COLEGIO DE BIOÉTICA, A.C.

H. CÁMARA DE SENADORES DE LA LXII

LEGISLATURA DEL CONGRESO DE LA UNIÓN.

P R E S E N T E S .-

EL COLEGIO DE BIOÉTICA, A. C. es una asociación civil legalmente constituida y registrada, multidisciplinaria, laica, no lucrativa y no gubernamental, formada por académicos expertos en diversos campos del conocimiento y tiene por objeto realizar, analizar, recopilar, sistematizar, difundir, promover e impulsar sistemáticamente reflexiones, estudios, investigaciones, casos, ponencias y cualquier otro insumo de conocimiento para el desarrollo de la bioética como una disciplina más amplia que la ética médica, de tipo interdisciplinario y laico.

Pretende además reflexionar, fomentar, promover, impulsar, documentar, generar, participar y alentar el diálogo plural y participativo entre teóricos, prácticos y la sociedad en general sobre problemas relacionados con la bioética tales como el inicio y final de la vida humana, la calidad de de ésta, la ética ecológica, así como la ética de la investigación biomédica entre otros temas.

En ese tenor y como persona moral legalmente constituida, con fundamento en el artículo 8º. de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos nos dirigimos a esta legislatura a fin de presentar una serie de argumentos por los que, ***los integrantes de esta asociación***, consideramos que debe ser

desechada la propuesta, recientemente presentada, por la Senadora de la República María Cristina Díaz Salazar.

ANTECEDENTES

El día 28 de Enero de 2015, la Senadora de la República María Cristina Díaz Salazar, presentó una propuesta mediante la que pretende se adicione el artículo 350 Bis-6 de la Ley General de Salud[1] para quedar de la siguiente manera:

> *Artículo 350 Bis-6.- Sólo podrá darse destino final a un producto de la concepción (embrión o feto) previa expedición del certificado de nacido muerto.*
>
> *En el caso de que el cadáver del embrión o feto no sea reclamado dentro del término que señala el artículo 348 de esta ley, deberá dársele destino final. Salvo aquellos que sean destinados para el apoyo de la docencia e investigación por la autoridad de Salud conforme a esta ley y a las demás disposiciones aplicables, quien procederá directamente o por medio de las instituciones autorizadas que lo soliciten mismas que deberán de cumplir con los requisitos que señalen las disposiciones legales aplicables.*

[1] En adelante LGS.

La Senadora Díaz plantea como principal argumento, en su exposición de motivos, que la intención de su propuesta es homologar la LGS a la definición de la Organización Mundial de la Salud [2]respecto del concepto *"muerte fetal",* la que en su opinión incluye también a los embriones y no solo a los fetos. [3]

Adicionalmente, argumenta que la redacción actual del artículo 350 Bis-6 de la LGS, al no incluir la palabra embrión, genera un subregistro y *"provoca que las estadísticas relacionadas producidas en el país sean de mala calidad y no permitan su compatibilidad internacional"*[4]

La anterior argumentación se deriva de la definición que sobre *"muerte fetal",* ofrece la propia Senadora Díazen el primer párrafo de su exposición de motivos. Definición que atribuye a la OMS.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL CONCLEPTO DE MUERTE FETAL.

[2] En adelante OMS.
[3] Véase la parte final de la página 2 de la exposición de motivos.
[4] Véase igualmente, la parte final de la página 2 de la exposición de motivos.

Ahora bien, efectivamente la OMS define en concepto de "muerte fetal" de la siguiente manera:[5]

> *"Fetal death is death prior to the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of pregnancy; the death is indicated by the fact that after such separation the fetus does not breathe or show any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord, or definite movement of voluntary muscles."* [6]

Lo que se puede traducir como:

> *"La muerte fetal es aquella que sucede antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como son la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios"*

---

[5] "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" [Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud]Documento que puede ser consultado en: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1 Página consultada el día 16 de febrero de 2015.

[6] Véase la página 151 del documento denominado: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Hasta este punto la Senadora Díaz parece tener razón, ya que la definición ofrecida por la OMS al utilizar la expresión *"del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación"*, pareciera que sugiere que queda incluido el embrión.

No obstante lo anterior, hay que hacer notar que en el documento antes aludido (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) jamás se habla del embrión, de hecho la palabra embrión (o embryo en inglés) ni siquiera es utilizada en dicho documento.

Por el contrario a lo largo de dicho documento de la OMS solamente encontramos alusiones al feto, y si bien no define como tal que es un feto, en su apartado 5.7.2 queda en evidencia lo que la OMS entiende por feto. Efectivamente en dicho apartado en el que se establecen los criterios para el reporte de las muertes fetales se establece que:

5.7.2 Reporting criteria

"The legal requirements for the registration of fetal deaths and live births vary from country to country and even within countries. If possible, all fetuses and infants weighing at least 500 g at birth, whether alive or dead, should be included in the statistics. When information on birth weight is unavailable, the corresponding

criteria for gestational age (22 completed weeks) or body length (25 cm crownheel) should be used."[7]

Lo que se puede traducir como:

"Los requerimientos legales para el registro de las defunciones fetales y de nacidos vivos puede variar de un país a otro e incluso dentro de los mismos países. De ser posible, todos los fetos y recién nacidos con un peso mínimo de 500 g al nacer, ya sea vivos o muertos, se deben incluir en las estadísticas. Cuando la información sobre el peso al nacer no esté disponible, el criterio que debe ser usado será la edad gestacional (22 semanas completas) o bien a la longitud del cuerpo (25 cm crownheel)"

Adicionalmente, en el apartado de razones y tasas de mortalidad fetal,ratifica que se debe entender por feto, al establecer que:

"The perinatal mortality rate is the number of deaths of fetuses weighing at least 500 g (or, when birth weight is unavailable, after

[7] Véase la página 153 del documento denominado: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

22 completed weeks of gestation or with a crown-heel length of 25 cm or more)"[8]

Lo que se puede traducir como:

"La tasa de mortalidad perinatal es el número de muertes de los fetos que pesen al menos de 500 g (o, cuando el peso del nacimiento no esté disponible, después de 22 semanas completas de gestación o con una longitud corona-talón de 25 cm o más)"

Como se puede apreciar, la OMS utiliza tres criterios para definir que es un feto, el primero alude al peso del producto de la concepción, estipulando en este caso un peso mínimo de 500 gramos. Criterio el anterior imposible de aplicar a un embrión.

Cuando el anterior criterio no es posible de determinarse, la OMS recure a un segundo, relacionado con el período gestacional -22 semanas de gestación-. Igualmente, criterio que es imposible de aplicar a un embrión.

[8] Véase la página 154 del documento denominado: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Y el tercer criterio está definido por la longitud del feto (o producto de la concepción) y es el de 25 centímetros de longitud de corona a talón. Criterio este último que tampoco puede ser aplicado a un embrión.

Hechas las anteriores precisiones, consideramos que el argumento de la Senadora Díaz de unificar la Ley General de Salud [9]con los criterios de la OMS, carece de total fundamentación ya que, en términos de muerte fetal, la OMS -evidentemente- no incluye a los embriones.

La confusión de la Senadora, quizá radica en que a diferencia de la OMS, la LGS si distingue entre embrión y feto. Así, de acuerdo a la LGS, se entiende por embrión *el producto de la concepción* a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional y por feto *al producto de la concepción* a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno. [10]

Como se puede apreciar, aunque se hable en ambos casos del producto de la concepción, tanto la OMS como la LGS distinguen claramente entre embrión y feto. En el caso de la OMS esta distinción es tácita y en el caso de la LGS la misma es explícita.

[9] En adelante LGS
[10] Véase artículo 314 fracciones VIII y IX de la Ley General de Salud

No hay que olvidar además, que el artículo 391 de la LGS, alude a los certificados de muerte fetal una vez comprobado el fallecimiento y determinadas las causas, pero nada dice sobre *"certificados de muerte de un embrión",*con lo que queda en evidencia que no existe en esta ley el concepto de muerte embrionaria.

Consecuentemente, el principal argumento de la Senadora Díaz, consistente en homologar la LGS con las disposiciones de la OMS queda sin efecto, ya que como lo hemos venido explicando, la OMS al hablar de fetos no alude en ningún momento a los embriones, por lo que la LGS no tendría por qué hacerlo.

ARGUMENTOS DE CARACTER ESTRICTAMENTE MÉDICO/CIENTÍFICOS

Desde el punto de vista científico médico es posible más que oponerse a la iniciativa en virtud de lo siguiente:

Tanto en nuestro país como en el mundo, el término *"Mortalidad Perinatal"*alude a la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos, así las defunciones perinatales incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida; ésta es la definición más utilizada en todo el mundo.

El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). Como ya se señaló anteriormente la OMS considera feto al producto de la gestación de hasta 22 semanas o 500 gramos límites que como ya se ha dicho en este documento deben utilizarse en la medida de lo posible.

Una tasa de mortalidad perinatal que incluye defunciones fetales de 22 semanas o más es mayor que una tasa de mortalidad perinatal que usa como límite 28 semanas.

Utilidad de la medición:

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global así como a nivel local, si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y *neonatal y por lo tanto sirve como indicador de la calidad del servicio de salud materno-infantil*. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables, como las que hemos visto en México en los últimos años. Las tasas crecientes *pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios*.

Cabe señalar que la tasa de mortalidad perinatal se calcula de la siguiente forma: número de defunciones perinatales/número total de nacimientos X 100

Datos requeridos: número de defunciones perinatales (nacidos muertos más defunciones neonatales en la primera semana de vida) y número total de nacimientos o total de nacimientos estimados (una estimación gruesa puede obtenerse usando los nacidos vivos o la tasa bruta de natalidad X población)

En este sentido, México tiene estadísticas confiables al día de hoy, con márgenes de sub-registro aceptables según los organismos internacionales e incluso ha colaborado activamente con la OPS-CLAP en el sistema SIP con la Historia Clínica Perinatal que permitirá acceder a bases de datos confiables.

El período embrionario, que inicia con la fertilización del óvulo y termina al final de las doce semanas, y que se caracteriza por la aparición de los diversos órganos y sistemas de lo que será la persona humana, está sujeto a múltiples riesgos que no dependen necesariamente de circunstancias epidemiológicas por lo que en ninguna parte del orbe se expiden "certificados de defunción embrionarios" además de que implicaría una sobrecarga absurda al sistema sanitario y del registro civil.

Por último, cabe señalar que dicha iniciativa además de afectar negativamente los derechos reproductivos de las mujeres al imponerles a ellas el tramitar que se expida un certificado de nacido muerto en aquellos casos en que su embarazo se interrumpa antes de las 12 semanas; esto abre la posibilidad de generar molestias e intromisiones en su intimidad al abrir la idea de imponer, también, la realización de revisiones médicas innecesarias, la apertura de averigüaciones previas no requeridas u otros artilugios administrativos y legales (incluso penales, como se ha demostrado en varios casos en nuestro país).

Por otro lado, impondría una carga administrativa innecesaria para los servicios de salud en donde se practiquen interrupciones del embarazo en el primer trimestre de la gestación y, nuevamente, afectaría el principio de autonomía de las mujeres al trasgedir su derecho a la intimidad en situaciones donde estas interrupciones tuvieran autorización legal (p.ej.: cumplimiento cabal de causales aceptadas, la situación en la Ciudad de México –donde afectaría directamente a la mitad de la población).

Tomando el criterio de la LGS, se podría argumentar que la propuesta de modificación de la senadora fuese a partir de la semana trece de gestación pero aún esta opción nos parece inválida ya que sería incompatible con los criterios establecidos por la OMS (22 semanas, >500 gr peso, >25 cm de longitud) y tendría incongruencia epidemiológica ya que el propósito de la

presentación de la tasa de mortalidad fetal (perinatal) tiene por objeto usarle como indicador de la calidad de la atención materno-infantil en un periodo muy específico, mientras que la muerte en etapas más tempranas tendría por objeto medir otro tipo de problemas médicos que tienen que ver primordialmente con alteraciones en la embriogénesis (-y en ninguna parte del mundo se elaboran este tipo de reportes ya que se infringirían derechos establecidos en aquellos sitios donde la interrupción del embarazo es aceptada ética y legalmente).

Por todo lo anterior es que formulamos las siguientes:

PETICIONES

PRIMERO: En virtud de que la iniciativa comentada carece de sustento alguno como ha quedado demostrado con la argumentación aquí expuesta, es por lo que reiteramos nuestra solicitud en el sentido de que se deseche la iniciativa con proyecto de decreto por el que se pretende modificar y/o adicionar el artículo 350 Bis-6 de la Ley General de Salud. Propuesta que fuera presentada el día 28 de Enero de 2015, por la Senadora de la República María Cristina Díaz Salazar.

SEGUNDO: Contrario a las pretensiones de la Senadora Díaz, solicitamos que en todo caso, se legisle en el sentido de que el certificado de nacido muerto se expida a los fetos que no logran vivir a partir de la semana 22, coincidiendo así con las definiciones y normas internacionales; incluyendo las definiciones apoyadas por la Organización Mundial de la Salud.

MEXICO, D.F. A 17 DE FEBRERO DE 2015.

COLEGIO DE BIOÉTICA, A.C.

Dr. Patricio Santillan-Doherty
Presidente

Dra. Asunción Álvarez del Río
Vice-Presidenta

Dra. María de Jesús Medina Arellano
Sria. Académica

***** Documento que representa la posición del Colegio de Bioética, A.C. elaborado con las aportaciones de:***

Dr. Héctor A. Mendoza C.
Dr. Raymundo Canales de la Fuente
MC. Alma Luz Beltrán y Puga
Dra. Ingrid Brena Sesma