma cerebral en el embarazo, puede ser más frecuentemente por accidente o por anomalías intracraneanas como rupturas de aneurismas que causan hemorragia o isquemia. Esto puede llevar a la muerte cerebral materna.
2. La muerte cerebral implica absoluta e incontrovertible cesación total de las funciones cerebrales, incluidas las funciones del tallo cerebral. Si se quiere mantener las funciones somáticas, es necesario iniciar terapia de soporte ventilatorio y circulatorio. Una mujer embarazada, diagnosticada con muerte cerebral, es considerada muerta, y solo se justifica el mantener soporte somático mientras se implementan estrategias por el bien fetal, siempre y cuando se espere que este en general normal al momento del nacimiento, sin secuelas que le puedan inducir discapacidad física y/o mental.
3. El embarazo adiciona complejidad a esta rara condición. El soporte somático materno, se puede mantener hasta por 15 semanas, mucho más prolongado que lo que usualmente se hace en casos de donación de órganos. Una vez se ha decidido continuar el embarazo, habiéndose diagnosticado la muerte cerebral, debe mantenerse activamente el soporte de las funciones vitales, de tal forma que se ofrezca un medio materno fisiológico lo más parecido al estado del embarazo. La justificación para ése peligroso o difícil esfuerzo, no es solamente permitir que la mujer pueda parir un neonato viable, si no también mantener la integridad del sistema nervioso central del feto.
4. Pueden presentarse consecuencias neurogénicas pulmonares en la madre, que hace que sea necesario el uso de presión positiva al final de la respiración y además altas concentraciones de oxígeno en la inspiración, cuyos efectos, al hacer uso prolongado, en el feto, son desconocidos. La hipotensión desarrollada en la mayoría de los casos de muerte cerebral, hace que sea necesario el uso de vasopresores, que disminuyen dramáticamente la perfusión placentaria.

5. La pérdida del control central de la temperatura, puede llevar bien a hipotermia o hipertermia, que pueden ser causa o de muerte fetal o de restricción severa del crecimiento intrauterino. La alimentación total parenteral, a través de la subclavia, requiere un aporte calórico adecuado para asegurar un crecimiento fetal normal, pero esta práctica, puede aumentar el riesgo de sepsis materna. Todo esto puede tener efectos dañinos sobre el crecimiento fetal y la sobrevida.
6. La decisión acerca si los intentos para mantener el embarazo podrán ser exitosos, dependen, en primer lugar de la edad gestacional. Cuando la muerte cerebral materna sucede muy temprano en el embarazo, el cuidado de soporte, puede llevar a un nacimiento de un feto severamente prematuro. Sin embargo cuando se presenta entre semanas 12 a 14 de gestación, se puede ofrecer tratamiento de soporte por 15 semanas y así se logra llevar al feto más allá del límite de edad gestacional en el cual hay viabilidad.
7. Durante el embarazo, el cuidado médico puede repentinamente fallar en su objetivo, por ejemplo si se presenta una inestabilidad cardiovascular irremediable. Entonces, el embarazo debe ser interrumpido, implicando así, el preguntarse sobre el daño fetal y la justificación de un parto de emergencia.
8. La mujer embarazada con muerte cerebral es percibida de diferentes maneras por el grupo médico, unos como paciente embarazada, otros como paciente terminal, otros como persona muerta o como un cadáver incubadora. De esta forma consiente o inconscientemente están dando un trato indigno.
9. Después del parto, la mujer, con muerte cerebral, es desconectada del soporte. La muerte es un proceso continuo que culmina, al suspenderse la función cerebral y corporal. Cuando la vida es artificialmente mantenida, por terapias de soporte, la muerte de la persona, puede preceder a la muerte física. Cuando se previene la muerte en una mujer embarazada con muerte cerebral, no se hace para su propio beneficio, sino para el de alguien más, su feto. Por lo tanto, su cuerpo, es en riesgo de ser usado como un medio para alcanzar el fin de tener un feto viable, es decir podría ser usado como un objeto, un instrumento.

10. Directrices, por parte de la mujer, de cómo actuar frente a una muerte cerebral materna y el futuro del feto, son muy raramente disponibles, entonces, un sustituto tendrá que tomar las decisiones de acuerdo con su mejor entender, sobre como la mujer con muerte cerebral habría actuado. En ausencia de una persona que la sustituya en la toma de la decisión, la persona más relevante para hacerlo es un pariente cercano a ella, como el esposo o compañero, un hijo adulto o los padres u otro pariente. Únicamente cuando la decisión entre los parientes, parece insoluble, como por ejemplo cuando el padre del feto no es ni el esposo ni el compañero, o cuando los parientes en quienes recaería la responsabilidad están en discrepancia con la prolongación del embarazo, se puede preguntar a un juez para tomar la decisión, un tutor debe estar legalmente asignado para que pueda tomar el lugar de quien va a tomar la decisión por la mujer.
11. El costo de mantener la vida de la mujer en muerte cerebral para poder tener un feto viable, es alto y la disponibilidad y uso de los equipos necesarios pueden ser cuestionados. El sector público y las aseguradoras privadas, usualmente no cubren estos servicios después de cuando se ha determinado la muerte.

### Recomendaciones

1. Las mujeres tienen el derecho a morir con dignidad. El objetivo de recatar el feto, no exonera a los proveedores de salud de respetar éste derecho primario de la paciente, una mujer.
2. Las preguntas sobre el mantener el embarazo deben ser respondidas en consulta con el resto de la familia. En ausencia de un deseo explícito de la mujer, sus preferencias sobre el futuro de su feto sobre mantenerse vivo o no, debe ser discutida y un sustituto debe actuar representando los intereses de la mujer durante el tratamiento.
3. Cuando sucede la muerte cerebral durante el embarazo, haya tenido el parto o no, éste se debe decidir a la luz de la viabilidad fetal. Mientras las condiciones maternas sean estables todos los esfuerzos deben ser hechos para prolongar el embarazo, hasta alcanzar la madurez fetal, a través de adecuadas evaluaciones fetales de debe buscar que no se haya presentado daño irremediable en el feto al

momento de la muerte cerebral materna. Se debe implementar un sistema adecuado de vigilancia del bienestar fetal.

4. No se debe asignar un límite inferior de edad gestacional para iniciar un esquema de tratamiento de rescate fetal después de la muerte cerebral materna.
5. Después de considerar los deseos de la mujer (la madre) y de haber considerado cuales serían sus mejores intereses, se deben entonces considerar los intereses del feto, aún en lugares donde el feto, bajo la luz de las leyes locales, no es considerado persona. Y dentro de los temas a ser considerados son: la viabilidad del feto y las condiciones de salud que tendrá antes y después del parto. Todos los esfuerzos razonables deben hacerse para alcanzar el nacimiento de un recién nacido adecuadamente maduro y con un sistema nervioso central intacto.
6. Permitir la muerte fetal in-útero es apropiada si se presenta una complicación materna irremediable o cuando por estrés fetal se requiera un parto inmediato que llevaría a un recién nacido severamente comprometido. Por el bien de la mujer embarazada en muerte fetal y su feto, es aceptable no siempre esforzarse en obtener un resultado tecnológicamente sobresaliente ni siempre tratar de arrebatarle la vida a la muerte.

*Goa, Marzo 2011*

#### ASPECTOS ÉTICOS RELATIVOS A LA CESÁREA PRACTICADA POR RAZONES NO MEDICAS

1. En todo el mundo y desde hace muchos años, la profesión médica viene preocupándose por el aumento del índice de partos por cesárea. Hay muchos factores de índoles médica, legal, psicológica, social y económica que han contribuido a este aumento. Los esfuerzos encaminados a reducir la excesiva práctica de este procedimiento han sido desalentadores.
2. La cesárea es una intervención quirúrgica que comporta posibles peligros para la madre y para el niño. También requiere mayores recursos médicos que el alumbramiento vaginal normal.

3. Los médicos tienen el deber profesional de abstenerse de realizar lo que pueda perjudicar a sus pacientes. También les cabe la obligación ética ante la sociedad de adjudicar juiciosamente los recursos sanitarios a métodos y tratamientos para los que existan claras pruebas de que son netamente beneficiosos para la salud. Los médicos no están obligados a realizar intervenciones que no conlleven ventajas desde el punto de vista médico.
4. En algunas sociedades, los obstetras han experimentado recientemente un aumento de peticiones femeninas para dar a luz por cesárea, por razones que son más bien personales que médicas.
5. En la actualidad no existe información suficiente respecto de los riesgos y ventajas relativos del parto por cesárea a término por razones de naturaleza no médica, en comparación con los partos vaginales. No obstante, los datos de que se dispone sugieren que el parto vaginal normal es más seguro a plazos corto y largo, tanto para la madre como para la criatura. La cirugía del útero también tiene repercusiones para embarazos posteriores y los consiguientes alumbramientos. Además, existe una preocupación natural tocante a utilizar un método artificial en lugar del proceso natural, si para ello no existe justificación médica.
6. Cabe a los médicos la responsabilidad de informar y asesorar a las mujeres a estos respectos. Por el momento, como no existen pruebas de que se obtengan unas ventajas netas, la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente.

*Londres, septiembre de 1998*

### GUÍAS ÉTICAS REFERENTES A LAS INTERVENCIONES PARA EL BIENESTAR FETAL

1. Muchas mujeres se tomarán las opciones que mejoren la posibilidad de tener un parto normal con un recién nacido sano si ellas tiene acceso a la información y el soporte necesario.
2. Se extiende el cuidado al feto cuando se da a la mujer embarazada el apoyo a las necesidades que tiene y además dando la expectativa de optimizar el bienestar tanto del feto como de la futura madre.

3. Aunque el feto puede beneficiarse del cuidado de la salud, esto es completamente dependiente de la mujer embarazada y cualquier tratamiento que se haga es a través del cuerpo de la madre.
4. Mientras que la mayoría de las mujeres actúan de tal forma que provean un ambiente sano y están usualmente listas para asumir riesgo para mantener o mejorar la salud fetal, pueden existir situaciones donde los intereses no coinciden:
  - a) El comportamiento de la mujer puede crear riesgos para ella misma y su feto (uso de drogas, tabaco, alcohol, no acudir al control pre-natal, incumplir con el tratamiento disponible para el VIH etc.)
  - b) La madre puede no optar por procedimientos diagnósticos médicos o quirúrgicos, con fines de preservación del bienestar fetal, incluida la cesárea por indicación fetal.
5. El equipo médico tiene la responsabilidad de informar plenamente a la mujer, dar consejería con empatía y paciencia, y también proveer servicios de apoyo cuando sea necesario para obtener el mejor resultado fetal y materno.
6. Sin embargo, ninguna mujer que tenga la capacidad de elegir entre diferentes opciones de cuidado médico puede ser forzada a recibir un tratamiento o cirugía no deseada por ella con la finalidad de preservar la vida a la salud del feto, esto podría ser violatorio de su autonomía y de sus derechos fundamentales.
7. Recursos ante la corte y de intervención judicial cuando la mujer ha hecho una negación o rechazo informado de un procedimiento médico o quirúrgico es inapropiado y además contraproducente.
8. Si la capacidad materna para tomar decisiones esta comprometida, los proveedores de salud deben actuar de acuerdo con los mejores intereses de la mujer primero y del feto en segundo lugar. La información obtenida de la familia y otros allegados servirá para poder acercarse más al lo que la mujer habría deseado.
9. Los deseos de mujeres embarazadas, pertenecientes a minorías, que sean competentes para dar consentimiento informado respecto a procedimientos médicos y quirúrgicos, deben ser respetados.

## DEFINICIÓN DEL EMBARAZO

La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de una mujer<sup>1</sup>, y que termina con el nacimiento<sup>2</sup> de un bebé o con un aborto<sup>3</sup>.

*El Cairo, marzo de 1998*

## ASPECTOS ÉTICOS EN EL MANEJO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS SEVERAS

### Antecedentes

1. El desarrollo humano es un proceso complejo con momentos críticos para la diferenciación bioquímica y biofísica, que ocurren durante la vida embrionaria y fetal. La estructura fenotípica y las variaciones funcionales ocurren durante el periodo prenatal. La mayoría de las variaciones fenotípicas son insignificantes. En contraste algunas, pueden ser severas, pudiendo resultar en muerte o una discapacidad severa. Estas son las llamadas anomalías congénitas “severas”, que incluyen malformaciones fetales severas.
2. Las técnicas y la investigación para el diagnóstico prenatal han avanzado, resultando en un incremento en las tasas de detección de las anomalías congénitas severas. Estas técnicas incluyen métodos invasivos y no invasivos. El término “severas” es generalmente utilizado para indicar malformaciones y/o anomalías que son potencialmente letales o producen una discapacidad mental o física significativa.
3. El tener y cuidar a una hijo/a severamente malformado o discapacitado/a puede tener impacto en la vida física, social y mental de la familia.

1 Por el momento, la verificación de esta circunstancia es habitualmente posible, sólo a las tres semanas de la implantación.

2 Definición de nacimiento de la OMS: Pasadas 22 semanas o más desde la última menstruación.

3 En algunos casos, el producto de la concepción muere y puede ser reabsorbido o retenido en el cuerpo.

4. Las convicciones culturales, religiosas, sociales y/o personales, pueden hacer que la terminación del embarazo no sea opción posible para una mujer en concreto.
5. La provisión de servicios de terminación legal del embarazo, difiere en los distintos países.
6. Aunque la terminación del embarazo este legalmente autorizada en algunos países, no hay una definición médica del umbral de severidad de la enfermedad o anomalía fetal, ni tampoco existe una definición de vida “normal” para un neonato. Adicionalmente cuantificar el riesgo de anormalidad física o mental que conduzca a una severa incapacidad es un gran reto que tiene que enfrentar el equipo profesional de salud.

### Recomendaciones

1. Cuando una mujer esta embarazada de un feto con anomalías congénitas severas o con un riesgo alto de discapacidad severa a largo plazo, tiene el derecho a discutir el acceso a la terminación del embarazo, en caso que sea permitido en su país. La decisión de continuar o terminar el embarazo debe ser una decisión individual y que recaee en la mujer.
2. Aun cuando exista la disponibilidad legal de la terminación del embarazo, existe la responsabilidad de dar información y consejería a las mujeres acerca de los riesgos y los beneficios de las pruebas disponibles de diagnóstico fetal, cuando éstas pueden revelar anomalías congénitas severas. La consejería debe incluir información de los beneficios y riesgos de la prueba y debe darse esta información aún cuando las opciones de manejo, incluida de la de interrupción del embarazo, son limitadas. Si la mujer acepta el hacerse la prueba diagnóstica en el consentimiento se debe dejar claro que nivel de detalle de los resultados desea recibir y cuales no.
3. No es ético y en algunos países ilegal permitir que el sexo del feto se la única influencia para decidir la terminación del embarazo, con la única excepción de una enfermedad genética ligada al sexo.
4. En un embarazo múltiple, en el cual uno de los fetos tiene anomalías



congénitas severas, la decisión sobre el manejo del embarazo debe considerar primero el bienestar del feto normal.

5. Cuando se considere terminación del embarazo, después de la semana 22 de gestación, deben seguirse las recomendación de este comité “Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal” (2007).
6. Después de la terminación del embarazo, el consentimiento debe solicitar, la confirmación de la existencia de las malformaciones fetales y los padres deben ser informados de los hallazgos y se debe dar una nueva consejería con base en esos hallazgos.
7. Dentro del acompañamiento en el proceso de duelo, se les puede ofrecer a los padres la opción de ver el feto y la opción de seguir o cumplir con los ritos que deseen.
8. Ante el evento del nacimiento con vida del feto con anomalías congénitas incompatibles con la vida, se debe ofrecer cuidado paliativo apropiado. Si se presenta el nacimiento de un feto con anomalías congénitas mayores, pero con posibilidades de sobrevivida, las decisiones deben estar basadas en la información y consejería de una persona experta que les pueda informar sobre opciones razonables de tratamientos que no vayan a incrementar el dolor y el sufrimiento del neonato.

*Londres, marzo de 2012*

## ASPECTOS ÉTICOS CONCERNIENTES A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO PRENATAL

### Antecedentes

1. La diversificación y precisión de los métodos de investigación aplicados al diagnóstico prenatal han progresado enormemente durante la última década, lo cual conduce a identificar antes del nacimiento un creciente número de condiciones anormales que afectan severamente al neonato. Estos métodos incluyen el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP), cribado del ADN fetal en la sangre materna, muestreo de vellosidades coriónicas,

pruebas de cribado bioquímico de suero para detectar síndrome de Down o defecto del tubo neural, amniocentesis, y cordocentesis. Las herramientas de diagnóstico incluyen biología molecular, como la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), genética molecular, Hibridación Fluorescente In-Situ (FISH) para la detección rápida de defectos cromosómicos, análisis de microsatélites de cromosoma, imagen fetal de alta definición por ultrasonido, Doppler, imagen por resonancia magnética (IRM), escáner helicoidal, o fetoscopia.

2. En países donde estas técnicas se encuentran disponibles, el principal objetivo del diagnóstico prenatal es informar a los padres de la presencia de enfermedades congénitas que puedan o no conducir a terapia pre- o posnatal, o puedan llevar a la terminación del embarazo. Claramente el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) puede evitar elecciones más difíciles y, en tanto sea apropiado, debiera ofrecerse como una opción.
3. Dar a luz y criar un bebé con severas malformaciones puede ser causa de daño físico, mental y social para los padres y sus otros hijos. Algunos padres pueden elegir ser informados para prepararse para esta carga. Otros pueden considerar que la carga provocará daño excesivo. Negar a los padres la posibilidad de evitar la carga aflictiva de un hijo severamente impedido puede considerarse no ético.
4. Las creencias culturales, religiosas o personales pueden obligar a las mujeres o a las parejas a oponerse a la terapia prenatal o a rechazar el aborto médico. Por ejemplo, los Testigos de Jehová pueden negar la transfusión intrauterina de sangre a un feto anémico. De manera similar, la estricta obediencia religiosa puede permitir la terminación del embarazo sólo cuando éste ponga en riesgo la vida de la madre. Además, los procedimientos fetales invasivos conllevan el riesgo de aborto, lo cual puede resultar inaceptable para la mujer embarazada o para la pareja.
5. La reglamentación jurídica sobre la terminación médica del embarazo a causa de enfermedad fetal, si existe, varía considerablemente entre diferentes países. Algunos países prohíben legalmente cualquier terminación del embarazo, independientemente del tiempo de embarazo y de cualquier indicación médica para el aborto. Otros países han legalizado el aborto médico hasta el límite de la “viabilidad

fetal”, generalmente 24 semanas, y otros más permiten la terminación del embarazo por enfermedad del feto aun en estados de gestación avanzada.

6. Si el aborto médico se practica a mitad del embarazo o después, puede potencialmente conducir al parto de un neonato vivo severamente enfermo o malformado. Generalmente se toman providencias para asegurar que los abortos médicos realizados después de 22 semanas de embarazo tengan como resultado fetos nacidos muertos.
7. En algunos países la terminación médica del embarazo sólo se autoriza en caso de enfermedad fetal particularmente severa, incompatible con una vida normal. No existe una definición médica para lo que constituye la frontera de severidad de una enfermedad fetal y tampoco existe una definición social para lo que constituye una vida normal para un neonato. La aceptabilidad de una vida severamente comprometida es altamente dependiente de la capacidad de los padres para lidiar con la condición de su hijo.
8. La mayoría de las veces, la terminación del embarazo se acepta por una enfermedad fetal comprobada; por ejemplo, una enfermedad cardíaca congénita irreparable o malformación cerebral grave, que posteriormente será confirmada por la necropsia. Sin embargo, en algunos casos un aborto médico puede decidirse tan sólo por un alto riesgo, mas no certeza, de una deficiencia o retraso mental; por ejemplo, ingesta de retinoides al principio del embarazo o agénesis del cuerpo calloso. Además, las anomalías cromosómicas descubiertas por amniocentesis o las malformaciones cerebrales evidenciadas por el cribado ultrasónico rutinario, y confirmado por MRI, pudieran permanecer de consecuencias clínicas desconocidas e inducir a los padres a solicitar la terminación del embarazo. Debido a la complejidad potencial de sus indicaciones, no existe una lista normativa de enfermedades que sean consideradas justificantes del aborto médico, dejando la decisión a cada caso en particular.
9. En la mayoría de los países donde se acepta la interrupción del embarazo por enfermedad fetal, el diagnóstico prenatal se asigna a centros multidisciplinarios especializados, que incluyen obstetras, pediatras, genetistas, cirujanos pediátricos, patólogos, psicólogos, etc. Cuando proceda, se propone la terminación médica del embarazo,

pero nunca se le impone a las parejas. Las parejas tienen derecho a ser informadas plenamente de la condición de su feto. La revelación de una anomalía fetal, cualquiera que sea su gravedad, siempre es terrible para los padres, que no sólo necesitan asesoramiento técnico, sino, sobre todo, pleno apoyo psicológico y afectivo. Generalmente se recomienda que el bebé muerto se entregue a los padres, a fin de iniciar óptimamente el duelo y el proceso de recuperación.

10. Neonatos muy prematuros, así como fetos de la misma edad gestal, muestran anatómicamente receptores nerviosos de dolor. Los bebés prematuros expresan reacciones al dolor y se presta gran atención para prevenir o aliviar sufrimiento, utilizando precauciones adecuadas o medicamentos. Se acepta que los fetos experimentan el mismo nivel de dolor y que responden a éste, y por lo tanto tienen derecho a recibir el mismo tipo de medicamentos. Además, cuando los padres opten por conservar el embarazo de fetos severamente afectados o malformados, debe proporcionársele al neonato toda la atención que se requiera, incluyendo medicamentos para aliviar el dolor, durante el tiempo que sea necesario.

### Recomendaciones

1. En virtud de que se pueden ofender las creencias personales, culturales o religiosas, ninguna mujer, más allá de la práctica del cribado ultrasónico rutinario, debe someterse al proceso de diagnóstico prenatal sin estar plenamente informada de sus objetivos, la eventual terminación del embarazo, y del riesgo potencial de aborto involuntario.
2. En los países en los que se lleve a cabo una práctica médica aceptada, al diagnosticarse por medio del diagnóstico prenatal una enfermedad o malformación fetal severa e incurable, se debe ofrecer a los padres la interrupción del embarazo. Sin embargo, las mujeres y las parejas nunca deben ser obligadas a realizar un aborto médico, independientemente de la severidad de la minusvalía del feto, si se contraponen a sus creencias personales, religiosas o culturales. Los padres deberán ser plenamente informados de la condición del feto. El médico no debe imponer sus preferencias personales o creencias,

ni influir en la decisión de los padres, quienes están situados, a causa de la enfermedad de su feto, en una situación de gran vulnerabilidad.

3. El diagnóstico prenatal y las decisiones de terminación del embarazo deben limitarse a centros especializados, con licencia, multidisciplinarios y sujetos a frecuentes controles de calidad. Los padres que solicitan diagnóstico prenatal no sólo deben recibir asesoría técnica, sino que también deben beneficiarse de apoyo psicológico pleno.
4. La interrupción del embarazo tras el diagnóstico prenatal no debe presentarse como aborto, sino como un parto prematuro inducido por medios farmacológicos, con alivio total del dolor materno y asistencia maternal profesional, indicado únicamente porque el feto, digno de toda compasión, se ve afectado por una enfermedad o malformación severa e incurable.
5. Cuando la interrupción del embarazo más allá de 22 semanas es legal, la mayoría de las mujeres y los padres preferirían dar a luz un bebé muerto en caso de malformaciones congénitas severas. Es importante ofrecer asesoría sobre las opciones destinadas a asegurar que el feto nazca muerto.
6. La interrupción del embarazo tras un diagnóstico prenatal posterior a las 22 semanas de gestación debe ir precedida de un feticida, iniciando con la inyección en la circulación fetal de anestésicos y medicamentos contra el dolor. A fin de iniciar el proceso de duelo de la mejor manera posible, los padres, si se sienten lo suficientemente fuertes, podrán ver a su bebé muerto. Debe informárseles del beneficio que conllevaría la aceptación de realizar una autopsia, en virtud de una mejor orientación para un futuro embarazo. Se debe comunicar a los padres las opciones disponibles para el entierro del feto, de acuerdo a sus creencias. Un futuro niño no debe ser presentado como un sustituto o reemplazo del feto fallecido.
7. Si después de un diagnóstico prenatal los padres optan por continuar el embarazo, se debe proporcionar la atención adecuada al recién nacido severamente enfermo o malformado.

*Lyon, junio de 2007*

## ANENCEFALIA Y EL TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

El Comité Permanente sobre Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO discutió aspectos sobre anencefalia y el transplante de órganos y emitió el siguiente comunicado.

Se han dado informes sobre la utilización de órganos para trasplantes provenientes de infantes anencefálicos. Se reconoce que puede haber conflicto entre los principios éticos sobre beneficencia y protección del vulnerable. Por un lado, el principio de beneficencia, el imperativo de hacer el bien, se le puede aplicar a una persona que necesite órganos. Por el otro, el principio de protección del neonato vulnerable pudiera ser aplicable puesto que un infante anencefálico pudiera necesitar protección contra ser tratado únicamente como un medio para beneficio de otros.

En vista de la potencial cuestión ética, el Comité ha desarrollado los siguientes lineamientos:

1. El objetivo de donar órganos constituye una razón ética para que la mujer elija continuar con un embarazo anencefálico. El asesoramiento de mujeres y parejas respecto a la donación de órganos solamente debe ser practicado por personas totalmente ajenas a cualquier conflicto de intereses.
2. Cuando nazca un infante con signos vitales pero anencefálico y por lo tanto sin prospecto de supervivencia, con autorización de los padres, dicho infante puede colocarse en un ventilador con propósitos de donación de órganos después de su fallecimiento natural. Cualquier definición local de lo que constituye muerte legal es válida, pero podría ser necesario revisarla a la luz del desarrollo de los criterios científicos de muerte cerebral en neonatos.

*Lyon, junio de 2007*

## MATERNIDAD SEGURA

### Antecedentes

1. La maternidad es esencial en nuestra sociedad, pero conlleva riesgos. Las sociedades tienen la obligación de proteger el derecho de la mujer

a la vida cuando ella toma el riesgo de éste proceso cuya función social es asegurar el mantenimiento de nuestra especie. El cuidado de la salud materna es importante no solamente para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna, sino también para reducir el alto riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal. El asegurar el cuidado de la salud materna está contemplado como un derecho humano, incluyendo el acceso universal al cuidado materno.

2. En el mundo cada año alrededor de 273,400 mujeres mueren – es decir 750 diariamente, es decir una cada 2 minutos- por causas relacionadas con el parto o el embarazo, el promedio de la razón de mortalidad materna (MMR) de 251/100,000 nacidos vivos. De éstas el 99% suceden en países de escasos recursos económicos. El riesgo de muerte durante toda la vida de una mujer por causas relacionadas con el embarazo es de 1/31 embarazos en el África Sub-Sahariana, comparado con 1/4300 in la región de países industrializados.
3. La reducción en la mortalidad materna es uno de los objetivos de desarrollo del milenio de Naciones Unidas. Puntualmente una disminución en el 75% de la mortalidad materna para el año 2015. Sin un esfuerzo concreto, éste objetivo no se obtendrá, especialmente en África Sub-Sahariana y el sur de Asia.
4. Hemorragia es la principal causa de muerte durante el embarazo, sin más de un tercio de todas las causas.
5. La mayoría de las muertes suceden durante el trabajo de parto. En muchos casos, la muerte sucede porque la mujer tiene su parto sin el beneficio de ser atendida par una persona con capacidades para atender un parto.
6. El capacitar y entrenar a las parteras empíricas tradicionales ha demostrado ser ineficiente en el propósito de reducir la mortalidad materna. El manejo de las complicaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer gestante necesita de servicios que no pueden ser proveídos por las parteras empíricas tradicionales.
7. Las muertes maternas están, mayormente, relacionadas con tres demoras en la implementación de un cuidado adecuado: demora en el reconocimiento de la complicación que pone en riesgo la vida.

Demorar en transferir a la mujer al hospital y la demora en recibir un tratamiento obstétrico adecuado.

8. El índice de cesáreas mínimo para prevenir las muertes maternas evitables, se estima sea de cerca del 5%. Sin embargo, en países con alta mortalidad materna, el índice de cesáreas es aún menor del 1%, debido a la falta de recursos técnicos y personales para atenderlas.
9. Los factores contribuyentes a la mortalidad materna son: edad de unión temprana, embarazo antes de los 18 años, intervalos intergenésico de menos de 2 años, embarazos tardíos (mayores de 40 años), muy frecuentemente analfabetismo, desnutrición, falta de acceso a una adecuada anticoncepción y el desconocimiento de la lactancia como opción anticonceptivo.
10. Alrededor de 180 millones de embarazos suceden en el mundo cada año. La mitad de ellos son no planeados y podrían terminar en aborto, 48% de los cuales, sobre 22 millones, son abortos inseguros, responsables de cerca de 70.000 muertes anuales y 5 millones de discapacidades, contabilizando hasta un 4% de todas las muertes maternas, pero hasta un 20% o más suceden en algunos países. Cuando se introduce la legislación para permitir el aborto en los países, por razones no médicas, el promedio de mortalidad y morbilidad por este procedimiento, cae dramáticamente, sin que aumente significativamente el número de abortos.

### Recomendaciones

1. La mortalidad femenina relacionada con embarazo permanece aún inaceptablemente alta, particularmente en áreas de escasos recursos económicos. La prevención de la mortalidad materna debe ser considerada mundialmente como una prioridad en salud pública. Las sociedades científicas de Obstetricia deben divulgar la tragedia de la mortalidad materna como una violación de los derechos de la mujer y no únicamente como un problema de salud. En el proceso de presentar la maternidad segura como un derecho humano, los profesionales de la salud, deben promover la igualdad en el acceso a los servicios de maternidad, incluyendo los servicios de urgencias.
2. Dado que las principales causas de muerte materna son las demoras



evitables en recibir un adecuado cuidado de emergencia durante un trabajo de parto complicado. Todos los esfuerzos deben hacerse para proveer a la mujer gestante con personal capacitado para atender el parto.

3. Para tener un cubrimiento universal de los servicios de maternidad, los profesionales de la obstetricia debe jugar un papel fundamental liderando y delegando responsabilidades apropiadas a otros profesionales de la salud, entrenándoles y supervisándoles para poder ofrecer una atención de calidad. Esto se define como delegando tareas (ver la recomendación de delegando tareas en cuidado obstétrico).
4. El cuidado antenatal e intranatal debe organizarse de tal forma que cada mujer que tenga una complicación que amenace su vida sea transferida, sin demora, al un centro médico equipado médica y tecnológicamente para dar cuidado obstétrico de urgencia adecuado, incluyendo cesárea y/o transfusiones sanguíneas.
5. En los sitios donde no está penalizado el aborto, cada mujer tiene el derecho, después de una apropiada consejería, de tener acceso al aborto médico o quirúrgico. Los servicios tienen la obligación de proveer el aborto lo más seguro posible. Tratamiento médico y humano adecuado debe ser ofrecido a toda mujer que haya recibido un aborto inseguro.
6. Los servicios de planificación familiar e información deben estar disponibles para limitar o espaciar los nacimientos.
7. Al revisar los casos de mortalidad materna debe analizarse profundamente las causas más allá del diagnóstico clínico.
8. La reducción de la mortalidad materna también depende de políticas no médicas como el desarrollo de medios de transporte y vías accesibles y para cubrir las necesidades de las mujeres menos favorecidas, particularmente las que pertenecen a comunidades rurales o remotas.
9. Los obstetras deben liderar las actividades tendientes a demostrar como el cuidado obstétrico de emergencia puede ser hecho en un enfoque costo efectivo en sitios de bajos ingresos económicos.

Esfuerzos de colaboraciones norte-sur, sur-sur son necesarias para avanzar en las estrategias de costo-efectividad.

*Londres marzo de 2012 (actualizado)*

## DIRECTRICES ETICAS SOBRE LA FISTULA OBSTETRICA

### Antecedentes

La fístula genital femenina es una dolencia muy perturbadora que puede suscitarse por diversas causas. En los países en vías de desarrollo, la fístula genital más común y devastadora es la fístula obstétrica. Se trata de una fístula resultante de complicaciones del parto, que es totalmente prevenible y resulta de que la mujer sufre de obstrucción durante el parto y no tiene acceso a un parto con operación de emergencia. En casi todos los casos resulta en la muerte del niño y en incontinencia urinaria para la madre, con incontinencia fecal no tan frecuente, o ambas cosas a la vez.

En otros tiempos muy común en el mundo, la fístula obstétrica ha quedado prácticamente eliminada en los países desarrollados mediante los adelantos en tratamientos tocológicos. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo hay más de dos millones de mujeres que la sufren; todos los años se presentan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos, la mayoría entre mujeres jóvenes y adolescentes. Podría ser que estas cifras estén muy subestimadas, pues se basan únicamente en el número de mujeres que recaban tratamiento. En los países en vías de desarrollo y con alto índice de mortalidad materna, los casos de fístula pueden alcanzar el número de 2 ó 3 por cada 1.000 embarazos.

En los países en vías de desarrollo contribuyen a la endemia de la fístula obstétrica distintos factores socioculturales y del sistema sanitario. Comprenden la falta de tratamientos tocológicos de emergencia, la excesiva juventud en la primera preñez y parto, la grosera práctica de la mutilación genital femenina, la discriminación entre sexos, la extrema pobreza, la escasa alimentación y los deleznable servicios sanitarios.

Muchas son las repercusiones médicas, sociales y psicológicas de las fístulas que no reciben tratamiento. Pueden degenerar en frecuente ulceración, infecciones, afecciones de los nervios de las piernas y de los

riñones, deshidratación, depresión y muchas veces muerte prematura, entre otras cosas por suicidio. Frecuentemente, las mujeres que las sufren son abandonadas por sus maridos y familia o son condenadas al ostracismo por sus comunidades. Por desgracia, muchas de ellas no saben que su afección puede tratarse o creen que no pueden sufragarlo.

Estas pacientes, no sólo necesitan tratamiento clínico, sino apoyo social y psicológico y reintegrarse a sus comunidades.

El índice de éxitos en la curación de la fístula por cirujanos experimentados puede alcanzar el 90%. Tras un tratamiento felizmente acabado, la mayoría de las mujeres pueden reanudar plenamente sus actividades, aunque sus ulteriores partos necesitarán cesárea. No obstante, en la mayoría de los países en que la fístula obstétrica es endémica, los servicios son insuficientes, inaccesibles o prohibitivamente onerosos para la mayoría de las pacientes.

Los programas preventivos contra la fístula deberán contribuir abundantemente al alivio de la tragedia de morbilidad y mortalidad maternas que ahora se experimenta.

### Recomendaciones

1. Deberá concederse prioridad a garantizar el acceso de todas las mujeres a tratamientos clínicos durante su embarazo y parto, así como a tratamientos tocológicos de emergencia para las que puedan sufrir complicaciones durante el alumbramiento.
2. Para la reducción de casos de fístula obstétrica se necesita una mejoría general de la salud y alimentación de la joven, dotarla del poder de tomar decisiones, descartar matrimonios prematuros, nacimientos en su excesiva juventud y gran paridad como persona con los demás; además se requiere que la planificación familiar esté a disposición de todos los que la necesiten.
3. Se precisa una estrategia oportuna para que desaparezca la mutilación genital femenina, que puede generar la obstrucción del parto en muchas naciones en vías de desarrollo.
4. Hasta que tengamos éxito en que desaparezca la fístula obstétrica, deberá otorgarse prioridad a reforzar la capacidad de la fístula para

que se cure mediante la fundación de centros especializados, debidamente equipados y adecuados para impartir formación. A este respecto es vital la colaboración entre los hemisferios Septentrional y Austral.

5. La gestión de los casos de fístula obstétrica necesita abordarse mediante la coordinación entre equipos. Los casos sencillos podrán tratarse en hospitales de distrito, mientras que los complicados deberán cederse a hospitales regionales especializados.
6. La prevención y el tratamiento de la fístula obstétrica deberá estudiarse debidamente en los programas de estudios de salud reproductiva de las facultades de Medicina de los países en vías de desarrollo. Tras la carrera, los alumnos en formación deberán intervenir en la curación de la fístula para adquirir los conocimientos quirúrgicos en los países que se vean más afectados por ella.
7. Hay gran necesidad de campañas de aleccionamiento sanitario en las comunidades amenazadas por la fístula obstétrica. Deberán prepararse expresivos slogans que apunten a sus causas y a las medidas de prevenirla, ajustándolos a los diferentes públicos y a las comunidades meta. Los proveedores sanitarios deberán fomentar alianzas en la sociedad civil entre los jefes religiosos y de la comunidad, para abordar la recóndita y grave tragedia de la fístula obstétrica.
8. Las sociedades nacionales de ginecólogos y tocólogos deberán impulsar a sus gobiernos para que creen una estrategia nacional para combatir la fístula obstétrica, con la ayuda de la Campaña Mundial de Eliminación de la Fístula, que engloba al Fondo de Población de las Naciones Unidas, la OMS y la FIGO. Según ha estipulado la OMS en su Informe mundial de la salud de 2005, “una actuación colectiva puede desterrar la fístula y garantizar el tratamiento de las mujeres que sufren tan penosa dolencia, de forma que puedan vivir dignamente”.

*Londres, marzo de 2006*

## EMBARAZO Y PACIENTES VIH POSITIVAS

## Antecedentes

1. La discriminación en contra de los individuos basada en el argumento de que son VIH positivos viola sus derechos humanos. Es particularmente importante, desde el punto de vista profesional y ético, que los proveedores de servicios de salud no practiquen, deliberadamente o por omisión, esta forma de discriminación, y que no permitan que su personal lo haga.
2. Las cortes nacionales y los tribunales internacionales de derechos humanos cada vez con mayor frecuencia condenan la discriminación o desventajas a las que se somete a los pacientes VIH positivos cuando reciben o intentan tener acceso a los servicios que requieren para maximizar su salud y conservar su capacidad de funcionar en sus entornos domésticos, de trabajo, sociales y otros entornos relacionados. Las cortes y los tribunales están resolviendo que las actitudes y los actos de discriminación en contra de los individuos que son VIH positivos les impide gozar de derechos que están disponibles para los demás, y por lo tanto los incapacitan, incluso si son asintomáticos.
3. Un avance significativo en las leyes que rigen los derechos humanos lo representa la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor a nivel internacional el 3 de mayo de 2008. La “discapacidad” se describe como “... un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”
4. La Convención específicamente reconoce que “las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor... de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación” que aquellas que no son consideradas como discapacitadas.
5. La vulnerabilidad de las mujeres y niñas discapacitadas se ve agravada

por su embarazo, y la resultante dependencia de ginecólogos y obstetras y de los correspondientes proveedores de servicios de salud.

6. El artículo 23(l) de la Convención reconoce los derechos de las personas discapacitadas a “fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno”. El Artículo 25(a) versa sobre la igualdad en el acceso a los servicios de salud, “incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva”. El Artículo 25(d) requiere que los profesionales de la salud “presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas..., entre otras formas mediante... la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.” El subinciso (f) prohíbe “que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud... por motivos de discapacidad.”
7. Los derechos de las pacientes embarazadas, discapacitadas como resultado de la infección por VIH, dependen de que las dependencias, instituciones y personal que prestan servicios a la población en general cumplan con la obligación de no discriminarlas. Las instituciones y el personal deben contar con el equipo para dar servicio a las pacientes con VIH que están embarazadas. Siempre que este tipo de pacientes tengan acceso razonable a los servicios que requieren, no se considera discriminatorio que reciban la atención en instalaciones equipadas especialmente para hacerlo, dotadas de personal capacitado adecuadamente. En forma similar, no es discriminatorio el que se refiera a las pacientes VIH positivas de las instituciones generales a esas instalaciones especiales.

### Recomendaciones

1. No se debe negar la atención o dar una atención inferior a las pacientes VIH positivas por razones de su padecimiento.
2. Los médicos deben garantizar que ellos y su personal respeten estrictamente la confidencialidad de la información y la privacidad de las pacientes VIH positivas, de acuerdo a las normas de la ética y las leyes imperantes.
3. No se debe requerir a las mujeres que se practiquen pruebas de VIH ni que reciban asesoría anterior o posterior a las pruebas como

condición para poder obtener pruebas de embarazo, o para que se les suministre atención prenatal, durante y después del parto. La prueba del VIH para efectos de la atención en salud no debe ser obligatoria, ni debe imponerse en caso de negativa de la paciente.

4. La prueba del VIH debe ofrecerse en forma rutinaria, pero se debe informar a las pacientes explícitamente, y su capacidad de elección debe respetarse. Ya sea que la prueba se practique de rutina o se ofrezca como una elección voluntaria, se debe ofrecer al menos información o asesoría previa a la prueba. Se debe ofrecer asesoría posterior a la prueba independientemente de que los resultados de la prueba sean positivos o negativos, pero no se debe ofrecer terapia antiretroviral a pacientes embarazadas si no se sabe si padecen infección por VIH o no.
5. Cuando existen centros especializados para brindar atención adecuada a pacientes VIH positivas, en los que se incluye la atención prenatal, durante y después del parto y la asesoría post-parto, esto no debe ser considerado como una forma de discriminación.
6. No se debe disuadir a las mujeres VIH positivas de embarazarse. El tratamiento del VIH durante el embarazo debe continuarse para incluir la atención post-natal, para evitar tratar a las madres únicamente como instrumentos para prevenir la transmisión del VIH a los bebés, así como para fomentar la supervivencia de las madres por derecho propio y como personas a cargo de sus hijos.
7. Los médicos deben garantizar que ellos y su personal están familiarizados con las directrices clínicas más recientes aplicables a la atención que se brinda a sus pacientes VIH positivas embarazadas, y a los hijos recién nacidos de sus pacientes, que versen sobre los recursos actual y potencialmente disponibles para los médicos y sus pacientes.

*Paris, octubre de 2008*

## PARTO PLANEADO EN CASA

## Antecedentes

1. En muchas partes del mundo, las mujeres no tienen opción, deben tener su parto en sus casas, con el único apoyo que pueda tener localmente. Contrario a la escasez de recursos, la opción de planear el nacimiento o bien en un hospital o en un centro de nacimientos comparablemente equipados o la alternativa de tener el parto en casa aparece como algo satisfactorio. Cuando están disponibles todas las opciones, a las mujeres se les debe ofrecer información adecuada de todos los riesgos razonablemente previsibles, los beneficios y las implicaciones de cada opción, ésta información debe ser suministrada por personas calificadas para hacerlo. El objetivo ético de ofrecer este tipo de información es servir de base para la autodeterminación de la mujer y además se hace en el ejercicio del respeto por los derechos humanos.
2. En Diciembre de 2010 el Tribunal Internacional de Derechos Humanos, La Corte Europea de Derechos Humanos, conceptuaron que si una ley interfiere con la participación del profesional de la salud en la opción de la mujer de tener un parto programado en casa, ésta está violando los derechos humanos de la mujer. El tribunal definió que las mujeres embarazadas tienen derecho a que les sea respetada su privacidad y su vida de familia, lo que incluye el derecho a escoger donde tener el parto. Una ley que desalienta a los profesionales de la salud de proveer asistencia, mediante términos directos o ambiguos, obstruye el libre ejercicio del derecho a elegir libremente el sitio del nacimiento.
3. Los argumentos en contra de la opción del parto en casa están basados en consensos de médicos y médicas que dicen que el parto en casa es menos seguro que en un centro médico, y en los derechos del recién nacido a la vida y la salud que incluyen un parto seguro. También para la construcción de éstos argumentos se tienen en cuenta reportes de partos atendidos en casa por profesionales de la salud que han resultado en admisiones en urgencias hospitalarias y de muerte o lesiones serias a recién nacidos o mujeres por partos en casa.
4. La contraparte tiene en cuenta puntualmente el riesgo de infecciones,



las excesivas y no siempre deseadas intervenciones médicas y particularmente los partos quirúrgicos no necesarios, y el estrés que puede generarse por dejar a la mujer sola debido a limitaciones de espacio o prohibiciones para la presencia de parientes o miembros de la familia. Los reclamos se han basado en que no ha sido probado que los partos en casa tengan más riesgos que los nacimientos intrahospitalarios. Más aun se ha afirmado que las decisiones sobre el riesgo para el recién nacido y/o la madre, deben ser tomadas por la madre, en ejercicio del derecho humano a la autodeterminación y su responsabilidad como madre antes que por legisladores, reguladores de gobierno o profesionales médicos.

5. La Corte Europea citó las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo en 1996 en el reporte del grupo técnico creado por el departamento de Salud Reproductiva e Investigación, titulado Cuidado del Parto Normal: Una guía práctica, el reporte anota que el lugar del parto es un tema que únicamente esta disponible en áreas desarrolladas de algunos países, dado que en muchas otras partes del mundo las mujeres no tienen la opción de tener su parto en casa. El reporte también hace diferencia entre nacimientos de alto riesgo que deben ser manejados en lugares adecuadamente equipados y con personal calificado que sean accesibles. Para los partos de bajo riesgo, normales y donde sea posible, la mujer debe tener la opción entra parto en una institución prestadora de servicios de salud o en casa.
6. El reporte hace la observación que a pesar de la selección de casos, hay datos no conclusivos sobre la relativa seguridad de las instituciones prestadoras de servicios de salud frente al manejo del parto en casa, eso si el nivel de satisfacción de las mujeres es mayor en este último escenario. Se reportan igualmente, muchos factores que desaniman a la mujer del parto hospitalario, incluyendo “costos, el ser un proceso no familiarizado, las actitudes a veces no apropiadas del staff, las restricciones con respecto a la presencia de miembros de la familia en el momento del parto y la necesidad de pedir frecuentemente permiso para la presencia de miembros de la familia.
7. Para una adecuada atención de parto en casa, se requiere de algunas preparaciones esenciales, como la disponibilidad de agua limpia,

especial cuidado en el lavado de manos, una habitación con temperatura adecuada y ropa abrigada para el recién nacido. Deben estar presentes algunas de las recomendaciones enunciadas en el *Kit de parto limpio* de la OMS, para crear un ambiente limpio y un adecuado manejo del cordón umbilical. La OMS también puntualiza que “debe existir disponibilidad de transporte para referir a un centro médico, en caso de ser necesario”, pero también se reconocen los obstáculos que se presentan en “algunas partes del mundo donde menos del 20% de las mujeres tienen acceso a cualquier tipo de centro de atención formal del parto”.

8. El reporte presenta una contradicción en citar que en las partes del mundo menos desarrolladas, las mujeres pueden no tener acceso a centros médico o a profesionales entrenados que quisieran prestar servicios de atención de parto, mientras que en algún número de países desarrollados, la insatisfacción de las mujeres con el cuidado dado en los hospitales, llevan a algunos pequeños grupos de mujeres y cuidadores de la salud a ofrecer la práctica de parto en casa como una alternativa. Los datos estadísticos de los desenlaces eran escasos en el momento en el que se escribió el informe, pero se incluyen datos de un estudio Australiano, donde el número de transferencias al Hospital y la tasa de intervenciones obstétricas fue baja. Las cifras de mortalidad perinatal y de morbilidad neonatal, también fueron relativamente bajas, pero los datos sobre factores evitables no fueron suministrados.
9. El reporte de OMS concluye que “una mujer debe tener su parto en un lugar donde ella se sienta segura, y en el nivel más periférico en el cual el cuidado sea el mas apropiado posible y seguro... Para mujeres con embarazos de bajo riesgo, puede ser el hogar o una pequeña clínica de maternidad o una unidad de maternidad dentro de una hospital general. Sin embargo debe ser un lugar donde el foco principal de la atención sea las necesidades de la mujer y su seguridad, lo más cerca posible de su casa y de ser posible dentro de su propia cultura.

*Londres, marzo de 2012*

## DELEGANDO TAREAS EN EL CUIDADO OBSTÉTRICO

## Antecedentes

1. La salud materna y del recién nacido constituyen un tema fundamental y en desarrollo permanente en los países con bajos recursos económicos, Cada año, cientos de miles de mujeres que viven en estos países, mueren por causas relacionadas al embarazo o complicaciones del parto.
2. La tasa de mortalidad materna (MMR *Maternal Mortality Ratios*) es alta debido al entrenamiento inadecuado del personal de salud, al pobre acceso a los servicios y a la ausente o escasa infraestructura, especialmente en las áreas rurales. Por cada muerte materna, hay 20 mujeres que sufren algún tipo de morbilidad.
3. El reto más significativo para poder reducir la mortalidad materna en sitio de bajos recursos económicos es la no disponibilidad de especialistas (Obstetras).
4. La extrema escasez de especialistas obstetras, hace que el manejo seguro del trabajo de parto, sea una opción poco probable en los sitios de bajos recursos económicos. Para responder a esta necesidad la delegar funciones se ha promovido y se ha usado como una estrategia para reducir globalmente la mortalidad materna.
5. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha descrito el delegar las tareas como una redistribución racional de las funciones dentro de los grupos de trabajadores de la salud. Cuando es factible las funciones de los profesionales de la salud, son derivadas desde la personas con mayor entrenamiento, a los trabajadores de la salud con un nivel de entrenamiento menor, para así, maximizar la eficiencia en la utilización del recurso de los trabajadores de la salud.
6. Los principales grupos de recurso humano dentro de los cuales se pueden delegar tareas para efectuar atenciones de parto más seguras son: obstetras, médicos generales, enfermeras, obstetricas y asistentes de parto entrenadas. Los últimos 4 se les debe considerar proveedores con un nivel medio de entrenamiento para efectos de éste documento.
7. Debido a la no disponibilidad de especialistas en lugares de bajos

recursos económicos, los proveedores de nivel medio pueden ofrecer y dar cuidado obstétrico.

8. La delegación de las funciones, podría incluir:
  - a. Entrenamiento de médicos graduados (no especialistas) para la administración de anestesia general, para exploración ultrasonográfica, para instrumentar partos, para practicar cesáreas, para terminaciones médicas del embarazo y otros procedimientos de emergencia en obstetricia.
  - b. Entrenar enfermeras y obstetrices para aumentar su capacidad en el manejo de emergencias obstétricas, como el uso del Misoprostol en la hemorragia pos-parto, el manejo de la retención de placenta, etc.
  - c. Aumentar o perfeccionar las habilidades de los médicos quienes ya están trabajando en lugares de bajos recursos, pero cuyas habilidades en el manejo de emergencias obstétricas no están plenamente desarrolladas.
9. La experiencia sugiere que los proveedores de salud de nivel medio, adecuadamente entrenados, pueden significativamente aumentar el acceso a una atención obstétrica de emergencia más desarrollada, y pueden manejar complicaciones obstétricas que pongan en riesgo la vida de la mujer a través de referencias cuando éstas estén indicados.
10. El delegar tareas puede ser un método costo-efectivo y puede ser parte de una estrategia global de cuidado de la salud y reducirá la carga de trabajo de los obstetras en aquellas zonas donde hay una alta tasa de pacientes por especialista y también aumenta el acceso al cuidado obstétrico en áreas de escasos recursos.
11. El delegar funciones se ha visto que es particularmente beneficioso si hay un adecuado y apropiado entrenamiento, con buena implementación y adecuado soporte, con monitoria continua y evaluación de los resultados.

### Recomendaciones

1. El delegar tareas debe ser parte de una estrategia global de cuidado de la salud con el fin de satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas en zonas de bajos recursos económicos.

2. Los médicos generales deben ser entrenados en elementos básicos de varias habilidades en obstetricia, anestesia, cuidado intensivo y neonatología, para dar así, una atención de emergencia completa en lugares de bajos recursos económicos. Donde no existe el recurso de los médicos generales, se deben entrenar adecuadamente proveedores de nivel medio para que pueda proceder a estabilizar y referir los casos que así lo ameriten.
3. La implementación de la estrategia de delegar tareas requiere de un sistema de entrenamiento, monitoria y evaluación de los proveedores.
4. Es éticamente preferible que los especialistas en obstetricia sean quienes manejen las emergencias obstétricas y neonatales. Sin embargo en situaciones donde los especialistas no están disponibles, es ético el basarse en profesionales de nivel medio entrenados.
5. Es importante asegurar que hay un sistema de referencia adecuado y eficiente en el lugar para tener certeza del acceso al cuidado obstétrico de emergencia. Por lo tanto los profesionales de nivel medio deben estar informados sobre el sistema de referencia y cómo utilizarlo.
6. La Organización Mundial de la Salud ha definido unas recomendaciones clave para la adopción de la Delegación de Tareas como una iniciativa de salud pública para la salud global. El Comité de Ética, sugiere que éstas recomendaciones sirvan como plantilla o guía para considerar el delegar tareas en el cuidado obstétrico.

*Londres, marzo de 2012*

## ASPECTOS RELATIVOS AL NEONATO

### GUÍA ÉTICA SOBRE BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN

#### Antecedentes

1. La sangre de cordón umbilical contiene células madre sanguíneas, las cuales son útiles para el manejo de pacientes con algunas patologías malignas y condiciones hematológicas (leucemias). Hay muy baja

incidencia de rechazo por reacción huésped receptor o de transmisión de enfermedades virales por este medio.

2. El tiempo de corte del cordón umbilical, después del nacimiento del producto, tiene importante impacto en la salud del o la recién nacido/a. Clampear tempranamente el cordón umbilical, puede disminuir la infusión de la sangre que el cordón pasa al neonato, con un potencial impacto generando disminución en el volumen sanguíneo o en los niveles de hemoglobina. Un pinzamiento tardío puede resultar en un incremento del volumen sanguíneo que puede contribuir al desarrollo de hiperbilirrubinemia, que, aunque no es de riesgo para el neonato, causa estrés familiar. Sin embargo el momento del pinzamiento del cordón umbilical, requiere de individualización para el beneficio individual del neonato.
3. Las recomendaciones y guías actuales se han centrado en los estándares para la recolección y almacenamiento de la sangre recolectada del cordón umbilical (y de otros tejidos), pero no han considerado el impacto de la recolección de la sangre en el pronóstico neonatal o en la provisión de servicios de maternidad. Adicionalmente el pago a médicos/as, personal de enfermería u otro tipo de profesionales proveedores de servicios de salud, por recolectar la sangre del cordón umbilical, crea un conflicto de intereses entre las opciones de estar al servicio de los mejores intereses de la madre y el neonato y la recompensa financiera que les puede generar esta actividad.
4. Algunos futuros padres son abordados por Bancos de Sangre de Cordón comerciales y motivados para comprar el almacenamiento de la sangre del cordón de su hijo/a, para una uso posterior en el o ella misma de acuerdo al progreso futuro de la medicina regenerativa. Situación con una posibilidad bastante baja de presentación. Además no hay garantías de la continuación comercial de estas empresas o de éxito en el almacenamiento de células madre viables que podrían ser necesarias para trasplante.
5. Hay múltiples consideraciones acerca de la autonomía en la decisión por parte de los padres acerca del uso de bancos de sangre de cordón comerciales. Generalmente las futuras madres son invitadas a dar su consentimiento para la recolección de sangre de cordón umbilical y su

almacenamiento posterior, durante el curso del embarazo, cuando el bienestar de su futuro hijo/a es su principal preocupación. La información está frecuentemente sesgada sobre el potencial, pero poco probable beneficio para el feto en desarrollo. En particular destacan el uso potencial de una sangre HLA-cruzada, considerándolo como algo excepcional. Los padres también pueden recibir presión por parte de sus pares para contratar los servicios de estos bancos, en especial cuando el mercado es apremiante.

6. El almacenamiento de la sangre de cordón en bancos públicos o mixtos (público/privados) del sistema de salud es considerado un beneficio para la sociedad en general, dando así una disponibilidad más amplia de células madre para trasplantes. Esto genera la pregunta de cuando este recurso, si se considera valioso, es mejor organizado como alianza con el sector privado para quienes la compra de servicios es más amplia cuando se hace con una entidad fundamentada en el servicio público que permitiría a las personas en acceso con base en sus necesidades independiente de sus finanzas.
7. El almacenamiento de la sangre de cordón puede también permitir aumentar la disponibilidad de grupos HLA poco infrecuentes, con el propósito de trasplantes.

### Recomendaciones

1. Obstetras y obstetrices a quienes se les solicita la recolección de sangre del cordón umbilical tienen el deber primario de asegurar bienestar y seguridad a la mujer y al neonato. Este fin debe ser primordial sobre cualquier otro esfuerzo o compromiso establecido antes del parto, como el recolectar la sangre del cordón.
2. Como en todos los casos, consejería y consentimiento apropiado y no coercitivo de la gestante (y su compañero, en caso posible) dependerán de una información adecuada.
3. Si los profesionales de la salud rechazan la recolección de la sangre del cordón debido a la presión ejercida por el trabajo asignado en sus unidades, ellos o ellas pueden recomendar otras unidades donde se practica de forma rutinaria y segura la recolección de sangre de cordón.

4. Pinzamiento temprano del cordón umbilical para fines de recolección de sangre de cordón, no debe hacerse si existe riesgo de anemia neonatal.
5. Idealmente los bancos de sangre de cordón deben ser organizados a nivel nacional u otro nivel público, con una responsabilidad públicamente reconocida que le permita recolectar y almacenar adecuadamente las muestras de sangre de cordón y de una manera que refleje la composición demográfica de la población.

*Londres, marzo de 2012*

## DIRECTRICES ETICAS PARA RESUCITAR A LOS RECIEN NACIDOS

### Antecedentes

1. Con arreglo al Convenio sobre Derechos de los Niños de las NN.UU., todos los niños tienen derecho a vivir desde su nacimiento y a quedar protegidos contra toda suerte de discriminaciones, prescindiendo de la raza de sus padres o tutores, sexo, color, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, nacionalidad, origen étnico o social, patrimonio, minusvalías o categoría social en su nacimiento u otras cosas. Los instrumentos internacionalmente aceptados respecto a los derechos humanos comprenden el derecho general de todos a disfrutar de la máxima cota posible de salud física y mental.
2. Es imprescindible considerar el bienestar particular de cada niño dentro del contexto de sus derechos humanos, puesto que se han presentado casos de discriminación indebida contra los recién nacidos por mor de su sexo, color, discapacidad o pertenencia étnica.
3. En muchos casos, existen incertidumbres sobre las probabilidades de supervivencia del recién nacido y de sus riesgos de discapacidad permanente. Además, las grandes diferencias de los resultados originados por factores vecinales, añaden nuevos factores de incertidumbre.
4. Existe una inmensa disparidad en la disponibilidad de medios para el



tratamiento de los recién nacidos entre las regiones con pocos y muchos recursos, y entre unos hospitales y otros.

5. La disponibilidad y calidad de los tratamientos prenatales tienen gran influencia en las condiciones en que se encuentra el niño durante su nacimiento y a largo plazo. Los planes coherentes de gestión antes y después del nacimiento pueden mejorar tales condiciones. Los conflictos y disputas entre los obstetras, pediatras y otros profesionales sanitarios pueden producir confusión y turbación en los padres, comprometiendo la eficacia de los cuidados al niño.
6. Como los intereses de los padres y el resto de la familia están totalmente entrelazados con los del recién nacido, los padres tienen derecho a ser informados de los diagnósticos y prognosis y a participar en el proceso de toma de decisiones.
7. Los estudios de resultados uniformemente demuestran que la supervivencia de los niños que nacen mucho antes de su tiempo se ve muy favorecida cuando se traslada a sus madres a grandes hospitales, antes de que nazcan.
8. La supervivencia y resultados de neonatos muy prematuros dependen mucho del tiempo de gestación y de su peso al nacer. Estudios a largo plazo realizados sobre niños muy prematuros ponen de manifiesto una importante incidencia de problemas neurológicos, cognitivos y de comportamiento en los sobrevivientes. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se ha estimado favorable la calidad de vida de la mayoría de los sobrevivientes adolescentes y adultos.
9. Además, la praxis obstétrica y neonatal continúa evolucionando y mejorando a gran ritmo. De aquí que, por su propia naturaleza, los estudios de resultados a largo plazo miden los resultados por unos baremos que ya podrían estar desfasados.
10. Existen pruebas de que, tras la muerte de un recién nacido, todo apoyo brindado con sensibilidad y simpatía, tiene consecuencias psicológicas muy positivas para el bienestar de los padres y de toda la familia.

## Recomendaciones

1. Los bebés deberán tratarse con el respeto y consideración que se debe a todo ser humano. Son las personas más vulnerables de nuestra sociedad y, por tanto, tienen derecho a ser cuidados antes, durante y después de su alumbramiento.
2. Las decisiones de su gestión deberán basarse en lo que perciban sus padres y sus asesores médicos, siempre en interés del niño, sin influencias de factores religiosos, demográficos o económicos. En caso de conflicto de pareceres, se deberá recurrir a consultas independientes.
3. Los más expertos facultativos de que se disponga en esos momentos (preferiblemente un obstetra y un pediatra jefes de sus departamentos, junto con una matrona experimentada), deberán concertar un plan de gestión provisional que se base en la información clínica y en los datos que se vayan obteniendo sobre los resultados. Cuando sea posible, deberá dejarse un tiempo para que todos los encartados mediten sus opiniones y asimilen la información.
4. Cuando las rémoras y riesgos de la resucitación y el tratamiento invasivo sean superiores a las posibles ventajas para el niño, los intereses de éste serán que no se inicie ni se retire ningún intento de resucitación.
5. Cuando no quede claro si un niño pueda beneficiarse de tratamientos intensivos, podría ser oportuno instituir un tratamiento intensivo “provisional” hasta constatar los progresos clínicos, y, mediante consulta entre un facultativo experimentado y sus padres, poner en claro si continuar o interrumpir tal tratamiento intensivo.
6. Cabe al personal médico la responsabilidad ética de mantener informados a los progenitores acerca de los posibles resultados clínicos que se deriven de las decisiones sobre la gestión clínica. Los doctores deberán ser concedores de los datos pertinentes sobre los resultados a obtener, en relación con el período de gestación y los datos que se hayan obtenido en sus propios centros nosocómicos.
7. El médico que aconseje el mantenimiento o la interrupción del tratamiento deberá ser el más experto posible. Cuando corresponda,

podría desear la consulta con otros colegas o con un comité de ética. Deberá debatir el problema y el plan de gestión con otras personas del grupo sanitario, comprendido el de enfermería.

8. Cuando los progenitores difieran entre ellos o cuando no acepten el consejo del médico respecto a mantener o no el tratamiento intensivo, este tratamiento deberá proseguirse hasta que se registre algún cambio en el estado del niño o hasta que ulterior consultoría resuelva la situación. Sólo como último recurso, en circunstancias excepcionales y cuando se hayan agotado todos los recursos, podrá recurrirse a los tribunales.
9. Cuando se haya tomado la decisión de retirar el tratamiento de conservación de la vida, deberán hacerse constar en la ficha del niño todas las conversaciones con los progenitores, las razones aducidas y la evolución clínica del niño, haciéndolo con diligencia y detalle.
10. Cuando sea necesario, los niños a quienes se les interrumpa o suprima el soporte vital deberán recibir analgesia y medicación de control de síntomas, proporcionándoseles calor, alimentos e incesantes cariño y atenciones. Deberá procurarse al máximo que sus padres le hagan compañía si así lo desearan.
11. En el fallecimiento consiguiente a la supresión o interrupción del soporte vital, recaerá sobre el equipo médico la responsabilidad ética de recabar de los progenitores el consentimiento para practicar la necropsia, de forma que se pueda confirmar y completar el diagnóstico y poder asesorarles y aconsejarles sobre los resultados de sus futuros embarazos.
12. Las sociedades adscritas y las que actúan en pro de los neonatos deberán aconsejar a sus gobiernos sobre la importancia de fundar centros perinatales, conjuntamente con la organización regional de cuidados perinatales. Deberá destacarse la importancia de estos centros para reducir la morbilidad y la mortalidad. Es imperativa la continua formación de todo personal profesional que intervenga en la resucitación y tratamientos perinatales.
13. Las sociedades afiliadas y neonatales deberán fomentar la estrecha vigilancia y debido registro de los tratamientos perinatales,

archivando todos los nacimientos y sus resultados, sobre una base regional.

14. A estos respecto, deberá fomentarse toda colaboración en todos los aspectos neonatales entre Sur y Norte y Norte y Sur.

*Londres, marzo de 2006*

### ASPECTOS ÉTICOS DEL MANEJO DE RECIÉN NACIDOS CON MALFORMACIONES SEVERAS

1. El Comité ha reconocido que los recién nacidos con severos defectos de desarrollo tienen el derecho a morir con dignidad, sin una intervención caprichosa o indebida, siempre que se considere, tanto por los padres como por los médicos, que tal resultado sería en pro del máximo interés del niño.
2. El adjetivo “severo” se emplea aquí para indicar un desarrollo defectuoso que es potencialmente letal o de índole tal que incluso con tratamiento médico es muy probable que resulte, en opinión de los padres y de sus asesores médicos, en una discapacidad mental y/o física inaceptable.
3. El Comité concluyó que la eutanasia activa es éticamente inaceptable, incluso cuando parezca favorecer el máximo interés del niño. Sin embargo, la reserva o retirada de los cuidados médicos (por ejemplo, respiración artificial, antibióticos, alimentación nasogástrica, suplementación de oxígeno) se justifica en tales circunstancias siempre que se mantengan los elementos de bienestar, tales como la alimentación oral, el calor, la ternura y el respeto. El empleo de analgésicos y sedantes para eliminar las molestias y sufrimientos se considerará apropiado siempre que su intención fundamental no fuese la de producir la muerte.
4. La decisión individual de reservar o retirar los cuidados sanitarios deberá tomarse en interés del niño, sin que la determinen aspectos tales como su sexo o factores eugénicos, demográficos o económicos.
5. Antes de discutir la posibilidad de reservar o retirar los cuidados sanitarios, el equipo médico tiene la responsabilidad de investigar y

documentar a fondo el estado del niño defectuoso y aconsejar a sus padres acerca de las condiciones en que se encuentra, su pronosis y opiniones acerca de su manejo.

6. Sin embargo, cuando un niño defectuoso no respire al nacer, será éticamente aceptable no aplicarle medidas resucitadoras cuando la anomalía sea de tal gravedad que no deje duda acerca de lo poco juicioso de prolongar su vida. En caso de duda deberá emprenderse la resurrección, proporcionándose cuidados médicos hasta tanto que se hayan realizado ulteriores investigaciones y consultas con los padres y colegas.
7. En general, el doctor que aconseje la reserva o retirada de cuidados sanitarios deberá ser el de mayor categoría de los que intervengan. Cuando corresponda, el doctor podría valerse de la consulta con otros colegas o un comité ético. El doctor deberá discutir el problema y acción a seguir con otros integrantes del grupo sanitario, comprendidos los de enfermería.
8. Al aconsejar a los padres, el médico deberá tener cuidado en no imponer sus propios prejuicios culturales y religiosos a aquellos cuyas creencias y observancia puedan ser diferentes, teniendo en cuenta además los requerimientos legales del país. Cuando las creencias de un médico impidan la revelación de todas las opciones posibles a los padres, cabrá a aquél el deber de referirlos a un colega que pueda hacerlo.
9. Al discutir el problema, deberá alentarse a los padres a que busquen el asesoramiento de otras personas. Cuando corresponda, se les deberá animar positivamente a obtener otros consejos profesionales. Siempre se les deberá dar la oportunidad de hablar entre sí en privado antes de llegar a una decisión.
10. El médico que aconseje a los padres no ha de procurar necesariamente que se llegue a una decisión inmediata, sino intentar enterarse con toda la delicadeza posible de sus deseos para evitarles zozobras y culpabilidad evitables.
11. Cuando ambos padres no queden de acuerdo entre sí acerca de la retención o retirada de los cuidados, deberá proseguirse el tratamiento médico hasta que la situación se aclare, bien a causa de

cambios registrados en el estado del niño o como resultado de mayor asesoramiento y discusión. Sólo como último recurso, en excepcionales circunstancias y tras haberse agotado todas las demás opciones deberá referirse el problema a los tribunales.

12. Cuando se haya tomado la decisión de reservar o retirar los cuidados de conservación de la vida, se deberán documentar con todo cuidado todos los actos realizados y las razones en que se apoyen, así como el progreso médico del niño.
13. Tras la muerte que se produzca por reservar o retirar cuidados sanitarios, el equipo médico tendrá la responsabilidad ética de pedir el consentimiento de los padres para una necropsia que confirme y complete el diagnóstico con el propósito de aconsejar a los padres y asesorarlos de los posibles resultados de futuros embarazos.

*Ljubljana, October 1996*

## ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON EL TAMIZADO DE NEONATOS

### Antecedentes

Los procedimientos de diagnóstico en el período neonatal pueden dividirse en aquellos que son parte del examen rutinario realizado a todos los neonatos ya sea mediante el examen clínico o pruebas bioquímicas y aquellos procedimientos llevados a cabo para condiciones tales como sordera, las enfermedades cardíacas congénitas, las cataratas congénitas, criptorquidia, dislocación congénita de la cadera y otras malformaciones congénitas que requieren pruebas por separado.

El propósito del tamizado de neonatos (siglas en inglés: NBS, newborn screening) es el detectar neonatos que presentan trastornos severos y tratables, para facilitar las intervenciones que sean apropiadas para evitar o mitigar resultados adversos. El trastorno a ser identificado debe constituir un problema de salud de importancia y debe existir un tratamiento aceptado para pacientes con una enfermedad reconocida, así como la disponibilidad de instalaciones para el diagnóstico y el tratamiento. El trastorno que se va a identificar debe ser severo, frecuente

y debe ser posible diagnosticarlo en forma fácil, segura, confiable y económica mediante pruebas de laboratorio a gran escala.

Todos los países desarrollados han instituido programas de tamizado neonatal, en tanto que los países en desarrollo han permanecido a la zaga en la implementación de este tipo de programas y la mayoría aún no ha empezado. Dos avances recientes han acelerado en gran medida el paso del desarrollo de esta clase de programas: la modificación de la espectrometría de masas en tándem y la extracción y el análisis de ADN. La nueva orientación de los programas de tamizado neonatal dependerá del desarrollo de tratamientos efectivos para trastornos hasta ahora no tratables y los avances en la tecnología. La capacidad técnica para realizar un procedimiento de tamizado no garantiza su aceptabilidad ética. Se ha dado consideración a las pruebas de susceptibilidad, pero siguen siendo no éticas a menos que exista una intervención claramente benéfica disponible en la infancia.

El principio de la autonomía contempla el derecho de los padres a elegir de manera informada los procedimientos de tamizado, pero, por otra parte la OMS considera que el tamizado neonatal “debe ser obligatorio y gratuito si el diagnóstico y el tratamiento temprano beneficia al neonato”.

Junto con el pediatra, el obstetra debe participar en informar a los padres sobre la disponibilidad de pruebas de tamizado de neonatos, sobre los beneficios de la detección temprana, los riesgos a los que se sujeta a los infantes a los que no se les realizan pruebas de tamizado, el avance en el tamizado y su seguimiento y los requerimientos gubernamentales que puedan existir. Las prácticas relacionadas con el consentimiento en programas de tamizado neonatal se describen deficientemente y probablemente varían notoriamente. Los programas de tamizado neonatal son aceptables éticamente cuando se basan en evidencia, toman en cuenta el costo de oportunidad del programa, distribuyen los costos y los beneficios del programa de manera equitativa y respetan los derechos humanos.

### **Recomendaciones**

1. El coeficiente daño/beneficio debe ser una consideración de importancia primordial al momento de instrumentar un programa de tamizado.

2. Todos los exámenes de tamizado deben ser preliminares y requerir de investigación adicional para verificar que los individuos cuya prueba de tamizado resulte positiva realmente presentan la anormalidad y requieren de tratamiento, y para eliminar a aquellos con resultados positivos pero que no padecen en los hechos la anormalidad. Existe el potencial de causar daño tanto en el caso de falsos positivos como en el de falsos negativos.
3. El obstetra y el ginecólogo deben tener conocimientos relacionados con la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de tamizado, de las pruebas adecuadas para el seguimiento, y la asesoría apropiada en la consulta con los padres con respecto tanto a los resultados positivos como negativos.
4. Los programas de tamizado neonatal están obligados a proporcionar información acerca de la retención de muestras y contar con políticas que prohíban cualquier uso de una muestra identificada una vez que se han realizado las pruebas de tamizado sin contar con permiso escrito de los padres. El consentimiento específico para retener una muestra para fines de investigación debe otorgarse en un consentimiento por separado relacionado con los usos e implicaciones a largo plazo de la investigación.
5. A pesar del principio de autonomía que contempla el derecho de los padres a elegir en forma informada los procedimientos de tamizado, con base en el hecho de que la aceptación generalizada del tamizado neonatal está fuera de duda, éste debe ser obligatorio y gratuito si el diagnóstico y el tratamiento temprano beneficiará al neonato. Los profesionales de la salud tienen la obligación de hacer que la información sobre los programas de tamizado de neonatos se encuentre a disposición de los padres.
6. Los obstetras y ginecólogos deben contribuir en la evaluación de la carga que representan para el país y la localidad las diferentes enfermedades, asegurándose de que no se ignoren la prevención y la atención de los trastornos genéticos y congénitos, y de que se les asigne un lugar adecuado entre las demás prioridades de salud. La falta en proporcionar servicios para el tamizado de neonatos tiene



como resultado daños que pueden evitarse y violación del principio de no maleficencia y del principio de justicia distributiva.

*Paris, octubre de 2008*

## ASPECTOS RELATIVOS AL ABORTO Y A LA ANTICONCEPCIÓN

### ESTERILIZACIÓN CONTRACEPTIVA FEMENINA

#### Antecedentes

1. Los derechos humanos incluyen el derecho de los individuos a controlar y decidir sobre su propia sexualidad y salud reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye el derecho a decidir tener hijos o no y cuando tenerlos.
2. La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo ampliamente utilizado. Un requerimiento ético para su práctica es que debe estar precedida de un consentimiento informado y libre, obtenido de acuerdo con las guías respecto al Consentimiento Informado (2007) y sobre Confidencialidad (2005). La Información para el consentimiento incluye, por ejemplo, el que la esterilización debe ser considerada irreversible, dado que existen alternativas de planificación familiar reversibles, que las circunstancias de la vida pueden cambiar, causando después arrepentimiento y que el procedimiento tiene una baja pero significativa tasa de falla.
3. Los métodos de esterilización femenina incluyen la ligadura de trompas y otros métodos de obstrucción tubarica. La histerectomía es inapropiada únicamente con fin de esterilización, por lo desproporcionado de los riesgos y los costos.
4. Una vez la elección informada se ha hecho libremente, se deben minimizar las barreras de acceso al servicio. En particular: a) la esterilización debe estar disponible para cualquier persona mayor de edad; b) ni un número mínimo ni máximo de hijos debe ser criterio para el acceso al servicio; c) el consentimiento de la pareja o compañero no debe ser un requisito, aunque se debe animar a la

mujer para incluir a su pareja en la consejería; d) médicos cuyas creencias sean opuestas a la participación en programas de esterilización, deben cumplir con la Guía Ética de Objeción de Conciencia (2005).

5. Existe evidencia de una larga historia de esterilizaciones forzadas, sin el consentimiento de las mujeres, incluyendo mujeres romaníes y mujeres con discapacidad, admitida por fuentes gubernamentales con su correspondiente disculpa. Reportes han documentado esterilización coercitiva a mujeres viviendo con VIH/SIDA y África y Latino América. Persisten temores respecto a minorías raciales y étnicas, VIH positivas, mujeres de bajo ingreso económico, usuarias de drogas ilegales, mujeres con discapacidad y otras mujeres vulnerables en el mundo que aún están siendo esterilizadas sin el adecuado libre e informado consentimiento.
6. Los médicos deben reconocer que, bajo la mirada de los derechos humanos y sus propios códigos de conducta, es una falta ética y además violatoria de los derechos humanos el practicar procedimientos de prevención de futuros embarazos, en quienes no han sido previamente informadas, para que den su consentimiento en forma libre. Es más éste procedimiento será recomendado respetando el mejor interés por la salud de la mujer.
7. Únicamente las mujeres, por si mismas pueden dar un consentimiento éticamente válido para su propia esterilización. Los miembros de la familia, incluidos los esposos, padres, guardianes legales, médicos y, por alguna circunstancia, gobierno u otra oficina pública, no pueden en nombre de ninguna mujer o niña consentir sobre una esterilización quirúrgica.
8. El consentimiento de la mujer para la esterilización no debe ser una condición para tener acceso a servicios de salud como tratamiento para VIH/SIDA, parto natural, cesárea, aborto o cualquier otro beneficio como seguro médico, asistencia social, trabajo, o dar de alta a persona institucionalizada. Además el consentimiento no debe solicitarse cuando la mujer está en situación de vulnerabilidad como por ejemplo cuando va a una interrupción del embarazo, está en trabajo de parto o cuando está en el pos-parto inmediato o sufriendo alguna de sus consecuencias.

9. Adicionalmente, es una falta a la ética, por parte de los médicos, el practicar procedimientos de esterilización quirúrgica dentro del desarrollo de un programa gubernamental o una estrategia en la que no se incluya el consentimiento informado.
10. Esterilización para la prevención de embarazos futuros, no puede estar éticamente justificada dentro del terreno de una emergencia médica. Aún si un futuro embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo tanto se debe dar tiempo y soporte a las necesidades de la mujer para que pueda hacer un adecuado proceso para tomar la decisión. Su decisión informada, debe ser respetada aún si se considera que la decisión tomada puede ser de riesgo para la salud de la mujer.
11. Como todos los procedimientos médicos que no son de emergencia, la mujer debe ser adecuadamente informada de los riesgos y los beneficios de cualquier procedimiento propuesto y las alternativas que hay a lo propuesto. Debe explicarse que la esterilización debe considerarse como permanente e irreversible, para la prevención del embarazo en el futuro, y que existen alternativas no permanentes para la misma finalidad de prevención del embarazo. Debe enfatizarse también que la esterilización no ofrece protección frente a infecciones de transmisión sexual. Las mujeres deben ser aconsejadas y se les debe ofrecer exámenes de seguimiento y cuidado después de cualquiera de las alternativas que éstas escojan.
12. Debe proveerse toda la información en un lenguaje, escrito y hablado, que la mujer pueda entender, en un formato accesible que incluya un apartado para la firma de la mujer. Braille y un lenguaje sencillo, no técnico debe ser utilizado para cumplir con las necesidades de la mujer. El médico encargado de la práctica del procedimiento tiene la responsabilidad de asegurar que la paciente ha recibido una consejería adecuada con respecto a riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento.
13. La convención de Naciones Unidas sobre el Derecho de las Personas con Discapacidades Mentales, incluye el reconocimiento que “las mujeres y las niñas con discapacidad están, frecuentemente, expuestas a mayor riesgo... De violencia, daño o abuso, rechazo o negligencia a los diferentes tratamientos, tratamientos inadecuados y explotación”.

De acuerdo con el artículo 23 (1) se impone el compromiso de “eliminar la discriminación contra las persona con discapacidad en todas las formas relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y la maternidad y las relaciones interpersonales y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con los demás a fin de asegurar que:

- a) Se reconozca el derecho a todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges.
- b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libre y responsablemente, el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, así como ofrecerles los medios necesarios que les permitan ejercer sus derechos.
- c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, deben mantener su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás.

### Recomendaciones

1. Ninguna mujer puede ser esterilizada sin su consentimiento, habiéndose dado previamente la información necesaria para el consentimiento, sin coerción, presión o por inducción indebida por parte de los proveedores de salud o las instituciones.
2. Las mujeres que están considerando la esterilización deben recibir información sobre sus opciones en un lenguaje en el que puedan comunicarse y entender o a través de traducción en caso de ser necesario, debe estar consignada la información en un formato accesible, con lenguaje sencillo, no técnico y apropiado, para poder cumplir con las necesidades individuales de cada mujer. También debe informarse a las mujeres de las opciones no permanentes de contracepción. Los conceptos erróneos que se puedan tener sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH por la esterilización deben ser aclarados con una consejería apropiada sobre ITS.
3. La esterilización para la prevención de embarazos futuros no es un

procedimiento de emergencia. Por lo tanto no está justificado separarse de los principios generales del consentimiento libre e informado. Con lo cual las necesidades de cada mujer deben tenerse en cuenta y entonces dar el tiempo y el soporte necesario, mientras ella no se encuentre bajo presión, dolor o en dependencia de cuidado médico, para poder considerar las explicaciones que ella ha recibido en relación al carácter permanente de la esterilización y así conocer cual es la decisión de la mujer.

4. El consentimiento para la esterilización no debe hacerse como parte de los requisitos para optar por otros tratamientos médicos, como por ejemplo tratamiento para el VIH/SIDA, asistencia para parto natural o por cesárea, interrupción médica del embarazo o cualquier otro beneficio como empleo, ser dada de alta de una institución, aseguramiento médico público o privado o asistencia social.
5. La esterilización forzada constituye un acto de violencia, que puede ser infringida por el proveedor de servicios en individual o bajo políticas institucionales o gubernamentales. Los proveedores de salud tienen la responsabilidad ética de cumplir con las guías de Violencia Contra la Mujer (2007).
6. Es éticamente inapropiado por parte de los proveedores de salud iniciar procedimientos judiciales para la esterilización de sus pacientes, o servir de testigos en tales procesos, contraviniendo el artículo 23 (1) de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
7. A nivel de política pública, la profesión médica tiene la obligación ser la voz de la razón y la compasión, señalando cuándo las leyes o las normas legales interfieren con las elecciones personales y el adecuado cuidado médico.

*Goa, Marzo 2011*

## ASPECTOS ÉTICOS EN EL MANEJO DE LA MUJER CON DISCAPACIDAD SEVERA Y PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

### Antecedentes

1. Ante la presencia de una discapacidad severa física o mental en una niña o una adolescente madura, varias preocupaciones aparecen, desde la higiene menstrual hasta la vulnerabilidad al abuso sexual, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.
2. Se deben diferenciar las vulnerabilidades cuando la discapacidad severa es física o mental. La primera esta en capacidad de decidir sobre su cuidado y tratamientos que pueda requerir, igual que otras mujeres aún cuando no puedan físicamente protegerse ellas mismas, pero las mujeres con severa discapacidad mental, no están en la capacidad de tomar decisiones por ellas mismas, por lo tanto, podrán requerir de un sustituto para la toma de decisiones en el mejor interés por su higiene y su salud. Si la persona propuesta para sustituirla en el proceso de toma de decisiones presenta conflicto de intereses, el profesional de la salud tendrá que después de una análisis independiente de cual sería la mejor alternativa para la mujer con discapacidad, siempre teniendo en cuenta el mejor de sus intereses. En algunas circunstancias, la mujer con discapacidad deberá involucrarse en la mayor parte posible tanto como su discapacidad se lo permita.
3. Las mujeres severamente discapacitadas, que menstrúan, también pueden disfrutar de la vida sexual activa y procrear tal como lo hacen otras mujeres, se debe entonces tener en cuenta el bienestar de posible futuro hijo/a y la capacidad de ella para cuidarlo/a después.
4. Para prevenir embarazo en mujeres con discapacidad severa mental o física, se han llevado a cabo esterilizaciones quirúrgicas. Esto ha incluido mujeres que llenan los criterios de independencia autonomía y consentimiento para la toma de decisiones. Si ellas hubieran sido esterilizadas sin su consentimiento voluntario, hubiese sido una falta a la ética y una violación a sus derechos humanos. Ver las recomendaciones de FIGO para la Esterilización Contraceptiva Femenina, 2011.

5. Hay reportes de mujeres con discapacidad severa, que están recibiendo tratamientos para inducir amenorrea, incluyendo procedimientos quirúrgicos irreversibles y de alto riesgo, como histerectomías, sin el consentimiento apropiado. Para tales casos consultar las recomendaciones de FIGO sobre Esterilización Contraceptiva Femenina, antes citada.
6. En contraste a las contracciones y esterilizaciones involuntarias y permanentes, que se han llevado a cabo en sujetos sin un verdadero consentimiento y cometiendo violaciones de los derechos humanos, hay algunos contextos donde procedimientos no voluntarios pueden ser considerados, como aquellos muy raros casos en que la mujer presenta una severa discapacidad mental que la hace incapaz para expresar o aún comprender sus opciones. En muchas jurisdicciones, el tutor legal de la mujer, puede solicitar a la corte autorización para poder solicitar o permitir estos procedimientos en el mejor interés médico y psicológico de la mujer. Después de considerar la evidencia médica relacionada, si la corte o el estamento judicial esta de acuerdo, es entonces considerado ético el procedimiento a la vez que es considerado legal llevar a cabo procedimientos judicialmente aprobados.

### Recomendaciones

1. Es esencial que la higiene general y otras necesidades de la mujer con severa discapacidad, sea manejada sin discriminación y con los estándares de cuidado que se manejan para todas las mujeres.
2. Los proveedores de servicios de salud deben abogar por políticas que prohíban la discriminación basada en una discapacidad mental y/o física y garantizar una igualdad en la protección legal de todos.
3. Si una mujer no tiene las capacidades suficientes para procurarse su propia higiene y atenderse en otras necesidades de cuidado para su salud; la persona que la sustituye en la toma de decisiones debe tomarlas teniendo en cuenta el mejor interés para la mujer en discapacidad.
4. Procedimientos que inevitablemente resulten en esterilidad permanente o terminación del embarazo, requieren consideraciones

especiales para asegurar la comprensión, la capacidad de elección y las consideraciones, que sobre el procedimiento, que se deban hacer para la mujer con discapacidad severa al momento del consentimiento o cuando sus deseos no puedan ser determinados, para que otros tomadores de decisiones apropiados, o tutores designados legalmente puedan contemplarlo y entenderlo.

5. Si la mujer tiene una discapacidad tan severa como para comprender la menstruación, y la evidencia muestra que cada mes ella experimenta severos trastornos, o ella no esta en capacidad para mantener una higiene personal adecuada durante la menstruación, es tanto ética como médica y prudentemente indicado buscar una opción médica o quirúrgica más apropiada y los menos invasiva posible.

*Goa, marzo de 2011*

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS RELATIVAS AL EMPLEO DE ANTIPROGESTERONA

1. El comité acordó que los individuos tienen el derecho de gozar de los beneficios proporcionados por los nuevos conocimientos científicos.
2. Una antiprogesterona ha sido comercializada como un método seguro y efectivo para la terminación médica del embarazo y su presentación ha sido causa de controversias generalizadas.
3. En los países donde la antiprogesterona puede adquirirse, no existe evidencia que sugiera que haya aumentado la frecuencia del aborto inducido. El método simplemente permite a las mujeres la elección entre la terminación médica o quirúrgica del embarazo.
4. Se estima que el aborto inseguro de un embarazo no deseado es responsable de la muerte de una mujer cada tres minutos en todo el mundo, muchas más sufrirán una morbilidad severa. La sociedad tiene la obligación de afrontar este grave problema de la salud pública. Juntamente con otros métodos, la antiprogesterona puede ayudar a resolver este problema.
5. Se reconoció que, en el futuro, las antiprogesteronas podrán ofrecer



otros usos terapéuticos no relacionados con el empleo en la terminación del embarazo. La investigación en este campo debe ser estimulada.

1994

### LA INTRODUCCION DE ASPECTOS ÉTICOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EL USO FEMENINO

1. El principio de actuación benéfica requiere que los nuevos métodos anticonceptivos sean inocuos, eficaces y aceptables para las mujeres.
2. Al introducir nuevos métodos anticonceptivos, los médicos deberán guiarse por el respeto a la autonomía personal. Este respeto autonómico se refleja en la normativa internacional de los derechos reproductivos.
3. Dicho respeto a la autonomía requiere que la normativa especialmente relacionada con la introducción de nuevos métodos de regulación de la fertilidad incluya la facilitación de una capacidad de elección bien informada y el suministro de atenciones sanitarias de calidad.

#### Una Elección Bien Informada

4. La elección bien informada es el proceso mediante el cual una mujer puede tomar libremente decisiones acerca de posibles intervenciones sanitarias, que pone a su alcance la toma de decisiones de tal manera que pueda ejercer sus derechos. La base de una decisión bien informada es una información “exacta, sin tendenciosidad, completa y comprensible”.
5. El respeto por una elección bien informada requiere que se suministre cierta información acerca de métodos anticonceptivos a toda mujer que considere la posibilidad de emplearlos, incluyendo:
6. la forma de empleo debida
  - contraindicaciones
  - eficacia en impedir el embarazo

- la necesidad de una protección continuada contra infecciones de transmisión sexual.
  - posibles efectos secundarios
  - posible interacción con otros fármacos o circunstancias
7. El respeto a la autonomía personal de las mujeres requiere que cada una de ellas sea explícitamente informada de que en todo momento podrá tomar la decisión de interrumpir el empleo del método que elija (por ejemplo, a su petición se le removerá un dispositivo intrauterino o implantes anticonceptivos, según sea el caso).
  8. Se requiere éticamente que las personas dedicadas a los cuidados sanitarios trabajen en pro de la eliminación de obstáculos a la elección bien informada. Para este fin y entre otros esfuerzos, los desequilibrios entre potestades individuales deberán identificarse y reducirse al mínimo. El personal sanitario deberá estar debidamente capacitado para esta labor; además se deberá disponer también de métodos alternativos de impartir información de tal manera que se pueda responder a las necesidades de las mujeres analfabetas. Las preferencias particulares y objeciones del personal con relación a los métodos de la regulación de la fertilidad no deberán hacerse sentir por las pacientes.

### Calidad de los Cuidados Sanitarios

9. El deber de beneficiar a las pacientes requiere que una meta muy importante de los que imparten los servicios sea la oferta de métodos anticonceptivos dentro del contexto de unos servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad. Existen dos aspectos muy importantes en este respecto: la necesidad de una calidad médica y el requerimiento de tomar en consideración los deseos expresos de las mujeres. En primer lugar, los requerimientos de calidad médica comprenden la oferta de toda una serie de métodos anticonceptivos, con oferta de servicios apropiados de consejería de apoyo, y que los que los suministren sean técnicamente competentes. El segundo aspecto requiere que las relaciones con el personal sanitario conlleve respeto y se tomen en cuenta las opiniones de la mujer.

*Ljubljana, October 1996*

## DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS AL ABORTO PROVOCADO POR RAZONES NO MÉDICAS

1. El aborto provocado podría definirse como la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica tras la implantación, antes de que el feto se haya convertido en viable de forma independiente (definición de nacimiento de la OMS: pasadas 22 semanas o más después de la última menstruación).\*
2. Existe un amplio consenso en el sentido de que el aborto es éticamente justificable cuando se efectúa por razones médicas para proteger la vida y la salud de la madre en presencia de molas o embarazos ectópicos, así como también en casos de enfermedades malignas. La mayoría del público también lo considera justificado en casos de incesto o estupro, así como cuando el feto está pronunciadamente mal formado o cuando la vida de la madre se ve amenazada por alguna otra enfermedad grave.
3. La práctica del aborto por razones sociales de otro tipo continúa siendo muy controvertida por razón de los dilemas éticos que plantea, tanto a las mujeres como a los equipos médicos. Las mujeres experimentan a menudo encontrados sentimientos respecto a tan difícil disyuntiva, tomando la decisión que estiman menos mala en tales circunstancias. Los proveedores de la salud se debaten entre los valores morales de preservar la vida, cuidar de las mujeres y evitar la práctica de abortos exentos de seguridad.
4. En los países en que se han contabilizado, se ha hallado que la mitad del total de los embarazos no son intencionados, y que la mitad de estos últimos acaban en abortos. Éstos son asuntos de gran preocupación, en especial para la profesión facultativa.
5. Los abortos que se practican por razones no médicas y que se realizan en condiciones apropiadas, especialmente durante el primer trimestre, que es cuando en su mayoría se provocan, son de hecho más seguros que los partos de término.

\*Nota: Esto no corresponde a fetos teratológicos, cf Ethical Aspects of the Management of the Severely Malformed Fetus. Int. J. Gynecol. Obstet. 53:300, 1996. También es importante considerar Ethical Aspects in the Management of Newborn Infants at the Threshold of Viability, Int. J. Gynecol. Obstet. 59:165, 1997.

6. No obstante, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que casi la mitad de los cincuenta millones de abortos provocados anualmente en el mundo pertenecen a la categoría de carencia de seguridad porque son inducidos por personas no capacitadas y/o en un entorno poco adecuado.
7. El índice de mortalidad relativo a los abortos realizados sin medidas de seguridad se estima muchas veces superior a aquél en que los abortos se practican en un ambiente médico profesional. Por lo menos 75.000 mujeres fallecen innecesariamente todos los años tras sufrir intervenciones en condiciones poco seguras, y otras, en número muy superior a éste, sufrirán de secuelas y discapacitaciones vitalicias, comprendida la esterilidad.<sup>†</sup>
8. Los abortos practicados en condiciones carentes de seguridad vienen practicándose desde tiempos inmemoriales. Hoy se registran, sobre todo, en países en que rige una legislación restrictiva en relación a la interrupción del embarazo por razones no médicas. En los países con servicios sanitarios poco desarrollados y en que se niega a la mujer el derecho a controlar su propia fertilidad, también imperan altos índices de abortos carentes de seguridad.
9. Cuando países han legislado autorizando el aborto por razones de tipo no médico, la mortalidad y morbilidad por aborto han descendido espectacularmente, sin que se registre un aumento significativo de las interrupciones de embarazos.
10. En épocas pasadas, estas interrupciones se practicaban quirúrgicamente, pero sin embargo recientes avances farmacológicos permiten provocar abortos médicos seguros en embarazos tempranos.
11. Además, el proceso reproductivo puede interrumpirse antes del embarazo, comenzando por métodos anticonceptivos clásicos o anticonceptivos de emergencia de popularidad más reciente. Estos últimos no son abortivos porque hacen efecto antes de la primera etapa de la implantación. Sin embargo, tales procedimientos no resultan aceptables para parte del público.

<sup>†</sup>WHO (1998) Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data, 3ª edición, OMS/RHT/MSM/97.16.

## Recomendaciones

1. Los gobiernos y demás organizaciones interesadas deben esforzarse en propugnar los derechos, grado de protagonismo social y salud de la mujer, y deben intentar prevenir los embarazos no deseados, mediante la educación (incluido lo relativo a cuestiones sexuales), consejería y asesoramiento, difundiendo información fiable y servicios de planificación familiar, así como creando métodos anticonceptivos más eficaces. El aborto nunca debería promoverse como método de planificación familiar.
2. Las mujeres tienen derecho a elegir entre reproducirse o no, y en consecuencia acceso a métodos legales de contracepción, seguros, eficaces, aceptables y a precio asequible.
3. A condición de que se haya seguido el proceso de obtención de un consentimiento apoyado en suficiente información, el derecho de la mujer a su autonomía, combinado con la necesidad de prevenir el aborto exento de seguridad, justifican la provisión de abortos en condiciones de seguridad.
4. La mayor parte del público, comprendidos los médicos, prefiere evitar la interrupción del embarazo, y lamentan juzgar que es lo mejor que puede hacerse, dadas las circunstancias de la mujer. Algunos médicos son del parecer de que el aborto no puede permitirse bajo ninguna circunstancia. El respecto a la autonomía de estos últimos, significa que no se debe esperar que ningún médico (u otras personas pertenecientes a los equipos médicos) aconseje o practique aborto contra sus convicciones personales. Su carrera profesional no deberían verse perjudicada por este motivo. No obstante, cabrá a estos médicos la obligación de referir a las mujeres a colegas suyos que, en principio, no se opongan a la interrupción del embarazo.
5. Ni la sociedad ni los miembros de los equipos de salud responsables de asesorar a las mujeres tendrán derecho a imponer sus criterios religiosos o culturales relativos al aborto sobre las personas cuyas actitudes difieran de las suyas. El asesoramiento deberá incluir información objetiva.
6. Es muy importante que el asesoramiento a menores se realice con todo esmero. Cuando los menores sean competentes para otorgar un

consentimiento una vez que estén bien informados, deberán respetarse sus deseos. Cuando no se les juzgue competentes, deberá considerarse el asesoramiento a los padres o tutores, o a los tribunales, cuando así corresponda, antes de interrumpir el embarazo.

7. La interrupción del embarazo por razones no médicas es mejor suministrado por servicios sin ánimo de lucro. Después de un aborto, se deberá proveer siempre consejería sobre el control de la fertilidad.
8. En resumen, el Comité recomendó que, tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.

*El Cairo, marzo de 1998*

## DIRECTRICES RELATIVAS A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

### Antecedentes

1. El Comité reconoce que entre los derechos humanos básicos relativos a la salud se incluye la libertad de controlar la salud sexual y reproductiva. Los individuos también tienen el derecho a beneficiarse de los nuevos conocimientos en materia de salud reproductiva y sexual.
2. El Comité mencionó en un comunicado anterior<sup>2</sup> que “si no se defienden políticas que ayuden a elevar el nivel de las atenciones de salud de la mujer y propugnen ampliamente sus derechos, el resultado será el menoscabo de la atención individual de los pacientes por los obstetras-ginecólogos”.
3. Tras una relación sexual sin protección la anticoncepción de emergencia es altamente eficaz en la reducción del número de

2 El papel de los obstetras y ginecólogos en la salud de la mujer. *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología echas por el Comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO*, Agosto 2000 (páginas 136–137).

embarazos no deseados sin necesidad de recurrir al aborto.<sup>3 4</sup> La evidencia inicial sugiere que la tasa de abortos entre adolescentes disminuye tras el acceso a información y al uso de anticoncepción de emergencia.

### Recomendaciones

- a. El pronto acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia mejora el índice de éxito y por tanto disminuye los riesgos para la salud. Por tanto la profesión médica debería abogar por una política que posibilite el acceso fácil y continuo de toda mujer a la contracepción de emergencia
2. La contracepción de emergencia no es apropiada como método anticonceptivo habitual. Los médicos tienen la obligación de asegurarse que la información sobre la anticoncepción de emergencia sea correcta y este disponible; así como también de discutir futuras estrategias con los individuos para evitar que tengan la necesidad de recurrir a la anticoncepción de emergencia.
3. El acceso a la anticoncepción de emergencia debería ser un componente esencial del cuidado inmediato a las víctimas de violaciones con riesgo de embarazo. En vista de su especial vulnerabilidad en la sociedad las adolescentes son otro grupo que debería tener fácil acceso a la contracepción de emergencia.

*Londres, Junio del 2001*

3 Definición de embarazo: “La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de la mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto” (Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. Agosto 2000) Publicado en la *International Journal of Gynecology and Obstetric*, Vol. 64/3: 317 Marzo 1999.

4 El aborto inducido se puede definir como la terminación del embarazo mediante medicamentos o intervención quirúrgica tras la implantación y antes de que el concepto sea viable independientemente (definición de un nacimiento según la OMS: 22 o más semanas de edad menstrual)” (Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. Agosto 2000) Publicado en la *International Journal of Gynecology and Obstetric*, Vol. 64/3: 318 Marzo 1999.

## LA ÉTICA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

### Antecedentes

1. La planificación familiar permite a las parejas y los individuos decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento entre sus hijos, tener al alcance la información y los medios para hacerlo, garantizar una elección informada, y hacer que exista la disponibilidad de una gama completa de métodos seguros y efectivos.
2. Aunque ha habido un avance formidable en el desarrollo de anticonceptivos más seguros y efectivos y en el suministro de servicios de planificación familiar asequibles y accesibles, millones de individuos y parejas en todo el mundo aún son incapaces de planificar sus familias de acuerdo a sus deseos.
3. En algunos países existen incentivos y disuasivos sociales y económicos que afectan las decisiones del individuo relacionadas con la reproducción y el tamaño de las familias, con el fin de aumentar o reducir la fertilidad.
4. Las diferentes culturas, religiones, sociedades y comunidades así como las diferentes situaciones políticas y económicas de los países han tenido como resultado diferentes posiciones con respecto a los métodos de control de la fertilidad y los puntos de vista cambian con el transcurso del tiempo. Se basan sobre la posición jurídica del gobierno para proporcionar alternativas informadas, plenamente disponibles, para que las parejas o los individuos practiquen la planificación familiar.
5. La moderna revolución en los métodos anticonceptivos ha brindado a las mujeres métodos confiables de planificación familiar, que pueden ser usados independientemente o en colaboración con sus parejas masculinas. Sin embargo, con muchos métodos anticonceptivos las mujeres tienen que asumir los inconvenientes y riesgos involucrados.

### Recomendaciones

4. Los profesionales obstetras y ginecólogos y otros trabajadores de la



salud involucrados deben fomentar y apoyar las decisiones responsables y voluntarias relacionadas con la reproducción y los métodos de planificación familiar tomadas por los individuos, y deben garantizar la disponibilidad de métodos para regular la fertilidad que no contravengan la ley. Las asociaciones de profesionales pueden desempeñar un papel esencial en garantizar la disponibilidad de servicios de anticoncepción y una investigación continua en esta área.

5. En ningún caso debe promoverse el aborto como método de planificación familiar. Se debe dar la más alta prioridad a la prevención de embarazos no deseados y se debe poner el mayor empeño posible para eliminar la necesidad del aborto. En los casos en que el aborto no contravenga la ley, éste debe ser seguro. En aquellos lugares donde la ley que rige el aborto es restrictiva y es evidente que existe una gran posibilidad del aborto no seguro, los médicos y las asociaciones deben impulsar el acceso legal más amplio a los servicios.
6. Se debe evitar la coerción legal o social acerca del tipo o programación de la planificación familiar, puesto que ésta viola tanto los principios éticos como los derechos humanos. Los obstetras y ginecólogos deben actuar como promotores de métodos apropiados y seguros de planificación familiar.
7. Los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación familiar, pero se debe tomar nota de que en lo que respecta a la salud reproductiva la mayor carga pesa sobre las mujeres. La importancia de la participación y responsabilidad de los hombres se ha incrementado con el surgimiento del sida.
8. Si un médico o trabajador de la salud es incapaz o no desea proporcionar un método de planificación familiar, o el servicio médico por razones no médicas, debe poner todo su empeño en referir al interesado a la persona adecuada.

*Paris, octubre de 2008*

**CUESTIONES RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y  
MERCADOTENICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD****ANTECEDENTES ETICOS RELATIVOS A PUBLICIDAD Y  
MERCADOTECNIA**

La diseminación al público de información precisa sobre los avances en conocimiento y sus aplicaciones, medicinas y procedimientos es esencial para facilitar que las mujeres puedan dar consentimiento informado sobre sus tratamientos. El profesional tiene la obligación de asegurar que la mujeres reciben información precisa; con ello se asegura la confianza continuada del paciente en su facultativo, que es la base de la relación terapéutica entre médico y paciente.

Las autoridades de sanidad, las instituciones médicas, los medios de comunicación y los médicos han de dar información exacta para asegurar un alto grado de salud a la población. La información que acentúa los beneficios sobre los perjuicios o da publicidad a trabajos no auditados o que no han sido revisados por profesionales cualificados no es ética. El uso de información e investigación médica con el único fin de promocionar instituciones o médicos para incrementar los beneficios económicos tampoco es ético, independientemente de la cualidad de la información.

**DIRECTRICES RELATIVAS A LAS RELACIONES  
DE LOS MEDICOS CON LA INDUSTRIA****Antecedentes**

Hay legítimos vínculos entre médicos y fabricantes de medicinas y equipo médico. Sin embargo, también hay potenciales conflictos de interés entre el deber del médico de beneficiar al paciente y la promoción de equipamiento y medicinas con fines de lucro.

El médico de hecho actúa como promotor y distribuidor de los productos de la industria. El impacto de la presión de la industria a través de representantes o de la promoción directa al paciente puede acarrear el abuso de prescripciones o el uso excesivo de medicinas o equipo médico o de análisis por parte del paciente.

## Recomendaciones

1. Los médicos sólo deberían asociarse con tratamientos que han sido revisados por profesionales cualificados o que han sido investigados con la meticulosa aplicación de la metodología adecuada.
2. El médico ha de evitar cualquier conflicto de interés surgido de la posesión de facilidades médicas, acciones en compañías u otros cometidos en la industria que pudieran influir en la utilización en los pacientes a su cargo de cualquier aparato o procedimiento farmacéutico.
3. Los regalos, invitaciones y otras promociones pueden crear un conflicto de interés para los médicos. Los regalos caros, independientemente de si el regalo esta relacionado con un producto en particular o es de utilidad general, no deben ser aceptados por parte de miembros de la profesión médica ni de profesiones relacionadas.
4. El uso de regalos que anuncian productos específicos debería evitarse en la oficina de un médico.
5. Las apariciones de médicos dedicadas a promover medicinas o equipo médico son cuestionable desde un punto de vista ético incluso cuando se ha revelado el conflicto de intereses. La tentación de alterar la presentación (p. ej. incluyendo sólo los resultados positivos, o excluyendo la explicación adecuada de otras terapias) para beneficiar a la compañía que paga es real. Los médicos no deberían aceptar estas conferencias y apariciones si no pueden dar una presentación completa e imparcial.
6. Los médicos tienen una relación de confianza con sus pacientes y tienen la responsabilidad de revisar continuamente sus conflictos de interés financiero directos e indirectos para asegurarse de que estos conflictos de interés no les influyen cuando recetan medicinas, aparatos u otros dispositivos.
7. Los médicos deberían rechazar los intentos de la industria encaminados a controlar sus prácticas relativas a prescripciones, bien mediante promociones para evitar medicamentos genéricos o mediante el uso de códigos, puesto que no son en el interés de sus

pacientes. Los médicos no deberían entrar en acuerdos con farmacias u otros proveedores para rellenar prescripciones escritas con códigos o para prohibir el uso de genéricos a menos que sea para beneficiar directamente al paciente.

8. Los médicos no deberían aconsejar a sus pacientes consultas, pruebas, prescripciones o tratamientos que no sean necesarias para la terapia si el motivo es su propio beneficio económico o profesional.

2003

## RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA INFORMACION MEDICA Y LA MERCADOTENCIA EN INTERNET

### Antecedentes

Se puede encontrar una enorme cantidad de información médica en Internet que potencialmente puede mejorar la educación del paciente y de los profesionales de la salud. Cualquier paciente puede acceder esta base de datos. Parte de esta información será pertinente para los intereses del paciente y validada por reseñas nacionales de experimentos clínicos o por la aparición en publicaciones revisadas por profesionales cualificados. Parte de esta información será de carácter francamente promocional e incluirá información que no ha sido validada a través de métodos científicos reconocidos e incluso será a veces engañosa, presentando resultados que no has sido nunca probados para vender un producto específico. La identificiación de la calidad de la investigación y de los esfuerzos hechos para interpretar la información a la luz de la información anterior forma un filtro crítico para pacientes y cualquier otro individuo que busque información médica a través de este vehículo. No hay conciencia general de esta falta de supervisión de la información médica en Interenet y a menudo el que algo esté allí publicado le otorga una validez o éxito que no es sustentable.

Instituciones tales como la prensa, partidos políticos, grupos religiosos, organizaciones culturales y grupos de presión industrial o financiera pueden intentar la divulgación de información médica parcial o no validada para apoyar sus propios puntos de vista, intereses, creencias, propaganda o filosofía. Además, algunas autoridades médicas influyentes

pueden compartir y respaldar estos puntos de vista aún cuando la investigación no tiene calidad y falten evidencias. Esta parcialidad no se identifica y la capacidad del lector para darse cuenta de que está leyendo no hechos médicos imparciales, sino un texto que expone un punto de vista puede ser limitada. Los pacientes necesitan diferenciar entre la información proporcionada por grupos de presión, cuyo fin es beneficiar a este grupo y la información cuyo fin es la educación del público.

Así mismo, la publicidad en Internet busca el beneficio personal o institucional. Los hospitales, organizaciones de salud y agrupaciones médicas tienen el derecho de promover y describir los servicios disponibles. Sin embargo, la calidad de estos servicios y los límites de su disponibilidad raramente se identifican, causando una vez más decisiones parciales y potencialmente peligrosas de los pacientes que, basándose en la publicidad, requieren cuidados que no están disponibles o cuya calidad es cuestionable. La veracidad de estas afirmaciones requiere el mismo nivel adhesión a apropiadas credenciales y disponibilidad de servicios que cualquier otro servicio médico para evitar daños a los pacientes.

### Recomendaciones

1. Puesto que las afirmaciones en Internet pueden expresar información médica inexacta se recomienda que los médicos recomienden cautela a sus pacientes al interpretar estos datos. Es importante identificar páginas revisadas por profesionales con experimentos bien diseñados y controlados o una supervisión nacional o profesional para asegurar la eliminación de parcialidades que se pueda recomendar a los pacientes que elijan esta ruta para su educación.
2. La publicidad de sistemas de salud, consultas médicas de individuos o grupos y de otros servicios de salud en la red está aumentando. Se pueden utilizar falsas declaraciones o exagerar los resultados para atraer clientes y el control es limitado o no existe. Estas declaraciones pueden perjudicar a los pacientes directamente o mediante la pérdida de confianza en sus proveedores de salud. El asegurarse de que los pacientes saben validar cualquier afirmación sobre tratamientos médicos o resultados en la red cae dentro del ámbito del médico que quiere asegurarse de que las mujeres no sean perjudicadas por una elección basada en información falsa o exagerada contenida en la red.

3. Anunciar los daños o beneficios para la salud que apoyen una determinada agenda política o religiosa sin equilibrar este punto de vista es por sí mismo perjudicial para los pacientes y la salud general de la población. Parte de la obligación del médico de asegurarse de que los pacientes se benefician de la información sobre cuidados sanitarios es hacerles comprender el papel de la tendenciosidad política o religiosa en la presentación de información.
4. La publicidad de sistemas de salud, consultas médicas de individuos o grupos y de otros servicios de salud en la red está aumentando. Se pueden utilizar falsas declaraciones o exagerar los resultados para atraer clientes y el control es limitado o no existe. Estas declaraciones pueden perjudicar a los pacientes directamente o mediante la pérdida de confianza en sus proveedores de salud. El asegurarse de que los pacientes saben validar cualquier afirmación sobre tratamientos médicos o resultados en la red cae dentro del ámbito del médico que quiere asegurarse de que las mujeres no sean perjudicadas por una elección basada en información falsa o exagerada contenida en la red.
5. Anunciar los daños o beneficios para la salud que apoyen una determinada agenda política o religiosa sin equilibrar este punto de vista es por sí mismo perjudicial para los pacientes y la salud general de la población. Parte de la obligación del médico de asegurarse de que los pacientes se benefician de la información sobre cuidados sanitarios es hacerles comprender el papel de la tendenciosidad *política o religiosa en la presentación de información.*

2003

## CUESTIONES DE ETICA EN LA FORMACION MEDICA

### CUESTIONES DE ETICA EN LA FORMACION MEDICA: DONES Y OBLIGACIONES

Uno de los documentos fundacionales entre los códigos profesionales aprendidos por múltiples generaciones de estudiantes de Medicina es el juramento de Hipócrates, que reconoce la responsabilidad inherente de los aprendices frente a sus maestros. Sin embargo, no pone en claro la

constante responsabilidad que todos los profesionales tienen con la enseñanza, puesto que ellos mismos han recibido el don de la enseñanza.

El momento, los recursos económicos – tanto personales como institucionales – y el talento docente que se invierten en cada persona, generan una obligación recíproca ante el público para garantizar que tanto la próxima generación de profesionales como el público reciban una formación esmerada. Además, dadas las excepcionales cuestiones que representa la sanidad femenina y el acceso limitado a profesionales sanitarios debidamente formados, así como el actual aleccionamiento profesional de la mujer en el ámbito mundial, existe una obligación especial de transmitir los pocos recursos que este aleccionamiento representa.

No obstante, las obligaciones de los educadores y aprendices tienen sus límites, que deben apreciarse para garantizar que no se explote la desigual relación entre los que tienen el conocimiento y el poder (los educadores) y aquellos que los buscan (los educandos).

Existen responsabilidades que tanto unos como otros comparten hacia los pacientes que reciben aleccionamiento médico. Las ventajas y el peso del aleccionamiento médico tienen repercusiones directas sobre cada paciente. La más extensa panorámica y visión características de los escenarios docentes ofrecen ventajas para la sociedad en general, así como para los pacientes. Sin embargo, es perceptible el peso de las recíprocas acciones, tales como el historial de un estudiante y los exámenes físicos, el potencial de procedimientos prolongados sobre la curva de la enseñanza y la intervención de múltiples sanitarios y estudiantes en el espacio particular de una persona.

Estas directrices tienen como objeto aclarar las obligaciones profesionales entre pacientes, estudiantes y educadores, dentro del escenario de la educación y aleccionamiento médicos.

### **Recomendaciones**

1. Cabe a los médicos la responsabilidad de aplicarse en fomentar sus capacidades y conocimientos. También tienen la obligación de compartirlos con sus colegas mediante la enseñanza, tanto en lo formal como mediante el ejemplo.

2. Frente a los educandos, los educadores tienen el deber de que sólo actúen a los niveles apropiados a su aprendizaje.
3. El desequilibrio de poder entre educadores y educandos requiere trazar líneas de separación que impidan la explotación. El castigo, la humillación o el miedo no tienen cabida en un ambiente docente. Se debe conceder gran atención a garantizar que en este escenario no intervengan factores tales como la espera de servicios personales, recompensas o relaciones (tales como relaciones sexuales). Además, los estudiantes deberán contar con la garantía de ver recompensado su trabajo, especialmente en un marco docente.
4. La estrecha relación entre estudiantes y profesores en Medicina y en la supervisión es de gran importancia para secundar la creciente independencia del enseñado y apoyar la seguridad del paciente. Cuando haya una relación profesional entre educador y educando, no serán oportunas las relaciones sexuales o románticas entre ellos.
5. Los estudiantes tienen importantes obligaciones ante sus profesores y sus pacientes. Éstas comprenden las responsabilidades éticas, de honradez, confidencialidad y respeto hacia los pacientes y profesores.
6. Aunque se reconoce ampliamente la importancia del estudio de Medicina, no se debe coaccionar a nadie para que forme parte del proceso docente, bien que, por otra parte, será oportuno explicar las ventajas de un aleccionamiento para elevar las cotas del conocimiento sobre tratamientos sanitarios.
7. Las mujeres de todo el mundo se encuentran en desventaja social debido a un diferencial de poderes entre hombres y mujeres. Esto carga una nueva obligación sobre los educadores y educandos para garantizar que la enseñanza de la Medicina no recaiga desproporcionadamente sobre las mujeres, como clase, así como para que se den a las mujeres plenas oportunidades de consentir o rehusar la personación de los estudiantes en sus tratamientos. Esto comprende las circunstancias en que la paciente pueda estar totalmente anestesiada.
8. Las categorías étnicas o socioeconómicas de las personas o su identificación con grupos concretos de la población no deberán



utilizarse jamás de forma discriminatoria como base para la elección de pacientes para la práctica de la docencia.

*Luxor, noviembre de 2005*

## CUESTIONES ETICAS RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y FORMACION ACADEMICA

### Antecedentes

La identificación precisa de las credenciales y cualificaciones de un individuo es una pauta importante para los pacientes que buscan al médico adecuado para tratar una enfermedad. También es importante para médicos que buscan especialistas a los que enviar a sus pacientes, puesto que su propia credibilidad y el cuidado de sus pacientes depende de una información precisa sobre cualificaciones. Las instituciones médicas tales como hospitales, organizaciones profesionales y otras organizaciones han de asegurarse de la calidad de la verificación de credenciales y de que los abusos se denuncian públicamente. La confianza que el público pone en los profesionales de la su salud así como la calidad del cuidado sanitario y el potencial daño que un profesional de la salud no cualificado puede hacer requiere que los médicos tomen un papel activo en la precisión de la educación y las credenciales anunciadas.

### Directrices

1. Los rótulos en oficinas, las tarjetas de negocios y los anuncios impresos deberían sólo incluir credenciales reconocidas por organismos reconocidos a nivel nacional o internacional.
2. Las asociaciones médicas nacionales deberían mantener registros actualizados de credenciales para médicos que los facultativos podrán utilizar como referencia cuando sus pacientes u otros lo necesiten.
3. Se deberían establecer mecanismos nacionales y dentro de cada organización para investigar las alegaciones de publicidad falsa. La autoridad médica pertinente debería imponer las medidas adecuadas para desalentar falsa publicidad y censurar a los médicos que hayan sido hallados culpables de anunciar falsas credenciales.

4. Se debería establecer un comité crítico en las distintas organizaciones de los medios de comunicación para auditar los contenidos de artículos médicos, programas o entrevistas antes de que se distribuyan en los medios de comunicación. A causa del impacto que la información falsa o engañosa puede tener en la salud pública, los medios de comunicación médicos y los facultativos tienen la responsabilidad ética de asegurarse de que cualquier credencial o experiencia médica anunciada es exacta.
5. Para evitar conflictos de interés e informar al público, los medios de comunicación deberían indicar claramente si el profesional de la salud o los fabricantes de la medicina o aparato han pagado por el artículo, comentario o perspectiva general. Esto permite al público juzgar si el material es potencialmente parcial y tomar decisiones basadas en este juicio.
6. Todos los médicos e investigadores tienen la responsabilidad de informar sobre nuevas modalidades terapéutica y de diagnóstico así como de su índice de éxito en publicaciones revisadas por profesionales para que el proceso de revisión por iguales asegure la calidad y el valor de los resultados de la investigación. Ello debe ocurrir antes de que los resultados se diseminen a los medios de comunicación generales y los resultados de la evaluación de profesionales deberían indicarse claramente en la publicidad incluida en los medios de comunicación generales.

2003

