

ASENTIMIENTO INFORMADO DE MENORES E INCAPACES

Elvia Lucía FLORES ÁVALOS*

SUMARIO: I. *El consentimiento informado en general.* II. *La relación médico-paciente, cambio de paradigma paciente-médico.* III. *Asentimiento informado de la niñez y adolescencia.* IV. *Personas con mayoría de edad con incapacidad.* V. *Discapacidad física no es igual a incapacidad legal.* VI. *Atención a menores e incapaces en instituciones de la Secretaría de Salud (Instituto Nacional de Pediatría e Instituto Mexicano de Psiquiatría).* VII. *Fuentes consultadas.*

I. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN GENERAL

Las personas que se someten a tratamientos médicos invasivos, cirugías y protocolos de investigación médica tienen derecho a recibir información sobre su estado de salud, sobre las opciones para el tratamiento, las ventajas, las desventajas, las expectativas y los resultados de los procedimientos médicos. Esto a través del consentimiento informado. El fundamento jurídico son los artículos 51 bis 1 y 51 bis 2, de la Ley General de la Salud, que establecen:

El consentimiento informado son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.¹

* Investigadora en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

¹ Secretaría de Salud, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, DOF, 15 de octubre de 2012, en <http://dof.gob.mx>.

Este derecho también está consagrado en el Código de Bioética para el Personal de Salud, que en su artículo 14 establece: “El paciente o su representante legal debe ser informado por el médico tratante con sentido humano sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y como evitarlas”. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea entendible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.² Para Galán Cortez, el protocolo de consentimiento informado, aunque de base genérica, debe complementarse de acuerdo con las circunstancias propias de cada caso.³ Asimismo, menciona que el documento por excelencia para instrumentar el consentimiento informado es la historia clínica o la ficha médica del paciente,⁴ y precisa que los protocolos de consentimiento informado no deben contener cláusulas abusivas que limiten la responsabilidad del médico en el caso de daños o muerte del paciente.⁵ Así, “Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”,⁶ debido a que el consentimiento informado es un derecho y una responsabilidad compartida médico-paciente.

El consentimiento informado, a decir de los propios médicos, es “el acto entre el médico y el paciente, que le da validez ética y legal a lo que el médico pretenda hacer con el paciente”, en aras de la salud del propio paciente.

II. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, CAMBIO DE PARADIGMA PACIENTE-MÉDICO

El consentimiento informado no sólo es el documento escrito donde se plasma o se asienta una firma para autorizar someterse a un tratamiento; este es un formalismo, es una prueba de aceptación de los tratamientos y de que se dio la información necesaria para decidir con autonomía sobre el cuerpo y el estado de salud.

² Comisión Nacional de Bioética, *Código de Bioética para el Personal de Salud*, México, documento de trabajo, mayo de 2002.

³ Galán Cortez, Julio César, *Responsabilidad médica y consentimiento informado*, Madrid, Civitas, 2001, p. 137.

⁴ *Ibidem*, p. 139.

⁵ *Ibidem*, p. 147.

⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 29.

El consentimiento informado inicia desde el momento de acudir al médico para recibir tratamiento a un padecimiento. Está en el trato mismo que el profesional de la salud da a cada paciente, a sus familiares y acompañantes a una consulta. En épocas pasadas el médico interrogaba al paciente, lo escuchaba y prescribía los medicamentos, sin mediar explicación sobre las causas del padecimiento, el tratamiento y lo que se esperaba. En contadas ocasiones se explicaba al paciente o a sus familiares lo que pasaba, y sólo en casos graves se daba la información, en muchas ocasiones sin el menor de sensibilidad y respeto a los sentimientos de la familia, o del propio paciente.

Quiero hacer notar en este momento el cambio en la práctica médica, con una experiencia personal. Siendo niña, mi madre me llevó a un centro de salud por molestias. La doctora estaba con practicantes, estudiantes todas mujeres. Apuntó con ellas los síntomas y les preguntó su opinión sobre el diagnóstico. La respuesta era muy grave, lo noté en la cara de preocupación de mi mamá, y a mí me sonó muy feo. En ese momento la doctora les explicó a las practicantes que sólo era una infección normal; dio el tratamiento y terminó la consulta. A nosotras nunca nos pidió permiso para compartir el caso clínico con estudiantes. El paciente tiene el derecho a conocer el porqué parte de su privacidad médica se de a conocer a otros, ¿quiénes son y para qué fines? La lección o aprendizaje la deberían discutir en privado, y no en presencia del paciente y de sus familiares, porque en vez de dar información adecuada, causa molestia, inquietud y preocupación. Otra experiencia, nada grata, fue cuando falleció uno de mis tíos, atropellado; perdió mucha sangre, urgían donadores. Cuando le tocó el turno a mi papá para donar, le informaron que ya era tarde, pero que donara aun así, porque su sangre era muy buena. La sensibilidad a flor de piel. Nunca hice comentario alguno al respecto, hasta ahora que he estudiado los temas de responsabilidad médica y sus excluyentes.

Actualmente la relación paciente-médico debe ser en todo tiempo comunicación abierta, directa y con respeto. Es un diálogo; los dos informan las inquietudes, las dudas, los temores del paciente, cuándo el médico cree tener síntomas de cuadros médicos graves o que impliquen tratamientos invasivos como cirugías. Antes de expresarlo, el médico debe solicitar estudios de laboratorio, como sangre, orina, ultrasonidos, radiografías, electrocardiogramas, etcétera. Con esta información dará un diagnóstico más preciso. Así, se da la explicación al paciente y a sus familiares autorizados, con la opción de solicitar una segunda opinión. Los médicos y la tecnología se complementan, para la mejor atención.

Este cambio de modelo o paradigma implica que la relación médico-paciente tenga su base en la atención médica, en el conocimiento científico

aplicado para el tratamiento del paciente. Una vez realizado esto, implica un procedimiento de enseñanza, donde el profesional de la salud explica a los acompañantes (familiares) los padecimientos de su paciente, para que el paciente sepa cuáles son los deberes que necesita cumplir para mejorar su estado de salud. Los deberes de los enfermos también son muy importantes.⁷

El consentimiento informado es un diálogo, una retroalimentación, una enseñanza, basada en la confianza; la relación no sólo es de profesional a paciente que acepta y no pregunta. El cambio de paradigma es modificar el trato entre los médicos y los demás profesionales de salud con sus pacientes; es una transformación del modelo paternalista a la relación paciente-médico.

Las experiencias personales en estos últimos años, en que requerí de tres operaciones quirúrgicas, fue muy diferente a las recordadas en mi infancia. La atención a las circunstancias que se presentaron fue oportuna y con mucha comunicación, con lenguaje claro, sencillo, incluso agradable; la confianza, no sólo en el médico tratante, sino de todo el equipo hospitalario; la comunicación en todo momento fue abierta y clara para mí y mis familiares cercanos; los procedimientos, sobre todo los riesgos de la anestesia, fueron explicados a detalle, y la firma del documento de consentimiento informado fue sólo un trámite. Pero cabe aclarar que esta atención fue privada, gracias a las prestaciones de servicios médicos mayores que tenemos como trabajadores.

Por desgracia, no es una práctica general, y todavía encontramos casos particulares donde se firma el documento de consentimiento informado que señala la ley, pero no se cumple con la finalidad del trato con profesionalismo, información, respeto, autonomía, libertad y trato personal de calidad. Esto se contrapone con el escrito firmado con fundamentos legales y con palabras técnicas.

La relación profesionales-pacientes-familiares está cambiando, para beneficio de todos, aunque aún hay mucho por hacer. El sistema de salud público dista mucho del trato personal. La demanda de los servicios de salud sobrepasa la del personal profesional. Las citas distantes que se presentan entre pacientes son sólo un indicativo del rezago en la atención personal, directa y de calidad. La falta de infraestructura influye necesariamente en el retraso en estudios especializados. Hay mucho por hacer más allá del for-

⁷ Santillán-Doherty, Patricio, "Consentimiento informado. Relevancia en la práctica de la biomedicina", ponencia presentada en el *Seminario Bioética y Derechos Humanos: México y la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respeto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997)*, coordinado por la doctora Ingrid Brena Sesma en el Instituto de Investigaciones Jurídicas. Se puede consultar en la Videoteca Jurídica Virtual, en el área de Salud y Derecho, 19 de mayo de 2015, en <http://www.juridicas.unam.mx>.

mato de atención médica y de consentimiento informado de los derechos del paciente; se requieren mayores esfuerzos para tener más profesionales de salud, para la demanda de pacientes que tenemos. Las autoridades de salud hacen campañas preventivas importantes para tener mejor salud en la población, que no han sido valoradas como se debe; esto sin duda implica que la corresponsabilidad de la población está fallando; el derecho a la salud, como todos, tiene deberes, que empiezan por uno mismo.

El Sistema Nacional de Salud está fragmentado, así lo comentó Juan Pablo Castañón, “Es preciso reorganizar los más de 40 sistemas de salud, 32 correspondientes a los estados de la República, más el IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex y otros más, y crear un sistema que se eficiente y transparente. Muchos de estos esquemas mezclan en un mismo organismo la regulación, la prestación de servicios médico-hospitalarios y el financiamiento de los mismos”.⁸

III. ASENTIMIENTO INFORMADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

El mundo de los adultos no es nada fácil, y la comprensión de términos médicos y de padecimientos de salud, en muchas ocasiones es complicado, aun cuando haya buena comunicación con los profesionales de salud; la complejidad es mayor cuando los pacientes son niños o adolescentes.

Los menores de edad con capacidad de goce son representados legalmente por sus tutores, generalmente por sus padres, que son los adecuados para acompañar al hijo o hija al médico, para explicar el padecimiento al profesional, para apoyar en los estudios de gabinete, como toma de sangre; en fin, estar siempre en contacto entre el menor el y profesional. La relación es múltiple; puede ser: niña, niño, adolescente (paciente), tutores o padres (madre-padre) y médico o médicos.

Los tutores o padres firman el consentimiento informado, lo viven y lo ejercen a través de las preguntas que realicen a los médicos. Así se establece en la legislación mexicana en el artículo 23 del Código Civil para el Distrito Federal, que establece:

Artículo 23. La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica que

⁸ Castañón, Juan Pablo, “Inauguración del Foro Más y Mejor Salud. México, 2030”, publicado en *El Economista*, 14 de octubre de 2015, por González, Lila, “Empresarios proponen construir un nuevo sistema nacional de salud”, en <http://eleconomista.com.mx/industrias/2015/10/14>.

no deben menoscabar la dignidad de la persona ni atentar contra la integridad de la familia; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 5o. establece que los Estados partes deberán respetar la responsabilidad de los padres o tutores de dirigir y orientar a las niñas y niños en consecuencia con la evolución de sus facultades. “Sin embargo, respetar el derecho a ser escuchados sí implica tomar en serio lo que las niñas y niños tienen que decir sobre cómo esas decisiones o políticas les afectan y considerar que al ser ellas y ellos los beneficiarios o afectados directos de dichas políticas tienen una posición privilegiada e insustituible para aportar elementos y criterios para adoptar una mejor decisión”.⁹

El derecho a ser escuchado y expresar su opinión sobre asuntos que le afecten, en sentido literal el cuidado de la salud de un hijo, es un deber que surge con la paternidad, y es en beneficio del menor la atención solicitada por los padres o tutores, pero ¿pueden expresar su voluntad los menores cuando se trata de tratamientos médicos, sobre todo en enfermedades graves? ¿Qué tanto cuenta su opinión o negativa? ¿Se debe informar al niño de sus padecimientos en compañía de los padres?

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

⁹ Torre Martínez, Carlos de la, “El derecho de las niñas y niños a ser escuchados: un desafío pendiente”, en González Contró, Mónica, *Los derechos de niños, niñas y adolescente en México. A 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*, México, Porrúa, 2011, p. 231.

muy interesante una encuesta realizada por el doctor Armando Garduño Espinoza, del Instituto Nacional de Pediatría, donde cuestionó a niños: si tuvieran una enfermedad en fase terminal, ¿quién debería decidir? Los de rango de diez años contestaron que los padres; los de once a catorce años señalaron que no querían opinar, pero confiaban en los padres; en cambio, en los de quince años la respuesta definitiva fue “nadie más”.¹⁰ Es decir, los niños y adolescentes que tienen una enfermedad terminal, la padecen, la sienten, la viven, y sólo ellos la entienden, en cuanto más toman conciencia de su estado de salud, deben ser escuchados y se debe respetar su voluntad. Esta encuesta se refuerza cuando analizamos la premisa de respeto al niño y al adolescente; cuando se demuestre que éstos tienen la suficiente capacidad natural para comprender el acto médico, y, por tanto, podrían dar por sí mismos el consentimiento a la intervención. Esta posición se confirma con el artículo 6o. del Convenio del Consejo Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto de las Aplicaciones de Biología y Medicina.¹¹

Los primeros en aceptarla debería ser la propia familia, los padres o tutores; pero el dolor en ocasiones ciega la racionalidad, y son los más difíciles de convencer en decisiones difíciles. Los propios médicos refieren que en ocasiones los padres, uno de ellos o ambos, hablan de su hijo como si fuera de su propiedad, y no aceptan la voluntad expresada por el niño, niña o adolescente.

Debemos informar, escuchar a la niñez y a los adolescentes. Cuando hay contradicción entre la voluntad del paciente y sus padres o tutores, entonces el criterio a seguir por parte de las autoridades médicas es el interés superior del menor. Esto puede generar conflictos, incluso demandas de responsabilidad para los médicos, pero no debería serlo. Si estas decisiones llegan a tribunales, el órgano jurisdiccional está obligado por la jurisprudencia a respetar el interés superior del menor, que señala:

INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. SU CONCEPTO. En términos de los artículos 4o., párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por México y

¹⁰ Garduño Espinoza, Armando, “Aspectos controversiales del consentimiento informado en menores de edad y personas con discapacidad”, *Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997)*, coordinado por la doctora Ingrid Brena Sesma en el Instituto de Investigaciones Jurídicas. Se puede consultar en la Videoteca Jurídica Virtual, en el área de Salud y Derecho.

¹¹ Rivera Álvarez, Joaquín María, “El consentimiento informado del adolescente en situaciones de grave riesgo: ¿autonomía privada vs. interés superior del menor?”, *Revista de Derecho Privado*, marzo-abril 2015, Madrid, p. 73.

publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991; y el 3, 4, 6 y 7 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, los tribunales, en todas las medidas que tomen relacionadas con los menores, deben atender prioritariamente el interés superior del niño; concepto que interpretó la Corte Interamericana de Derechos Humanos (cuya competencia contenciosa aceptó el Estado Mexicano el 16 de diciembre de 1998) de la siguiente manera “la expresión ‘interés superior del niño’... implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño.”¹²

La protección de la niñez está consagrada tanto en el ámbito nacional como en el internacional y jurisdiccional; se requiere su práctica cotidiana en todos los ámbitos (en la familia, en la escuela, en los servicios de salud). Cada vez más debemos entender a la niñez como un grupo que necesita ser escuchado y tomar decisiones. Enseñar la libertad dentro de los límites que establece la sociedad, la correlatividad de derechos y obligaciones, es de las cosas más complicadas.

Después de analizar la regulación que existe para la protección de la niñez y de la adolescencia, nos damos cuenta de que son temas multidisciplinarios,¹³ transversales, que requieren no sólo la atención de los médicos o los abogados, sino de trabajadores sociales y peritos, para determinar el grado de decisión que se ejerce, así como la posibilidad de evolucionar en los conceptos civiles de incapacidad, ya que la minoría de edad implica mayor protección de la sociedad hacia ese grupo. Su capacidad de decisión está en cómo entienden su entorno cuando les afecta una decisión.

...la capacidad natural se traduce de facto y de iure en la existencia de un estadio intermedio entre la usencia total de capacidad de obrar del menor carente de dicha capacidad natural (bien por su corta edad, bien por la concurrencia de determinadas deficiencias psíquicas o físicas que le priven de ella) y la capacidad de obrar plena del mayor de edad no incapacitado, en el que los actos jurídicos realizados por el menor no son anulables, sino plenamente válidos. En base a ello, el ordenamiento jurídico distingue tres supuestos con respecto a los actos jurídicos realizados por un menor de edad: los actos realizados por una menor carente, no ya de “capacidad natural”, sino incluso de “voluntad natural” y, por tanto incapaz de prestar su consentimiento, que

¹² Clave: 1a./J., núm.: 25/2012/ (9a.).

¹³ Martínón, J. M., “Aspectos éticos de la atención pediátrica”, *Cuadernos de Bioética*, vol. IX, núm. 36, 4, 1998, octubre-diciembre, Madrid, “Cualquier actuación médica sobre un niño tiene una característica básica que es la multidisciplinaria”, p. 679.

son radicalmente nulos, los realizados en general por un menor de edad, anulables en interés del mismo; y los actos para los que el menor con suficiente juicio está legal y socialmente habilitado y que, por tanto, son planamente válidos.¹⁴

Con relación a la atención hospitalaria para los menores, encontramos la Carta del Niño en el Hospital, de Holanda de 1988, que establece en los puntos 4 y 5 las siguientes bases:

4. Los niños y sus padres tienen derecho a ser informados acerca de su atención de una forma apropiada a su edad y comprensión. Debe tomarse medidas para mitigar la tensión emocional y física.

5. Los niños y sus padres tienen derecho a participar infamadamente en todas las decisiones en torno al manejo de su salud. Cada niño debe ser protegido contra la práctica de investigaciones y tratamientos innecesarios.

10. Los niños deben ser tratados con tacto y comprensión, y respetarse su primacía en todo momento.¹⁵

Así como los adultos, que con plena capacidad jurídica firman el documento de consentimiento informado, los niños, las niñas y los adolescentes que por razón de edad aún no tienen capacidad de ejercicio para ejercer su autonomía respecto de las decisiones de salud, cuando ellos expresen decisiones contrarias a sus padres o tutores, deben plasmar su voluntad en un documento de asentimiento informado donde expresen que están conscientes del padecimiento, del tratamiento, de los riesgos y beneficios y están de acuerdo o no con el mismo. Este documento sería una prueba preconstituida en caso de conflicto legal entre las decisiones de los padres, de los médicos y del paciente niño, niña o adolescente.

No puedo concluir este punto sin hacer una reflexión sobre la posibilidad de que los niños, las niñas y los adolescentes soliciten la emancipación médica, para decidir por ellos mismos sobre su cuerpo y su salud, institución que no se encuentra contemplada en nuestro Código Civil, pero que podría integrarse por resoluciones judiciales donde se aplique como primacía el principio *pro persona*, el interés superior del menor, el control de convencionalidad en el derecho de familia para respetar la dignidad, la autonomía, la integridad física, la integridad mental, la privacidad, la imagen, a ser escuchados, a tomar sus decisiones, a ser informados, los datos personales y, en general, todos los derechos de la personalidad.

¹⁴ García Garnica, Ma. del Carmen, *El ejercicio de los derechos de la personalidad del menor no emancipado*, Navarra, Thomson-Aranzadi, 2004, pp. 60 y 62.

¹⁵ López de la Peña, Xavier, *Los derechos del paciente*, México, Trillas, 2000, pp. 139 y 140.

IV. PERSONAS CON MAYORÍA DE EDAD CON INCAPACIDAD

Conforme al artículo 450 del Código Civil, las personas mayores con incapacidad jurídica son:

II. Los mayores de edad que por causa de una enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez, no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla.

Aquellas que no pueden expresar su voluntad y que requieren tutores o curadores que las representen. Para que éstos procedan a su representación, y para que este nombramiento tenga validez legal, se precisa de un procedimiento de interdicción, establecido en los artículos 902, 903, 904 y siguientes del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, que establecen:

902. Ninguna tutela puede conferirse sin que previamente se declare el estado de minoridad o de incapacidad de las personas que va a quedar sujeta a ella.

La declaración del estado de minoridad, o de incapacidad por las causas a las que se refiere la fracción II del artículo 450 del Código Civil, puede pedirse: 1o., por el mismo menor si ha cumplido 16 años; 2o., por su cónyuge; 3o. Por sus presuntos herederos legítimos; 4o. Por su albacea; 5o, por el Ministerio Público; 6o. Por la institución pública o privada, de asistencia social que acoja al hijo o hijos del presunto incapaz.

Pueden pedir la declaratoria de minoridad los funcionarios encargados de ello por el Código Civil.

904. La declaratoria de incapacidad por alguna de las causas a que se refiere el artículo 450, fracción II, del Código Civil para el Distrito Federal; se acreditará en juicio ordinario que se seguirá entre el peticionario y un tutor interino que para tal objeto designe el juez.

Como diligencias prejudiciales se practicarán las siguientes:

I. Recibida la demanda de interdicción, el juez ordenará las medidas tutelares conducentes al aseguramiento de la persona y bienes del señalado como incapacitado: ordenará que las persona que auxilia a aquél de cuya interdicción se trate, lo ponga a disposición de los médicos alienistas o de la especialidad correspondiente o bien, informe fidedigno de las personas que auxilie a u otro medio de convicción que justifique la necesidad de estas medidas.

II. Los médicos que practiquen el examen deberán ser designados por el juez y serán de preferencia alienistas o de especialidad correspondiente. Di-

cho examen se hará en presencia del juez previa citación de la persona que hubiera pedido la interdicción y del Ministerio Público.

III. Si el dictamen pericial resultare comprobada la incapacidad, o por lo menos hubiera duda fundada acerca de la capacidad de la persona cuya interdicción se pide, el juez proveerá las siguientes mediadas:

De la resolución en que se dicten las providencias mencionadas en este artículo procede el recurso de apelación en el efecto devolutivo que será de tramitación inmediata.

IV. Dictadas las providencias que establecen las fracciones anteriores se procederá aun segundo reconocimiento médico del presunto incapacitado, con peritos diferentes, en los mismos términos que los señalados por la fracción II. En caso de discrepancia con los peritos que se practicará una junta de avenencia a la mayor brevedad posible y si no hubiera el juez designará peritos terceros en discordia.

V. Hecho lo anterior el juez citará a una audiencia, en la cual estuvieran conformes el Tutor y el Ministerio Público con el solicitante de la interdicción, dictará la resolución que la declare. En caso de que en la resolución se haya declarado la interdicción, ésta deberá establecer el alcance de la capacidad y determinar la extensión y límites de la Tutela, en los términos enunciados en el segundo párrafo del Artículo 462 del Código Civil para el Distrito Federal.

Si en dicha audiencia hubiera oposición de parte, se substanciará en Juicio Ordinario con intervención del Ministerio Público.

Los mayores de edad con incapacidad deben ser considerados aquellos que no pueden expresar su voluntad, sobre todo para contraer obligaciones por sí mismos. La interdicción tiene como finalidad proteger el patrimonio económico de las personas, y se pretende que otras personas no abusen de la falta de conciencia y voluntad libre de las personas mayores de edad. El sentido original del Código Civil es patrimonialista; sus preceptos se refieren a los bienes y a la administración adecuada de los mismos y a las responsabilidades de los tutores. Sin embargo, en la actualidad no sólo se debe pensar primero en los bienes del incapaz, sino en el incapaz mismo; es decir, en la persona, y no en sus posibles derechos patrimoniales.

Los mayores de edad con incapacidad, sobre todo mental, deben ser protegidos a través de la declaratoria judicial de interdicción, no sólo sus bienes, sino sus derechos humanos y fundamentales, como son: la protección de datos personales, su dignidad, el principio pro persona, la asistencia médica y legal.

La sentencia de interdicción debe señalar el grado o nivel de interdicción, determinar si la persona puede tomar decisiones y de qué tipo; esto es importante para el asentimiento informado; los tutores y curadores repre-

sentan y firmarán los documentos que impliquen el cuidado clínico de un paciente, pero es importante determinar que la ciencia, la educación y la sociedad han cambiado.

La cultura de integración y la autonomía social de las personas con incapacidad por enfermedad son cada vez más amplias, de tal manera que se busca su integración, su autonomía, su confianza, su autocontrol y su desarrollo de aptitudes; cada vez son las personas que con tratamientos, y sobre todo con apoyo de la familia, son parte activa de la sociedad con todos sus derechos. Así, encontramos casos donde personas con síndrome de Down ejercen sus derechos con autonomía, al grado tal que no requieren el consentimiento o responsiva de otra persona para ser empleados, para vivir solos, para contratar, e incluso para contraer matrimonio. Sin duda, el trabajar con ellos para lograr su autonomía física y mental no es tarea fácil, pero cada vez más se presentan estos casos. En México existen las empresas socialmente responsables, que tienen dentro de sus programas de trabajo contratar a personas que han logrado, más allá de las limitaciones físicas, integrarse profesionalmente a una actividad productiva.

Los casos concretos donde el enfermo puede manifestar de alguna manera su aceptación o no para someterse a tratamientos o intervenciones quirúrgicas son cada vez mayores. Hay ocasiones en que la sola mirada implica un sí, o una negativa. Es complicado determinar esta situación, pero el nivel básico de humanidad es observar a la persona; esto es lo que considero un derecho de tener su asentimiento. Cuando los médicos, los trabajadores sociales o cualquier profesional de la salud se percatan de que hay un posible conflicto entre lo que parece expresar el enfermo y sus tutores, atendiendo al principio pro persona, puede pedir la intervención de las autoridades para determinar responsabilidades.

Por desgracia, todavía se llegan a conocer casos donde la misma familia agrede, encierra y violenta a sus familiares; por ello, el Estado interviene para solicitar la interdicción y nombrar a tutores o curadores para la protección adecuada de los derechos; puede incluso una persona moral ser tutor; aun más: solicitar, a través del Ministerio Público, la acción penal por delitos de tortura, abuso sexual, malos tratos a personas que por su aislamiento no han tenido ningún tipo de integración a la sociedad. En estos casos el DIF o las instituciones de salud, como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, tienen un papel importante en el tratamiento de estos casos particulares.

En el sector salud de México, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” tiene la unidad de tutoría legal para pacientes mayores de dieciocho años con discapacidad física y/o mental.

Las enfermedades que se atienden son crónicas, degenerativas, progresivas y/o demenciales, tales como la enfermedad vascular celebrer, Huntington, Alzheimer, entre otras. Esta institución, a través de su portal de Internet, da la información básica del juicio de interdicción.

En materia de interdicción en México, tenemos las siguientes tesis de jurisprudencia que se derivan del amparo 159/2013:

ESTADO DE INTERDICCIÓN. ACORDE AL MODELO DE ASISTENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES, LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EXTENDERÁ SU VOLUNTAD, MISMA QUE SERÁ RESPETADA Y ACATADA. A juicio de esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, acorde al modelo social de discapacidad consagradas en la Convención sobre Personas con Discapacidad, la determinación judicial que limite la capacidad jurídica deberá tomar en consideración la primacía de la autodeterminación libre de la persona, pues de lo contrario nos encontraríamos frente a un esquema de “sustitución en la toma de decisiones”, lo cual no sería adecuado en términos del instrumento internacional antes citado. Así, no debe confundirse el principio de mayor protección de la persona con discapacidad en aras de su mayor interés, con la prohibición de que la misma decida qué es lo que le beneficia, situación que redundaría de forma directa en el libre desarrollo de la personalidad, así como en el fomento de una vida autónoma y de identidad propia, sin que deba restringirse la capacidad jurídica de una persona solamente porque la misma ha tratado una opción que la generalidad de la sociedad pudiera considerar o calificar como “no acertada”. Por tanto, mediante la adopción del modelo de “asistencia en la toma de decisiones”, la persona no debe renunciar al derecho a tomar sus propias decisiones, respetándose así su libertad de elección, ello mediante la asistencia en la toma de las mismas. Es decir, mediante dicho modelo, se deberán generar escenarios idóneos para que se asista a las personas con discapacidad, guiándolas y aconsejándolas para tomar sus decisiones, pero una vez que en el caso concreto se ha determinado que la asistencia es necesaria y la persona con discapacidad ha sido asistida, la voluntad que la misma externe deberá respetarse y acatarse, es decir, en el centro de las decisiones relativas a la persona con discapacidad, se encontrará la voluntad del individuo cuya capacidad ha de limitarse. Tal ayuda en la toma de decisiones no atiende a un modelo único, sino que deberá ser fijada por el juzgador en el caso en concreto, delimitando los alcances de la relación entre el individuo que asistirá en la toma de decisiones y la persona con discapacidad, precisando que las intervenciones en la voluntad de las personas con discapacidad deberán ser lo menos restrictivas posibles, favoreciendo aquellos esquemas que permitan en mayor grado la toma de decisiones y, por tanto, la mayor autotutela posible. Lo anterior no implica que no puedan existir escenarios en los cuales el juzgador, una vez analizadas las diversas funciona-

lidades de la persona y, por tanto, las discapacidades involucradas en el caso en concreto, determine que la asistencia en la toma de decisiones no es suficiente para asegurar la protección y el bienestar de quien tiene discapacidad, ante lo cual, deberá nombrarse a alguien que tome las decisiones en lugar de la misma —por ejemplo, ante la presencia de una falta de autonomía mental severa que impida a la persona expresa su voluntad por cualquier medio—. Sin embargo, cabe señalar que tales escenarios son la excepción del esquema asistencial, ante lo cual, estos casos deberán sujetarse a un mayor escrutinio por parte del juzgador.¹⁶

ESTADO DE INTERDICCIÓN. CUANDO EL JUEZ TENGA CONOCIMIENTO DE ALGÚN INDICIO DE QUE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA HA VARIADO, DEBERÁ SOLICITAR LA INFORMACIÓN QUE ESTIME NECESARIA PARA SU MODIFICACIÓN (INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 546 DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL). Si bien el citado artículo señala que el tutor deberá presentar en el mes de enero de cada año un informe ante el juzgador correspondiente, en el cual tendrá que exhibir un certificado de dos médicos psiquiatras que declararen acerca del estado de la persona sujeta a interdicción, a juicio de esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ello no implica que el juzgador no pueda solicitar los estudios que estime necesarios en cualquier momento, pues dicho artículo solamente consigna una obligación para los tutores, pero no implica una prohibición para que se recaben otros informes en un momento distinto del año, pues de lo contrario, no sólo las modificaciones al estado de interdicción se encontrarían sujetos a la información provista por el tutor, sino que adicionalmente, se llegaría al absurdo de considerar que tales modificaciones solamente puedan ocurrir durante el mes de enero en que se rindan los informes, lo cual es contrario a la lógica de una institución que limita la capacidad de ejercicio de las personas. Debido a que el estado de interdicción solamente deberá declararse cuando se encuentre acreditado que una diversidad funcional requiere de la implementación de ajustes razonables, ante lo cual, solamente debe limitarse la capacidad de ejercicio por el tiempo estrictamente indispensable, es que resulta importante que el juez tenga las facultades suficientes para recabar la información que estime necesaria para ajustar el nivel de interdicción acorde a la situación fáctica del pupilo. Lo anterior no significa que el juzgador deba asumir una postura de investigación oficiosa y constante, sino que al ser de su conocimiento algún indicio de que la diversidad funcional de la persona hubiese variado —tal información podría ser suministrada por el tutor, el propio pupilo, familiares del mismo, e incluso terceras personas—, deberá tomar las medidas que estime pertinentes a efecto de allegarse de la mayor cantidad

¹⁶ Tesis 1a. CCCLII/2013 (10a.), *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 1, diciembre de 2013, t. I, p. 514; registro IUS 2005118.

posible de información y, en su caso, modificar el esquema de interdicción que previamente había dictado.¹⁷

ESTADO DE INTERDICCIÓN. DURANTE EL PROCEDIMIENTO RESPECTIVO, EL JUEZ DEBERÁ SOSTENER UNA SERIE DE PLÁTICAS CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, Y SI ÉSTA ASÍ LO DESEA, PODRÁ ELEGIR A UNA PERSONA DE SU CONFIANZA QUE LE ASISTA EN TALES DILIGENCIAS (INTERPRETACIÓN DEL ARTICULO 904 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL). A consideración de esta primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en aras de que el juzgador se allegue de la mayor cantidad de elementos para dictar una resolución en la que se declare a una persona en estado de interdicción, se torna indispensable que permita que la persona con discapacidad exprese su opinión sobre el juicio correspondiente. Sin embargo, la participación de tal persona no se deberá limitar a lo anterior, sino que además, es fundamental que el juzgador tenga contacto directo con la misma, esto es, la evaluación directa del juzgador es un elemento clave en las diligencias correspondientes. Lo anterior es así, pues si bien la información que rindan los especialistas es de suma importancia, así como la opinión que emita la persona con discapacidad, lo cierto es que la resolución que en su caso se emita contendrá la valoración discrecional del juzgador de la diversidad funcional y, por tanto, las medidas que estime pertinentes en torno a la autotutela del individuo, ante lo cual, es indispensable que el juzgador tenga un contacto directo con el mismo. Tal interacción entre el juzgador y la persona con discapacidad deberá realizarse bajo una serie de pláticas que sostengan entre sí, en las cuales el juzgador abordará distintos temas, a partir de los cuales podrá evaluar de forma directa la diversidad funcional, mediante un lenguaje accesible y una dinámica afable. Por otra parte, y en aras de que a lo largo del procedimiento se protejan los intereses y la voluntad de la persona con discapacidad, previa consulta que el juzgador le realice, se podrá permitir que una persona de su confianza asista a la misma durante el trámite respectivo. Sin embargo, tal asistencia solamente podrá decretarse si así lo desea la persona con discapacidad, y deberá ser en exclusiva alguien que ésta elija, pudiendo ser algún familiar (incluso alguien distinto a sus progenitores o parientes más cercanos), algún individuo con el que cuente con lazos de amistad, e incluso un especialista en derecho, siempre y cuando sea voluntad expresa de la persona con discapacidad. Lo anterior resulta así, pues el juzgador deberá tomar las medidas necesarias para que el procedimiento sea lo menos perturbador posible, pues solamente bajo tal escenario la persona con discapacidad podrá sentirse cómoda para manifestar su voluntad de forma libre.¹⁸

¹⁷ *Ibidem*, p. 515.

¹⁸ *Ibidem*, p. 517.

V. DISCAPACIDAD FÍSICA NO ES IGUAL A INCAPACIDAD LEGAL

El Código Civil, en el artículo 450, que hemos analizado, integra el término de “discapacidad”. A mí me genera confusión, porque estamos hablando de la capacidad jurídica de las personas, que les permite obligarse con los demás; es decir, ser responsables de los actos jurídicos que realicen.

Para la disciplina médica, la discapacidad es entendida por la Organización Mundial de la Salud “como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias que afecten a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”.¹⁹

Las discapacidades pueden tener origen genético desde el nacimiento, o se presentan durante el desarrollo, incluso por causas ajenas, como los accidentes.

Pero ¿hablar de discapacidad es hablar de incapacidad legal? La respuesta es no. Una persona con discapacidad tiene la facultad para decidir libremente lo relacionado con su patrimonio, con sus derechos personalísimos, como contraer matrimonio, hacer su testamento o cualquier otro acto jurídico. Por tanto, no requiere de representante legal para que sus actos jurídicos sean válidos.

El reconocimiento social e integración plana de personas con discapacidad a nivel mundial es una evolución de la humanidad, es ver la diversidad de todos y cada uno y reconocer que todos somos diferentes, todos con aptitudes diferentes, y gracias a esa diversidad, el conocimiento en las ciencias, en las artes, en los deportes, en la cultura y en los oficios están evolucionando; es el legado que dejaremos a las futuras generaciones.

El reconocimiento nacional e internacional por la cultura de respeto a la discapacidad se presenta en las siguientes leyes y documentos internacionales: la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; también existe el Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad; en el Distrito Federal se publica la Ley de Accesibilidad, así como en la Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, que también es replicada en cada entidad federativa; en materia jurisdiccional, se publica el protocolo de actuación para quienes imparten justicia en los casos que invo-

¹⁹ Organización Mundial de la Salud.

lucren derechos de las personas con discapacidad; este protocolo es emitido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, así como proyectos y agendas para el respeto de los derechos de personas con discapacidad, de organizaciones no gubernamentales, e incluso gubernamentales, como la UNAM.

El eje central de los derechos de personas con discapacidad es la igualdad y la no discriminación; así, los derechos que se garantizan es que la educación primaria, secundaria y preparatoria sea accesible, gratuita, laica, obligatoria, de tal manera que sea accesible para todas las personas con discapacidad; el derecho a los servicios de salud primaria y especializada; acceso a los programas sociales y financiamiento; acceso a servicios; empleo; independencia e individualidad; eliminar las barreras físicas cambiándolas por un ambiente accesible; así también en el transporte, el empleo, servicios de información, dispositivos asistenciales como a las tecnologías de la información y las comunicaciones, incluso en las zonas remotas y rurales, para lograr su máximo desarrollo de su personalidad y de sus potenciales; rehabilitación; cultura de respeto, “conciencia social” para eliminar la discriminación social y psicológica, que representan una limitante en la participación plena en la sociedad; acceso a la banca de desarrollo y sus servicios crediticios sin necesidad de representantes legales para realizar sus operaciones bancarias; el acceso al deporte; a la cultura; a los servicios turísticos, a la seguridad jurídica; vivienda y desarrollo urbano; como es de suponerse, el trato digno que implica el uso adecuado del lenguaje.

Además de estos derechos, existen los compromisos nacionales e internacionales que asumen los Estados para tener la información necesaria de las personas con discapacidad, las diferentes discapacidades, los catálogos de las necesidades para integrar políticas públicas estatales y nacionales, para fomentar y respetar los derechos de las personas con discapacidad, atendiendo también las necesidades propias de los diferentes grupos de personas con discapacidad: niños, niñas, adolescentes, mujeres, madres, padres, adultos mayores, para que las actuaciones de cada Estado contemplen y permitan al máximo garantizar la igualdad, así como fomentar la cultura de respeto e inclusión en empresas privadas.

Como hemos visto, el tema de la discapacidad no es igual a incapacidad legal; es un asunto que no debe confundirse con la imposibilidad de realizar actos jurídicos de manera directa. La confusión implica discriminación, que una persona mayor de edad no pueda, por razón de un accidente que le haga perder fuerza en sus manos para firmar alguna operación bancaria, no la imposibilita para realizar los actos mercantiles o civiles para realizarlo, ya que existen varias formas para expresar el consentimiento; no solamente es la firma gráfica, sino que también existe la posibilidad de la huella digital,

del uso de identificación con la voz, de claves; en fin, es utilizar la tecnología a favor de todos, y más de las personas que tengan imposibilidad física.

Las personas con discapacidad tienen la capacidad legal para firmar y participar de manera directa en la aceptación del consentimiento informado, tienen la autonomía suficiente para decidir sobre su cuerpo y su estado de salud y de rehabilitación; simplemente necesitan la mayoría de edad o la emancipación. Muchas de las investigaciones en materia de salud se aprovechan para la rehabilitación de las personas con discapacidad; respetar sus derechos es incluirlos es buscar, a través de la ciencia y la tecnología, su independencia física y motora, aunque, evidentemente, se requiere la voluntad de la persona con discapacidad para participar y activar sus potencialidades. El señalar ejemplos de personas con discapacidad que son sorprendentes evidencia su voluntad, su fuerza, su determinación, y son modelo a seguir por todos; cuántos atletas, científicos, académicos, y sólo para mencionar alguno de los genios más reconocidos a nivel mundial tenemos la figura de Stephen Hawking, cuya vida se llevó al cine en la película *La teoría del todo*. En fin, mientras se pueda asentir, consentir, aun cuando sea con un dedo, esa voluntad debe respetarse.

Lógicamente, hay casos donde la discapacidad, sobre todo la mental, nubla la razón, no hay autonomía, sí hay personalidad, pero no hay conciencia de responsabilidad, y, por tanto, no se puede ser sujeto de obligaciones, aun cuando sí de derechos; en estos casos, entonces sí podríamos hablar de discapacidad e incapacidad, pero no en todos los casos sucede esto, y los dictámenes médicos ayudan a determinar en un proceso judicial esa imposibilidad para decidir sobre su persona y sus bienes.

VI. ATENCIÓN A MENORES E INCAPACES EN INSTITUCIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD (INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA)

En la consulta de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2013 se destaca que en México hay 40.4 millones de niñas, niños y adolescentes menores de dieciocho años que residen en el país, lo que representa el 34.1% de la población total.²⁰

El Instituto Nacional de Pediatría, en cumplimiento con la NOM-031-SSA2-199, Atención de los Niños, tiene como misión, brindar atención mé-

²⁰ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña”, datos nacionales, octubre de 2012, en <http://www.inegi.org.mx/inegi>.

dico-quirúrgica de elevada complejidad a la población infantil,²¹ y cuenta con especialistas en diversas áreas para atender las necesidades de salud de menores de dieciocho años.

En el curso de 2012 se atendió un total de 252,379²² pacientes en consulta externa, lo equivalente al 0.63% de la población de menores de edad en el país, con un índice mayor en consultas subsecuentes con un 41.51%; en cuanto a procedimientos, un 30.20%; atención a urgencias fue un 15.23%; pacientes que acuden a consulta de primera vez 5.40%, y de preconsulta sólo el 8%.

Cirugías, trasplantes y procedimientos complejos, en 2012, se dio atención a 35,940 situaciones que ameritaron consentimiento informado.²³

El INP cumple con la NOM-004-SSA3-2012²⁴ del expediente clínico,²⁵ que tiene por obligación obtener el consentimiento bajo información, y con el desarrollo tecnológico se actualiza con el expediente clínico electrónico, herramienta informática que permita agilizar la operación en la atención médica, al contar con la información para la toma de decisiones.

El expediente clínico electrónico se ha implementado con éxito, y de acuerdo con datos consultados en la agenda estadística 2012 del INP se menciona que “El uso del ECE es exitoso en las áreas de ingreso de pacientes que son consulta externa, urgencias y admisión hospitalaria”.

Notas médicas en hospitalización. Según los principales servicios de atención 2012,²⁶ se ha incrementado el número de notas médicas de 20 mil a finales de 2011 hasta poco más de 100 mil en 2012.²⁷

²¹ Instituto Nacional de Pediatría, “Asistencia médica”, en <http://www.pediatria.gob.mx>.

²² Instituto Nacional de Pediatría, “El bienestar de la infancia, adolescencia y la familia reto y compromiso”, *Agenda Estadística 2012*, México, Secretaría de Salud, 2013.

²³ *Ibidem*, pp. 51-54.

²⁴ Secretaría de Salud, Listado de Normas Oficiales de la Secretaría de Salud, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>.

²⁵ NOM-004-SSA3-2012, “El expediente clínico es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”, *Diario Oficial de la Federación*, cuarta sección, México.

²⁶ *Ibidem*, p. 87.

²⁷ Instituto Nacional de Pediatría, “El bienestar de la...”, *cit.*, p. 84.

VII. FUENTES CONSULTADAS

- CASTAÑÓN, Juan Pablo, “Inauguración del Foro Más y Mejor Salud. México, 2030”, *El Economista*, 14 de octubre de 2015, por GONZÁLEZ, Lila, “Empresarios proponen construir un nuevo sistema nacional de salud”, en <http://eleconomista.com.mx/industrias/2015/10/14/empresarios-proponen-construir-nuevo-sistema-nacional-salud>.
- COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA, *Código de Bioética para el Personal de Salud*, México, documento de trabajo, mayo de 2002.
- Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de octubre de 2012, cuarta sección.
- GALÁN CORTEZ, Julio César, *Responsabilidad médica y consentimiento informado*, Madrid, Civitas, 2001.
- GARCÍA GARNICA, Ma. del Carmen, *El ejercicio de los derechos de la personalidad del menor no emancipado*, Navarra, Thomson-Aranzadi, 2004.
- GARDUÑO ESPINOSA, Armando, “Aspectos controversiales del consentimiento informado en menores de edad y personas con discapacidad”, ponencia presentada en el Seminario Bioética y Derechos Humanos: México y la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997), coordinado por la doctora Ingrid Brena Sesma en el Instituto de Investigaciones Jurídicas. Se puede consultar en la Videoteca Jurídica Virtual, en el área de Salud y Derecho, 19 de mayo de 2015, en <http://www.juridicas.unam.mx/vjv>.
- INEGI, “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña”, datos nacionales, octubre de 2012, en <http://www.inegi.org.mx/inegi/>.
- INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, “Asistencia médica”, en <http://www.pediatria.gob.mx/asmedica.html>, consultado el 13 de junio de 2014.
- , “El bienestar de la infancia, adolescencia y la familia reto y compromiso”, *Agenda Estadística 2012*, México, Secretaría de Salud, 2013.
- LÓPEZ DE LA PEÑA, Xavier, *Los derechos del paciente*, México, Trillas, 2000.
- MARTINÓN, J. M., “Aspectos éticos de la atención pediátrica”, *Cuadernos de Bioética*, vol. IX, núm. 36, 4, 1998, octubre-diciembre, Madrid, “Cualquier actuación médica sobre un niño tiene una característica básica que es la multidisciplinaria”, NOM-004-SSA3-2012.
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012, en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

RIVERA ÁLVAREZ, Joaquín María, “El consentimiento informado del adolescente en situaciones de grave riesgo: ¿autonomía privada *vs.* interés superior del menor?”, *Revista de Derecho Privado*, marzo-abril de 2015.

SANTILLÁN-DOHERTY, Patricio, “Consentimiento informado. Relevancia en la práctica de la biomedicina”, ponencia presentada en el seminario Bioética y Derechos Humanos: México y la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997), coordinado por la doctora Ingrid Brena Sesma en el Instituto de Investigaciones Jurídicas. Se puede consultar en la Videoteca Jurídica Virtual, en el área de Salud y Derecho, 19 de mayo de 2015, en <http://www.juridicas.unam.mx/vjv>.

SECRETARÍA DE SALUD, *Listado de Normas oficiales de la Secretaría de Salud*, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>, consultado el 18 de octubre de 2013.

Tesis 1a. CCCLII/2013 (10a.) *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 1, diciembre de 2013, t. I, p. 514; registro IUS 2005118.

Tesis 1a. CCCLII/2013 (10a.) *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 1, diciembre de 2013, t. I, p. 515; registro IUS 2005119.

Tesis 1a. CCCLII/2013 (10a.) *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 1, diciembre de 2013, t. I, p. 517; registro IUS 2005121.