

Postura actual de la opinión pública ante temas bioéticos en la Ciudad de México

Daniela Contreras Estrada,¹ Guillermo Cantú Quintanilla,¹ María de las Mercedes Barragán Meijueiro,² Antonio Villa Romero,¹ María del Mar Yukie Namba Bando¹

RESUMEN

Antecedentes: desde 2007 se han aprobado nuevas leyes en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

Objetivo: analizar si la aprobación de estas leyes específicas representa o no una implicación ética o moral para la población, con el fin de investigar la percepción, conocimiento y sensibilidad de ésta en la interrupción legal del embarazo, objeción de conciencia, técnicas de fertilización y financiamiento público.

Material y método: estudio prospectivo en el que se aplicó una encuesta en tres diferentes segmentos de la población: un hospital público, un hospital privado y uno de seguridad social, para evaluar los siguientes factores: sexo, edad, escolaridad, ocupación y lugar.

Resultados: en cuanto al lugar de la encuesta, se encontraron las diferencias más significativas; comúnmente, en el hospital privado las respuestas esperadas, en promedio, fueron más altas que en el hospital de seguridad social y que en el hospital general.

Conclusiones: la población no considera una opción ética el hecho de que el gobierno del Distrito Federal legisle en temas de bioética. Una legislación así pierde su fuerza para orientar al ciudadano hacia el bien común.

Palabras clave: bioética, interrupción legal del embarazo, objeción de conciencia, técnicas de fertilización, bancos de esperma, transexualidad.

ABSTRACT

Background: Since 2007, the Legislative Assembly in Mexico City has approved new laws.

Objective: To analyze whether the acceptance of these specific laws represent or not ethical or moral implications for the population in order to know the perception, knowledge and awareness of citizens about legal termination of pregnancies, conscientious objection, assisted reproduction technology and public funding.

Material and method: Prospective study conducted in three different segments of the population: a public hospital, a social security hospital and a private hospital. We evaluated the following factors: sex, age, occupation, hospital where the survey was done and education.

Results: Regarding the place of the survey, we found the most significant differences; commonly, the expected answers in private hospital were higher on average, than in social security hospital and general hospital.

Conclusion: Some of these laws may not be acceptable by the population. The fact that the Government of the Mexico City legislates on issues of bioethics is not regarded by the public as an ethical option. Legislating in such a way diminishes the power of guidance in the average citizen for the common good.

Key words: Bioethics, legal termination of pregnancy, conscientious objection, assisted reproductive technology, public financing.

¹ Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana.

² Pediatra, alergóloga, inmunóloga, maestra en bioética.

Correspondencia: Dra. Daniela Contreras Estrada. Escuela de Medicina, Universidad Panamericana. Donatello 59, colonia Insurgentes Mixcoac, CP 03920, México, DF. Correo electrónico: dcontreras@up.edu.mx

Recibido: julio 2013.

Aceptado: septiembre 2013.

Este artículo debe citarse como: Contreras-Estrada D, Cantú-Quintanilla G, Barragán-Mejueiro MM, Villa-Romero A, Namba-Bando MMY. Postura actual de la opinión pública ante temas bioéticos en la Ciudad de México. Rev Esp Méd Quir 2013;18:312-321.

Desde 2007 se han aprobado nuevas leyes en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal que abarcan temas sobre interrupción legal del embarazo, objeción de conciencia, técnicas de fertilización asistida y financiamiento público. El objetivo de este estudio fue analizar mediante la aplicación de una encuesta, si la aceptación de estas leyes específicas representa o no una implicación ética o moral para la población, con el fin de investigar la percepción, conocimiento y sensibilidad de los ciudadanos acerca de estos temas.

Interrupción legal del embarazo

En 2007 se publicaron en la Gaceta Oficial las modificaciones al capítulo V del Código Penal para el Distrito Federal, en donde se despenaliza el aborto en embarazos menores de 12 semanas de gestación y en donde compromete a las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal a realizarlos.^{1,2}

Objeción de conciencia

El artículo 16 bis de la Ley de Salud para el Distrito Federal establece que: “Los prestadores de los servicios de salud a quienes corresponda practicar la interrupción del embarazo en los casos permitidos en el Código Penal, y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tal interrupción, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en la interrupción del embarazo, debiendo referir a la mujer con un médico no objetor. Cuando sea urgente la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud o la vida de la mujer, no podrá invocarse la objeción de conciencia. Será obligación de las instituciones públicas de salud garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia”.³ Este derecho se comprende sólo en algunas entidades federativas: Distrito Federal, Jalisco y Querétaro, y se aplica en la totalidad del territorio mexicano solamente en casos de violación.⁴ El punto 6.4.2.8 de la NOM-046-SSA2-2005 toma como titulares del derecho a la objeción de conciencia al “personal médico y de enfermería encargados del procedimiento” abortivo en las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, excluyendo al personal que preste servicios indirectos y a los agentes sanitarios o de salud que no laboren en los hospitales del sector público, pues es sólo en ellos donde se deberán prestar servicios de aborto médico para el caso de embarazo por violación.⁴

Técnicas de reproducción asistida

La Ley de Salud del Distrito Federal, el artículo 53, en sus fracciones III y IV, establece que los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar otorgarán la asesoría y atención necesarias en materia de reproducción humana y planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado; así como el apoyo

y fomento de la investigación y difusión en materia de anticoncepción, infertilidad, planificación familiar y biología de la reproducción humana.⁵

En la Ley Federal de Técnicas de Reproducción Humana Asistida⁶ y en la iniciativa a la Ley Federal de Subrogación Gestacional, resalta el artículo 6º, el cual indica que se dará información amplia de las consecuencias médicas y legales de la implantación de mórulas en el cuerpo de la mujer gestante.⁷ El Código Civil del Estado de México, artículo 4.115, prohíbe la investigación de la paternidad en los casos en que la inseminación artificial se efectúe con espermatozoides provenientes de bancos o instituciones legalmente autorizadas. El artículo 4.114 establece que queda prohibido todo método de reproducción asistida en la mujer, para la procreación de seres humanos idénticos por clonación o cualquier otro procedimiento dirigido a la selección de la raza.⁸

Financiamiento público

El reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 173, capítulo IV, aprueba la reasignación sexogenérica, la cual consiste en procesos quirúrgicos que las mujeres y los hombres transexuales llevan a cabo para armonizar su sexo anatómico con su identidad sexual. En 2008 se presentó la iniciativa de la ley de cambio de nombre y de adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con la identidad o expresión de género, la cual prevé que el gobierno de la capital mexicana asuma el costo del tratamiento médico de cambio de sexo, que incluye el tratamiento hormonal, las intervenciones quirúrgicas y las sesiones de psicoterapia.⁹

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo en el que se aplicó una encuesta de 12 preguntas (Anexo A) a pacientes y familiares afuera de tres hospitales de la Ciudad de México: un hospital general, un hospital de seguridad social y un hospital privado. Accedieron a contestar la encuesta 100 pacientes de cada hospital. Se diseñó una cédula de recolección de datos utilizando una plantilla de 12 preguntas de opción múltiple, las cuales incluían temas sobre: interrupción legal del embarazo, objeción de conciencia, técnicas de reproducción asistida y financiamiento público. El

encuestado podía seleccionar sólo una respuesta, las opciones eran: sí, no o no sé.

Se realizó el análisis de frecuencias de cada resultado, posteriormente las preguntas se agruparon en cuatro categorías: interrupción legal del embarazo (preguntas 1 y 6), objeción de conciencia (preguntas 2, 3, 4 y 5), técnicas de reproducción asistida (preguntas 7, 8, 9 y 10) y financiamiento público (preguntas 11 y 12). Posteriormente, se hizo una escala de respuesta, en donde se le dio un valor de codificación a cada respuesta obtenida, a la postura ideal se le dio un valor de +1, a no sé de 0 y la opuesta de -1.

En los grupos de interrupción legal del embarazo y financiamiento público, los valores posibles fueron de +2 a -2, +2 fue la calificación más alta con respecto a la respuesta esperada en estos grupos. En los grupos de objeción de conciencia y técnicas de reproducción asistida, los valores posibles fueron de +4 a -4, +4 fue la calificación más alta con respecto a la respuesta esperada en estos grupos. Se obtuvieron los porcentajes de respuesta para cada pregunta, de acuerdo con el sexo, edad, ocupación, lugar de encuesta y escolaridad, así como la media, la desviación estándar y la significación estadística de cada grupo. Para la captura de resultados se utilizó el programa de Microsoft Excel 2007. El análisis estadístico se efectuó con el Statistical Package for Social Sciences, versión 20 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois). El análisis estadístico para probar la diferencia entre grupos se hizo mediante la prueba de análisis de variancia (ANOVA) de una vía. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS

De las 300 personas encuestadas se obtuvo la respuesta de 133 (44%) hombres y 167 (56%) mujeres, quienes tenían límites de edad de 13 y 80 años y edad promedio de 39 años. El número de personas con respecto a cada agrupación por edad fue de 77 (26%) menores de 25 años, 141 (47%) entre 25 y 49 años y 82 (27%) de 50 años o más. De acuerdo con la ocupación, 145 (48%) personas representaron a la población laboralmente inactiva y 155 (52%) a la población laboralmente activa. De acuerdo con la escolaridad, 36 (12%) personas tenían un nivel de estudios de primaria o menor, 64 (21%) de

secundaria, 78 (26%) de preparatoria y 122 (40%) de licenciatura o posgrado (Cuadro 1).

En ocupación no se observaron diferencias significativas en la población laboralmente activa comparada con la inactiva, excepto en el indicador de financiamiento público, donde la población activa tuvo un valor promedio de respuestas esperadas más alto ($p = 0.004$).

En cuanto al lugar de la encuesta, se encontraron las diferencias más significativas; comúnmente, en el hospital privado las respuestas esperadas en promedio fueron más altas que en el de seguridad social y en el hospital general.

Respecto a la escolaridad, se encontraron valores más altos en la interrupción legal del embarazo y las técnicas de reproducción asistida a menor grado de escolaridad. Mientras que en el indicador de objeción de conciencia la tendencia observada correspondió a valores promedio de respuestas esperadas más altos conforme incrementó el nivel de escolaridad.

DISCUSIÓN

En comparación con la encuesta Mitofsky, realizada en 2007-2008 para conocer el grado de aceptación de la población respecto a la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México,^{10,11} y con la GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), efectuada en 2008,¹² a seis años de haberse despenalizado el aborto en esta ciudad, nuestra encuesta indicó que 64% de la población estaba en desacuerdo con la interrupción legal del embarazo y 98% pedía que se informara a las mujeres de las consecuencias físicas y psicológicas que acarrea este procedimiento.

En el reporte Mitofsky 2008,¹⁰ al igual que en este estudio, uno de los grupos que apoya la interrupción legal del embarazo es principalmente el de los menores de 25 años. La Dra. Arian (2013) analizó los aspectos neurofisiológicos en la toma de decisiones en jóvenes y adolescentes con base en investigaciones realizadas acerca de las concentraciones de neuroquímicos en el cerebro, electrofisiología y resonancia magnética, y determinó que los jóvenes pueden llegar a ejercer actividades que ponen en riesgo su salud y su vida. Explicó que esto sucede porque la mielinización y los circuitos neuronales aún están inmaduros y los neuroquímicos

Cuadro 1. Valores promedio de las escalas de variables agrupadas por categoría

<i>Población, n=300</i>	<i>Cuestiones éticas con respecto a:</i>							
	<i>Interrupción legal del embarazo</i>		<i>Objección de conciencia</i>		<i>Técnicas de reproducción asistida</i>		<i>Financiamiento público</i>	
	<i>Media ± DE</i>	<i>P</i>	<i>Media ± DE</i>	<i>P</i>	<i>Media ± DE</i>	<i>P</i>	<i>Media ± DE</i>	<i>P</i>
Sexo								
Masculino, n=133	1.29±1.01	0.80	2.39±1.82	0.45	1.09±1.89	0.07	0.20±1.91	0.90
Femenino, n=167	1.26±0.94		2.23±1.80		1.51±1.99		0.22±1.23	
Edad								
< 25 años, n=77	1.17±0.97	0.55	2.45±1.85	0.35	1.19±1.92	0.65	0.16±1.23	0.52
25-49 años, n=141	1.32±0.99		2.14±1.90		1.43±1.94		0.30±1.22	
≥ 50 años, n=82	1.28±0.96		2.44±1.56		1.26±2.04		0.12±1.20	
Ocupación								
Laboralmente inactiva, n=145	1.21±0.96	0.28	2.28±1.79	0.85	1.36±1.99	0.76	0.06±1.15	0.04
Laboralmente activa, n=155	1.33±0.98		2.32±1.82		1.29±1.92		0.35±1.26	
Lugar de la encuesta (hospital)								
Hospital general, n=100	1.15±1.01	0.07	1.83±1.80	0.00	1.65±1.81	0.00	0.22±1.24	0.01
Hospital de seguridad social, n=100	1.21±1.00		2.27±1.74		0.71±1.86		-0.04±1.14	
Hospital privado, n=100	1.45±0.89		2.81±1.76		1.61±2.06		0.45±1.22	
Escolaridad								
≤ Primaria, n=36	1.67±0.72	0.04	2.03±1.75	0.07	2.08±1.81	0.01	-0.06±1.22	0.56
Secundaria, n=64	1.20±0.96		1.92±1.91		1.64±1.95		0.28±1.13	
Preparatoria, n=78	1.32±0.93		2.27±1.73		1.33±1.98		0.24±1.26	
Licenciatura o posgrado, n=122	1.16±1.04		2.61±1.78		0.93±1.91		0.23±1.23	

no se encuentran en las mismas concentraciones que en los adultos jóvenes, lo que tiene como consecuencia que el área prelímbica y límbica, que están relacionadas con las emociones, funcionen de manera exacerbada en comparación con el área prefrontal y frontal, en donde se lleva a cabo el análisis, la reflexión, la introspección y el control mismo de las emociones, por lo que concluyó que estas zonas del cerebro se integran y maduran a los 25 años de edad.¹³ Si a esto se agrega la ignorancia total de los efectos adversos a corto, mediano y largo plazo de la interrupción legal del embarazo, se comprende por qué los menores de 25 años son un fuerte grupo de apoyo de esta opción. Además, la comunidad médica debe tomar en cuenta la evidencia científica basada en más de 30 años de experiencia. Este procedimiento se ha legalizado en 55% de los países en vías de desarrollo y en 86% de los países industrializados. En todo el mundo se han publicado los siguientes efectos adversos: en Canadá, Ostbye (2001) reportó que tres meses después de un aborto, las mujeres recurrieron 165% veces más a los servicios de salud, principalmente hospitalización

por infecciones, eventos quirúrgicos y problemas psiquiátricos.¹⁴ Reardon y colaboradores (2003) utilizaron el registro Medi-Cal de California para analizar a una población de 56,741 mujeres sin antecedentes de embarazo ni problemas psiquiátricos un año antes de un nuevo o primer embarazo. En esta población, a 15,299 pacientes se les interrumpió legalmente el embarazo y 41,442 llevaron su embarazo a término. En el estudio se detectó que el primer grupo acudió a 160% más consultas psiquiátricas tres meses después de la intervención, y que continuó utilizando 110% más este servicio a los cuatro años de seguimiento. Los padecimientos por los que se solicitó apoyo psiquiátrico fueron principalmente psicosis depresiva y enfermedad bipolar.¹⁵ El estudio Harvard (2003) analizó el rubro de salud mental y aborto inducido en una población de 332 pacientes con criterios DSM-IV de depresión mayor en comparación con un grupo control de 644 pacientes sin síntomas de depresión. Se reportó que las mujeres con antecedente de aborto inducido tuvieron un riesgo de depresión a lo largo de su vida dos a tres veces mayor que el grupo control.¹⁶

Reardon y su grupo (2004) estudiaron una población de 1,892 mujeres, 535 con embarazo a término y 213 con aborto voluntario, y encontraron que en este último grupo aumentaba la tendencia al consumo de drogas.¹⁷ Medi-Cal mostró un resultado similar, en donde 74 mujeres con aborto inducido tuvieron mayor tendencia al consumo de drogas.¹⁸ En una cohorte de Nueva Zelanda (2005), que muestra los efectos psicológicos del aborto en una población de 520 mujeres de 15 a 25 años de edad, dividida en tres grupos: las que nunca se habían embarazado, las que llevaron su embarazo a término y las que abortaron voluntariamente. Las enfermedades mentales no variaron entre los dos primeros grupos ($p < 0.05$), pero en el tercero hubo mayor frecuencia de ansiedad, depresión, conductas suicidas y abuso de drogas ($p < 0.05$).¹⁹ Olsen y colaboradores (2012) concluyeron que la mayoría de las mujeres que fueron internadas una o más veces en un hospital psiquiátrico tenían el antecedente de uno o más abortos inducidos.²⁰ Gissler y su grupo revisaron la tasa de mortalidad de 1987 a 2000 en una población de 5,299 mujeres de 15 a 49 años de edad en Finlandia. Encontraron que la tasa de mortalidad fue seis veces mayor en las mujeres que tuvieron un aborto inducido, las causas de muerte fueron: suicidio, SIDA, enfermedades circulatorias, enfermedades cerebro-vasculares y cardiopatías.²¹ También observaron que esta población tiene un riesgo 10 veces mayor de ser víctimas de homicidio y seis veces mayor de cometer suicidio ($p < 0.001$).²¹ En 2012, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta publicó la vigilancia de aborto 2009 en Estados Unidos, en donde establece la relación de mortalidad en una población de 784,507 de mujeres de 15 a 44 años de edad que decidieron abortar; se registró una tasa de 15.1 abortos por 1,000 mujeres, y de 227 abortos por 1,000 nacimientos y hubo 12 muertes por complicaciones atribuidas al procedimiento.²² Las principales complicaciones fueron: hemorragia cervical, perforación uterina (1%), aborto incompleto (1 a 2%), reevacuación uterina (2%), enfermedad pélvica inflamatoria (1 a 25%), hemorragia vaginal (7 a 37%) y dolor abdominal (22 a 55%).²³ Jiang y su grupo (2012) analizaron en 682 mujeres la relación entre cáncer de mama e interrupción legal del embarazo y las compararon con 669 controles. En el primer grupo el hallazgo fue un riesgo incrementado de

cáncer de mama de tres veces en las premenopáusicas, con una OR de 2.41 (IC 95%, 1.09-5.4) y en las posmenopáusicas OR de 2.04 (IC 95%, 1.4-2.8). Se comentó la posibilidad de que hubiera desequilibrio hormonal al interrumpir el embarazo abruptamente, con lo que se incrementa la posibilidad de cáncer de mama.²⁴ Michel (2007) refirió que en estos casos hay un receptor negativo para progesterona,²⁵ y Chubak (2004)²⁶ y Brewster (2005)²⁷ coincidieron respecto al aumento considerable de riesgo de cáncer de mama en estas pacientes.

La Suprema Corte Justicia de Estados Unidos, en 2007, llegó a las siguientes conclusiones acerca de la interrupción legal del embarazo:

1. Es común para las mujeres experimentar sensaciones de enojo, miedo, tristeza, ansiedad, pena o culpa después de un aborto provocado.
2. Es innegable que un número significativo de mujeres sufren lesiones y graves consecuencias físicas, mentales y psicológicas a causa del aborto provocado, que no deben ser ignoradas por los profesionales de la medicina.
3. Existen evidencias científicas publicadas en revistas de investigación que demuestran una conexión causal entre el aborto provocado y consecuencias negativas para las mujeres.
4. Las mejores evidencias científicas a la fecha sugieren que un número significativo de mujeres que eligen abortar tienen síntomas importantes y duraderos de ansiedad, depresión, trauma, conductas suicidas, alteraciones del sueño y abuso de sustancias.²⁴

Los que justifican el aborto inducido en México mencionan que se realizan entre 100,000 y 160,000 abortos clandestinos; sin embargo, estas cifras no se han podido confirmar ni oficial ni científicamente;²⁵ de hecho, se han basado en lo que sucede en África y en lo publicado por organizaciones no gubernamentales como la Organización Internacional de Salud sin fines de lucro, afiliada a la Universidad Johns Hopkins, y los Servicios de Asistencia para Proyectos Internacionales,²⁶ con sede en Carolina del Norte, en cuya página de internet existe una sección en donde se distribuyen equipos para la aspiración manual endouterina.²⁷ Su principal argumento es la bandera de apoyar “el derecho de la mujer para decidir sobre su sexualidad y actividad reproductiva”. Su filial en México fomenta todos los foros que defien-

den el aborto; sin embargo, este fin podría considerarse utilitarista y afectar la salud integral de las mujeres.²⁵

Lamentablemente no existe evidencia científica que indique que un aborto inducido sin indicación médica ocasione beneficios mentales o físicos;²⁵ en portales científicos se menciona todo lo contrario. La comunidad médica tiene la obligación bioética y legal de comunicar todos los efectos indeseables de un aborto inducido: dolor abdominal, hemorragia o perforación uterina (o ambas), cáncer de mama, incremento de la mortalidad, etc., y dar a conocer las posibles complicaciones en su salud mental y en la de sus hijos, el costo social y en servicios de salud. La mujer tiene derecho ético y legal, dentro de su autonomía, a que se cumpla la ley, informándole antes de decidir la realización de un aborto.²⁸⁻³⁰ Llama la atención en esta encuesta que la población que apoya el aborto inducido es la de mayor escolaridad; queda pendiente medir su conocimiento acerca de las complicaciones físicas y mentales atribuibles a este procedimiento.

Respecto al concepto de objeción de conciencia, se sabe que el hombre está dotado de conciencia, la cual le permite discernir entre el bien y el mal. Dicha moralidad está condicionada por su círculo social, educación y el ambiente en el que se desarrolla, entre estos factores destacan la religión y la ideología que profesa.

Para abordar el conflicto entre la ley y la conciencia personal, se ha creado una figura jurídica llamada objeción de conciencia, que consiste en que ante la ley injusta debe prevalecer la justicia (a la luz de las creencias de la persona objetora). Se observa objeción de conciencia ante el servicio militar, el aborto, la eutanasia, las transfusiones y los símbolos patrios.³¹ En la constitución mexicana se reconoce la libertad de conciencia y de culto en los artículos 24 y 29,^{32,33} significando que son inherentes a todas las personas, derivan de la dignidad humana y culminan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, específicamente en el artículo 18, en donde se menciona el derecho fundamental a la libertad de pensamiento ideológico y religioso, libertad que desde el ámbito jurídico puede definirse como el derecho a actuar de acuerdo con las propias convicciones y creencias.³⁴ México también ha firmado el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (ratificado en el Diario Oficial el 20 de mayo de 1981). En el artículo 18 esta-

blece que “toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”,³⁵ y se replica en los artículos 6, 12 y 27 del Pacto de San José, firmado ese mismo año.³⁶ Por lo anterior, en México la objeción de conciencia es parte implícita del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, por lo que es inadmisibles, ética y jurídicamente, que se obligue o coaccione al personal sanitario a realizar actos que estén en contra de su ideología o creencias, ya que al hacerlo muchas leyes internacionales y nacionales, incluidas las de derechos humanos, serían violadas. En abril de 2007, una autoridad del gobierno del Distrito Federal hizo declaraciones en las que indicaba que los trabajadores del sistema de salud de la entidad dependientes de su gobierno deberían acatar las disposiciones en cuestión del aborto voluntario (bajo pena de perder su empleo),³⁷ y que no podían acogerse al argumento de objeción de conciencia para no realizarlo, ya que no se aplicaba en esos casos,³⁸ pues los médicos, como servidores públicos, estaban “obligados a acatar las disposiciones” dado que el aborto es un derecho.^{39,40} Actualmente, la Ley de Salud del Distrito Federal señala en su artículo 59 el derecho del personal médico a negarse a practicar un aborto siempre que sus creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a dicho procedimiento; de ser así, el médico tiene la obligación de referir a la mujer con otro médico que no sea objetor.⁴¹ En este protocolo, las personas contestaron que sí debe haber médicos objetores a realizar abortos inducidos; 78% consideró a la objeción de conciencia una opción ética. Hubo una respuesta significativa en el lugar de la encuesta y en la escolaridad de la población, y prácticamente ninguna diferencia con respecto al género, edad y ocupación de los encuestados, lo que se traduce en que las personas saben que los médicos y el personal de enfermería están protegidos por la ley si deciden no realizar un procedimiento quirúrgico que vaya en contra de su conciencia o creencias. Con respecto al grupo de técnicas de reproducción asistida, 64% estuvo de acuerdo con la existencia de bancos de gametos humanos y 50.3% opinó que es ético rentar un útero; hubo una respuesta significativa ($p < 0.05$) en el lugar de la encuesta y en la escolaridad de los encuestados. Faltaría profundizar en los argumentos de estas respuestas y, sobre todo, saber si las personas que defienden estos

procedimientos conocen los efectos adversos de las técnicas de reproducción asistida. Está documentado en el grupo de Cochrane (2012) que al efectuar estas técnicas existe 10% de posibilidades de que se manifieste el síndrome de hiperestimulación ovárica, que se puede complicar con tromboembolia pulmonar, debido a que estas pacientes requieren tratamientos hormonales para ovular con el fin de concebir intra o extrauterinamente.⁴² El síndrome de hiperestimulación ovárica tiene otras posibles complicaciones, como hipertensión arterial, embarazos múltiples, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, amenaza de parto prematuro, diabetes mellitus gestacional, riesgos obstétricos, afecciones psicológicas, incremento de hospitalizaciones e incluso la muerte.⁴³ Entre los riesgos pediátricos de las técnicas de reproducción asistida se encuentran: prematuridad, bajo peso al nacer, incremento de hospitalizaciones, parálisis cerebral y anomalías genéticas.⁴⁴ Entre las alteraciones congénitas reportadas están: cardiopatías, alteraciones musculares, metabólicas, gástricas, hematológicas, renales y respiratorias. El grupo de Australia (2012) reportó un 10% de malformaciones congénitas relacionadas con la reproducción asistida, algunos de esos efectos adversos son: la persistencia del conducto arterioso, enterocolitis necrosante, sepsis, hemorragia intraventricular, malformaciones renales y pulmonares, entre otros.⁴⁵ En la encuesta, las mujeres tuvieron mayor puntuación que los hombres; tomando en cuenta que es en ellas en quienes se aplican estas técnicas, lo ideal es que estén ampliamente informadas, ya que pueden sufrir las complicaciones descritas. Se sugiere que el personal médico y las pacientes se informen respecto a nuevos procedimientos, como la nanotecnología, entre sus objetivos destaca la concepción natural, la cual disminuye considerablemente los efectos adversos mencionados.⁴⁶⁻⁴⁸

Al analizar el aspecto del financiamiento público, específicamente la posibilidad de destinar una fracción de éste a las cirugías de los pacientes transexuales, en 2013, el DMS-V consideró a esta condición disforia de género, que consiste en un desacuerdo entre la diferenciación sexual (genotipo) y la identidad de género declarada por el mismo paciente (fenotipo).⁴⁹ El tratamiento es un proceso largo en el que se requiere analizar el estado del sexo cromosómico, gonadal,

de genitales externos, internos, patrones hormonales sexuales, funcionamiento neurológico cerebral, asignación legal del género, diferenciación psicológica y social. Todo esto precisa la valoración por parte de un equipo de médicos, entre ellos endocrinólogos, ya que en algunos casos se ha relacionado con deficiencia de 21 hidroxilasa por hiperplasia adrenal congénita y ovario poliquístico; psiquiatras, porque pueden sufrir depresión, ansiedad, intento de suicidio, psicosis o esquizofrenia; urólogos, pues cuando se reconstruye el área genital también se debe rehacer la zona urinaria; así como médicos internistas, cirujanos plásticos, psicólogos, trabajadores sociales, asesores jurídicos, etc. El manejo quirúrgico incluye: mastectomía, histerectomía, colpectomía, ooforectomía y faloplastia. El Dr. Bernet, quien dirige una clínica en los Países Bajos, menciona que estas intervenciones quirúrgicas ocasionalmente se efectúan en diferentes tiempos, ya que se deben utilizar colgajos, según la respuesta de cada individuo.⁵⁰ Los pacientes transexuales, o con disforia de género, deben saber que si aceptan el tratamiento integral, que incluye manejo hormonal, pueden sufrir los siguientes efectos adversos: acné, hipertensión arterial, hirsutismo, distribución androide del tejido graso, cambio del tono de voz, supresión de ovulación, incremento de triglicéridos y del colesterol, alteración de las enzimas hepáticas, resistencia a la insulina, apnea del sueño, bronquitis, disminución de la compliancia pulmonar e incremento de la hemoglobina.⁵¹ Las complicaciones del tratamiento quirúrgico son: embolias, infecciones locales, infección de vías urinarias, anastomosis uretrales, estenosis y sensación de miembro fantasma, que se ha comprobado en 60% de los casos.⁵² Existen casuísticas, como la de Japón (Baba 2011), en las que se menciona que 50% de estos pacientes se autoprescriben fármacos androgenizantes que tienen los efectos adversos referidos. Lo ideal es que estuvieran bajo vigilancia médica y apoyo integral adecuado.⁵³ De las personas encuestadas, las que menos apoyan estos procedimientos son las laboralmente activas; es posible que valoren el costo económico de la vida con mayor objetividad que las laboralmente inactivas, considerando que el tratamiento integral de estos pacientes en Estados Unidos es de 53,000 a 200,000 dólares, según la evolución de cada caso.

Las respuestas con mayor porcentaje fueron las que tienen que ver con el derecho a la información de los efectos adversos del aborto inducido y las técnicas de reproducción asistida. Esto habla de una clara defensa de la autonomía del paciente, que incluye ser informado veraz y oportunamente con respecto a su salud. El tratamiento de garantía individual implica el consentimiento informado, que viene dado por la capacidad del instrumento de medición de protección del derecho a la salud, de ahí la importancia de que dicho consentimiento esté expresado a detalle en su contenido, dentro del documento que se le presente al paciente.⁵⁴ El consentimiento informado no sólo es un requisito legal de un prestador de servicios, es un acto de responsabilidad profesional que puede elevar la calidad de la atención médica, fomentando el respeto al paciente, dignificando su vida y su capacidad de decisión.⁵⁵ Hay que recordar que no es lo mismo la ley que el derecho, aunque se trate de realidades cercanas. La ley es la regla del derecho, la causa; porque hay ley, hay derecho. Si el objeto del derecho es lo debido a otro, esto se ha de ver reflejado en la ley. Por eso, según las clases de leyes habrá clases de derechos. La importancia del derecho natural es por demás evidente. Los derechos naturales son inherentes al hombre por su constitución ontológica. La función del Estado está en reconocer esos derechos, pero ser el autor de los mismos. Todos los seres humanos tienen derecho a la vida, a la integridad física, al alimento, a la educación, etc. Desde tiempos remotos, ha habido corrientes de pensamiento que niegan la vigencia de los derechos naturales. Para estas ideologías, es el Estado el que confiere esos derechos y todos son positivos, es decir, producto de un acuerdo, consentimiento o consenso entre los hombres. Para quienes han elegido el paradigma de la evolución, el hombre es un producto del azar, que ha llegado a ser lo que es sin darse cuenta y a sentir en un momento de su transformación la conveniencia de hablar de derechos humanos para asegurar un cierto orden en la sociedad. La experiencia demuestra que el hombre, como ser racional y libre, tiene una naturaleza y unos derechos que corresponden a su dignidad. Esto se trata de una realidad ética, que dirige la libertad hacia lo que el ser humano debe cumplir, aunque no sea de su agrado.

El estudio realizado demuestra que la población desconfía de la validez ética de la legislación propuesta en

temas de bioética por el gobierno del Distrito Federal, que responde a una ideología y contradice la abundante evidencia científica que se ha presentado.

REFERENCIAS

1. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 17ª época. México, abril de 2007.
2. Código Penal para el Distrito Federal. Capítulo V. México, 2007.
3. Ley General de Salud para el Distrito Federal. Capítulo II. Artículo 16 bis. México, 2007.
4. Norma Oficial Mexicana. NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Artículo 6.4.2.8. México: Diario Oficial de la Federación, 2008.
5. Ley de Salud del Distrito Federal. Artículo 53. México: Gaceta Oficial del Distrito Federal, 17 de septiembre 2009.
6. Ley Federal de Técnicas de Reproducción Humana Asistida. México: Gaceta Parlamentaria, 6 de diciembre de 2007.
7. Ley Federal de Subrogación Gestacional. México: Gaceta Parlamentaria, 30 de julio de 2010.
8. Código Civil del Estado de México. Título IV: Parentesco y alimentos. Capítulo I. Disposiciones generales. México: Gaceta del Gobierno, FECHA.
9. Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal. México: Gaceta Oficial de la Federación, 17 de septiembre de 2009.
10. Encuesta: Desde el condón hasta el aborto. Consulta Mitofsky. Enero 2008. Disponible en: http://consulta.mx/web/images/MexicoOpina/2008/20080120_NA_TemasControvertidos.pdf. Consultado el 5 de mayo de 2012.
11. Aborto: tendencias predominantes en estudios de opinión. Centros de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Disponible en: http://www.gire.org.mx/images/stories/est/Encuesta_Cesop_2007.pdf. Consultado el 5 de mayo de 2012.
12. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/>. Consultado el 5 de mayo de 2012.
13. Arain M, Haque M, Johan L, Mathur P, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:449-461.
14. Ostbye T, Wennghofer EF, Woodward CA. Health services utilization after induced abortions in Ontario: a comparison between community clinics and hospital. *Am J Med Qual* 2001;16:99-106.
15. Reardon DC, Cogle JL, Rue VM. Psychiatric admission of low income women following and child-birth. *CMAJ* 2003;168:1256-1256.
16. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of mood and cycles. *J Affect Disord* 2004;79:167-176.
17. Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR. Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30:369-383.

18. Coleman PK, Reardon DC, Rue V, Cogle J A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:16-24.
19. Fergusson DM, Horwood J, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;46:16-24.
20. Olsen MT, Laursen TM, Pedersen CB, Ledergaard O, Mortensen PB. First time trimester induced abortion and risk of readmission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:159-165.
21. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle M, Buekens P. Injury deaths suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health* 2005;15:459-463.
22. Pazol K, Creanga AA, Zane SB, Burley KD, Jamieson DJ. Abortion surveillance-United States, 2009. *MMWR Surveill Summ* 2012;61:1-44.
23. Meirik O, Houg NTM, Paiggio G, Bergel E, Von HH. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomized trial. *Lancet* 2012;379:1817-1824.
24. Statement of Scientists, Medical and Mental Health Professionals about abortion's effects on women. The United States Supreme Court 2007. Disponible en: <http://thejusticefoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/Statement-of-Medical-and-Mental-Health-Professionals-10-16.pdf>. Consultado el 20 de mayo de 2012.
25. Gayón V. Evidencias científicas en torno a la legalización del aborto en la Ciudad de México. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78:168-180.
26. Schiavon-Ermani R. Aborto y derechos de las mujeres: a un año de la despenalización. Programa Universitario de Estudios de Género. México: UNAM, Torre de Humanidades, 3 de abril de 2008. Disponible en: <http://ciencias.jornada.com.mx/foros/despenalizacion-del-aborto/opinion/octava-sesion/aborto-y-derechos-de-las-mujeres-a-un-ano-de-la-despenalizacion>. Consultado el 5 de julio de 2012.
27. International Projects Assistance Service (IPAS). Disponible en: <http://www.macraesbluebook.com/search/company.cfm?company=317419>. Consultado el 8 de julio de 2012.
28. Manuell L. El consentimiento informado: aplicación en la práctica médica. *Rev Conamed* 2004;9:23-25.
29. Derechos y deberes de los pacientes, en Memoria del VI simposio internacional de la Conamed, México, noviembre de 2001.
30. Pérez FG, Cantoral DK. El consentimiento informado, garantía constitucional desde la perspectiva del derecho mexicano. *Rev Derecho Privado* 2006;15:59-87.
31. López, H. La objeción de conciencia en el ejercicio de la medicina. *Anales del Derecho* 1997;15:41-53.
32. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero. Capítulo I. Artículo 24. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/25.htm?s>. Consultado 11 de mayo de 2012.
33. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero. Capítulo I. Artículo 29. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>. Consultado el 30 de julio de 2012.
34. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). Disponible en: <http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/>. Consultado el 28 de junio de 2012.
35. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D47.pdf>. Consultado el 15 de julio de 2012.
36. Pacto de San José, Convención Americana sobre Derechos Humanos. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm. Consultado el 22 de junio de 2012.
37. Estalla el debate sobre la objeción de conciencia ante el aborto. Disponible en: http://www.elperiodicode-mexico.com/contenido_columnas.php?sec=Columnas-MuyOportuno&id=107042. Consultado el 4 de junio de 2012.
38. No habrá objeción de conciencia en cuestión de abortos: Ebrard. Disponible en: <http://www.esmas.com/noticieros-televisa/mexico/622687.html>. Consultado el 4 de junio de 2012.
39. Estatuto de Gobierno del Distrito Federal. Título Cuarto. Capítulo II, sección I. Artículo 59. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/10.pdf>. Consultado el 4 de junio de 2012.
40. Objeción de conciencia. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Objeción_de_conciencia#cite_note-6. Consultado el 4 de junio de 2012.
41. Ley de Salud del Distrito Federal. Capítulo IX. Artículo 59. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/>. Consultado el 20 de julio de 2012.
42. Ibarra GM, Barragán MM, Cantú GQ. Análisis bioético del programa de reproducción asistida del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos de 2008-2011. *Rev Esp Méd Quir* (En proceso de publicación).
43. Insler V, Lunenfeld B. Classification and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome. In: Basow DS, editor. UpToDate. Retrieved from <http://www.uptodate.com/>
44. Mandy GT. Neonatal outcome, complications, and management of multiple births. In: Basow DS, editor. UpToDate. Retrieved from <http://www.uptodate.com/>
45. Davies J. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2012;5:6-11.
46. <http://www.fertilitycare.org>. Consultado el 2 de agosto de 2012.
47. <http://www.fertilitycare.net>. Consultado el 2 de agosto de 2012.
48. Hilgers T. The new women's health science of naprotechnology. *Arch Perinat Med* 2011;17:191-198.
49. DSM-5. American Psychiatric Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Enero 18, 2013. On-line.
50. Barret-Nerín JP. Cirugía del transexualismo. Disponible en: http://www.carlaantonelli.com/cirurgia_trans_masculina.htm. Consultado el 2 de agosto de 2012.
51. Cohen K, Dillen CM, Gooren L. Treatment of young transsexuals in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:698-702.

52. Ramachandran VS, Mc Geoch PD. Occurrence of phantom genitalia after gender reassignment surgery. *Med Hypothesis* 2007;69:1001-1003.
53. Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, et al. Association between polycystic ovary syndrome and female to male transexuality. *Human Reprod* 2007;4:1011-1016.
54. Lifshitz G. El consentimiento informado: Aplicación en la práctica médica. *Rev Conamed* 2004;9:23-25.
55. Código de Conducta para el Personal de Salud. Artículo 32 y 33. México: SSA; 2001.

ANEXO

Anexo 1. Cuestionario de opción múltiple aplicado a la población

Preguntas	Opciones de respuesta
1. El hecho de que la interrupción del embarazo sea legal en la Ciudad le hace una opción ética o moral:	Sí No No sé
2. El hecho de que los médicos puedan objetar en conciencia ¹ y negarse a practicar el aborto es una opción ética o moral	Sí No No sé
3. El hecho de que las enfermeras y el resto del personal hospitalario no puedan objetar en conciencia para negarse a participar en un aborto es una opción ética o moral	Sí No No sé
4. El no dar el mismo trato legal a los médicos y a las enfermeras es acorde con la perspectiva de género ² que propone el Gobierno del Distrito Federal	Sí No No sé
5. El hecho de que en las clínicas promovidas por el Gobierno del Distrito Federal sólo sean contratados en los servicios de Ginecología y Obstetricia médicos no objetores lo hace una opción ética o moral e incluyente	Sí No No sé
6. ¿Se debería informar a las mujeres que quieren interrumpir legalmente el embarazo de las consecuencias físicas y psicológicas ³ que puede tener el procedimiento?	Sí No No sé
Sobre las consecuencias de las técnicas de fertilización <i>in vitro</i>	
7. El hecho de poder rentar un útero, ¿es una opción ética por ser legal?	Sí No No sé
8. El hecho de que existan bancos de esperma u óvulos ¿es una opción ética por ser legal?	Sí No No sé
9. ¿Al niño(a) que puede nacer le gustaría saber quienes fueron sus padres biológicos? ¿Tiene derecho a saberlo?	Sí No No sé
10. ¿Se debería informar a la mujer las posibles consecuencias de las técnicas de fertilización <i>in vitro</i> ? ⁴	Sí No No sé
11. El financiar con dinero del Estado cirugías para los transexuales ⁵ ¿es una opción ética por ser legal?	Sí No No sé
12. ¿Se podría negar a pagar impuestos un ciudadano sabiendo que en parte su utiliza para financiar abortos, fecundación <i>in vitro</i> , cirugías de cambio de sexo, etc. como opción ética o moral?	Sí No No sé
¹ Negarse a realizarlo por sus principios éticos. ² Igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres y los hombres. ³ Perforaciones uterinas, sangrados, infecciones, depresión, ideas suicidas o de autodaño. ⁴ La sobreestimulación ovárica y el daño hormonal. ⁵ Cambio de sexo, por ejemplo, de ser hombre a mujer o viceversa.	