



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE DERECHO

Reflexiones Sociojurídicas del
Trasplante Renal en México



FACULTAD DE DERECHO
SECRETARÍA ACADÉMICA
EXAMENES PROFESIONALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
J. Refugio Regalado Aguayo

MEXICO, D. F. 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CAPITULO I I I ASPECTO SOCIAL Y ECONOMICO DEL TRASPLANTE RENAL.

III.A Aspecto Social	48
III.A.I Impacto Social de La Hemodialisis Crónica	52
III.A.I.a Tratamiento de Dialisis y Calidad de Vida	54
III.A.I.b Impacto Sobre El Medio Ambiente Inmediato	55
III.A.I.c Impacto Sobre El Resto del Medio Ambiente	55
III.B Aspecto Económico	55

CAPITULO I V ASPECTO JURIDICO DEL TRASPLANTE RENAL

IV.A Derecho Natural	61
IV.B Derecho Constitucional	64
IV.C Derecho Administrativo	69
IV.C.I Ley General de Salud	71
IV.C.I.a Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos	76
IV.D Derecho a La Seguridad Social	81
IV.D.I Ley del Seguro Social	81

IV.D.2 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores al -- Servicio del Estado	86
IV.D.3 Ley del Instituto de Seguridad Social - Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas	90
IV.E. Derecho Comparado	92
IV.E.1 Legislación Española	92
IV.E.2 Legislación Italiana	96
CONCLUSIONES	100
SIGNIFICADO DE PALABRAS	103
BIBLIOGRAFIA	108

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo se deriva de un intento personal por tratar de dar a conocer las implicaciones sociales, económicas, jurídicas, psicológicas y biológicas que experimentan todas las personas que se encuentran sujetas a un Trasplante Renal.

Como paciente que ha recibido un trasplante de riñón, me nació la inquietud por exponer algunos de los pormenores que trae aparejado el trasplante renal, que ha sido aceptado hoy en día como un recurso de vital importancia para restaurar a un enfermo con insuficiencia renal a un estilo de vida más natural y útil.

Y como estudiante de Derecho mi interés se acrecentó aún más sobre todo por encuadrar toda esta problemática a la luz del Derecho y de la Sociología.

Para la realización de este estudio lleve a cabo una minuciosa labor de investigación bibliográfica con el objeto de reunir toda la documentación disponible que hablará sobre el trasplante renal. Para ello acudí a diferentes bibliotecas e institutos y diversos bancos de información, en donde pude observar que el material bibliográfico era muy escaso, especialmente en el campo de las ciencias sociales. Finalmente agregé como complemento parte de mi experiencia personal.

He dividido el trabajo en cuatro Capítulos:

En el Capítulo I habló sobre Los Aspectos Generales del Trasplante Renal, analizando su Concepto, Los Sujetos, La Clasificación y sus Datos Históricos.

En el Capítulo II se hace mención a dos aspectos: El Médico y El Psicológico del Trasplante Renal.

En el primero, hago un breve comentario para señalar las alternativas existentes para restablecer a un paciente con insuficiencia renal y que son: La Dialisis Peritoneal, La Hemodialisis y El Trasplante Renal. Explicando el procedimiento de cada uno de ellos.

En el segundo, describo El Impacto Emocional que sufre una persona al enterarse sobre el requerimiento de un trasplante de riñón. De este aspecto se desprende el estudio Psicológico del Receptor en la Etapa de la Hemodialisis y la del Receptor y Donador en la Etapa del Trasplante Renal.

El Capítulo III se refiere al Aspecto Social y Económico del Trasplante Renal.

En el Aspecto Social se pretende dar algunos de los rasgos sociales más importantes, tocando puntos de interés como el Impacto Social de la Hemodialisis Crónica, Calidad de Vida del Paciente, etc.

En el Aspecto Económico hablo sobre la Relación Costo - Beneficio que implica la utilización de los procedimientos antes aludidos.

Por último en el Capítulo IV denominado Aspecto Jurídico del Trasplante Renal mencionó su regulación en la Ley. Y a su vez lo

subdivido en cinco apartados que son: Derecho Natural, Derecho --
Constitucional, Derecho Administrativo, Derecho a La Seguridad So-
cial y Derecho Comparado.

Ojalá que el trabajo contribuya con un grano de arena y lo -
gre motivar el interés de los estudiosos de las disciplinas en --
cuestión, para que con sus aportaciones ayuden a fomentar y am --
pliar el estudio de estas enfermedades catastróficas. Por lo que --
lo someto a la consideración del H. Jurado.

C A P I T U L O I

ASPECTOS GENERALES DEL TRASPLANTE RENAL

I.A CONCEPTO

Según El Diccionario de La Lengua Española " TRASPLANTE es - la acción y efecto de Trasplantar o Trasplantarse " (1)

" TRASPLANTAR - de tras, por trans -, de una parte a otra, y plantar.....Insertar en un cuerpo humano o de animal un órgano sano o parte de él, procedentes de un individuo de la misma o distinta especie, para substituir a un órgano enfermo o parte de él. " (2)

Como sinónimo de Trasplantar se ha utilizado la palabra - - INJERTAR " del latín Insertare.....Aplicar una porción de tejido vivo a una parte del cuerpo mortificada o lesionada, de manera que se produzca una unión orgánica " (3).

Por otra parte " RENAL es un término relativo a los riñones. " (4) En donde " RINON - es la palabra que proviene del latín Ren, Renis -, que se refiere a cada una de las glándulas se -

(1) Real Academia Española, Diccionario de La Lengua Española. Madrid. Espasa - Calpe. Edición Vigésima. 1984., pág. 1335

(2) Loc. cit.

(3) Ibidem., pág. 774

(4) Ibidem., pág. 1171

cretoras de la orina, que generalmente existen en número de dos. En los mamíferos son voluminosas de color rojo oscuro y están situadas a uno y otro lado de la columna vertebral, al nivel de las vertebrae lumbares." (5)

Así bien, Trasplante Renal es un término utilizado en cirugía para definir a la intervención quirúrgica por medio de la cual es insertado en un cuerpo humano un riñón tomado del mismo individuo, de otro ser humano vivo, de un cadáver o de un individuo de otra especie con finalidad terapéutica.

La finalidad terapéutica se ha señalado como requisito indispensable para la realización del Trasplante Renal en seres humanos.

I.8 SUJETOS

En el Trasplante Renal los sujetos principales implicados son dos:

- * El RECEPTOR palabra que proviene " del latín Receptor, - Oris. Adjetivo, que recepta o recibe." (6) Es la persona que recibe un injerto renal.
- * El DONADOR " Adjetivo que se da al que hace donación, un don o presente." (7) A su vez " DONACION del latín Donatio, - Onis, es la acción y efecto de donar." (8) - - " DONAR que proviene del latín Donare, significa: transpa-

{ 5 } Ibidem., pág. 1191
 { 6 } Ibidem., pág. 1152
 { 7 } Ibidem., pág. 514
 { 8 } Loc. cit.

ser uno graciosamente a otro alguna cosa o el derecho que sobre ella tiene." (9) Por lo tanto, es el cuerpo vivo_ o muerto que da un riñón.

I.C CLASIFICACION

Sin lugar a dudas la más importante y empleada por la mayoría de los autores es la que se refiere a la dependencia de la relación genética que se establece entre el donador y el receptor._

Y dice que el Trasplante Renal puede ser:

- * Trasplante Renal Autologo o Autotrasplante Renal, -- cuando el donador y el receptor son el mismo individuo.
- * Trasplante Renal Isogénico o Isotrasplante Renal, -- en los que el donador y el receptor son dos individuos diferentes pero idénticos genéticamente (gemelos univitelinos).
- * Trasplante Renal Alogénico, Alotrasplante u Homotrasplante Renal, cuando el donador y el receptor son dos individuos de una misma especie, diferentes genéticamente.
- * Trasplante Renal Xenogénico, Heterotrasplante o Xenotrasplante Renal, cuando el donador y el receptor son dos individuos de diferentes especies. (10)

(9) Loc. cit.

(10) Basandose en el modelo de la clasificación expuesta por el Doctor Bernardo Rudy en su artículo "Conceptos Generales - Sobre Inmunología". Revista Facultad de Medicina. Vol.XII. Núm.I Enero - Febrero. 1969., pág. 53

I.D BREVES DATOS HISTORICOS

El Trasplante Renal a través del tiempo se ha presentado -- como un recurso de gran utilidad, para solucionar en una gran medida las necesidades de miles y miles de personas que padecen Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Terminal.

En el presente apartado se hablará de los avances que ha experimentado así como de su evolución en el transcurso del tiempo. Refiriéndose también al Fenómeno Inmunológico que fue el factor preponderante para que muchos científicos dedicarían su interés y entusiasmo al estudio e investigación de su origen, ya que se presentaba en la mayoría de los trasplantes de órganos. Y que dió la pauta para el descubrimiento de drogas inmunosupresoras que hicieron posible inhibirlo y por tanto el éxito del trasplante en una escala considerable.

Fue entonces que en los años de 1902 a 1905 se tienen noticias de que los primeros trabajos formales sobre trasplante de riñón que conocemos, han sido atribuidos a Ullman, De Castello y Carrel. Quienes en trabajo separado pero simultáneo publicaron los primeros casos de trasplante de riñón en el animal. Así bien, se sabe que Ullman fue quien realizó el primer trasplante experimental con éxito transitorio de riñones de cerdos o carneros acoplados a la corriente sanguínea en pacientes urémicos, sembrando la duda en torno a las razones del rechazo, mismo que Jensen había caracterizado como la aparición de una reacción típica al uso de tejidos ajenos al individuo receptor.

Y Carrel en 1910 mencionaba que "...la alteración fisiológica

ca no puede considerarse a factores quirúrgicos. Los cambios que sufre el organismo pueden ser debidos a la influencia del huésped, esto es a factores biológicos....." (II)

Pero fue hasta 1923 cuando Williamson señaló el diferente comportamiento del Homotrasplante y del Autotrasplante en el animal.

En el año de 1936 el cirujano soviético Boronoi fue uno de los primeros en ensayar en la Clinica Humana los trasplantes de riñón de cadáver (tras prolongada conservación de doce a veintiocho días). El riñón de cadáver funcionó durante siete días, aliviando durante estos el estado de urémia que sufría el paciente.

En 1947 se comunicó el primer caso de trasplante renal (también de persona fallecida) en los Estados Unidos en la Universidad de Harvard, por Landsteiner, Hufnagel y David Hume.

En 1951 y 1952 otros investigadores describieron una serie de pruebas de trasplante de riñón de cadáver, trasplantes que funcionaron de 16 a 52 días e incluso más.

Los investigadores franceses Dubost, Oeconomos y Miller en 1951 trasplantaron el riñón de un ajusticiado de 42 años de edad, a una mujer de 44. "...El riñón fue obtenido a los 15 minutos de la muerte, transfundido con plasma durante 5 minutos, sumergido en una solución de Tyrode con antibióticos y enviado al quirófano. La sutura del riñón a la arteria y vena ilíaca derecha fue

(II) Carrel, citada por Ortiz. Q. F., Quijano N. M., y cols. -- Avances Terapéuticos. Trasplante de Riñón en Humanos. Estado Actual y Experiencia en 18 Casos. Revista Médica del IMSS. Méx. Vol.8 Núm.52. 1969., pág. 52

terminada una hora y cincuenta minutos de la muerte del donante. Ambos uréteres comenzaron a segregar orina, lo cual demostró la supervivencia del trasplante tras una hora y cincuenta minutos de la muerte del donante. A los dieciséis días de la operación la orina procedente del riñón trasplantado comenzó a contener pus. La diuresis disminuyó. Al día siguiente el paciente murió...." (I2)

Miller en 1953 describió 10 casos de trasplante de riñón en el hombre señalando que: "...En el hombre el riñón trasplantado no sobrevive, por regla general, más allá de un mes, y en el perro más allá de cinco días....." (I3)

En ese mismo año Hoffmann trasplantó un riñón a un enfermo que padecía anuria debida a una lesión traumática del riñón derecho y ausencia congénita del izquierdo. El riñón fue substituido por el riñón izquierdo de la madre. El enfermo mejoró considerablemente después del trasplante, pero a los veintitres días se instauró una anuria completa. Una segunda operación mostró que el riñón trasplantado se hallaba hiperémico y que no existía lesión mecánica alguna. A los treinta y cuatro días el enfermo murió. Según Hoffmann "...A parte de la acción antigénica del tejido extraño, el fracaso se debe también a la gran sensibilidad y poca resistencia de un órgano tan diferenciado como es el riñón...." (I4)

En 1953 Dempster, publicó uno de los más importantes trabajos experimentales sobre trasplante renal en perros.

(I2) V. P. Demijov. Trasplante Experimental de Organos Vitales. Traducción Dr. Fernando Cardenal. Madrid. Edit. Atlante. - 1967., pág. 185 y 186

{ I3 } Ibidem., pág. 186

{ I4 } Ibidem., pág. 187

Al mismo tiempo los investigadores escandinavos Simonsen y Sorensen publicaron los resultados de 35 homotrasplantes y seis autotrasplantes de riñón en perros, observando que a los tres o cuatro días de la operación había una infiltración celular del tejido intersticial del riñón, aunque éste podía seguir funcionando. Cuando hicieron en los mismos animales un segundo trasplante renal de los mismos donantes (a los tres o cuatro días del primero), la reacción en el segundo riñón trasplantado tuvo lugar más rápidamente y fue más intensa que en el primero. Si el segundo trasplante se hacía a partir de un donante distinto del primero, el segundo riñón trasplantado no era destruido más rápido que el primero. En varios casos los grupos sanguíneos de donante y receptor eran compatibles antes de la operación pero después de ésta se desarrollaron en el animal receptor anticuerpos contra los eritrocitos. Los mencionados autores manifestaron: ".....No tenemos pruebas de que los anticuerpos descubiertos sean los que producen la destrucción del trasplante....." (15) Y afirmaron en sus conclusiones: ".....la lesión que se produce en los riñones homotrasplantados se parece mucho a la nefritis aguda intersticial del hombre....." (16)

Muchos investigadores habían sugerido que los ganglios linfáticos de la vecindad del trasplante jugaban un papel muy importante en la producción de anticuerpos. Se solía admitir que la mayor concentración se encontraba en los ganglios linfáticos locales.

Davis Hume e Igdal en 1955 realizaron 66 homotrasplantes de

{ 15 } Ibidem. pág. 189
 { 16 } Loc. cit.

riñón en perros, 25 de los cuales fueron colocados en el interior de bolsas de plástico conectando los vasos renales de trasplante y huésped mediante tubo de polietileno. De este modo, los riñones trasplantados quedaban completamente aislados del sistema linfático de su alrededor. La conclusión de los investigadores fue que - ".....el sistema linfático local que rodea a los homotrasplantes no juega papel importante alguno en los procesos reaccionales del riñón trasplantedo...." (17)

En 1953 Billingham, Brent y Medawar, retomaron las investigaciones que se habían hecho sobre el rechazo de trasplantes de órganos concluyendo que la causa de estos tienen su origen en la actividad inmunitaria.

Estos fueron los prolegómenos del interés médico que renació en los años cincuentas con la práctica de diversos trasplantes renales.

Así el 23 de Diciembre de 1954 fue realizado con éxito el -- Primer trasplante de riñón de donador vivo por los Doctores; John P. Merrill, Joseph F. Murray y J. Hartwell Harrison del Hospital - Peter Bent Brigham en Boston, Massachusetts. Y fue el de un riñón que se pasó de un gemelo univitelino o monocigótico a su hermano, cuando se dió la coincidencia de que los dos riñones del segundo se encontraban irreparablemente dañados y que los dos riñones del primero se encontraban sanos. Desde entonces el trasplante de riñón proveniente de gemelos del mismo huevo (monocigótico) ha

sido posible dado que las cuestiones del rechazo son generalmente nulas.

El siguiente paso fue el trasplante de riñones entre gemelos heterocigóticos, entre hermanos, entre padres e hijos y entre parientes cercanos.

En 1958 se tienen noticias del primer bebe nacido de una paciente que fue receptora de un trasplante renal la que recibió un riñón de su hermano gemelo monocigótico y no estuvo recibiendo ~~me~~ dicación inmunosupresora.

En junio de 1959 Schwartz y Dameschek provocaron tolerancia inmunológica a una proteína heteróloga en el conejo al administrarle 6 - Mercaptopurina.

Hitchings y Elion al perfeccionar este medicamento descubrieron un Inmidazol derivado de la 6 - Mercaptopurina conocido como Azathioprina (Imuran). Esta droga usada experimentalmente por Calne prolongó la vida al homoinjerto en el perro y es utilizada en humanos por primera vez en 1961.

En el año de 1963 se establece El Registro de Trasplantes Renales en Humanos, auspiciado por la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos y cuyos archivos se localizan en el Departamento de Biomatemáticas de la Universidad de Harvard.

Paralelamente en ese mismo año el Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS fué la sede de los primeros trasplantes renales en México.

Lo que se dió a conocer oficialmente a la comunidad médica - en diciembre de 1963 durante una sesión extraordinaria de la Aca-

demia Nacional de Medicina. Los Doctores: Manuel Quijano N., Federico Ortiz Quezada, Francisco Gómez Mont y Regino Ronces informaron en esa sesión de un autotrasplante por estenosis de uretero y dos alotrasplantes de donador vivo efectuados 45 días antes de esa reunión y manejados con azathioprina y prednisona como medicación inmunosupresora. La espectacularidad de estos resultados renales acabo de nutrir y entusiasmar a médicos ya altamente motivados en la nefrología, inmunología y cirugía experimental. Iniciándose grupos que con el objeto de estudiar y promover el Programa de Trasplantes sesionaban periódicamente.

De los grandes esfuerzos que han precedido a la realización de los trasplantes renales en México, sobresalen los afanes del Doctor Herman Villarreal, quién estableció en el Instituto Nacional de Cardiología el primer centro de terapéutica con diálisis e instaló uno de los primeros riñones artificiales tipo Kolff que hubo en el mundo en la década de los años cuarentas.

Por su parte el Hospital Infantil de México inició su programa de trasplantes renales pediátricos en 1967, siendo la primera paciente la niña Rosa Alejandra Flores, de 9 años de edad, quién fue intervenida el 15 de diciembre por los Doctores Juan Luis González Cerna como cirujano vascular y Jesús Castañeda Villa como cirujano urólogo y la invaluable participación del Doctor Gustavo Gordillo como nefrólogo, quién a su vez inició en México en el terreno de la nefrología infantil el empleo de los riñones artificiales y la terapéutica de diálisis, después de profundizar en las ideas del Doctor Rafael Soto y del Doctor James Gamble, su

maestro en el Children Hospital de Boston; de acuerdo con la opinión de figuras de talla mundial como Guido Falconi, ese servicio fue en su campo el primero en el mundo entero.

A su regreso de Minnesota, el Doctor Octavio Ruiz Speare inició en 1973 los trasplantes renales pediátricos en el Hospital Infantil del IMAN hoy Instituto Nacional de Pediatría con la colaboración de los Doctores Eugenio Flamand y Samuel Saltzman.

El primer trasplante renal en el C. H. "20 de Noviembre" lo concluyó con éxito el Doctor Javier Castellanos Coutiño el día 19 de febrero de 1975 en el paciente Alfonso Nuño E.

Y así se han venido desarrollando un considerable número de trasplantes renales con éxito dado que se han empleado medicamentos y drogas inmunosupresoras para evitar el rechazo.

El problema de rechazo que se presenta en los trasplantes de órganos es de tal envergadura, ya que ocasiona que todo el trabajo realizado tan laborioso y complicado, producto del esfuerzo humano pueda declinar en un rotundo fracaso, y que como vimos anteriormente el origen de este se encuentra en la actividad inmunitaria de todos los organismos. A continuación se mencionará algunos datos históricos de éste fenómeno.

La primera observación sobre el problema del rechazo de órganos se debe a Metchnikoff, zoólogo ruso, Premio Nobel, quién a fines del siglo pasado observó la vida de las células movilizadas de una larva transparente de estrella de mar, subitamente una idea cruzó por su mente, creyó en la posibilidad de que esas células tuvieran algo que ver en la defensa del organismo contra intrusos.

Experimentó con espinas de rosal, colocandolas debajo de la piel de varias larvas y al día siguiente comprobó que las células movedizas habían devorado las espinas del rosal. Metchnikoff continuó experimentando en torno a su revolucionaria teoría y concluyó que ciertos globulos blancos de la sangre humana, los llamados linfocitos eran los equivalentes a las células movedizas de las larvas a los cuales denominó Fagocitos, Macrófagos (células que comen) y les consideró encargados de la defensa y protección del organismo al través de la inclusión y destrucción en su seno, de bacterias nocivas y otros cuerpos extraños.

En 1940 otro zoólogo, también Premio Nobel, Sir. Peter Brian Medawar, Director del Instituto de Investigaciones Médicas de Londres, sugirió que "...el rechazo de homoinjertos era causado por un mecanismo inmunitario..." (18) Más tarde se pudo demostrar que los linfocitos (los mismos fagocitos de Metchnikoff) destruía cualquier proteína extraña al organismo igual se tratara de un virus dañino que de un trasplante de órganos o tejidos.

La antigua costumbre China de valorizar a individuos sanos - por medio de la aplicación del raspado de costras secas de enfermos varilosos en pequeñas heridas de su piel para que no desarrollaran viruelas de la gravedad común en esos días, constituye el primer intento de inmunización.

La observación que orientó a esa práctica fue la de que los enfermos sobrevivientes a la viruela no volvían jamás a sufrirla.

(18) Castro Villagrana Bernardo. Los trasplantes de Corazones - ¿Ciencia o Aventura?. México. D.F., Edit. Nuestro Tiempo. S.A. Colección: La Cultura al Pueblo. 1970., Pág. III

Y así Benjamín Jetsy se dió cuenta de que la viruela en las vacas generalmente tenía un curso más benigno por lo que llevó a cabo la primera vacunación, raspando costras de las vacas, en lugar de las humanas para inocular el gérmen en la piel. Esto sirvió para que Edward Jenner estudiará el fenómeno y culminará sus trabajos con la vacuna, en virtud de la cual se perfeccionó el método y alcanzó una mayor difusión.

Luis Pasteur bautizó así a esta vacuna inmunológica y fue él quien le dió el impulso definitivo con las vacunas contra el antrax, cólera y la rabia.

Durante años prevaleció el concepto de que la Inmunología era "...la ciencia que se ocupa de las defensas de nuestro cuerpo, protegiendonos de un segundo ataque de un gérmen..." (19) - Muchos investigadores como: Koch, Erlich, Behering, Landsteiner y Metchnikoff, dedicados al estudio de las defensas no sólo contra gérmenes sino también contra toxinas y otros cuerpos extraños, hicieron que evolucionara la inmunología.

Por otra parte haciendo a un lado las facilidades o dificultades técnicas y biológicas, que las características propias que en cada tejido u órgano se planteen en el autotrasplante no hay posibilidad alguna de rechazo. "... y no la hay simple y sencillamente, porque hay identidad absoluta de todos los componentes de un organismo y está no tiene porque alterarse..." (20) Por

(19) Doctor Bernardo Rudy. Conceptos Generales Sobre Inmunología. Revista Facultad de Medicina. Vol.XII. Núm.I Enero-Febrero. 1969., pág.14

(20) Castro Villagrana, op. cit., pág. 33

las mismas razones, los gemelos que provienen de un mismo huevo - (homocigóticos) son biológicamente hablando el mismo sujeto, y no presentan diferencia alguna en genes y comportamiento que permita distinguirlos como individuos distintos. Como es el caso del primer trasplante de riñón efectuado entre hermanos gemelos (monocigóticos) el día 23 de diciembre de 1954 en el Hospital Peter Bent Brigham.

Esta situación sobre todo en el trasplante renal se ha dado con regular frecuencia y la seguridad de que no habra rechazo ha permitido conocer el comportamiento de otros muchos aspectos como lo es el factor inmunitario.

".... Pues bien, cuando no se tiene un hermano gemelo que provenga del mismo huevo, que es el caso de la inmensa mayoría de los habitantes de este planeta, y haya necesidad de pedir tejidos u órganos, comprados, sustraídos o donados a otras personas ya sean; familiares, amigos o totalmente desconocidos, nos enfrentaremos a un proceso de mayor o menor grado por el cual nuestro cuerpo, tarde o temprano tenderá a eliminar lo que no es suyo..." (21)

La experiencia con trasplantes de riñón en humanos agregó conocimientos importantes a los que ya se habían obtenido de la experimentación en animales. En primer lugar en los casos de gemelos univitelinos, en los que no hay fenómeno de rechazo. Y en segundo lugar, es evidente que la sobrevividas son mayores y más prolongadas en relación directa al grado de parentesco entre; donado-

res y receptores. Esto último ha motivado la investigación en el campo de la compatibilidad tisular.

En los años cincuentas con motivo de los primeros trasplantes de riñón se empezaron a usar dosis subletales de radiación en el cuerpo del receptor a veces con resultados desastrosos.

Fue así que desde el año de 1955 comenzaron a emplearse drogas atotóxicas (tóxicas para las células) combinadas con sustancias llamadas esteroides; las más comúnmente manejadas han sido la 6 - Mercaptopurina, la Azathioprina (Imuran) y la Prednisona con ellas ha sido posible hacer que la reacción del rechazo disminuya hasta pasar inadvertido por un número variable de años.

En 1976 John Borel descubre un agente farmacológico inmunosupresor que evitaba en gran proporción el rechazo de los injertos, esta novedosa droga se llama Ciclosporina.

C A P I T U L O I I

ASPECTO MEDICO Y PSICOLOGICO DEL TRASPLANTE RENAL

II.A ASPELTO MEDICO

Cualquier paciente con función renal ausente y daño irreversible al parénquima renal (Insuficiencia Renal Crónica en Etapa - Terminal) constituye un candidato potencial para: La Dialisis Peritoneal, La Hemodialisis y El Trasplante Renal.

En el pasado todos estos pacientes fallecían, pero ahora, -- con la posibilidad de tratamiento mediante estos procedimientos, -- estos pacientes generalmente son encauzados para tratamiento, antes de alcanzar un estado de agonía. Esta tendencia ha sido bien recibida ya que las facilidades son limitadas y puede requerirse un esfuerzo médico y enfermeril intensivo para restaurar a un paciente hipertenso moribundo en insuficiencia renal a un estado de salud en el cual pueda considerarse la posibilidad de un tratamiento definitivo.

A continuación hablare de las 3 alternativas existentes en la actualidad:

II.A.I La Dialisis Peritoneal

Es un procedimiento de emergencia que se emplea en las Instituciones Hospitalarias para salvar la vida al paciente que se en-

cuentra en un estado crítico, ya que al no funcionarla totalmente sus riñones, estos al cabo de un corto tiempo retendrán líquido - (esencialmente agua y sustancias tóxicas) al grado tal de ocasionarle complicaciones de gran magnitud en los órganos vecinos (pulmones, hígado, corazón, etc.) al saturarlos de agua y contaminarlos de sustancias tóxicas, generando así un desenlace fatal.

Este procedimiento se realiza de la manera siguiente:

Primeramente se asea la zona abdominal del paciente, realizando una asepsia en la cual se insertará un catéter, acompañado de un estilete, los que atravesarán la pared abdominal en dirección del estómago, cuidando que dicha inserción se aplique en una zona carente de vasos sanguíneos. Después se le ayudará al paciente a comprimir su abdomen espirando con la glotis cerrada (ya que esto permite que la pared abdominal anterior se mantenga bien separada de la pared posterior) mientras penetra el catéter con el estilete. Tan pronto como hayan atravesado éstos el peritoneo, se retirará el estilete quedando únicamente insertado el catéter al que se le conectará en su terminal un tubo en espiral (mantenido en un baño de agua caliente a la temperatura del cuerpo del paciente) que conducirá un líquido dializador (que se encuentra contenido en botellas o bolsas de un litro suspendidas por un soporte - gotero) hacia el interior de la cavidad peritoneal del paciente. " Para que la dialisis tenga lugar se deja pasar cierto tiempo antes de permitir pasar al líquido dentro de un saco colector colocado al lado del paciente." (22) Posteriormente se deja

rán pasar 2 litros de líquido dializador en un periodo de 10 minutos que permanecerá en la cavidad peritoneal alrededor de 30 minutos en donde se establecerá un intercambio de solutos. " El drenaje dura generalmente unos 20 minutos. El ciclo completo dura 1 hora " (23). Este procedimiento se llevará a cabo todo el tiempo que sea necesario hasta que se restaure el paciente para que después se le canalice al programa de hemodialisis y finalmente al programa de trasplante renal. Donde más adelante se hablará de cada uno de ellos respectivamente.

II.A.2 La Hemodialisis

Cuando el paciente acude a la Institución Hospitalaria por sus propios medios, y después de haber agotado todo el servicio de Consulta Externa e Interna donde los médicos habiendo explorado, investigado, analizado y estudiado los resultados de sus exámenes clínicos, incluyendo una biopsia renal, presumiblemente encuentren una clara evidencia de Insuficiencia Renal Crónica, como se mencionó anteriormente, será un candidato potencial para someterse a los procedimientos ya antes señalados.

Los médicos del Servicio de Nefrología citarán al paciente y a sus familiares para hacerles saber que necesita un trasplante de riñón, y que será de vital importancia que de alguno de ellos salga un posible candidato donador. Ya que los riñones del paciente no son suficientes de realizar todas sus funciones, y que en un corto tiempo cesarán, generando así una serie de complicaciones.

nes a los otros órganos ocasionando un problema mayor.

Para evitar que no se complique más este problema también se les informará que éste se encuentra a tiempo (si no se ha acumulado bastante líquido en su cuerpo, esencialmente agua y sustancias tóxicas) para tomar como medida preventiva el tratamiento de hemodialisis empleado como recurso que se encargará de sustituir el funcionamiento de los riñones enfermos.

Para el sometimiento a este tratamiento se le tendrá que efectuar una fistula, la que consiste en unir una vena con una arteria, ya que de esta forma se crea un mecanismo de presión sanguínea para que pueda ser hemodializado por lo que también con esta operación la arteria quedaría en un lugar visible y práctico para hacer uso de ella.

Para realizar esta pequeña operación, se requiere que el paciente cuente con venas de buen grosor, ya que al no contar con esto se dificultaría su realización. Y por consiguiente se le tendría que someter al programa de dialisis peritoneal. Que como se vio es un procedimiento más complicado, doloroso y difícil. Y que sólo se emplea en momentos de extrema urgencia.

Una vez efectuada esta operación, que generalmente se realiza en uno de los brazos del paciente y que al término de 15 días (tiempo en que tarda en madurar) estará en condiciones para poder ser hemodializado en una máquina llamada "Riñón Artificial".

En donde primeramente se le instalaran un par de canulas o agujas, una en la arteria y otra en la vena, ambas acompañadas de una corta manguera o terminal heparinizada para efecto de que no

se coagule la sangre, purgandola también.

Posteriormente se le conectará a la terminal arterial otra línea o manguera más larga proveniente de la máquina donde circulará la sangre arterial del paciente que es la que conduce a la sangre contaminada hacia un filtro que se encargará de filtrarla y purificarla, y que a su vez también se drenará una gran cantidad de agua acumulada o retenida en el cuerpo del paciente, ayudando así a disminuir la hipertensión arterial. Después atravesará una trampa que sirve para ejercer presión en la filtración y que también depende como un factor importante para extraer más líquido retenido. Siguiendo el curso de la línea hará llegar toda la sangre libre de impurezas a la otra terminal llamada vena estableciéndose de esta manera un circuito.

Este procedimiento se llevará a cabo tres días a la semana utilizando 4 horas por cada sesión dialítica o según como lo señalen los médicos hasta efectuarse el trasplante renal.

II.A.3 El Trasplante Renal

Después de que los médicos de la Institución Hospitalaria le han expuesto al paciente y a sus familiares las alternativas existentes (ya mencionadas con antelación) para solucionar el problema renal de éste y que para someterse a dicho trasplante renal tienen que ser mayores de 18 años y menores de 60 en el caso de personas adultas, y el consentimiento de los padres en el caso de los niños. (24) Los familiares tomando conciencia de la grave

(24) Véase el Capítulo IV en el apartado referente a La Ley General de Salud y su Reglamento.

dad del caso, convenido mutuamente en ayudar a su familiar, otorgando su consentimiento, optando por escoger el del trasplante renal y reuniendo los requisitos antes mencionados estarán en condiciones de resolver el problema renal del paciente.

Posteriormente se les practicarán los estudios de compatibilidad para determinar cual de los familiares será el posible candidato a la donación de un riñón. Una vez obtenidos los resultados de los exámenes de compatibilidad y siendo satisfactorios, los médicos seleccionarán al que haya tenido mejor compatibilidad que se adecue con la del paciente y entonces se procederá a su internación en la Institución Hospitalaria para la realización de los restantes estudios generales.

En la internación se le practicarán una serie de exámenes clínicos (sangre y orina) y otros estudios como electrocardiogramas, etc. Siendo el más importante el de una arteriografía la que nos va a dar la pauta para conocer el estado actual de sus riñones, para efecto de utilizar o no alguno de ellos. Encontrándose en perfecto estado, los médicos ordenarán tanto al receptor como al donador varias interconsultas ubicadas dentro de la misma Institución, siendo las de : cardiología, gastroenterología, odontología, otorrinolaringología, urología, neurología, psicología y otras. Cada médico de la especialidad habiendo revisado, explorado y estudiado a ambos y si estos no presentan algún signo de enfermedad que haga impedir el trasplante renal, darán su autorización para la realización del mismo.

Los médicos nefrologos encargados del programa del trasplante

te renal fijarám fecha para la operación.

El tiempo que tiene que esperar un paciente para que se le practique el trasplante renal varia de acuerdo a lo siguiente: Si cuenta con un candidato donador y si además de esto ambos se encuentran totalmente sanos a excepción del receptor que padece insuficiencia renal, es posible que el trasplante renal se realice en un tiempo relativamente corto; pero si el paciente receptor no cuenta con donador y por esta razón es sometido al programa de donación de riñón por cadáver, y si además ambos padecen enfermedad o virus, la realización del trasplante renal se llevará a cabo en un tiempo extremadamente más largo.

II.A.3.a Acto Quirúrgico del Trasplante Renal

" La nefrectomía del donante se lleva a cabo simultáneamente con la del receptor en salas contiguas " (25). El donador se posiciona en decúbito lateral flexionado a un máximo. En todo momento se tiene especial atención a los signos vitales de ambos.

El cirujano del paciente donador tiene la facultad de suspender o cancelar la operación en cualquier momento que éste o el anestesiólogo consideren que existe algún riesgo para el paciente, esta decisión es sólo de ambos médicos del paciente donador y no se pide parecer, sólo se le notifica al personal médico que atiende al paciente receptor.

" La incisión es antero - lateral en el flanco por debajo del reborde costal. Muchas veces para facilitar la disección y de

(25) Rive Mora Ernesto, MD, FACS and Amadeo José H., MD, FACS.
El Donante de Riñón. Boletín Asoc. Méd. de P. R. Editorial
Santiago Delpin. E. A. Vol.72 Núm.2. Febrero. 1980., pág.55

tal forma proteger el riñón se remueve la costilla número doce y a veces la parte distal de la costilla número once. La técnica quirúrgica tiene que ser extremadamente cuidadosa y minuciosa para poder brindar un riñón perfecto con el menor trauma posible "----- (26). Una vez removido el riñón - su úreter y su pedículo vascular ambos cortados lo más largo posible. Inmediatamente se le entregará al cirujano que atiende al paciente receptor el que ya efectuó los preparativos de éste. El riñón extraído es bañado o perfundido con solución isotónica, adicionada con heparina y -- procaina. Se procura que estas soluciones se encuentren a 15 grados centígrados. "...es lavado de sangre en su interior y cuando sale limpio el líquido por la vena renal se coloca en una bandeja con solución isotónica..." (27). Después ".....se coloca en la fosa iliaca contralateral del receptor, se hace una incisión tipo Gibson y el peritoneo se rechaza hacia adelante para exponer los vasos iliacos, la arteria renal se anastomosa en forma término -- terminal con la arteria iliaca interna y la vena renal en forma término - lateral con la iliaca externa, una vez restablecida la circulación renal, el urétero es anastomosado a la vejiga; en esta anastomosis descrita por Paquin se crea un tunel submucoso para el urétero con el objeto de prevenir la aparición futura de reflujo - vesicoureteral. Se cierra la vejiga por capas y se deja - la sonda de Foley, la que será retirada en 48 horas...." (28).

{ 26 } Loc. cit.

{ 27 } Ortiz. Q. F., Quijano. N. M., y cols. Avances Terapéuticos. Trasplante de Riñón en Humanos. Estado Actual y Experiencia en 19 Casos. Revista Médica del IMSS. México. Vol.8. Núm.52. 1969., pág. 54

{ 28 } Loc. cit.

Una vez realizado el trasplante, el paciente receptor es -- trasladado a la sala de recuperación la que ya se encuentra prepa rada, previamente esterilizada para alojar al receptor.

"...La medicación básica que se utiliza para modificar la - respuesta inmune y hacer tolerante el organismo al injerto es la Azathioprina, la que es administrada inicialmente en dosis de 4 a 6 miligramos por kilogramo de peso, dosis que se modifica de -- acuerdo a la r puesta inmune del paciente, la cuenta diaria de - leucocitos en sangre y la posibilidad de rechazo. Posteriormente_ se mantiene en dosis alrededor de 2 miligramos por kilogramo de - peso diariamente....." (29).acompañando esta con Prednisona - donde la dosis inicial es de 60 a 100 miligramos diarios que deb_e_ rán reducirse gradualmente, a menos que aparecieran signos de re- chazo y de acuerdo con la tolerancia del paciente, hasta mantener una dosis entre 15 y 30 miligramos diarios.

Cuando el rechazo se presenta en una forma intensa se emplea un medicamento llamado Ciclosporina en dosis estipuladas por los_ médicos de la Institución Hospitalaria.

II.8 ASPECTO PSICOLOGICO

El primer impacto emocional tan drástico y tan violento que_ sufre una persona con Insuficiencia Renal Crónica es precisamente cuando los médicos de la Institución Hospitalaria le hacen saber - que requiere de una operación llamada "Trasplante Renal", por lo que al enterarse de lo que le sucede penetrará en un estado de -

conmoción e incredulidad, creandose una reacción totalmente depriva y presentandosele por consiguiente una situación tan aterradora al grado tal que se cuestionará una multitud de interrogantes desde un punto de vista alarmante. ¿Será cierto que yo, este pasando por este estado tan crítico? ¿Estoy en la realidad o sólo es un sueño? ¿Como es posible, que sufra una enfermedad tan grave al grado tal de que se me tenga que efectuar un trasplante de riñón? ¿Como reaccionará mi familia al saber que requiero de semejante operación? ¿Que opinarán mis familiares cuando se enteren que de alguno de ellos pudiera salir un posible candidato para donador? ¿Y en tal caso de que fuera lo anterior, no se negaría a donarmelo? ¿Que riesgos puede implicar la operación, si alguno de mi familia fuera el donador? ¿No estaré arriesgando o -- comprometiendo su vida? ¿Si por tal motivo llegase a ocurrir alguna desgracia, quedaré con algún remordimiento para toda la vida? ¿Que me deparará el futuro? estas y muchas otras interrogantes se formularía una persona que padeciera éste problema.

En el presente apartado se hablará de La Situación Psicológica que experimentan: Primeramente, una persona llamada Receptor en la Etapa de la Hemodialisis, donde el factor psicológico se presenta con gran acentuación y mayor crudeza; Finalmente se analizará la de dos personas Receptor y Donador en la Etapa del Trasplante Renal.

II.8.I Situación Psicológica del Receptor en La Etapa de -- La Hemodialisis.

Cuando el paciente es sometido por primera vez a la Unidad -

de Hemodialisis y tiene que permanecer en ella todo el tiempo que sea necesario hasta la realización de su futuro trasplante renal, se observa que la impresión que sufre es fuertísima pues al mirar la máquina tan complicada llamada "Riñón Artificial", pensará con profundo temor que tal vez toda su vida dependerá de ella.

Poco tiempo después de iniciada la hemodialisis, el paciente presentará nuevas ansiedades " la primera de ellas se relaciona - con el funcionamiento de su fistula y la interrelación que existe entre ésta y su duración " (30) , ya que hay casos en que por una mala aplicación se ocasionaría un primer episodio de coagulación de la sangre que constituye casi siempre un periodo de gran preocupación para el paciente. A pesar de haberselo advertido de este posible accidente, representa una gran amenaza para su existencia. Frente a estos casos aparece invariablemente un estado de depresión. ".....En un caso, un paciente tuvo tres episodios de coagulación en un periodo de dos meses. Tanto el paciente como su mujer experimentaron extrema depresión, y se habló de la posibilidad de practicar la canulación en otra parte. Cuando un venograma reveló la obstrucción en la extremidad de la cánula y la -- subsiguiente canulación en otra extremidad fué seguida de éxito, - tanto el paciente como su esposa experimentaron una rápida tranquilidad que elevó su moral....." (31)

Existen considerables variaciones en la forma con que los pa

(30) Hampers, Constantine. L. La Hemodialisis Prolongada. Barcelona, España. Editorial Científico - Médica. 1970., pág.164
(31) Loc. cit.

cientes se adaptan a la hemodialisis "...Algunos se identifican a sí mismos con el personal de la Unidad y cooperan ofreciendo -- sus propias observaciones, haciendo sugerencias y a veces practi-- cando las tareas más sencillas de la enfermera. Otros intentan ne-- gar lo precario de su situación y asumen una actitud de optimismo superficial. Se ha visto a pacientes que inapropiadamente han dis-- cutido y proyectado circunstancias para el futuro. En algunos ca-- sos han actuado como si estuvieran completamente desinteresados -- en la hemodialisis o en cualquier cosa que pudiera suceder en la -- habitación o sala de la hemodialisis mientras se encontraban en -- la misma. Algunos de los pacientes se cubren la cabeza con la sá-- bana y fingen dormir durante la hemodialisis. En realidad estan -- sumamente atentos y más que dormir estan totalmente alertas, escu-- chando sin perder detalle de todo cuanto se dice. Estos indivi -- duos son probablemente los más aterrorizados y aprensivos que hay. Sin embargo exageraban un fenómeno que bien pronto percibe todo -- aquel que trabaja en el campo de la hemodialisis. Esto es, el pa-- ciente se aferra a todas las palabras pronunciadas por el personal de la hemodialisis. Por eso es prudente en todos los Centros, que las conversaciones acerca de los pacientes y a sus problemas no -- lleguen a la sala de la hemodialisis. Por lo tanto se cree que es muy importante para la Unidad de Hemodialisis mantenerse detrás -- del enfermo y prestarle un apoyo total, se reconoce con todo, la -- enorme afinidad que se desarrolla por parte del paciente hacia la Unidad. Por consiguiente siempre que sea posible, debe estimular-- se para que tenga interés por sí mismo y por las cosas. No obs--

tante, a pesar de esto se desarrollan íntimos nexos entre el paciente y el personal, relaciones que no deben estimularse. Los juicios médicos pueden verse adversamente afectados por estas relaciones. Además, sirven para originar una gran ansiedad en los pensamientos de los pacientes, cuando se cambia el personal encargado de la hemodialisis. A este respecto, se recuerda, a un paciente que tenía diarrea profusa cada vez que su médico se trasladaba a otra ciudad....." (32).

Las relaciones interpersonales que existen entre los miembros de una familia pueden alterarse hasta un grado considerable por la hemodialisis. "....Un enérgico jefe de familia puede súbitamente encontrarse mucho más subordinado a su esposa. El individuo antes tolerante y considerado se vuelve rudo, irritable y difícil para vivir en compañía. Un padre puede perder fácilmente la paciencia con sus hijos. Por otro lado las familias pueden destruirse entre sí. Una esposa que anteriormente se sentía insignificante es ahora muy importante. Hijos que habían crecido aparte pueden unirse a la vez. Un miembro relativamente intrascendente de una gran familia se considera como el centro de atracción. Los hijos sometidos a la hemodialisis son a veces víctimas de sus padres anteriormente dominadores por un sentido de responsabilidad. Esto es de especial importancia cuando se trata de hijos que hacen partícipes a sus padres de los problemas que le afectan. No sólo hay que mantener a los hijos apartados de las complicaciones médicas, sino que hay que evitar que vuelvan a su anterior ambiente

te infantil. Se ha observado a padres al parecer inteligentes y sinceros que frustraban los esfuerzos para rehabilitar a sus hijos por un innecesario y exagerado proteccionismo. En un caso, los padres de un hijo al que se habían prescrito paseos y ejercicios, le compraron una silla de ruedas para ahorrarle todo esfuerzo físico. En tanto que la mayor parte de los padres se hacen cargo de la importancia de la educación, algunos creen erróneamente que las enseñanzas de un maestro a domicilio pueden sustituir los beneficios obtenidos en la escuela....." (33)

En la mayoría de los pacientes, las relaciones sexuales, aun que alteradas, no constituyen un problema insuperable. Por lo general, los enfermos aceptan de buen grado estos reajustes, y en algún caso los pacientes participan en forma más activa en la vida sexual consecutivamente a la institución de la hemodialisis. Sin embargo, ".....un enfermo que se sentía incapaz de experimentar una erección, se vió muy afectado cuando su mujer le expresó el deseo de tener otro hijo....." (34). En ocasiones el paciente reprime su actividad sexual en razón a su estado de salud. A mejorar y tener más confianza en sí mismo, recupera su actividad normal. Con todo, se considera que la supresión del mestruo en una mujer joven anteriormente sana no puede aceptarse como cualquier amenaza para su integridad como mujer.

" En todas las mujeres que se ha tenido la oportunidad de observar pocas han recuperado un ciclo menstrual normal. Estas enfer

{ 33 } Ibidem., pág. 165
 { 34 } Ibidem., pág. 166

mas presentaban una pequeña alteración de la libido o apetencia sexual. El resto de las mujeres en observación ha reprimido su actividad sexual o bien ha habido una disminución de la libido....." (35)

En algunos enfermos sobre todo niños, las restricciones dietéticas impuestas por la hemodialisis presentan grandes obstáculos de orden psíquico . A este respecto es de suma importancia la comprensión, consideración y guía adecuada por parte de la familia del dietético y del personal de hemodialisis. Se recuerda el caso de ".....una muchacha de 13 años de edad a la cual se le prohibió comer con el resto de la familia ante el temor de los padres de que quisiera comer los mismos alimentos que ellos. Por el contrario se le exigió que comiera sola y se le prohibió que desearazase la mesa....." (36). Sin embargo hay que decir que los jóvenes experimentan una intensa reacción depresiva que se manifiesta por negarse a comer.

II.B.2 Situación Psicológica del Receptor y Donador en La Etapa del Trasplante Renal.

Donador.- La preselección del donante ante la familia, tan complicado como el mismo proceder humano, es largamente determinado mirando más allá de los servicios del trasplante; para no familiares es completamente libre de obligaciones, pudiéndose negar basado en: trasgresión, vergüenza, débito, miedo, etc.

Un miembro de la familia puede no ser considerado a causa de

{ 35 } Loc. cit.
{ 36 } Ibidem., pág. 166 y 167

una previa contrariedad y mutua aversión, otro puede también tener responsabilidades económicas, mientras que otro puede estar ansioso y voluntarioso a ser el donante. Ocasionalmente, un padre se mantiene "ignorante" de la posibilidad de un trasplante para su hijo, más bien ha sido miedo al ser rechazado como donante, sentenciando de ese modo a su hijo. Ahora que, aún cuando un familiar se presente por sí mismo para el exámen, esto no excluye el uso o manipulación bajo presión de otros familiares, ya que mientras más familiares sean examinados mayores son las posibilidades de encontrar un donador.

Hay varias cuestiones que deben ser perfectamente aclaradas a los posibles donantes:

Primero, el donador debe entender los riesgos y posibilidades de éxito y fracaso para él y para el receptor.

Segundo, el donador debe estar libre de indebida coerción externa.

Tercero, allí no conviene tener previa historia de significancia mental o inestabilidad emocional. El donador debe ser capaz de proporcionar una competente historia de su vida con especial énfasis en previas depresiones o incapacidad mental.

Ahora bien, en muchos donadores y familias surge esta pregunta ¿Es necesario un Psiquiatra para hacer tal evaluación?.

Se ha comprobado por el estudio, que una adecuada evaluación puede ser determinada por cualquier médico interesado que sea cuidadoso al buscar información por medio de las preguntas. Si quedará alguna duda después de un cuidadoso y deliberado interrogatorio

por un entendido médico, entonces sí, debe ser obtenida una con-
sulta psiquiátrica.

No hay un camino cierto a conocer la mente del donador; pero si él es competente a dar una historia completa, entender la realidad del trasplante y no tener una grave depresión o incapacidad psiquiátrica y sea su buena voluntad el dar un riñón, puede probablemente ser aceptado o al menos aparentar utilidad.

El miedo . ansiedad son entendibles y no razones para excluir
lo.

En cuanto a la decisión, la pregunta ¿Por que decide Usted - donar su riñón?. Da el más consistente resultado y puede ser me-
gor sumariada por las respuestas siguientes:

"Yo no tenía elección; si no doy mi riñón el paciente ten-
dría que morir y yo no podría tener conformidad conmigo mismo".

Con padres donantes a niños la respuesta es más breve:

"Yo haría cualquier cosa por salvar a mi niño".....

Receptor.- Es de primordial importancia para el bien del enfermo su capacidad para afrontar y su voluntad para aceptar y com-
prender su enfermedad. Por lo que estos pacientes se enfrentan - súbitamente a una infinidad de problemas de tipo psicológico, ya que como se vió en la Etapa de la Hemodialisis presentan grandes dificultades de adaptación en donde son evidentes los episodios de depresión y autocompasión. Pero después de superar esta etapa tan crítica estos pacientes normalmente ya se han acomodado a su enfermedad y han adoptado un nuevo sentido de responsabilidad. Y cuando tiene como posibilidad para recibir un injerto renal su -

estado emocional y tranquilidad mental se estabiliza aún más. Por lo que ponen todo su esfuerzo, entusiasmo y fe para recibir el in jerto anhelado.

El entusiasmo que experimentan se manifiesta plenamente en las siguientes expresiones: "Ya no dependeré más de esa máquina", "Los riesgos que se presentaban en cada diálisis ya no los voy a suf rir", "Ya no sufriré más las náuseas, vómitos, mareos, calambres, etc., que traía como consecuencia el hemodializarme", "Po dré viajar o trasladarme al lugar y en el tiempo que disponga sin estar encadenado a la máquina", "Pondré todo mi empeño en cuidar ese riñón que me devolverá la vida".

Por otra parte estos pacientes temen y tratan de no pensar en lo más mínimo de que pudiese sobrevenir un rechazo. Pero por si des gracia esto sucediera, el impacto emocional que experimentarían sería catastrófico, pero aún más cuando hubiesen recibido un trasplante de riñón de cadáver, ya que presentiran que tal vez nunca se llegue a presentar una segunda oportunidad. Este caso puede considerarse como el más alarmante de todos, puesto que es el máximo sufrimiento psicológico que puede tener persona alguna, a tal grado de poder desencadenar como consecuencia un intento de suicidio.

Sin embargo, hay casos muy especiales como el de Hector Martínez García del Instituto Nacional de Cardiología, que habiendo recibido un riñón de cadáver lo rechazó al término de 3 años de su funcionamiento, por lo que de nuevo tuvo que regresar a hem dial isis donde actualmente lleva 13 años y se encuentra en espera

de un segundo intento. Pero ahí sigue Hector con su gran fe y --- optimismo resistiendo la gran adversidad de la vida. El dice: "...Que la ciencia esta muy avanzada y que tiene muchas esperanzas de seguir adelante....."

Hay otros casos de ".....algunos pacientes renales que a menudo son considerados psicológicamente inadecuados, pero con frecuencia los síntomas psicológicos desaparecen en forma espectacular después del injerto fructífero, indicando que eran el resultado de la urémia y de la enfermedad crónica con el sufrimiento prolongado. No obstante, un individuo demasiado estúpido para tomar sus medicamentos o un paciente con una psicosis establecida como la esquizofrenia, no podría esperarse que se desvolviera bien con un trasplante....." (37).

(37) Roy Yorke Calne. Injerto de Organos. México. D. F. Traducc. por Armando Soto. Editorial El Manual Moderno. S. A. 1976,, pág. 55

C A P I T U L O I I I

ASPECTO SOCIAL Y ECONOMICO DEL TRASPLANTE RENAL

III.A ASPECTO SOCIAL

Si bien la ciencia médica a ofrecido la posibilidad de tratar eficazmente la mayor parte de las enfermedades infecciosas de ja aún sub iudice los problemas terapéuticos de muchas enfermedades con una etiología polivalente y con un desarrollo crónico. -- " Hay, sin embargo, una condición en la que, gracias al progreso técnico, la vida de un paciente se puede salvar y prolongar indefinidamente: la insuficiencia renal, que hasta hace 20 años era invariablemente letal " (38).

En efecto, la técnica ha puesto a disposición de estos pacientes el "Riñón Artificial" que al dializar su sangre, suple la función depuradora de los riñones enfermos. Pero la dialisis con el Riñón Artificial, si bien a prolongado la vida de muchos enfermos, ha creado considerables dificultades colaterales relacionadas con los mismos pacientes, los familiares, el hospital y la comunidad. La calidad de la vida de la mayor parte de estos enfermos se reduce; sólo para muy pocos de ellos es posible insertarse

(38) Timio Mario. Clases Sociales. y Enfermedad. Introducción a una Epidemiología Diferencial. Edit. Imagen. 1981.,pág.122

otra vez activamente en el mundo del trabajo y en la sociedad. -- Ellos son, utilizando un término de connotaciones sociológicas, "hombres marginables" (39), o sea que estan suspendidos en un limbo colocado entre el mundo de los enfermos y el de los sanos, y aunque no pertenecen a ninguno de ellos forman parte de ambos. Los colocan fuera del ambiente del hospital con un conjunto de mensajes contradictorios. Se les invita a llevar una vida normal, pero al mismo tiempo se les recomienda reducir el aporte de sal, proteínas y líquidos a su dieta. Son estimulados a regresar al trabajo, pero no pueden permitirse saltar una de las tres sesiones dialíticas semanales. Se les pide que no polaricen demasiado la atención sobre su estado; sin embargo notan con desagrado una gradual atenuación de su potencia sexual, mientras que la reducción de la lucidez mental limita sensiblemente la capacidad de realizar un trabajo provechoso. " El tenor de vida muchas veces insupportable de estos hombres "semiartificiales" conduce a algunos de ellos a la suspensión de las sesiones dialíticas. Y el número de estos "inobservantes" aumentará paralelamente al incremento del número de aquellos para los cuales la diálisis con el Rión Artificial se transformará en una exigencia normal de su vida " (40). Y no hay duda de que ese incremento se realizará.

La solución que motiva y espontáneamente debería realizarse

-
- (39) El concepto sociológico de hombre marginal se refiere tradicionalmente a grupos minoritarios que, aún cuando exteriormente forman parte de una comunidad, su real pertenencia a ella es, de hecho, discutible.
- (40) Ibidem., pág. 124

consiste en la creación de nuevos centros de diálisis y en la ampliación de los ya existentes. Es lo que muchas administraciones hospitalarias están ejecutando en todo el mundo aunque en medio de dificultades múltiples, logísticas y económicas. El trasplante de riñón es la solución ideal y resolutive para los pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo las dificultades de orden biológico, técnico, económico, etc., circunscriben también la posibilidad de acceder a él a escasas personas.

"...Las condiciones de los enfermos con insuficiencia renal, tratados o no con el riñón artificial, plantean en forma inmediata el problema no sólo de supervivencia, sino también y sobre todo de la dignidad de su persona y de la calidad de su vida..." (4I)

De estas observaciones se desprende la necesidad evidente de afrontar el problema de los enfermos renales bajo el perfil de la prevención. ¿Es posible evitar tantos sufrimientos, molestias, humillaciones, costos elevados, dispendio de recursos económicos y humanos? La insuficiencia renal es un cuadro clínico que (salvo en los casos agudos) se instaure gradualmente, siendo el resultado de enfermedades renales aparecidas generalmente mucho tiempo antes. ".....El problema se ve entonces bajo un doble ángulo: prevenir donde es posible ciertas enfermedades renales (prevención primaria) y evitar que estas pasen al estadio de la insuficiencia renal (prevención secundaria). De estas dos fases la segunda es la más factible, implica un mínimo gasto y puede dar óptimos re -

sultados....." (42).

Sobre la prevención primaria, en el estado actual de los conocimientos científicos, sólo se puede actuar para contener algunas formas de nefropatía secundaria en diabetes mellitus, hipertensión arterial u otras enfermedades que afecten a los riñones.

También se podría actuar para evitar la glomerulonefritis posestreptocócica, que generalmente sigue a infecciones tonsilares y de las vías respiratorias superiores, esta enfermedad habitualmente ataca a niños o jóvenes que viven en casas húmedas y -- sin calefacción, adolescentes y adultos obligados a permanecer mucho tiempo, por motivos de trabajo, en ambientes alternativamente calientes y fríos, sujetos a refrigeraciones de diferente grado, -- con la consecuencia de una distribución desigual de la enfermedad, la cual golpea a las clases menos pudientes y menos protegidas.

El fenómeno de la distribución desigual se acentúa cuando -- además de la glomerulonefritis posestreptocócica, se investigan -- otras enfermedades renales (pielonefritis crónica, anomalías congénitas, nefropatía hipertensiva, etc.). En efecto, el hecho de -- vivir en un ambiente culturalmente elevado significa, en última -- instancia, comprender la gravedad y la dinámica de la enfermedad, acceder más fácilmente a los frecuentes controles y a las prolongadas pero válidas terapias médicas capaces de detener la progresión de aquélla . En los sectores sociales bajos se verifica precisamente el fenómeno opuesto: se espera que la enfermedad alcan-

ce un estadio tal en el que la única posibilidad de supervivencia es la inserción en un programa de diálisis. Para evitar eso es necesaria una prevención secundaria extendida a todos los estratos sociales, precedida por una información sanitaria adecuada y llevada a cabo con un sistema efectivo de relevamiento y singularización de los casos.

Para ello se necesitan investigaciones epidemiológicas adecuadas de las enfermedades renales, indagaciones de precisiones nosográficas y de correlaciones anatomoclínicas y clínicohumorales, sistematización y extensión de los medios de los que disponen en los hospitales actualmente y en los consultorios especializados para la investigación, screening de masa sobre amplios sectores de la población, cambio cualitativo de los actuales estándares terapéuticos, sobre todo los ambulatorios, eficaz descentración de la actividad terapéutica, lo cual es posible con la socialización de los conocimientos científicos.

Estas son las vías a seguir para evitar las saturaciones en los centros de diálisis y los consiguientes largos tiempos de espera a menudo fatales.

III.A.I Impacto Social de La Hemodialisis Crónica

A principios de los años sesentas se demostró en forma inequívoca que pacientes con insuficiencia renal podrían mantenerse vivos cuando eran tratados con hemodialisis en forma crónica y que estos individuos eran capaces de realizar la mayor parte de sus actividades normales. Posteriormente un gran debate se desarrolló sobre lo que en verdad quiere decir "calidad de vida" en

el mantenimiento de estos pacientes. Y sobre el destino de grandes sumas de dinero que se gastaban en torno a su tratamiento.

De hecho hubo considerables dudas sobre si la hemodialisis era un modo de tratamiento que pudierá restaurar a una vida digna a pacientes con insuficiencia renal. Aún si ese fuera el caso, si debieran gastarse fondos públicos y privados que de otra manera podrían tener otros fines científicos y sociales, pero paralelo a la evolución de la diálisis apareció el trasplante de órganos como un medio de tratamiento para pacientes con insuficiencia renal terminal. Los avances de técnicas quirúrgicas y preservación de órganos así como el desarrollo de medicamentos inmunosupresores y el mejoramiento en las técnicas de diálisis fueron responsables de este éxito. Generalmente la calidad de vida es más satisfactoria después de un trasplante exitoso pero la mortalidad y morbilidad son en ocasiones tan altas como en las unidades de hemodialisis crónicas.

".....En Estados Unidos después de un vigoroso debate sobre este problema salió el reporte Gottschalk pronunciado en 1967 a través del cual se apoyaba a un programa nacional que cubría la atención de todos los pacientes que requirieran este tipo de tratamiento. Cinco años más tarde el Congreso de los Estados Unidos extendió los beneficios de la seguridad médica habitualmente a todos los americanos de acuerdo a la Ley publicada con el número 92-603....." (43)

(43) Drukker William, M. Parsons Frank and F. Maher John. Replacement of Renal Function by Dialysis. Boston. Martinus Mijhoff Publishers. 1983., pág. 844

La hemodialisis crónica y el trasplante han sido ahora organizados como tratamientos de rutina en la mayoría de las naciones desarrolladas en el mundo, ".....se calcula así que en todo el mundo hay más de 100 000 pacientes en hemodialisis y más de 50 000 pacientes han recibido un trasplante renal....." (44), esto según datos hasta principios de los años ochentas. Sin embargo en los últimos cinco años se han desarrollado nuevos tratamientos con la dialisis peritoneal intermitente, la dialisis peritoneal ambulatoria crónica y la hemofiltración, que hacen dudar sobre el futuro que puedan tener la hemodialisis crónica y el trasplante renal. Ahora 19 años después del reporte Gottschalk y una conclusión similar del Ministerio de Salud en Inglaterra de fecha 1967_ hay tal vez una perspectiva sobre la calidad de vida, el impacto económico, la restricciones en recursos y otros problemas que -- permanecen por ser resueltos.

III.A.I.a Tratamiento de Dialisis y Calidad de Vida

El éxito del tratamiento se ha medido comunmente por el grado de rehabilitación logrado, que así consiguen a través de un -- trabajo productivo en la sociedad o en la casa.

Así cerca de la tercera parte de los pacientes con hemodiali_ sis crónica pueden ser considerados como completamente rehabilita_ dos; la otra tercera parte se han considerado legalmente retirados por su edad y la restante se han considerado retirados desde el - punto de vista médico por su incapacidad para desempeñar un trabajo.

(44) Loc. cit.

III.A.I.b Impacto Sobre El Medio Ambiente Inmediato

"....El medio ambiente inmediato se define como la gente que esta más en contacto con el paciente cuando no se encuentra en el sitio donde se practica la hemodialisis por lo que incluyen, familiares, amigos y empleados...." (45). Obviamente el paciente - el paciente ejerce presión emocional sobre sus familiares incluyendo esposo, padres e hijos. Asi como la presión económica de los gastos que implican la enfermedad de éste.

III.A.I.c Impacto Sobre El Resto del Medio Ambiente

".....Lo definen como la comunidad a la cual pertenece el paciente incluyendo el personal médico y las Instituciones encargadas de su atención....." (46).

Es conocido que el personal que atiende pacientes en dialisis, tiene mayor riesgo de desarrollar enfermedades como hepatitis y otras, unos además desarrollan fuertes lazos de amistad con los pacientes, en muchos casos donde médicos y enfermeras se han matrimoniado con estos pacientes.

III.B ASPECTO ECONOMICO

En 1965 el Gobierno de los Estados Unidos extendió los beneficios de seguridad social a todo individuo mayor de 65 años así como a indigentes, los sistemas del cuidado de salud socializados estan presentes en la mayoría de los pacientes en el mundo, sin embargo con el sistema utilizado por la legislación de los Esta -

{ 45 } Ibidem., pág. 845
 { 46 } Loc. cit.

dos Unidos hubo una regulación para que a las instituciones que otorgarán estos servicios les reembolsaran los gastos de los servicios prestados, la legislación que promulgó este programa tenía un lenguaje confuso pero las reglas que siguieron limitaron la capacidad de los profesionales para individualizar el cuidado, agregaron más burocracia a un sistema de por sí complejo. A veces el programa de atención a los pacientes con enfermedades renales es visto en ese país por muchos como un experimento del tratamiento de enfermedades catastróficas.

Sin embargo no existe información adecuada en base a la cual juzgar si estos programas son en verdad un éxito y en caso de no serlo, cuando podrían serlo.

En los Estado Unidos se ha tomado una conducta expectante para poder resolver esta cuestión y se ha limitado a observar el ejemplo de la experiencia Europea en este campo y como resultado de ello ".....el costo estimado del programa original en Estados Unidos era de \$ 250 millones de dólares para el primer año en el que se esperaba alcanzar después de 10 años un costo de 1.0 billón de dólares. En el que se estimo el número de pacientes que podrían requerir diálisis crónica, basada en la experiencia de dos años de organizar programas para tratamiento de estos pacientes en el área de Rochester, Nueva York, teniendo como meta que el número de pacientes que entrarán al programa debería ser igual al número de pacientes que salieran de él ya sea por fallecimiento o por trasplante exitoso, el equilibrio debería alcanzarse en el año de 1992, cuando 632 pacientes por cada millón de habitantes requiriría

ran el tratamiento y basados en esa experiencia se calcula que - aproximadamente a la fecha 500 pacientes por cada millón de habitantes son tratados en centros de diálisis en Estados Unidos y el costo excede en la actualidad a más de 1.7 billones de dólares, y alcanzará cerca de los 3 billones de dólares dependiendo de las - políticas, los manejos médicos y la inflación para la fecha pre - vista....." (47).

Ahora el camino de análisis de la relación costo - benefi - cio, este programa de tratamiento puede ser visto sólo desde el - punto de vista administrativo, por supuesto el médico y paciente - no interesan en el análisis de la relación costo - beneficio particularmente en las situaciones del análisis que se refiere a man - tener la vida no como el número de muertes que se esperarían si - no se realiza este tipo de tratamiento.

Por ese motivo el reporte inicial de "Gottschalk" estableció que no habría manera de hacer un nuevo costo efectivo debido a -- que ".....no hay manera para poder valorar el costo de la vida - humana....." (48).

Pero cuando la experiencia notoria ha demostrado que las ci - fras alcanzadas en el gasto de la atención a este tipo de trata - miento son astronómicas, hay nuevamente un cuestionamiento sobre - estas reflexiones. El hecho es de que en la mayoría de los Países Occidentales existen unidades de hemodiálisis crónica, esto deja - en claro que este tipo de programas de tratamiento deben de ser -

{ 47 } Ibidem., pág. 846
 { 48 } Loc. cit.

vistos en el contexto de prioridades de los programas de cada - - país, así en Países Tercermundistas como México en donde la morta- lidad por desnutrición o mortalidad perinatal, son muy elevados, - los tratamientos de insuficiencia renal son relativamente bajos - en la escala de prioridades. Pero una manera más adecuada de esta- blecer prioridades sociales sería por ejemplo comparar los gastos que implican el sistema penal en los Estados Unidos con los gas- tos que implica el tratamiento de programas con insuficiencia re- renal, ".....Para 1983 existían cerca de 85 000 personas --- sentenciadas de por vida por asesinato, en lugares de máxima segu- ridad, el costo por año para estos era entre \$ 75.000 a \$ 80.000 dólares por cada convicto. Y la revista "Times" en marzo 23 de -- 1981 informó que el costo para mantener ese sistema penal era de_ 4 billones de dólares y crecía exponencialmente....." (49).

Este ejemplo habla por sí sólo pues la diálisis y el tras -- plante son realidades que mantienen con vida productiva a un por- centaje mucho mayor de población a un costo semejante. Como este_ programa penal existen otros que podrían en un momento dado ser - debatibles al compararse con programas de tratamiento de diálisis para pacientes con insuficiencia renal como por ejemplo los gas- tos que implican los asilos, las instituciones mentales y otros - sistemas en el cual los individuos que las ocupan tienen una me- nos promisoria en cuanto a la rehabilitación que el que pueden te- ner los pacientes con insuficiencia renal.

vistos en el contexto de prioridades de los programas de cada país, así en Países Tercermundistas como México en donde la mortalidad por desnutrición o mortalidad perinatal, son muy elevados, los tratamientos de insuficiencia renal son relativamente bajos en la escala de prioridades. Pero una manera más adecuada de establecer prioridades sociales sería por ejemplo comparar los gastos que implican el sistema penal en los Estados Unidos con los gastos que implica el tratamiento de programas con insuficiencia renal, ".....Para 1983 existían cerca de 85 000 personas sentenciadas de por vida por asesinato, en lugares de máxima seguridad, el costo por año para estos era entre \$ 75.000 a \$ 80.000 dólares por cada convicto. Y la revista "Times" en marzo 23 de 1981 informó que el costo para mantener ese sistema penal era de 4 billones de dólares y crecía exponencialmente....." (49).

Este ejemplo habla por sí sólo pues la diálisis y el trasplante son realidades que mantienen con vida productiva a un porcentaje mucho mayor de población a un costo semejante. Como este programa penal existen otros que podrían en un momento dado ser debatibles al compararse con programas de tratamiento de diálisis para pacientes con insuficiencia renal como por ejemplo los gastos que implican los asilos, las instituciones mentales y otros sistemas en el cual los individuos que las ocupan tienen una menor promisoría en cuanto a la rehabilitación que el que pueden tener los pacientes con insuficiencia renal.

Independientemente de estas consideraciones uno de los objetivos que se persiguen en la actualidad es alcanzar un sistema de tratamiento para los pacientes con insuficiencia renal que sea más simple y mucho más barato.

Después de una experiencia inicial que puede ser llamada como experimental. El éxito del trasplante renal a mejorado sólo ligeramente en la última década excepto por el hecho de que las muertes atribuidas a complicaciones por inmunosupresión se han reducido. Además en la actualidad se cuenta con un tratamiento más selectivo para los procesos de rechazo en este tipo de pacientes.

Obviamente un paciente con trasplante exitoso saldrá de las unidades de diálisis, sin necesidad de continuar gastando en ese sentido.

Dependiendo del grado de éxito de la función del injerto y el control de efectos colaterales de las drogas utilizadas para impedir el rechazo, el paciente será rehabilitado a un estilo de vida mucho más natural; lógicamente cualquier intento de investigación para mejorar el control de la reacción de rechazo estaría justificado. Aún cuando se ha avanzado bastante en este campo en los últimos años todavía existen muchas dificultades para conseguir riñones adecuados para trasplante pues se requiere de una definición legal importante y mucho más clara.

En resumen las experiencias con el tratamiento para la insuficiencia renal ha sido examinado en el contexto de los cambios de interacciones entre los profesionales médicos y las sociedades.

La realidad del éxito de este tratamiento al menos como éxi-

to parcial debe ser reconocido, sin embargo existe todavía confusión con respecto a cuantificación de los beneficios totales que recibe el paciente, la familia, el profesional que apoya y los no profesionales así como la conservación de los recursos.

Por otro lado, es muy claro por la experiencia actual que este tipo de programas tiene un futuro halagador.

C A P I T U L O I V

ASPECTO JURIDICO DEL TRASPLANTE RENAL

IV.A DERECHO NATURAL

En Derecho hay tres teorías que se refieren al origen de los derechos que posee todo ser humano.

La Teoría Iusnaturalista (Derecho Natural) dice: que todos los derechos que posee una persona son innatos, es decir, son todos aquellos que se adquieren desde el nacimiento. Esta teoría establece que estos derechos son propios de cada persona y que por el sólo hecho de serlo se hace acreedora a ellos.

La Teoría Iuspositivista (Derecho Positivo) niega que todos los derechos que poseen las personas sean innatos, nos afirma que estos derechos los adquieren las personas a través de la ley.

Y La Teoría Social que establece dos situaciones:

1. El hombre vive en un principio aislado y no necesita derechos.

2. El hombre forma parte del grupo social. Aquí el hombre tiene derechos y necesita que se le respeten.

De esta teoría se desprenden dos corrientes:

La Constitución de 1857

En la que algunos tratadistas mexicanos universitarios consi

deran que la teoría que influyó en ésta fué la Iusnaturalista.

La Constitución de 1917

En la que existen dos posiciones:

La Primera, consideran que es Iusnaturalista, como el maestro Noriega Cantú que al respecto dice: ".....Estas garantías tienen el carácter de derechos del hombre, sin pretender que se funde este carácter en una teoría específica del Derecho Natural, sino - en la convicción firmemente arraigada, de que el hombre, como tal, como persona humana, tiene derechos que le son propios frente al - Estado, derechos que el poder público reconoce y consigna en la - Constitución y que siendo anteriores al Estado, pueden considerarse un testimonio - consignado en la ley suprema - de sus creencias en la libertad individual....." (50).

La Segunda, consideran que es Iuspositivista, como el maestro Ignacio Burgoa Orihuela que sostiene: ".....Por origen formal - de las garantías individuales entendemos aquella manera o forma como el Estado o sociedad política organizada incorporó en el orden jurídico constitucional los derechos públicos subjetivos cuyo contenido lo constituyen las prerrogativas fundamentales del gobernado, o sea, el acto por virtud del cual dichos derechos se establecieron en la Constitución....." (51).

Como opinión personal considero que estos derechos se origi--

-
- (50) Noriega Cantú Alfonso. La Naturaleza de Las Garantías Individuales en la Constitución de 1917. México. UNAM - Coordinación de Humanidades. 1967., pág. 6
- (51) Burgoa Orihuela Ignacio. Las Garantías Individuales. México. Editorial Porrúa. 1983., pág. 188

naron en un principio en el Derecho Natural y que posteriormente, con el transcurso del tiempo experimentaron una transición que hizo que estos ya fueran plasmados en un documento llamado Ley. Ya que a manera de guisa se dirá que el Derecho a la Vida en un principio fue eminentemente de índole natural y prueba de ello es que desde la época antigua las personas trataban de protegerla, ya sea por instinto o por costumbre, para que posteriormente con los cambios políticos, sociales, económicos, jurídicos y culturales ésta fuera plasmada en un documento, como el que expidió la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en París el 10 de Diciembre de 1948 que se llamó "La Declaración Universal de Los Derechos Humanos" y en el que en su artículo 3o. establece: ".....Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona....." (52).

De ahí que el Derecho a la Vida reviste una importancia primordial ya que al no existir, simplemente todos los seres humanos no podríamos gozar de todos los demás derechos. El Derecho a la Vida es un derecho sagrado, es el bien jurídico protegido y como tal se respeta y se recurre a los mayores esfuerzos para salvaguardarlo. Porque la Vida, es la esencia misma de la sociedad.

Aparejado a ésta también hay otro que esta íntimamente relacionado, y va tomado de la mano, pues juega un papel muy determinante para su existencia y es el Derecho a la Salud.

Si se tuviese que hacer una clasificación en cuanto a la

(52) Ibidem., pág. 723

importancia que representa cada uno de los derechos que posee el ser humano se ubicaría indudablemente sin temor a equivocarse en primer plano al Derecho a la Vida y en un segundo plano al Derecho a la Salud ya que este último dará la pauta para que una sociedad se desarrolle íntegramente en todos sus órdenes. Puesto que "Un pueblo sano es un pueblo productivo y un pueblo productivo es un pueblo desarrollado". Pero para la realización del mismo los gobiernos deben encaminar sus políticas para apoyar en una gran medida al sector salud. Y que mejor ejemplo al de las personas que padecen insuficiencia renal que como vimos es una de las enfermedades más costosas.

IV.B DERECHO CONSTITUCIONAL

En el último siglo los bruscos cambios sociales experimentados en países de distintas latitudes han trastocado profundamente las concepciones económicas, políticas y filosóficas del estado moderno. La ciencia jurídica, particularmente el Derecho Constitucional, ha sido aunque no en todos los países muy sensible a los nuevos cambios. Si bien, países como Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia hicieron con motivo de las luchas sociales que experimentaron importantes aportaciones acerca de los derechos del hombre que sirvieron de inspiración al constitucionalismo liberal, otros, como México en 1917 y Alemania en 1919, iniciaron un nuevo movimiento constitucional que ha influido en la concepción del nuevo estado: el estado social de derecho. En efecto, la Constitución de Querétaro de 1917 perfiló a México como líder del consti-

tucionalismo social. Con ella, el concepto clásico de "constitución" se transformó generando una nueva doctrina constitucional. Los derechos del hombre del campo y del obrero, junto con otros derechos sociales plasmados por la nueva constitución significaron un fuerte acicate para los estudiosos del orden constitucional mexicano.

".....El Derecho a la Protección de la Salud, que tradicionalmente fue concebido como un derecho natural por excelencia, ha tenido gran acogida en las constituciones de varios países, España, Grecia, Francia y Portugal entre otros, contribuyendo también a la generación de la nueva doctrina constitucional....." (53).

Si bien el texto original de la Constitución de 1917 aludía a algunas cuestiones relacionadas con la salud, unas como parte de la tutela obrera y otras como facultad del Congreso para legislar en materia de salubridad general, posteriormente se incorporaron al texto constitucional otros preceptos que significaron aportaciones importantes en la definición del nuevo Derecho a la Protección de la Salud.

En efecto, en 1971 se adicionó la fracción XVI del artículo 73 para ampliar la competencia del Consejo de Salubridad General en materia de contaminación ambiental y de este modo procurar mejores condiciones que propiciaran la salud humana. En este mismo sentido se adicionó, en 1976, el artículo 27 para que se previeran medidas conducentes a preservar los elementos naturales del -

(55) González Fernández José Antonio Lic., Díaz Alfero Salomón Lic. Análisis de La Ley General de Salud. Salud Pública de México. Vol. 26. Núm.6. Noviembre - Diciembre 1981. pág. 524

territorio nacional.

Posteriormente, en 1980, el artículo 4o. fue también adicionado para establecer la obligación de los padres de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental, previéndose que la ley determinarí los apoyos conducentes a la protección de aquéllos, a cargo de las instituciones públicas.

A pesar de los innegables avances logrados por algunas instituciones públicas para proporcionar servicios de salud de mejor calidad, una buena parte de la población ha venido siendo rezagada de dichos servicios, principalmente quienes no obtienen los beneficios de la seguridad social.

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al artículo 4o. constitucional donde se consagró la referida garantía social. Del nuevo párrafo adicionado se pueden desprender los siguientes elementos:

- * El derecho de toda persona a la protección de su salud;
- * La necesidad de definir en la Ley Reglamentaria las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud;
- * La concurrencia entre la Federación y los Estados en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 significa el cumplimiento -

del mandato del constituyente permanente para desarrollar, en la Ley, el nuevo derecho. Así mismo, la referida Ley reglamenta, además del tercer párrafo del artículo 4o. a los párrafos segundo y quinto relativos a la planificación familiar y a la protección de los menores, respectivamente.

La Ley General de Salud, se suma a la cada vez más rica legislación social mexicana y constituye un avance importante en la sistematización de la legislación sanitaria nacional.

".....La Ley, recogiendo la concepción de La Organización Mundial de la Salud, se sustenta en la idea de que el derecho a la salud, es el estado de bienestar físico, mental y social que propicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad; por eso, la salud no sólo constituye un valor biológico, sino un bien social y cultural que corresponde al Estado, a la sociedad y al individuo participar en las acciones que la hagan posible.....
...". (54).

Si la salud es un bien de interés público, el Estado debe ser el principal responsable para garantizarla a todos los habitantes de la nación, propiciando las condiciones para el desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano. Sin embargo, esta responsabilidad no podría prosperar sin la concurrencia de la sociedad en su conjunto y de los individuos interesados. "....
....Para lograr esta corresponsabilidad el Estado debe realizar las acciones que hagan posible, por un lado, la participación de

los diversos sectores de la sociedad en la prestación de los servicios de salud, y por otro, hacer renovados esfuerzos por garantizarlos...." (55)

".....El propósito principal del derecho a la protección de la salud es que todos los habitantes gocen de prestaciones básicas de salud de la misma calidad, eficacia y oportunidad....." (56).

Por otra parte, otra de las garantías sociales que consagra nuestra Constitución en materia de seguridad social, es la que nos señala el artículo 123, del que a su vez se desprenden 3 Leyes, que a continuación me permitiré expresar en el siguiente orden:

- I.- Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reglamentaria del artículo 123 Apartado B fracción XXIX de la Constitución, que nos dice: "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares".
- 2.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado (ISSSTE), reglamentaria del artículo 123 Apartado B fracción XI de la Constitución,-

{ 55 } Loc. cit.
{ 56 } Loc. cit.

que dice: "La Seguridad Social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) En caso de accidente o enfermedad se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la Ley.
- c)
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la Ley.
- e), f) "

3.- Ley del del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), reglamentaria del artículo 123 Apartado B fracción XIII segundo párrafo que dice: "El Estado proporcionará a los miembros en el activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, las prestaciones a que se refiere el inciso f) de la fracción XI de este apartado, en términos similares y a través del organismo encargado de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones".

IV.C DERECHO ADMINISTRATIVO

La Constitución Política para poder garantizar el derecho a la protección de la salud al que se hace alusión en el artículo 4o. párrafo tercero, confiere también conforme al artículo 89 fra

cción I, las facultades al Presidente de la República para promulgar y ejecutar las leyes que expida el Congreso de la Unión, teniendo en este caso a la Ley General de Salud, que va a ser un ordenamiento jurídico de orden público que se encargará de satisfacer las necesidades sanitarias de interés general como una respuesta a la garantía social consagrada en el artículo ya aludido.

Por otra parte para llevar a cabo esta política sanitaria el Presidente de la República delega sus funciones a otra persona denominada Secretario Estado (57) que se encargará de ejercer la titularidad de la Secretaría de Salud.

Ahora bien, las atribuciones y competencias de esta Secretaría son reguladas por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal ya que en su artículo 39 dice: A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.
- II. Crear y administrar establecimientos de seguridad, de asistencia pública y de terapia social en cual

(57) "Secretarios de Estado o simplemente Ministros que son los colaboradores más cercanos del Presidente colocados a la cabeza de su ministerio que comprende una rama de la Administración Pública". Serra Rojas Andrés. Der. Administrati vo I. México. Edit. Porrúa. 1983., pág. 525

- quier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
- IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de sus fundadores.
- IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.
- XIX. Organizar congresos sanitarios y asistenciales.
- XX. Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.
- XXI. Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y de sus reglamentos.
- XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.

IV.C.I Ley General de Salud

A continuación se analizará de la Ley General de Salud el Título Décimocuarto que se refiere al Control Sanitario de La Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; ya que es objeto del presente estudio, agregando un breve comentario.

Así tenemos al Artículo 313 que dice: Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de ór-

ganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Artículo 314. Para los efectos de este Título, se entiende por:

- I. Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; el conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización, preparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos, con fines terapéuticos, de docencia e investigación.

Artículo 315. Se considerará como disponente originario, para efectos de este título, a la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo.

Artículo 316. Serán disponentes secundarios:

- I. El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario;
- II. A falta de los anteriores, la autoridad sanitaria, y
- III. Los demás a quienes esta Ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.

Artículo 319. Las personas y establecimientos que realicen actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, deberán contar con autorización de la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 320. Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, aquella que se realice en contra de la Ley y el orden público.

Artículo 321. Los trasplantes de órganos o tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del disponente originario y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

Comentario: La finalidad terapéutica es la justificación de este procedimiento.

Artículo 322. La obtención de órganos o tejidos de seres humanos vivos para trasplante, sólo podrá realizarse cuando no sea posible utilizar órganos o tejidos obtenidos de cadáveres.

Queda prohibido realizar el trasplante de un órgano único - excencial para la conservación de la vida y no regenerable, de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo.

Comentario: Es obvio que si un receptor contara con un candidato vivo donador, no tendría que esperarse para recibir un riñón donador de cadáver.

Artículo 323. La selección del disponente originario y del receptor de órganos o tejidos para trasplante o transfusión se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

Comentario: A este respecto cabe mencionar que hay un servicio de Inmunología que se encarga de estudiar el grado de compati-

bilidad de los candidatos donadores con el receptor.

Artículo 324. Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables. En el caso de la sangre, no será necesario que el consentimiento sea manifestado por escrito.

El disponente originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte.

Comentario: Cuando el candidato donador esta conciente en ayudar al receptor y sabe que con su ayuda salvará una vida, otorgará su consentimiento mediante la firma de un documento expedido por el hospital.

Artículo 325. Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos y tejidos de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el artículo 316 de esta Ley.

Las disposiciones reglamentarias señalarán las formalidades a que se sujetará la obtención de órganos y tejidos en los casos a que se refiere este artículo.

Comentario: Cuando una persona fallece y sus riñones se encuentran en perfecto estado basta que sus disponentes secundarios autorize la disposición de estos, siempre y cuando el fallecido no haya dejado disposición expresa al respecto.

Artículo 326. No será válido el consentimiento otorgado por:

- I. Menores de edad;
- II. Incapaces, o
- III. Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

Artículo 327. Cuando el consentimiento provenga de una mujer embarazada sólo será admisible para la toma de tejidos con fines terapéuticos si el receptor correspondiente estuviere en peligro de muerte, y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción.

Comentario: En este caso el trasplante renal se realizará hasta que la mujer embarazada de a luz y se haya recuperado totalmente.

Artículo 328. Las personas privadas de su libertad podrán otorgar consentimiento para la cesión de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario de que se trate.

Comentario: A estas personas se les trasladará a la Institución Hospitalaria el tiempo necesario para la efectuación del trasplante renal, siempre y cuando haya otorgado su consentimiento a la donación. Para que posteriormente se le retorne después de la intervención y previa recuperación al lugar de origen para seguir cumpliendo su sentencia.

Artículo 329. Los establecimientos de salud, previa autorización de la Secretaría de Salud, podrán instalar y mantener, para

finés terapéuticos, bancos de órganos y tejidos, los que serán - utilizados bajo la responsabilidad técnica de la dirección del es- tablecimiento de que se trate y de conformidad con las disposicio- nes aplicables.

IV.C.I.a Reglamento de La Ley General de Salud en Materia - de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

El fundamento del presente Reglamento se encuentra en los - Artículos 1o.; 2o.; 3o., fracción XXVI; 4o.; 7o.; 13 "A", fraccio- nes I, II y X; 14; 18; 23; 24, fracción I; 27, fracción III; 32;- 33; 45; 47; 100; 313 a 350 y demás relativos de La Ley General de Salud.

A continuación señalaré algunos de los artículos más relevan- tes relacionados con el trasplante renal.

Artículo 16. Tratándose de trasplantes, el disponente origi- nario del que se toman órganos o tejidos deberá:

- I. Tener más de 18 años de edad y menos de 60;
- II. Contar con dictamen médico actualizado y favorable - sobre su estado de salud, incluyendo el aspecto psi- quiátrico;
- III. Tener compatibilidad con el receptor, de conformidad con las pruebas médicas practicadas;
- IV. Haber recibido información completa sobre los ries- gos de la operación y las consecuencias de la extir- pación del órgano, en su caso, así como las probabi- lidades de éxito para el receptor, y

V. Haber expresado su voluntad por escrito, libre de -
coacción física o moral, otorgada ante dos testigos_
adoneos o ante un notario.

Artículo 21. La disposición de órganos y tejidos para fines_
terapéuticos será a título gratuito, con la excepción que estable
cen los artículos 332 de la Ley General de Salud y Go.;fracciones
XVI y XVIII de este Reglamento.

Artículo 22. Se prohíbe el comercio de órganos o tejidos des
prendidos o seccionados por intervención quirúrgica, accidente o_
hecho ilícito.

Artículo 24. El documento en el que el disponente originario
exprese su voluntad para la disposición de órganos y tejidos con_
fines de trasplante, deberá contener:

- I. Nombre completo del disponente originario;
- II. Domicilio;
- III. Edad;
- IV. Sexo;
- V. Estado civil;
- VI. Ocupación;
- VII. Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubi-
nario, si tuviere;
- VIII. Si fuese soltero, nombre y domicilio de los padres y
a falta de estos, de alguno de sus familiares más -
cercanos;
- IX. El señalamiento de que por propia voluntad y a títu-
lo gratuito, consiente en la disposición del órgano_

o tejido de que se trate, expresándose si esta disposición se entenderá hecha entre vivos o para después de su muerte;

- X. Identificación clara y precisa del órgano o tejido - objeto del trasplante;
- XI. El nombre del receptor del órgano o tejido, cuando - se trate de trasplante entre vivos, con las condiciones que permitan identificar al receptor si la disposición fuera para después de su muerte;
- XII. El señalamiento de haber recibido información a su - satisfacción sobre las consecuencias de la extirpa - ción del órgano o tejido;
- XIII. Nombre, firma y domicilio de los testigos cuando se - trate de documento privado;
- XIV. Lugar y fecha en que se emite;
- XV. Firma o huella digital del disponente.

Artículo 25. El receptor de un órgano o tejido deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Tener un padecimiento que pueda tratarse de manera - eficaz por medio del trasplante;
- II. No presentar otras enfermedades que predeciblemente - interfieran en el éxito del trasplante;
- III. Tener un estado de salud físico y mental capaz de to - lerar el trasplante y su evolución;
- IV. Haber expresado su voluntad por escrito, una vez en - terado del objeto de la intervención, de sus riesgos

y de las probabilidades de éxito, y

- V. Ser compatible con el donante originario del que se vaya a tomar el órgano o tejido.

Los médicos responsables del trasplante, procurarán que el receptor no tenga la edad de 60 años al momento del trasplante.

Artículo 26. El escrito donde se exprese la voluntad a que se refiere la fracción IV del artículo anterior, deberá contener:

- I. Nombre completo del receptor;
- II. Domicilio;
- III. Edad;
- IV. Sexo;
- V. Estado civil;
- VI. Ocupación;
- VII. Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario si tuviere;
- VIII. Si fuese soltero, nombre y domicilio de los padres y a falta de estos, de alguno de sus familiares más cercanos;
- IX. El señalamiento preciso de que por su propia voluntad consiente en la realización del trasplante, y que fue enterado suficientemente del objeto y clase de la intervención de las probabilidades de éxito terapéutico;
- X. Firma o huella digital del receptor;
- XI. Lugar y fecha en que se emite, y
- XII. Nombre, firma y domicilio de los testigos si se trata

de documento privado.

Artículo 28. En el caso de trasplante de órganos o tejidos - obtenidos de un cadáver, éste reunirá las siguientes condiciones previas al fallecimiento:

- I. Haber tenido edad fisiológica útil para efectos del trasplante;
- II. No haber sufrido el efecto deletéreo de una agonía prolongada;
- III. No haber padecido tumores malignos con riesgo de metastasis al órgano que se utilice, y
- IV. No haber presentado infecciones graves y otros padecimientos que pudieren, a juicio médico, afectar al receptor o comprometer el éxito del trasplante.

Artículo 34. Las instituciones que realicen trasplantes, deberán cotar con un comité interno de trasplante cuyas atribuciones serán las siguientes:

- I. Verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establece la Ley, este Reglamento y las normas técnicas;
- II. Verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo a principios de ética médica;
- III. Hacer la selección de donantes originarios y receptores para trasplante;
- IV. Brindar la información necesaria a los receptores, donantes y familiares en relación a estos procedi

mientos terapéuticos, y

- V. Promover la actualización del personal que participe en la realización de trasplantes.

Los Comités a que se refiere este artículo, se integrarán con personal médico especializado en materia de trasplantes y en forma interdisciplinaria, bajo la responsabilidad de la institución, y su integración deberá ser aprobada por la Secretaría.

IV.D DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

De la garantía social consagrada en el Artículo 123 de la Constitución Política Mexicana en materia de seguridad social se desprenden tres ordenamientos jurídicos ya mencionados con anticipación, de los cuales se hablará enseguida y que para efecto del presente estudio se expondrán sólo los artículos más importantes que se refieren a la seguridad social, agregando un breve comentario y relacionandolo con la insuficiencia renal y el trasplante renal.

IV.D.I Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social

Artículo 1. La presente Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece.

Artículo 2. La seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Artículo 3. La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas federales o locales y de

organismos descentralizados, conforme lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 4. El seguro social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 5. La organización y administración del seguro social, en los términos consignados en esta Ley, está a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Artículo 8. Con fundamento en la solidaridad social el régimen del seguro social, además de otorgar las prestaciones inherentes a sus finalidades, podrá proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo conforme a lo dispuesto en el título 4 de este ordenamiento.

Comentario: Esta bien visto que la presente Ley además de proporcionar servicios sociales de interés general, proporciona también las prestaciones correspondientes a todos los trabajadores a las que tienen derecho, y que pertenecen en este caso al Apartado A del Artículo 123 constitucional.

Artículo 48. Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Artículo 49. Se considera accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del

trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste.

También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse al lugar del trabajo, directamente de su domicilio o de este a aquél.

Artículo 50. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se ve obligado a prestar sus servicios. En todo caso serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Artículo 52. La existencia de estados anteriores tales como - idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad - temporal o permanente, ni las prestaciones que correspondan al - trabajador.

Comentario: La insuficiencia renal crónica es una enfermedad de tal magnitud que si algún trabajador la llegase a padecer, y - que por ese motivo se le tenga que realizar un trasplante renal, - necesariamente tiene que gozar de la incapacidad correspondiente, ya sea en forma temporal o permanente.

Artículo 63. El asegurado que sufre un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
- II. Servicio de hospitalización;
- III. Aparatos de prótesis y ortopedia; y
- IV. Rehabilitación.

Artículo 99. En caso de enfermedad, el Instituto otorgará al

asegurado la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento.

No se computarán en el mencionado plazo el tiempo que dure el tratamiento curativo que le permita continuar en el trabajo y seguir cubriendo las cuotas correspondientes.

Artículo 100. Si al concluir el periodo de 52 semanas previsto en el artículo anterior, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico.

Artículo 104. En caso de enfermedad no profesional el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas si al concluir dicho periodo el asegurado continuara incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por 26 semanas más.

Comentario: Los Artículos 99, 100 y 104 hacen alusión al término prorrogable de la enfermedad. Así, si un trabajador estuviera sometido a un programa de trasplante renal dicha prórroga se tendría que ampliar necesariamente ya que el trasplante implica como ya se ha mencionado un tiempo que varía de acuerdo a las condiciones en que se encuentre el paciente receptor para su futura realización.

Artículo 119. Con el propósito de proteger la salud y preve-

nir las enfermedades, los servicios de medicina preventiva del Instituto llevaran a cabo programas de difusión para la salud, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales.

Artículo 120. El Instituto se coordinará con la Secretaría de Salud y con otras dependencias y organismos públicos, con objeto de realizar las campañas y programas a que se refiere el artículo anterior.

Comentario: Los artículos anteriores se refieren a la creación de campañas sanitarias llevadas a cabo en acción conjunta por dos organismos; uno centralizado y otro descentralizado, y de esta manera se pueden prevenir enfermedades que se presentan en una forma muy simple y que con el transcurso del tiempo se convierten en catastróficas, y los costos para atenderla son muy elevados, como en el caso de las enfermedades renales. Por ese motivo reviste una gran importancia la creación de campañas sanitarias ya sea a nivel nacional o internacional.

Artículo 233. Las prestaciones sociales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

Artículo 234. Las prestaciones sociales serán proporcionadas mediante programas de:

- I. Promoción de la salud difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de

medios masivos de comunicación.

Artículo 237. El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los nú -- cleos de población que por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda imaginación rural, sub-urbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinara con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social.

IV.D.2 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores al Servicio del Estado.

Esta Ley proporciona la seguridad social a la que tienen derecho los trabajadores que pertenecen al Apartado B del Artículo 123 constitucional.

Artículo I. La presente Ley se aplicará:

- I. A los trabajadores del servicio civil de la Federación del Departamento del Distrito Federal;
- II. A los trabajadores de los organismos públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados a su regimen;
- III. A los pensionistas de las entidades y organismos públicos a que se refieren las fracciones anteriores;
- IV. A los familiares derechohabientes tanto de los trabaja-

jadores como de los pensionistas mencionados;

V. A las entidades y organismos públicos que se mencionan en este artículo.

Artículo 3. Se establezcan con el carácter de obligatorias las siguientes prestaciones:

- I. Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad;
- II. Seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Artículo 22. En caso de enfermedad no profesional, el trabajador y pensionista tendrán derecho a las siguientes prestaciones:

- I. Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sean necesarias desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad. El reglamento de servicios médicos determinará que se entiende por éste último concepto.

En caso de enfermos ambulantes cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación;

- II. Cuando se trate de un trabajador y la enfermedad lo incapacite para el trabajo, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo, o con medio sueldo, conforme al Artículo 85 del Estatuto Jurídico de Los Trabajadores al Servicio de Los Poderes de la Unión. Si al vencer la licencia con goce de medio sueldo continúa la inca

pacidad, se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad hasta por 52 - semanas contadas desde que se inició ésta. Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Al principiar la enfermedad, tanto el trabajador como la entidad u organismo público en que labore, darán - el aviso correspondiente al Instituto.

Artículo 25. Cuando se haga la hospitalización del asegurado_ en los términos del reglamento de servicios médicos, el subsidio - establecido en la fracción II del Artículo 22 se pagará al trabaja- dor o a los familiares derechohabientes señalados en el orden del- Artículo 89.

Para la hospitalización se requiere el consentimiento expreso del enfermo o de sus familiares, a menos que en los casos graves y de urgencia o cuando por la naturaleza de la enfermedad, se impon- ga como indispensable esa medida.

En caso de incumplimiento por parte del enfermo a la orden - del Instituto de someterse a hospitalización, o cuando se interrump a el tratamiento sin la autorización debida, se suspenderá el pa- go del subsidio.

Artículo 29. Se establece el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en favor de los trabajadores a que se refiere el Artículo I de esta Ley y, como consecuencia de ello, el

Instituto se subrogará en la medida y terminos de esta Ley en las obligaciones de las entidades y organismos públicos derivados del Estatuto Jurídico de Los Trabajadores al Servicio de Los Poderes - de la Unión y de las leyes del trabajo por cuanto a los mismos riesgos se refiere.

Para los efectos de esta Ley serán reputados como accidentes de trabajo los que se realicen en las circunstancias y con las características que especifica la Ley Federal del Trabajo así como - aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que se desempeñen su trabajo o viceversa.

Se considerarán enfermedades profesionales las que reúnan las circunstancias y características señaladas en las leyes del trabajo.

Artículo 32. En caso de accidente o enfermedad profesional, el trabajador tendrá derecho a las siguientes prestaciones:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios;
- II. Licencia con goce de sueldo íntegro cuando el accidente o enfermedad incapacite al trabajador para desempeñar sus labores. El pago del sueldo se hará desde el -primer día de incapacidad y será cubierto en la forma en que se señala en las fracciones II, III, IV, V del presente artículo.

Comentario: El Artículo 22 y 31 se refieren tanto al seguro de enfermedades no profesionales como al seguro de accidentes del

trabajo y enfermedades profesionales.

Se consideran a ambas las que reúnan las circunstancias y características señaladas en las leyes del trabajo. En estos preceptos el trabajador al servicio del Estado tiene derecho a ser atendido por el Instituto cuando presente insuficiencia renal por motivo del trabajo y que tenga como consecuencia el trasplante renal.

Artículo 101. El Instituto tendrá personalidad jurídica para celebrar toda clase de actos y contratos, así como para defender sus derechos ante los tribunales o fuera de ellos, y para ejercer las acciones judiciales o gestiones extrajudiciales que le competen. El Instituto deberá obtener la autorización previa del Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para desistirse de las acciones intentadas o de los recursos interpuestos, así como para dejar de interponer los que las leyes le concedan, cuando se trate de asuntos que afecten al erario federal.

Artículo 102. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado tendrán las siguientes funciones:

I. Otorgar y administrar los diversos servicios a su cargo.

Comentario: Una de las funciones más importantes del Instituto, es la de otorgar servicios de salud a sus agremiados como la creación del C. H. "20 de Noviembre" que es uno de los hospitales pioneros en la realización de los trasplantes de riñón.

IV.D.3 Ley del Instituto de Seguridad Social Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Artículo 1. Se crea con carácter de organismo público descon-

tralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, el Instituto de Seguridad Social Para las Fuerzas Armadas Mexicanas, con domicilio en la ciudad de México.

Artículo 2. El Instituto tendrá como funciones:

- I. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la presente Ley le encomienda.

Comentario: Este Instituto también tiene como finalidad proporcionar servicios de salud muy importantes, siendo en este caso el Hospital Militar que cuenta con riñones artificiales para hemodialisar a pacientes que requieran de este tratamiento.

Artículo 152. La atención médico quirúrgica es el sistema por el cual se trata de conservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no sólo la ausencia de enfermedad sino también el bienestar físico y mental.

Este servicio se prestará gratuitamente a los militares en activo, por las Secretarías de La Defensa Nacional y de Marina, en sus hospitales, enfermería y secciones sanitarias, de acuerdo con las leyes que las rigen.

Artículo 155. La atención médico quirúrgica incluye además, la asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y, en su caso, obstétrica, prótesis, ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como la medicina preventiva y social y la educación higiénica.

Artículo 156. Para la hospitalización del militar o de sus familiares, se requiere el consentimiento expreso del paciente.

Sólo podrá ordenarse la hospitalización del militar o de sus

familiares, en las siguientes circunstancias:

Cuando la enfermedad requiera atención y asistencia que no pueden ser proporcionadas a domicilio;

Cuando así lo exija la índole de la enfermedad, particularmente tratándose de padecimientos contagiosos;

Cuando el estado del paciente demande la observación -- constante o exámen que sólo puedan llevarse a efecto en un centro hospitalario; y en casos graves de urgencia y emergencia.

Comentario: Los miembros del servicio activo pertenecientes al Ejército o a la Armada cuando padezcan insuficiencia renal crónica y sean por consiguiente candidatos a un trasplante renal, después de realizado este, previa restauración regresarán a su unidad de trabajo donde realizarán actividades administrativas.

IV.E DERECHO COMPARADO

El Trasplante renal y su impacto en el mundo ha hecho que muchos países se vean en la necesidad de crear leyes al respecto. Por lo que a manera de efecto se citarán las las siguientes legislaciones.

IV.E.I Legislación Española

En España la extracción y trasplante de órganos se rige por la Ley de 1979, que se transcribe a continuación:

Artículo I. La sesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos para ser utilizados con fines terapéuticos, sólo podrá realizarse con arreglo a lo establecido por -

la presente ley y por las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

Artículo 2. No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos.

Se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos, no sea, en ningún caso, gravosa para el donante vivo, ni para la familia del fallecido.

Artículo 3. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social autorizará expresamente los centros sanitarios en que pueda efectuarse la extracción de órganos. Dicha autorización determinará a quién corresponde dar la autorización para cada intervención.

Artículo 4. La obtención de órganos procedentes de un donante vivo para su ulterior injerto o implantación en otra persona no podrá realizarse si no se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Que el donante sea mayor de edad.
- b) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión.

Esta información se referirá a las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico, a las eventuales repercusiones que la donación pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional, así como los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor.

- c) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo por

escrito ante la autoridad pública que reglamentaria -
mente se determine tras las explicaciones del médico -
que ha de efectuar la extracción, obligado también a -
firmar el documento de cesión del órgano. En ningún -
caso podrá efectuarse la extracción sin la firma pre -
via de este documento. A los efectos establecidos en -
esta Ley no podrá obtenerse ningún tipo de órganos de
personas que, por deficiencias psíquicas o enfermedad
mental o por cualquier otra causa, no pueden otorgar -
su consentimiento expreso, libre y consciente.

- d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante -
a una persona determinada, con el propósito de mejo -
rar sustancialmente sus esperanzas o sus condiciones -
de vida, garantizando el anonimato del receptor.

Artículo 5. I. La extracción de órganos u otras piezas anató -
micas de fallecidos podrá hacerse previa constatación
y comprobación de muerte. Cuando dicha constatación y
comprobación se base en la existencia de datos de --
irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por --
tanto, incompatibles con la vida, el certificado de -
defunción será suscrito por tres médicos, entre los -
que deberá figurar un neurólogo o neurocirujano y el -
jefe del servicio de la unidad médica correspondiente
o su sustituto; ninguno de estos facultativos podrá -
formar parte del equipo que vaya a proceder a la ob -
tención del órgano o a efectuar el trasplante.

2. La extracción de órganos y otras piezas anatómicas del fallecido podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos en el caso de que estos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición.

Artículo 6. El responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante sólo podrá dar su conformidad si se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante.
- b) Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuados por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- c) Que el receptor exprese por escrito su consentimiento para la realización del trasplante, cuando se trate de un adulto jurídicamente responsable de sus actos, o por sus representantes legales, padres o tutores, en caso de pacientes con déficit mental o menores de edad.

Artículo 7. Se facilitará la constitución de organizaciones a nivel de comunidades autónomas y nacional, y se colaborará con en-

tidades internacionales que hagan posible el intercambio y la rápida circulación de órganos para trasplante obtenidos de personas fallecidas, con el fin de encontrar el receptor más idóneo.

IV.E.2 Legislación Italiana

En Italia el trasplante del riñón entre personas vivas se regula por la Ley del 26 de Julio de 1967, y los artículos a tratar son los siguientes:

Artículo 1. Derogando la prohibición señalada por el Artículo 50. del Código Civil, se permite disponer a título gratuito del riñón con fines de trasplante entre personas vivas.

La derogación aprovecha a los padres, a los hijos, a los hermanos carnales o hermanastros del paciente que sean mayores de edad, siempre que sean respetadas las disposiciones previstas en la presente ley.

Solamente en el caso de que el paciente no tenga los consanguíneos a que hace referencia el párrafo anterior o ninguno de ellos sea idóneo o disponible, la derogación puede aplicarse en relación con otros parientes y donadores extraños.

Artículo 2. El acto de disposición y destino del riñón en favor de un determinado paciente es recibido por el juez del lugar en el cual resida el donante o en el que tiene su sede el instituto autorizado para trasplantes.

La donación de un riñón puede ser autorizada con la condición de que el donante haya alcanzado la mayoría de edad, esté en posesión de la capacidad de entender y querer, conozca los límites de la terapia del trasplante del riñón entre vivos y este consciente

de las consecuencias personales que comporta su sacrificio.

El juez, comprobada la existencia de las condiciones consiguas en el párrafo anterior y comprobado también que el donante ha decidido hacer la donación de un riñón libre y espontáneamente, atenderá a la redacción por escrito de las declaraciones correspondientes.

El acto que deberá ser a título gratuito y que no tolerará ninguna condición u otras determinaciones accesorias de la voluntad, es siempre revocable hasta el momento de la intervención quirúrgica y no da lugar al nacimiento de derechos del donante con respecto al receptor.

El juez, comprobada la existencia del dictamen técnico favorable a la toma y trasplante del riñón contenido en la información médica colegiada de la que trata el artículo siguiente, puede conceder autorización mediante decreto dentro del término de 3 días que declare que no hay obstáculo para la ejecución del trasplante.

En caso contrario y dentro del mismo término, declarará mediante decreto motivado la negativa.

Contra tal decreto se puede elevar recurso ante el Tribunal que se constituye en Cámara de Consejo.

Todos los actos de estos procedimientos ante el juez o ante el Tribunal no están sujetos a las disposiciones de la ley sobre impuestos del registro o del timbre.

Artículo 3. La toma y el trasplante de riñón pueden ser efectuados en centros para los trasplantes de órganos, en institutos universitarios y en los hospitales considerados idóneos también -

para la investigación científica. Los centros, los institutos y los hospitales citados deberán disponer de médicos particularmente calificados por su competencia médica, quirúrgica, biológica y deberán estar autorizados por el Ministro de Salud, oído el parecer del Consejo Superior de Salubridad y por los institutos universitarios, escuchando igualmente el parecer de la Primera Sección del Consejo de Instrucción Pública.

El director del Instituto que pretende ejecutar un trasplante de riñón, obtenidas y controladas todas las investigaciones necesarias, reunirá el colegio médico a sus colaboradores, con la participación de un médico de confianza del donante y proveerá a la redacción de una acta atestiguando la idoneidad del donante tanto desde el punto de vista de la histocompatibilidad, como de la existencia de la indicación clínica del trasplante en el paciente.

Tal declaración con dictamen técnico favorable, será remitida al médico en jefe provisional, el cual demostrada la sujeción a las condiciones establecidas en el párrafo anterior lo enviará dentro de las 24 horas siguientes al juez para el libramiento de la declaración de que no hay obstáculo para la ejecución del trasplante de que habla el Artículo 2o. .

Artículo 4. El trasplante del riñón legítimamente extraído y destinado a un determinado paciente no puede llevarse a cabo sin el consentimiento de éste o en ausencia de un estado de necesidad.

Artículo 5. Por la intervención quirúrgica de la toma del riñón, el donante disfrutará de los beneficios previstos en las leyes vigentes para los trabajadores autónomos o subordinados enfer-

mos; quedan también asegurados contra los riesgos inmediatos y futuros inherentes a la intervención quirúrgica así como contra la - disminución sufrida.

Artículo 6. Cualquiera convención privada que prevea una compensación en dinero u otro beneficio en favor del donante para inducirlo al acto de disposición y destino será nula y no producirá ningún efecto.

Artículo 7. Será castigado con reclusión de 3 meses a 1 año - y multa de Cien Mil a Dós Millones de liras a quién con fines de - lucro realice actividades de intermediario en la donación de un riñón.

Artículo 8. El Ministro de Salud, de acuerdo con el Ministro de Trabajo y Previsión Social, expedirá el reglamento de ejecución de la presente ley dentro de los seis meses que sigan a su entrada en vigor.

CONCLUSIONES

1. De las alternativas que tiene el paciente con Insuficiencia Renal, el trasplante renal es la solución más idónea para proporcionar una calidad de vida mucho más natural.
2. El trasplante renal es uno de los trasplantes más numerosos y las posibilidades de éxito son mayores que la de otros trasplantes. Por lo que el paciente puede rehabilitarse casi por completo, integrándose a la sociedad más pronto y productivamente.
3. Resulta necesaria la creación de un Instituto Nacional de Nefrología, en donde además de practicar un mayor número de trasplantes renales disponga de suficientes RÍÑONES Artificiales u otras terapias semejantes para atender a un mayor número de enfermos con Insuficiencia Renal y desahogar así de esta forma muchos Centros de Diálisis a menudo saturados.
4. El Estado tiene la facultad potestativa para asegurar y proteger el Derecho a la Salud.
5. El Estado debería de llevar a cabo campañas de salud a nivel nacional a través de los diferentes medios de comu

- nificación para dar a conocer a la población los pormenores y la problemática de sufrimientos físicos, psicológicos, económicos, sociales y morales que experimentan todas las personas que padecen Insuficiencia Renal y que son por consiguiente candidatos a un trasplante renal.
6. Para efecto de tener un control más directo en la fabricación y distribución de los medicamentos, el Estado debiera nacionalizar la industria farmacéutica. Y en el caso de los medicamentos importados debiera celebrar convenios con los países respectivos para adquirir la técnica de su elaboración y poderlos fabricar él.
 7. La relación Costo - Beneficio de los fondos financieros destinados a la atención de los pacientes que se encuentran sometidos a los tratamientos de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal, esta justificada ya que trae necesariamente un beneficio, que es el de proteger el Derecho a la Salud y por consiguiente el Derecho a la Vida.
 8. El Derecho a la Salud es un derecho de vital importancia ya que va a permitir que un pueblo se desarrolle integralmente en todos sus órdenes, Puesto que "Un pueblo sano es un pueblo productivo y un pueblo productivo es un pueblo desarrollado". Por lo que se debería sumar esfuerzos entre Estado y Sociedad para atender este derecho.

9. La Ley General de Salud constituye un avance importante en la sistematización de la legislación sanitaria nacional. Sin embargo hay muchos otros aspectos jurídicos aún por resolverse, ya que la ciencia jurídica es muy difícil que vaya al parejo con la ciencia médica.

SIGNIFICADO DE PALABRAS

- Anastomosis..... Comunicación entre dos vasos o nervios, formación quirúrgica o patológica de una comunicación entre dos órganos o espacios que normalmente están separados.
- Antero - Externo..... Situado en la parte anterior y en el lado externo.
- Antero - Lateral..... Adjetivo de Antero - Externo.
- Anuria..... Supresión absoluta de la secreción urinaria.
- Arteriografía..... Descripción de las arterias, inscripción gráfica del pulso arterial, Roentgenografía de las arterias después de haber inyectado una sustancia opaca vasográfica arterial.
- Asepsia..... Ausencia de materias sépticas o carencia de germenos infecciosos, método para evitar la contaminación.
- Biopsia..... Inspección del cuerpo vivo, en -

- oposición a necropsia, exámen -
 diagnostico de un trozo de teji-
 do excindido de un sujeto vivo.
- Catéter..... Instrumento quirúrgico tubular -
 para el desague del liquido de -
 una cavidad del cuerpo o para --
 distender un paso o conducto, son
 da acanalada usada como guía en_
 ciertas intervenciones quirúrgi-
 cas.
- Cigoto..... Célula que resulta de la fusión_
 de dos gametos.
- Contra Lateral..... Que actua al unisono con una par
 te similar del lado opuesto.
- Decúbito..... Posición del cuerpo tendido so -
 bre un plano horizontal.
- Dialisis..... Separación; difusión diferencial;
 con ella se separan sustancias -
 de una mezcla según su diversa -
 difusibilidad a través de una --
 membrana apropiada lograndose en
 tre otros fines la separación de
 los cuerpos coloides de los cris
 taloides.
- Diuresis..... Secreción abundante de la orina.
- Estilete..... Sonda delgada, alambre usado pa-

ra desobstruir un Catéter o hacerlo más rígido, instrumento empleado como medio explorador que en la actualidad ha sido substituído en gran parte por la Roentgenografía.

- Flanco..... Parte lateral del cuerpo entre las costillas y el ilíaco; costado.
- Ganglio..... Colección o masa de células nerviosas que actúan como centro de influencia nerviosa.
- Glotis..... Abertura entre las cuerdas vocales, junto a la parte de la laringe que contribuye a la producción de la voz.
- Hemodialisis..... Eliminación de los productos nocivos de desecho de la sangre, presentes en cantidades excesivas, por difusión de la misma a través de una membrana semipermeable (Dialisador) o de un aparato que actúa como riñón artificial.
- Hiperémico..... De hiperemia. Exceso de sangre en una parte del cuerpo.
- Insuficiencia..... Incapacidad o inadecuación de un

órgano para realizar el trabajo_ que le esta asignado.

- Latéral.....** Relativo a un lado, situado a un lado.
- Linfático.....** Organó situado en el trayecto de los vasos linfáticos, cuyo líquido recibe por un lado y transmite por otro, sólo o reunido en grupos.
- Linfocito.....** Variedad de leucocito que tiene su origen en el tejido reticular de los ganglios, son células mononucleares cuyo protoplasma se describe generalmente como excéntrico de granulaciones.
- Monocigótico.....** Relativo a un cigoto único o derivado de un sólo cigoto.
- Nefrectomía.....** Extirpación del riñón.
- Nefritis Aguda Intersticial.....** Nefritis: Inflamación del riñón; lesión difusa, progresiva, degenerativa o proliferativa, que afecta en proporción variable al parenquima renal, el tejido intersticial y el sistema vascular renal. Aguda: Glomerulonefritis difusa que se presenta bajo dos_

formas clínicas, silenciosa y --
 franca, puede ser debida a la hu
 medad o al frío. Intersticial:-
 La caracterizada por hiperplasia
 del tejido intersticial. Hiper -
 plasia: Multiplicación anormal o
 aumento del número de células -
 normales de un tejido conservan-
 do la disposición ordinaria.

- Padículo.....** Faja estrecha o cordon de teji--
 dos que sirve de sosten o que -
 une un tumor o colgajo al lugar_
 o base de implantación.
- Reborde.....** Borde saliente de una parte u ór
 gano.
- Reflujo.....** Retorno o retroceso de un liqui-
 do.
- Trauma.....** Lesión, herida.
- Tyrole.....** Solución farmacobiológica.
- Urea.....** Componente sólido de la orina de
 los mamíferos.
- Uremia.....** Enfermedad causada por la acumu-
 lación de urea en la sangre.

BIBLIOGRAFIA

- Anaya Rene. Donar Organos Vitales Quejará Regulado. Historia de los Trasplantes. "El Nacional". México. D. F. Tercera Sección. Págs. 1 y 2 Domingo 10. de Julio de 1984.
- Anaya Rene. Otra Esperanza de Vida: El Trasplante Renal. "El Nacional". México. D. F. Tercera Sección. Págs. 1 y 2. 18 de Agosto de 1984.
- Araujo. B. José Luis, Towpik Edward, Rupiec - Weglinsky Jersy. W. y Tilney Nicholas. L. Cyclosporin: Experimental Studies and Clinical Use in Organ Transplants. Rev. Invest. Clin. México. Vol.36 Núm.4 : 367 - 376 Oct - Dec. 1984.
- Burgoa Orihuela Ignacio. Las Garantías Individuales. México. Edit. Porrúa S. A. 1983.
- Carrel. A. The Trasplantation of Organs. A Preliminary Communication. JAMA. Vol.45 : 1645 - 46. 1905.
- Castellanos Tena Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. México. Edit. Porrúa S. A. 1981.
- Castro Villagrana Bernardo. Los Trasplantes de Corazones ¿Ciencia o Aventura?. México. D. F. Edit. Nuestro Tiempo S. A. - Colección: La Cultura al Pueblo. 1970.
- Chambón Rene. Urge L. E. Crear Centros de Investigación Médica. "El Heraldó de México". Págs. 1 y 12 A. 9 Oct. 1972.

- Demijov. V. P. Trasplante Experimental de Organos Vitales. Traducción Dr. Fernando Cardenal. Madrid. Edit. Atlante. 1967.
- Drunkker William, M. Parsons Frank and Maher. F. John. Replacement of Renal Function by Dialysis. Boston. Martinus Mijhoff Publishers. 1983.
- Exaire. J. Emilio, Fachler Salomón, Arcila Heriberto, Flores Carlos. Investigación Terapéutica. La Dialisis Peritoneal en el Tratamiento del Edema de Difícil Manejo. Arch. Inst. Card. Méx. Vol.39 : 634 - 42. Nov - Dec. 1969.
- Flores Izquierdo Gilberto, Ronces Vivero Regino, Exáire Emilio y Cols. Autoinjerto Para Hemodialisis (Técnica Original). --- Arch. Inst. Card. Méx. Vol.39 : 259 - 66. 1969.
- González Fernández José Antonio Lic., Díaz Alfaro Salomón Lic. - Análisis de la Ley General de Salud. Salud Pública de México. Vol.26 Núm.6 : 524 - 36. Nov - Dec. 1984.
- Gordillo G. Comunicación Personal. Mayo 1985.
- Gutierrez Carreño Rafael, Lehne Carlos, Gómez Rodríguez Rodolfo, Kretschmer Roberto, Landa Luis. Trasplante Renal. Experiencia en 160 Casos. Rev. Med. IMSS. México. Vol.21 Núm.3 : 228-33. 1983.
- Hampers Constantine L. La Hemodialisis Prolongada. Barcelona, España. Edit. Científico - Médica. 1970.
- Hamburger Jean, Richet. C., Crosnier. J., Funck - Bretano. J. L., Antoine. B. Nefrología. Tomo II. Versión Española de J. Alsiná Rocasalbas. Barcelona, España. Ediciones Toray S. A. - 1981.

- Lehne. C. **Perspectivas en Trasplante Renal.** Rev. Med. IMSS. México. Vol.20 : 117 - 121. 1982.
- Lehne Carlos, Torres. Z. Manuel y Cols. **Aportaciones Clínicas. - Diagnostico Diferencial de las Causas de Insuficiencia Renal y Empleo de la Hemodialisis en el Paciente con Trasplante Renal.** Rev. Med. IMSS. México. Vol.21 Núm.2 : 152 - 9. 1983.
- Lopez. E. R. **Hemodialisis Crónica.** Revista Mexicana de Urología. Vol.27 : 375 - 97. 1967.
- Lozano y Roman Javier Lic. **Anatomia del Trasplante Humano.** México. D. F. Asociación Editorial Contemporánea S. A. 1969.
- Medawar. P. B. **The Behavior and Fate of Skin Autografts.** J. Anat. Vol.78 : 176 - 79. 1944.
- Morales B. Jorge Dr., Aguilo M. Jorge y Cols. **Trasplante Renal:- Experiencia Clínica en 33 Casos.** Rev. Méd. de Chile. Vol.109 Núm.5 : 416 - 19. 1981.
- Noriega Cantú Alfonso. **La Naturaleza de las Garantías Individuales en la Constitución de 1917.** México. UNAM - Coordinación de Humanidades. 1967.
- Ortiz Quezada Federico, Quijano. N. M., y Cols. **Avances Terapéuticos. Trasplante de Riñón en Humanos. Experiencia Actual y Experiencia en 18 Casos.** Rev. Méd. IMSS. México. Vol.8 : 52-61. 1969.
- Quijano. N. M. y Cols. **Primeras Experiencias de Trasplante Renal en Humanos.** Gaceta Médica de México. Vol.94 : 94 - 102. 1964.
- Real Academia Española, **Diccionario de la Lengua Española.** Madrid. Espasa - Calpe. Edición Vigésima. 1984.

- Regalado Aguayo J. Refugio. Apuntes de Garantías Individuales. -
(Curso Respectivo en la Facultad de Derecho UNAM).
- Rivera Mora Ernesto, MD, FACS. and Amadeo José H., MD, FACS. El Do-
nante de Riñón. Bol. Asoc. Méd. de Puerto Rico. Edit. Santia-
go Delpin E. A. Vol.72 Núm.2 : 52 - 58. Feb. 1980.
- Roy Yorke Calne. Injerto de Organos. México. D. F. Traducción por
Armando Soto. Edit. El Manual Moderno S. A. 1976.
- Rudy Bernardo . Conceptos Generales Sobre Inmunología. Rev. -
Fac. de Medicina. Vol.XII Núm.I Ene - Feb. 1969.
- Serra Rojas Andrés. Derecho Administrativo I. Edit. Porrúa S. A.
México. 1983.
- Timio Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Introducción a una --
Epidemiología Diferencial. Edit. Imagen. 1981.
- Uldall Robert. M. D. R. C. P. Patología Renal. Zaragoza - España.
Edit. Acribia. Biblioteca del Técnico Sanitario.
- Ullman. E. Experimentelle Nieren Transplantation. Wien. Klin. -
Wochenschr. Vol.15 : 281 - 86. 1905.
- Watzer. W. C., Coulan. C. B., Zincke Froh. H., Sterioff. S. and -
Nerz. P. P. Pregnancy in Trasplantation Kidney. Trasplanta-
ción Proceeding. Vol.12 Núm.I. March. 1980.

LEGISLACION CONSULTADA

- Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos. México. D.
F. Editores Mexicanos Unidos S. A. Edición Primera. 1986.
- Ley Orgánica de La Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud. Secretaria de Salud. 1985.

Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. Secretaría de Salud. 1986.

Leyes y Códigos de México. Ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores al Servicio del Estado, Ley del Instituto de Seguridad Social - Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas y Disposiciones Complementarias. México. D. F. Edit. Porrúa S. A. Edición Vigésima cuarta. 1977.