



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

ARAGÓN

**¿CUESTIÓN LEGAL O MORAL? DONACIÓN DE
ÓRGANOS EN MÉXICO.
REPORTAJE.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN

COMUNICACIÓN Y PERIODISMO

P R E S E N T A:

CLAUDIA ERIKA HERNÁNDEZ BARRÓN

ASESORA:

LIC. MARÍA GUADALUPE PACHECO GUTIÉRREZ.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO, 2002.



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 esta 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.

A mi madre, por ser lo que más amo en la vida...

A mi papá porque aun donde está, sé que sigo siendo su orgullo...

A Cosa por vivir para mí y dejarme vivir para él...

A mis hermanos por ser mis otros papás...

A mi familia en general por enseñarme el valor y las ventajas de tener una...

A mi asesora Guadalupe Pacheco, por ser un reto a superar y un ejemplo a seguir...

A todos mis entrevistados, por regalarme un poco de su tiempo...

Pero sobre todo a Dios, por poner a todos ellos en mi camino...

Gracias

Índice

Introducción.....	4
1. Donación de órganos: la gran desconocida.....	7
1.1 Pasado y presente de un acto altruista.....	8
1.2 Hablando de donación de órganos.....	17
2. El cambio a la Ley General de Salud. Donación tácita de órganos.....	35
2.1 La ley antes del 2000.....	36
2.2 Ahora todos nacemos donadores.....	40
2.3 Los defechos ante esta ley.....	47
3. El papel de las instituciones en la donación de órganos.....	59
3.1 Las instituciones y los trasplantes en el D.F.....	60
3.2 Papelito habla. Trámites para la donación.....	74
4. La religión y la donación de órganos.....	83
4.1 Principales religiones de frente a la donación.....	84
4.2 La fe como pretexto para no donar.....	96
5. Tráfico de órganos: mito, terrible realidad o intentos de fraude.....	102
5.1 Se puede o no se puede traficar con órganos.....	103
5.2 Casos de tráfico de órganos ¿existen?.....	115
Conclusiones.....	130
Fuentes de consulta.....	133
Anexo 1.....	139
Anexo 2.....	142

Introducción

Al iniciar esta investigación tenía una visión muy diferente a la que poseo ahora, sobre todo en cuanto a la disposición de donar mis órganos. Cuando escuché la noticia de que todos nacíamos donadores pensé que era una decisión injusta y arbitraria. Yo no quería donar mis órganos, siempre me habían dicho que tenía que entregar mi cuerpo entero a Dios porque era sólo prestado.

Así, con éstos y otros prejuicios inicié el trabajo, tratando de hacer justicia y demostrando que debíamos defender nuestros órganos de aquellos que deseaban quitármolos.

Comencé buscando libros que hablaran de la donación y trasplantes de órganos, pero no encontré muchos, y de los existentes, la mayoría son de origen español y con un lenguaje e inclinación más bien técnica (términos médicos, cirugías, sangre...)

Después acudí a conferencias y éstas me dieron la pauta para iniciar con las entrevistas que, a fin de cuentas, son la base del trabajo. Trasplantólogos, autoridades, psicólogos, líderes religiosos, trasplantados y personas en espera de un órgano, todos los que accedieron a darme por lo menos media hora de su tiempo, fueron los que, uno a uno, llegaron a mi conciencia haciéndome ver que la posibilidad de pasar un riñón de un ser humano a otro no es solamente eso, no se trata de pasar un pedazo de carne con sangre de una cavidad a otra que lo acoge como podría hacerlo un frasco con formol, sino de la oportunidad de injertar vida, de regalar tiempo, experiencias, independencia a quien recibe el órgano.

A excepción de una pequeña alergia, he sido siempre sana, planeo mi vida sabiendo que podré cumplir los compromisos que adquiero porque dispongo de tiempo y vitalidad, pero cuando supe que hay gente que tiene que estar conectada a una máquina de diálisis tres veces por semana durante cuatro horas aproximadamente, supe que no siempre valoramos lo que tenemos.

Y más me sorprendí y avergoncé cuando supe que la mayoría de esa gente no está resentida con la vida, sino que busca apegarse a la normalidad dentro de sus posibilidades, que tienen un trabajo, amigos, pasatiempos y buscan cumplir satisfactoriamente con todo, incluyendo su tratamiento médico.

Conforme veía todo eso me di cuenta que lo que pasó conmigo nos sucede a todos, o por lo menos a la mayoría: ignoramos si la religión lo prohíbe, si el gobierno trata de robarnos o más bien es una llamada de atención para voltear la cara y darnos cuenta que podemos hacer algo valioso por los demás cuando ya no necesitamos nuestros órganos.

Por supuesto también me percaté de que tanto las dependencias de salud como los medios de comunicación tienen deficiencias que se deben subsanar, pero lo más urgente es difundir la información necesaria referente al tema, y así, cada uno de los habitantes del país sepa qué es una donación y un trasplante de órganos y conozca la verdadera motivación para hacerlo.

De esta manera se cumplieron tanto el objetivo general, consistente en exponer a la donación de órganos como una cuestión moral y legal dentro de la sociedad mexicana, como los objetivos particulares, que pretendían investigar la factibilidad del tráfico de órganos en el D.F. y saber si realmente existe y distinguir la posición de las principales religiones ante la donación de órganos, así como interpretar la ley que propone la donación tácita, mostrando la respuesta de la sociedad ante ella.

En el primer capítulo, *Donación de órganos, la gran desconocida*, se explican las definiciones básicas de los elementos que intervienen en los procesos de donación y trasplante y los pasos mediante los cuales se consolidaron estas prácticas a través de referencias de documentos especializados en el tema y diversas entrevistas.

Este trabajo brinda en el capítulo dos, *El cambio a la Ley General de Salud. Donación tácita de órganos*, un panorama general de la situación legal de la donación de órganos y tejidos en México antes del cambio del año 2000 y explica, una a una, las novedades en la que nos rige actualmente, puntualizando la importancia y el porqué de cada modificación.

El capítulo tres, *El papel de las instituciones médicas en la donación de órganos*, muestra las dificultades a que se enfrentan los encargados de la procuración de órganos y las personas que esperan un trasplante para poder seguir viviendo o para mejorar su calidad de vida. Asimismo, profundiza en los aspectos medulares que la rodean y que interesan al público: dónde, cómo, cuándo, cuánto...

El capítulo cuatro, *La religión y la donación de órganos*, aborda el peligro de caer en pecado al contradecir a la religión a la que se pertenece donando órganos al morir, muestra y explica que ninguna de las seis doctrinas más representativas del D.F., prohíben nada al respecto, sino al contrario, algunas de ellas lo fomentan y elogian. De ahí que se pudiera descubrir que el credo no es, en la donación de órganos, más que un gran escudo para cubrir nuestro temor y falta de conocimiento.

Por último, el quinto capítulo, *Tráfico de órganos: mito, terrible realidad o intentos de fraude*, contesta al temor más acendrado en la conciencia colectiva con respecto a la donación: el fantasma del tráfico de órganos. En él se explican las condiciones necesarias para un trasplante de órganos o tejidos desde el punto de vista médico y de infraestructura, así como los cuidados que se le deben procurar al órgano, al receptor y al donador. También se analizan los presuntos casos de tráfico de órganos que se han dado en los últimos años en el D.F., explicando si realmente se trata de un tráfico o los rumores esparcidos son incoherentes.

Mi propósito fundamental, es que el presente trabajo se convierta en un medio de difusión, un disipador de miedos infundados y un alentador de buenas acciones en pro de la solidaridad y altruismo de la raza humana.

Capítulo 1

Donación de órganos: la gran desconocida

A pesar de la difusión que ha tenido en los últimos meses, la donación de órganos continúa siendo un tema desconocido por la mayoría de la población. Y es que aunque todo mundo sabe que donación es dar algo a alguien, se desconocen los aspectos éticos, morales, legales, médicos y religiosos que regulan la donación referente a órganos y tejidos en los seres humanos y que la toman un tema complejo como para dejarlo pasar inadvertido en nuestra vida cotidiana.

Donar nuestros órganos y tejidos o tener en la mano la decisión de hacerlo con los de algún ser querido requiere de un análisis profundo de lo que queremos y creemos. No es nada fácil tomar una posición de un momento a otro. Empero, situaciones fuertemente relacionadas con este tema, como es la muerte cerebral y la insuficiencia en cualquiera de nuestros órganos principales, suceden a diario sin respetar condiciones de ninguna índole. Por esto, cuando no estamos abatidos por el dolor ni paralizados por la impresión es tiempo de pensar en lo que haremos si algún día llegamos a estar en esta difícil circunstancia.

1.1. Pasado y presente de un acto altruista

En el marco de la conferencia número uno de la Primera Semana Nacional de Donación de Órganos y Tejidos, que se llevó a cabo en las instalaciones del TEC de Monterrey campus Ciudad de México, el día 26 de septiembre de 2000, el doctor Javier Castellanos Coutiño, subsecretario de Fomento y Regulación Sanitaria explicó que, a pesar que desde el siglo XVIII se practican trasplantes, éstos eran llevados a cabo de una manera muy primitiva y es hasta la era moderna que Alexis Carrel, con sus estudios acerca de estructura molecular, sienta las bases necesarias para pensar que los injertos de órganos y tejidos lograrán algún día salvar vidas y aumentar la esperanza de sobrevivencia de la población en general. Son tan importantes sus investigaciones, que le han valido el título de *Padre de los Trasplantes*. Aquí en México el doctor Manuel Quijano, del Instituto Mexicano del Seguro Social, es quien inicia esta benéfica actividad.

Partiendo de un nivel global e histórico más estricto, la literatura médica contemporánea limita la historia de los trasplantes a los últimos 100 años y le da crédito al cirujano suizo Jacquet Riverton como el primero en intentar uno. Existen mitos de varias culturas religiosas, incluyendo la hindú, la china y la egipcia, que sugieren que la idea del "trasplante" puede ser mucho más antigua.

La historia temprana del trasplante de órganos se relaciona con los anhelos de longevidad del ser humano. En el siglo II a. C., los cirujanos chinos Hua To y Pien Ch'iso aparentemente trasplantaron una variedad de órganos y tejidos. Sin embargo, el clima científico de China durante este periodo no era favorable al arte quirúrgico y estos reportes han sido considerados como historias y leyendas popularizadas a lo largo de generaciones. El reporte más antiguo del que se tiene conocimiento de injertos se encuentra en el libro de texto sánscrito de la India, el *Sushruta Shamhita*.

Un paso importante en la ciencia de la trasplantología fue una publicación por Gaspare Tagliacozzi de Bolonia, en donde reportaba el refinamiento de sus técnicas de injertos y rinoplastía (cirugía de nariz).

Más tarde se renovó el interés por el trasplante con John Hunter, padre de la cirugía experimental, quien fue responsable de establecer las bases científicas de la cirugía moderna. Postuló que todas las sustancias vivientes tenían la disposición a unirse cuando se ponían en contacto. Hunter creyó que la sangre contenía un principio viviente y universal del que todo lo demás se derivaba. Desventuradamente, también estaba convencido de que toda la materia viviente era de naturaleza similar. En 1804, Giuseppe Baroni de Milán publicó sus experimentos exitosos en trasplantes cutáneos libres en ovejas.

Dieciocho años más tarde, Johann Dieffenbach publicó su tesis en trasplante experimental y la regeneración de tejidos. Y a principios del siglo XVIII, Charles Edouard Brown-Séquard sugirió que los miembros amputados podrían ser reimplantados.

El siglo XIX se caracterizó por el desarrollo de los injertos libres. Con el tiempo, el uso generalizado de éstos permitió a su vez la utilización de gran variedad de aloinjertos (trasplante entre individuos de la misma especie) y xenoinjertos (trasplante entre individuos de especies diferentes) con múltiples reportes de resultados buenos y de larga duración. Las fallas no se dejaron esperar y se comenzó a pensar que las especies e incluso los individuos no serían compatibles entre sí. Entonces la idea de trasplantar partes u órganos completos cambió: las investigaciones giraron de lo técnico a lo biológico hacia finales del siglo XIX.

Alexis Carrel fue el primero en reconocer esto como un problema biocientífico. Su método simple de anastomosis —comunicación entre dos conductos— vasculares utilizando agujas y suturas finas ha sido usado desde 1902, tan sólo con unas cuantas modificaciones, y le llevó a obtener el Premio Nobel en 1912. ¹ Asimismo, acota el doctor Luis Terán Ortiz, director del Centro Nacional de Trasplantes, fue fundamental la participación del colaborador de Carrel: Mathieu Jaboulay, en cuanto contribuyó a lograr la conexión de los vasos sanguíneos.

1. Santiago-Delpín, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, *Trasplante de órganos*, p. 6

El primer trasplante experimental de un órgano completo fue practicado en 1902 por Emerich Ullmann, un cirujano húngaro en Viena. Alexis Carrel, con su nueva técnica de sutura, autotrasplantó órganos animales como riñón, corazón y bazo, y descubrió que podían funcionar por un tiempo. Sin embargo, algún proceso biológico desconocido ocasionaba el rechazo del aloinjerto. Tales reacciones inmunitarias del cuerpo fueron estudiadas en la década de los cuarenta por Peter Medawar, un biólogo del Instituto Nacional en Investigación Médica, en Londres. Pudo demostrar que la vida de un trasplante era más corta en el huésped que previamente había recibido un injerto del mismo donador. Lo mismo era cierto para los huéspedes que habían sido inyectados con glóbulos blancos de donadores. En 1951 Medawar descubrió que la cortisona podía mejorar la vida, proporcionando así un arma inmunosupresora (que suprime el mecanismo inmunitario natural del organismo) contra el rechazo. Lo llamaron azatioprina. En 1978, Calne y colaboradores reportaron los primeros resultados clínicos con un inmunosupresor de mayor potencia, la ciclosporina.

Originalmente, un antifúngida había sido extremadamente útil en el trasplante de órganos. Estos experimentos enseñaron a los cirujanos que había tantos tipos de tejido (tisulares) como sanguíneos en un individuo. Precisamente determinando los tipos tisulares del huésped y el donador es que un trasplante tiene más posibilidades de éxito, aunque sólo los gemelos idénticos pueden tener tipos tisulares idénticos. Fue precisamente en este tipo de pacientes que se llevó a cabo el primer trasplante de riñón humano exitoso en 1954. Los protagonistas fueron J. Hartwell Harrison y Joseph Murray, en Boston. Posteriormente trasplantaron el riñón de un cadáver, abriendo la puerta a tales operaciones a gran escala.

El trasplante hepático humano dio principio en 1963 con Thomas Starzl, en Denver. Sus avances reportados en 1981 resaltaron el interés en este método, actualmente bien establecido.

Por su parte, el primer trasplante de corazón humano con éxito fue realizado en diciembre de 1967 por Christian Barnard, en Sudáfrica, un mes más tarde por Norman Shumway, en la Universidad de Standford en California, y en 1968 por Denton Cooley, en Houston.

Al tratar de identificar el rechazo y utilizando la ciclosporina para combatirlo, la sobrevida se ha mejorado de un 20% a un 70% después de diez años. A últimas fechas ésta ha sido la solución para la falla cardíaca e incluso se combina actualmente el corazón con el trasplante de pulmón. Otras formas de trasplante se estudian experimentalmente. Para el intestino delgado, los trabajos comenzaron en los cincuenta.²

En el ámbito latinoamericano, los primeros trasplantes se realizaron en Argentina y Brasil, seguidos rápidamente por los de México y otros países. Todos fueron pioneros en sus respectivos países pero muy limitados en su acción y perspectiva. Muy pronto otras entidades de Centro y Sudamérica, además del Caribe, desarrollaron sus propias iniciativas. Hasta 1970 se desarrolló una actividad formal y recurrente, con personal entrenado y con la intención de contribuir a la solución de lo que ya se anticipaba, se convertiría en un problema de grandes proporciones: la insuficiencia terminal de un órgano.

Mientras se desarrollaba paulatinamente esta conciencia sobre la enfermedad renal terminal, se formaban gradualmente núcleos de especialistas renales informal y luego formalmente entrenados en las instituciones mayores, en particular en los hospitales universitarios, para introducir las terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal como parte del armamentario terapéutico.

Las vertientes de diálisis y trasplante se desarrollaron juntas y el avance en una actividad no puede informarse sin considerar la otra.

Los países latinoamericanos se vuelven cada vez más activos en la práctica de trasplante renal como manejo de enfermedad terminal. El trasplante de otros órganos, tanto intratorácicos como intraabdominales, promete convertirse en una tendencia en los países de primer mundo con una tradición establecida de trasplante renal.

2. *ibidem*, pp. 10-11

La mayoría de las naciones está elaborando una base de datos y registros de trasplante que facilitan el estudio de tendencias y proyecciones, a la vez que simplifican la obtención de datos para su acopio regional. Los trasplantes van en aumento en todo el mundo y en años recientes América Latina ha representado el 10% de la actividad de trasplante renal. La comunicación entre los países latinoamericanos ha aumentado, al igual que entre los respectivos registros, y la obtención de datos a escala regional ha mejorado considerablemente, garantizando ambos archivos la confiabilidad de los datos. Se vislumbra ya la posibilidad de comenzar a realizar estudios colaborativos y educativos más complejos. Parece evidente el papel central que tienen los gobiernos para facilitar el desarrollo del trasplante.

El trasplante de órganos sólidos como disciplina clínica ha dado vida y esperanza nueva a más de medio millón de personas en el mundo, por lo menos 50 mil las recibieron en América Latina. La cirugía innovativa del trasplante influyó técnica y conceptualmente a la cirugía de tórax, hígado y vísceras, al igual que a la cirugía de cáncer y la vascular. El impacto sobre la investigación anatómica ha sido reconocido como una influencia paralela también.

En el campo de la inmunología celular, la historia registra que se fortaleció marcadamente con los descubrimientos de los laboratorios de trasplante. Hace apenas 25 años la inmunología era sólo fenomenológica y hace 40 años era un párrafo en un libro de medicina. A la inversa, hace 40 años se formularon las preguntas filosóficas y conceptuales que guiarían la investigación que ocurriría en el futuro.

La cicatrización, la inflamación y la investigación en cirugía y en trauma fueron beneficiadas fuertemente por los descubrimientos inmunológicos de los laboratorios de trasplante, tal como lo fueron la biología molecular, la biología del desarrollo y la del cáncer.³

3. *ibidem*, pp. 3, 14-18

La necesidad de proteger y preservar los órganos en buenas condiciones durante su travesía extracorpórea resultó en esfuerzos colaborativos entre laboratorios y varias disciplinas, resultando en descubrimientos directos.

Obviamente estas contribuciones fueron interactivas, resultando en beneficio mutuo para los diferentes campos. Igualmente importante fue la necesidad de mantener el cuerpo vivo durante el padecimiento de la enfermedad terminal de un órgano, lo que desembocó en el desarrollo extraordinario de órganos artificiales, "puentes de órganos" y protección del cuerpo como un todo.

¿Qué pasa en México?

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos cincuenta años en el campo de la ciencia de la salud. Su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna constituyendo hoy día una valiosa ayuda, siendo ésta una alternativa terapéutica en el tratamiento de padecimientos crónico-degenerativos.

En México se han realizado trasplantes de riñón a partir de 1963. Es precisamente en diciembre de ese año que inicia el programa de trasplantes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el hospital General del Centro Médico, en 1971 el del Instituto Nacional de Nutrición y en 1974 el programa del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el centro hospitalario 20 de Noviembre. Desde entonces se han constituido más de 106 centros de trasplante renal y más de 82 de trasplante corneal en 21 de las 32 entidades federativas, siendo el D.F. donde se localiza el mayor número de éstos. El programa contempla trasplantes de riñón, corazón, hígado, páncreas, médula ósea, hueso y córneas, entre otros tejidos.

En el año de 1973 comienza el desarrollo del Programa de Trasplantes en Niños, caracterizado por emprenderse en México la obtención y trasplante de órganos cadavéricos de donadores pediátricos y en el año de 1975 el doctor Octavio Ruiz-Speare y el doctor Chávez Peón realizan los primeros trasplantes renales en la medicina privada.

En 1976 El doctor Javier Castellanos Coutiño inicia el programa de trasplante en el hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, al tiempo que se introduce la ciclosporina tipo A a los inmunosupresores, permitiendo sobrevidas excelentes en cantidad y calidad, aun ante órganos no compatibles al cien por ciento, lo que abrió la posibilidad de utilizar donadores cadavéricos y trasplantar un mayor número de órganos. ⁴ En 1985 el doctor Héctor Diliz Pérez efectúa el primer trasplante de hígado en el Instituto Nacional de la Nutrición. En marzo de 1987 se realiza el primer trasplante de páncreas por Arturo Dib Kuri y el 21 de julio de 1988 el primero de corazón en el Centro Médico la Raza del IMSS, por el doctor Rubén Argüero Sánchez.

En 1989 se efectuaron los primeros trasplantes de pulmón, médula ósea, tejido suprarrenal a cerebro y tejido nervioso, el primero por el doctor Jaime Villalba Caloca y el resto por Ignacio Madrazo en la Raza, iniciando una nueva época de investigación clínica.

Aunque la procuración de órganos de cadáver se realizaba desde 1973, éste se basaba en el esfuerzo y la colaboración personal de los cirujanos de diferentes instituciones. Con el apoyo dado por la legislación, la experiencia y esfuerzo de sus pioneros durante doce años se culminó en una práctica más organizada en la procuración de órganos de cadáver a partir de 1985.

En 1987 existían ya 22 hospitales realizando trasplantes de órganos, principalmente de riñón y es cuando los doctores Guillermo Soberón, en aquel entonces secretario de Salud, Jesús Kumate y Pacheco deciden que el Registro Nacional de Trasplantes (RNT) sea un órgano propio de la Secretaría de Salud.

A partir de entonces, se revisan reglamentos y leyes, se crean las normas técnicas, se publican y empieza a estudiarse la forma en que una estructura del gobierno federal pudiese promover, impulsar y regular los trasplantes en el país.

Hoy en día se encuentran registrados en el Programa Nacional de Trasplantes 22 entidades federativas con 175 establecimientos, en 100 de los cuales se realizan trasplantes de órganos, principalmente de riñón y en 75 de tejidos, fundamentalmente córneas.

4. Consejo Nacional de Trasplantes, Manual del Coordinador Hospitalario de Trasplantes, p. 5

Los trasplantes de corazón, hígado, pulmón, páncreas y médula ósea se realizan en el IMSS y el ISSSTE, ⁵ así como en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Pemex y hospitales privados.

El doctor Terán Ortiz señala que durante 1999, se realizaron en el D.F. el 59.9% del total de trasplantes renales de todo el país. Dato comprensible si consideramos que en este lugar se encuentran los mejores servicios médicos y la tecnología más avanzada.

Según información del RNT, el trasplante más frecuente es el de córnea, que empezó a realizarse en el país en los cincuenta, seguido por el de riñón, del cual ya se han practicado cerca de 8 mil procedimientos.

En 1988 se practicaban trasplantes solamente en el D.F. y en cinco entidades de la república. En 1997 eran 22 estados incorporados a este programa. La Ciudad de México dejó de ser generadora del 95% de todos los trasplantes en todo el país, lo que muestra que el programa de trasplantes está descentralizándose.

La información de los trasplantes realizados es obtenida a partir de publicaciones, solicitudes y registros locales. El RNT envía un cuestionario a todos los centros en el país para completarla, actualmente se reciben informes trimestrales y anuales que contienen datos sobre el centro que efectuó los trasplantes registrando cada uno de los casos.

Los datos recibidos son procesados en un sistema informático, donde radica la base de datos del RNT, así como las hojas de cálculo que contienen toda la información histórica de los trasplantes. El proceso permite establecer la base de datos en la cual se manejan todos los elementos de carácter estadístico y realizar el análisis conjunto o desglosado.

La base de datos principal contiene información sobre cada uno de los establecimientos: su ubicación geográfica, la licencia para efectuar trasplante, permisos de los responsables, fecha de vencimiento de los mismos, tipo de órganos que se implantan en cada centro y estadística básica de los trasplantes que se han efectuado.

5. Santiago-Delpín, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, op. cit., p. 6

El predominio en el uso de donadores vivos en México para trasplante renal es sorprendente y actualmente muestra un patrón inverso al observado en Norteamérica y Europa. A pesar de que la logística de obtención de órganos de cadáveres quizá sea muy complicada, el hecho de que la desproporción de trasplante renal de donador vivo relacionado persista a la fecha, puede ser un reflejo de factores educativos, culturales, religiosos, legales y económicos.

Con más de 80 centros, México es uno de los países con mayor actividad en trasplantes en América Latina. Es importante señalar el hecho de que recientemente muchos centros de trasplantes han iniciado sus actividades en estados distintos a la capital, lo que permite reforzar el enfoque nacional para una mejor obtención y distribución de órganos de cadáveres y ubicarlos con bases más prácticas y económicas.

A pesar de los avances señalados, el gran problema en nuestro país continúa siendo la falta de obtención de órganos cadavéricos para trasplante. Para solucionar este problema se ha involucrado a las procuradurías de justicia y realizado convenios e impartición de cursos de capacitación a los elementos del Ministerio Público. Asimismo se ha buscado cumplir este objetivo mediante la preparación de médicos y adaptación de hospitales, dando autorización para sus labores, con promoción, involucrando y capacitando a la Cruz Roja Mexicana y contando con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Salud que, a través de su Comité de Diálisis y Trasplante que presidió la Sra. Soumaya Domit de Slim, llevó a cabo campañas de educación en la donación de órganos, como la denominada "Soy un donador de todo corazón".⁶

Se ha buscado la forma de que la sociedad cambie su idea con relación a la muerte tratando de enseñarle que, cuando se pierde un ser querido y se está en capacidad de hacerlo, donar algunos de sus órganos para trasplante es la mejor manera de darle amor al prójimo y a la sociedad.

La procuración de órganos es un asunto muy complejo. En su momento involucra a la medicina, ciencia, abogados, juristas, policía, la Cámara de Diputados, leyes y, sobre todo, a la familia afectada. La reunión de todas las instancias debe

6. *ibidem*, pp. 84,86

hacerse en un lapso muy corto ya que el tiempo entre que fallece un individuo, se obtienen sus órganos y se trasplantan es muy breve. Con esto se logra el objetivo final de los trasplantes de órganos: hacer que el ser humano se reintegre rehabilitado a la sociedad y a su familia.

Ésta es la historia a escala mundial, latinoamericana y nacional de uno de los milagros más grandes que ha realizado el hombre, un gran paso en la preservación de la vida y en la calidad de ésta. Por ello es importante darles el crédito que merecen a quienes con su investigación y empeño han logrado que millones de seres humanos, a lo largo de los años, vuelvan a su vida normal, dejen de sufrir o recuperen la vista a través de los trasplantes de órganos y tejidos. Cada vez son mayores la esperanza, los logros y adelantos científicos que se hacen lo cual permite vislumbrar cada vez más eficacia en dicha actividad. Podemos esperar a futuro muchos nombres más que serán merecedores de pasar a la historia como coadyuvantes del prodigio de alargar la vida del hombre.

1.2. Hablando de donación de órganos

Para poder hablar de donación de órganos, primero se debe definir este concepto: es la cesión de un órgano o tejido que una persona hace para que sea trasplantado a otra que así lo requiere dada la falla en el propio.

“Es posible clasificar, de acuerdo a quién es el donador, si es cadavérico o vivo, el donador vivo puede ser relacionado o no relacionado y el cadavérico con el corazón latiendo o a corazón parado”, asegura el doctor Armando Soberanes Hernández, presidente creador de la Fundación Mexicana de Donación Altruista de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, A.C. (Fundonar) y coordinador de donación de órganos y tejidos para trasplantes del centro médico La Raza del Seguro Social, en la ciudad de México.

Es posible citar primeramente al donador cadavérico de suma importancia en el mundo de los trasplantes. Ramón Espinosa Hernández, cirujano de trasplante renal adscrito al Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud, asevera que "un donador cadavérico es ideal debido a que se le van a quitar órganos a una persona que ya falleció, que ya no los ocupará. Con un cadáver se pueden tener ocho personas beneficiadas o más, y es que muchos posibles receptores carecen de donadores vivos compatibles y sólo por esta vía pueden acceder a un trasplante. Por si fuera poco, hay órganos que solamente pueden donar ellos como son: corazón, pulmón, páncreas, hígado, hueso, córneas y algunos otros tejidos".

Para realizar la donación cadavérica, el paciente deberá presentar muerte cerebral que no es otra cosa que "la pérdida total y absoluta de la vida que se certifica mediante el cese absoluto de las funciones del cerebro", según la define Armando Soberanes.

Ésta es una de las cuestiones que más controversia ha causado siempre. Durante años se ha creído (de manera romántica) que la vida reside en el corazón y mientras éste siga funcionando, la persona continúa con vida aun cuando no pueda ni siquiera respirar por sí mismo. Sin embargo, es "el cerebro quien le da la orden a todos los órganos para que realicen sus funciones. Existen máquinas externas al cuerpo que suplen al corazón y que hacen que la sangre circule irrigando a todo el organismo, esto se hace durante un trasplante de corazón donde, en un momento dado, el individuo a trasplantar se debe de quedar sin el órgano para poder injertarle el nuevo. Esto nos dice que el corazón se puede suplir y la vida ahí sigue. Pero el cerebro no se puede desconectar porque todo cesaría inmediatamente", asegura Ricardo del Prado a través de la página en Internet de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal, A.C..

En nuestro país se deben realizar múltiples pruebas para diagnosticar una muerte cerebral a pesar de que en ocasiones el cráneo del individuo está literalmente hecho pedazos. Esto puede retrasar el trasplante pero hasta ahora no hay vuelta de hoja, todas son obligatorias.

“Son pruebas clínicas de integración cerebral llamadas *pruebas vestibulares*: se estimulan los oídos con agua fría, se hacen estimulaciones de dolor, lo que percibe ciertos reflejos centrales, es decir, de origen cerebral. Si el paciente presenta alguno de estos reflejos es que tiene todavía vida cerebral, pero si no lo hace obviamente está muerto”, explica Soberanes Hernández.

La muerte cerebral se confirma por la constatación y persistencia durante treinta minutos de ausencias de respuesta cerebral, aunque se realiza otra exploración completa al cabo de seis horas. Conjuntamente se realizan electroencefalogramas (en nuestro país es requisito hacer dos) que permitan un diagnóstico exento y precoz y midan si hay actividad cerebral, así como otras pruebas que muestren la ausencia de flujo o circulación cerebral. Además, se debe descartar que el fallecido padecía alguna enfermedad susceptible de transmitirse a los receptores, ⁷ como puede ser SIDA, hepatitis (B, C o D) y cáncer principalmente.

El problema que enfrenta nuestro país al respecto es, como se puede suponer, de idiosincrasia principalmente. Mientras que en otros lugares ya no es necesario practicar encefalogramas, dada la confiabilidad del resto de las pruebas, “en México –señala un tanto molesto el doctor Soberanes– para complicar la cosa, le pusimos dos, pero la verdad es que son innecesarios. En otros países se hacen a veces más por formalismo que por realidad. Entonces, en este país en el que es casi imposible tener un electroencefalograma a las tres de la mañana del sábado, es un problema enorme certificar a un paciente”.

Dentro del rubro de los donadores cadavéricos cabe hacer otra distinción: los donadores clasificados como *a corazón latiendo* y los de *corazón parado*. En el primer grupo entran aquellos que, aunque ya han sido diagnosticados como muertos cerebrales, todavía tienen actividad en sus órganos porque los aparatos siguen manteniendo la respiración y la irrigación sanguínea. En el segundo están aquellos que presentan un cese total de actividad física, pero en los que sus órganos y tejidos se encuentran en condiciones de ser trasplantados porque no ha transcurrido mucho tiempo desde su fallecimiento.

7. Escuela Andaluza de Salud Pública, *Medios de comunicación y trasplante de órganos*, p. 69

Un solo cadáver que se haya convertido en donador multiorgánico, es decir, que acepte donar todos los órganos posibles, puede beneficiar hasta a 50 personas sin sufrir ninguna desfiguración de su cuerpo. En total, se pueden trasplantar siete órganos y veinte tejidos diferentes.⁸ Es posible hacerlo con los riñones, el hígado, pulmón, corazón, córneas, páncreas e intestino en lo referente a los órganos y, en cuanto a tejidos: piel, médula ósea, islotes pancreáticos, tejido neural, hueso, ligamento, el oído medio, vasos sanguíneos y cartílago, entre otros.

La conservación de cada órgano o tejido depende de las condiciones del donante y del tipo de órgano. Para el riñón lo normal son 24 horas, aunque es posible que funcione tras conservación en frío durante 48 o incluso más. Corazón y pulmones sólo es posible mantenerlos durante unas seis horas. Hígado y páncreas hasta 12 horas. En cualquier caso se prefiere trasplantarlos cuanto antes.

Los tejidos tienen un mantenimiento diferente, algunos se pueden ultracongelar y mantenerlos viables durante años. Tal es el caso del hueso, ligamentos, cartílago y piel. Las córneas son válidas para trasplante tras catorce días de mantenimiento. La médula ósea también se congela y preserva durante periodos variables entre días y semanas.⁹

Estos intervalos son importantes para poder seleccionar el mejor receptor de entre todos los que esperan y que en ocasiones se encuentra en otros hospitales a miles de kilómetros de distancia. Y es que, como señala la doctora Inés Díaz, cuando un órgano está disponible para donación primero se busca un receptor en ese mismo hospital, si no lo hay, a escala regional y si aún no hay, a nivel nacional. Es importantísimo no desperdiciar órganos habiendo tantas personas en busca de uno y aun para las instituciones es mejor trasplantar dado el costo de los tratamientos de los pacientes con alguna insuficiencia.

También es necesario definir el procedimiento que se sigue para la donación cadavérica a fin de que no surjan dudas como, por ejemplo, si a las personas que se sabe son donadoras no se les brindará la atención adecuada para propiciar su muerte y, por añadidura, la cesión de sus órganos o tejidos.

8. <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-faqs.html>

9. idem

Cada persona puede especificar en su tarjeta de donante qué órganos desea donar y sus deseos serán respetados. El equipo médico que le atiende no funciona también como equipo de trasplante, es completamente independiente al hospital.

Al equipo médico de procuración de órganos se le notifica hasta que todos los esfuerzos por salvar la vida del paciente son utilizados y el fallecimiento es pronunciado. El representante del hospital da el aviso hasta después de que su familia dio consentimiento por escrito para transplantar sus órganos.¹⁰

Por último, es importante mencionar que está prohibido que el receptor conozca el origen del órgano o tejido que se le está trasplantando y que los familiares del donador sepan a qué paciente se le injertará dicho órgano o tejido. Esto se hace para evitar sentimientos de compromiso o deuda posteriores a la intervención. Es un acto de mera solidaridad y altruismo que no tiene otro fin que el de salvar la vida de otro ser humano independiente de cualquier condición. Para muchas personas el donar parte de sus seres más cercanos ha sido la única manera de encontrarle un sentido a esa pérdida.

Por otra parte encontramos al donador vivo relacionado, que se refiere a la donación de un órgano o tejido que hace en vida un familiar a la persona que requiere el trasplante, esto es posible gracias a que se comparten los genes.

El empleo de donadores vivos siempre ha estado rodeado de inquietud y controversia, pero ha sido justificado por el bajo riesgo que corre el donante, sobre todo en comparación con el enorme beneficio que le reportará al receptor y, hasta cierto punto, hacia sí mismo por la satisfacción de salvarle la vida a un ser querido cuya única oportunidad de recuperar la salud era esa donación.

Está demostrado, tanto experimentalmente como en la práctica de más de 40 años de experiencia clínica, que el pronóstico de un trasplante de tejidos u órganos está directamente relacionado con el grado de parecido genético entre el donador y el receptor del injerto.

10. idem

La precisión en el parecido como requisito es variable según el órgano o tejido de que se trate. Por ejemplo, en el caso de médula ósea, se requiere de un parecido completo, en cambio, en riñón, hay resultados aceptables con sólo un 50% de igualamiento. Siendo tan polimorfo este sistema, es poco probable encontrar semejanzas entre individuos no emparentados, por lo que en la búsqueda del beneficio de la compatibilidad se permite recurrir a familiares directos del enfermo (hermanos, padres o hijos, según la edad) en caso de los siguientes órganos:

Un riñón, el segmento distal del páncreas y no más de 50 centímetros del intestino delgado, la médula ósea, un máximo de dos glándulas paratiroides y una suprarrenal. Se prohíbe realizar el trasplante de un órgano único y esencial para la conservación de la vida o de la salud, considerando los ojos como órgano único. Cuando se trata de partes del cuerpo cuya extracción no implica en el donante consecuencias graves o deterioros permanentes, la licitud moral y ética es clara. Lo anterior se apoya en que la sobrevivencia del donante no se encuentra mayormente disminuida en cantidad ni en calidad.

Sin embargo, no se puede negar la existencia de un riesgo quirúrgico (con una mortalidad de 0.05% en caso de riñón), de lo cual debe ser enterado perfectamente el donante y quedar en éste la decisión, apoyada en principios de solidaridad, sin presión de ninguna clase ya sea económica, moral o psíquica, que pudiera ejercer su misma familia.

No hay ningún costo para el donante, todo lo paga el hospital del receptor y sólo se permanece en el hospital durante un lapso de entre cinco y siete días, después puede asumirse una vida completamente normal.

“Después que se ha demostrado que el donador y el receptor son compatibles, lo que depende de la cantidad de antígenos —sustancias que provocan la formación de anticuerpos— que sean iguales en ambos de un total de cinco, se procede a revisar cuál de los dos riñones del donador funciona mejor y es éste el que se le queda, mientras que el de menor rendimiento es el que se trasplanta al enfermo”, explica el licenciado Ricardo del Prado, presidente de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal asociación civil (AMPRAC).

Para que no sea necesario cortar el músculo y los huesos de la espalda que protegen los riñones, este órgano se injerta en la zona inguinal del paciente con el propósito de facilitar al máximo la conexión debida. Debe estar comunicado con una arteria que puede ser la aorta o la cava y a la vejiga.

A menos que los riñones estén dañados con una infección muy fuerte o contagiosa, no se le extirpan al enfermo, por lo que hay muchos que actualmente poseen tres riñones. La ventaja de este tipo de donación es que el órgano de una persona viva funciona más rápido en el cuerpo del trasplantado por tratarse de un órgano que nunca ha dejado de ser funcional.

El donador vivo no relacionado se manejaba de la misma manera que el caso anterior, pero este término nos habla de una persona que desea, por decisión propia, donar un órgano o tejido a una persona con la que tiene una relación meramente afectiva, esto es, ser su cónyuge, amigo o familiar lejano. Este tipo de donación ya no se lleva a cabo por ley y en capítulos posteriores se explican los motivos que orillaron a este cambio.

A decir de Armando Soberanes, este tipo de donación "no era lo ideal desde el punto de vista histopatológico, es decir, de compatibilidad. Un donador que es su primo segundo, amigo, esposa o esposo, equivale a un donador cadavérico desde la perspectiva de la posibilidad de rechazo, complicaciones y demás. Si hablamos de la familia directa no, porque tiene parte de su genética".

A pesar de lo que se pudiera esperar, la donación de órganos procedentes de personas vivas es más frecuente que la de pacientes cadáveres y se debe a la poca información que tienen las personas de los procedimientos de donación y sobre todo, de la muerte cerebral; de ahí la necesidad de redefinir la muerte. Es importante insistir: según los especialistas, el concepto muerte se da en el momento en que el cerebro fallece, por lo que la terminación de actividad cerebral puede considerarse como fin de la vida, aunque el corazón continúe en funciones.

A su vez es importante no caer en confusiones con prácticas que no tienen nada que ver pero, aparentemente, pudieran estar relacionadas. Ante ello, el ex titular de la Secretaría de Salud, José Antonio González Fernández, solicitó que no se confunda

la muerte cerebral con la eutanasia. La eutanasia es una decisión para que la persona deje de vivir por compasión, lo que es distinto a la muerte cerebral. Aquí no estamos hablando de que se le desconecte el tubo a una persona para que se muera por compasión, ¹¹ sino de alguien que ya está muerto.

El auxilio a bien morir —significado de la palabra eutanasia: *eu* bueno, *thanatos* muerte—, además de ser una acción ilegal casi en todo el mundo (los únicos países en donde se permite son Holanda y Austria) se lleva a cabo por petición del paciente cuando sufre enfermedades que lo hacen perder su dignidad como persona o que le causa tan grande sufrimiento que le resulta preferible morir. Entre los pacientes que se han despedido de la existencia, una mayoría no podía caminar, otros eran incapaces de ir solos al baño, eran incontinentes, ciegos o sordomudos; padecían cáncer, depresiones fortísimas, esclerosis múltiple o enfermedades degenerativas de la columna. ¿Las razones? Dependencia absoluta de los demás, intensos dolores crónicos, diagnósticos que los desahuciaban, intentos previos de suicidio por enfermedad. ¹²

Por su parte, la muerte cerebral es un estado que puede presentar cualquier persona al sufrir daño cerebral, por un accidente por ejemplo, y no hay opciones: el individuo irremediablemente está muerto desde que su cerebro deja de funcionar. No está desahuciado ni presenta dolores. Al no respirar por sí mismo, simple y llanamente ha fallecido.

La carencia de donadores tanto vivos como cadavéricos ha obligado a los médicos a voltear hacia otras direcciones en busca de nuevas fuentes de donación. Esto ha traído como consecuencia temas controversiales como son los xenoinjertos y la utilización de niños anencéfalos como recurso para obtener órganos y tejidos.

“Con frecuencia es motivo de discusión, dentro de los círculos profesionales relacionados con los trasplantes, la licitud ética y moral para disponer de niños anencéfalos como fuente de donación. Los que favorecen la idea de utilizarlos han acuñado recientemente el término “ausencia cerebral”, en lugar de anencéfalos, con la idea de equiparar este concepto con el concepto de muerte cerebral.

11. <http://www.notimex.com.mx/nacional/926.html>

12. Tercero, Magali, “Kevorkian, ¿Ángel o asesino?”, *Día Siete*, p. 24

Sin embargo, dichos niños tienen tallo cerebral y conservan comúnmente al nacer el automatismo respiratorio y, de acuerdo con lo que se ha aceptado en el amplio debate suscitado al proponer el concepto de muerte cerebral, todo aquel que respira espontáneamente está vivo, es por lo tanto, merecedor de todos los cuidados que se le puedan brindar.

“Es recomendable ser precavido en el manejo de estos conceptos, porque en el sentido estricto se estaría incluyendo como donador a todo aquel que perdiera la función cerebral a pesar de conservar su automatismo respiratorio.

“Surgen aquí consideraciones de tipo económico dado el alto costo que tiene para las familias y para las instituciones el manejo de pacientes en estado vegetativo, obligando a tomar decisiones en base a prioridades”.¹³ Lo anterior refleja la perspectiva de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal, A. C., pero también es importante analizar otras que nos hacen ver, desde otros puntos de vista, este mismo dilema ético de los niños que nacen sin cerebro. Recordemos que en los últimos años este fenómeno ha sido muy recurrente en algunos estados del norte de la república y Jalisco, principal, aunque no únicamente.

El doctor Armando Soberanes opina al respecto: “es muy controvertido porque el paciente con anencefalia (que no tiene encéfalo), desde el punto de vista estricto, no está vivo para el aspecto humano; sin embargo, si se toma un *electro*, sí tiene actividad, cuando menos de corteza o de tallo. Por otro lado, si somos totalmente claros, ninguno de estos pacientes sobrevive; si lo hicieran, serían diputados, senadores o quizá cirujanos de trasplantes (ríe)... pero no es así y ninguno de ellos sobrevive”.

Así las cosas, la doctora Inés Díaz, directora del Registro Nacional de Trasplantes, declara que “sí se toman los órganos útiles de los anencefálicos y, aunque la Iglesia no está muy de acuerdo, está permitido por la ley desde el año 85. El problema con pacientes tan pequeños es que todos los órganos son inmaduros y cuesta mucho trabajo implantarlos y que tengan un buen funcionamiento”.

13. <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-consideracioneseticas.html>

Pero la controversia no deja de existir. Desde el punto de vista cultural, el latinoamericano en general percibe la muerte de una manera muy especial y reacciona ante ella con una intensidad emocional que tal vez raya en la histeria. Durante esta etapa es imposible toda comunicación con relación a la donación. De igual manera, la toma de decisiones en nuestros países es compleja y se difunde entre diferentes miembros de la familia, de manera que es un tipo de "comité familiar" el que incide finalmente en las decisiones.¹⁴

Como se observa, en la petición que se hace a la familia para que no niegue la donación es fundamental el papel del coordinador hospitalario de trasplantes, pues depende de él y del tacto y profesionalismo con que maneje la situación ante los dolientes, la anuencia o negación de la cesión de órganos y tejidos.

La otra vertiente para obtener órganos además de las convencionales es la de los xenoinjertos, o xenotrasplantes, lo que significa el trasplante de un órgano entre especies diferentes. El objetivo es poder trasplantar órganos de un animal al hombre. Las investigaciones van dirigidas a la cría de cerdos específicamente para trasplante.¹⁵

Este campo proporciona un fascinante panorama de posibilidades para resolver la carencia relativa de órganos. Actualmente, la barrera principal es inmunológica. La presencia de anticuerpos preformados en los diferentes seres vivientes causa una reacción inmediata, la cual destruye el órgano trasplantado.

Se destinan cantidades millonarias para la investigación en esta área, participando en ella las universidades y la industria. Día a día se diseñan estrategias moleculares y genéticas para asemejar la superficie de la célula animal a la del ser humano para que ésta no sea reconocida. Claro está, todo este campo genera unas consideraciones éticas importantes. Al aventurarse a preguntar si el campo tiene futuro, la contestación sería sí. Casi todos los problemas con que se confronta son solubles con las técnicas genéticas y moleculares de que se disponen ya hoy.

14. Santiago-Delpin, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, op. cit., p 15

15. Escuela Andaluza de Salud Pública, op. cit. p. 76

Estrategias importantes incluyen la inserción de genes específicos que alteren la constitución genética del animal donador. La utilización de técnicas de clonación puede permitir la manipulación genética para producir endotelios semejantes a los humanos.

Para combatir el rechazo se planean tácticas diseñadas para aprovechar los factores facilitadores del trasplante que causan tolerancia en el adulto.¹⁶ Gracias a este novedoso procedimiento en fase experimental, incluso se ha conseguido allanar la barrera entre los reinos animal y vegetal, lo que resulta casi una bendición, las enfermedades de las plantas tienen pocas posibilidades de afectar al humano.

Los primeros a escala mundial en experimentar con esta revolucionaria tecnología fueron dos mexicanos: el neurocirujano Ignacio Madrazo y el experto en biotecnología Xavier Lozaya, que sometieron una planta (*mimosa tenuiflora*) a un procedimiento similar a la clonación para crear un "callo": una célula capaz de reproducir la planta completa y con la gran ventaja sobre una de origen animal, de ser menos susceptible de provocar reacción inmunológica en el paciente.

Este callo fue implantado en varias ratas que lo toleraron muy bien: se formaron vasos sanguíneos alrededor y el interior del injerto.¹⁷

Desgraciadamente la directora del RNT doctora Inés Díaz Muñoz, afirma que "en el país no se están haciendo xenoinjertos y tardarán muchísimos años en hacerse, además no están autorizados ni legislados. Tampoco hay posibilidades en cuanto al desarrollo de órganos a partir de plantas", por lo que hoy en día y hasta dentro de varios años, no se puede hablar concretamente de trasplantes que no sean de donadores humanos, cadavéricos o vivos.

Pero independientemente de la procedencia del órgano en cuestión, es vital darse cuenta que después de la cirugía de trasplante no acaba todo, sino que debe haber un cuidado postoperatorio que durará para siempre en el receptor. No por eso

16. Santiago-Delpín, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, op. cit., p. 4

17. Cirigo, Alberto, "Lo nuevo en trasplantes", *Contenido*, p. 30

su estilo de vida tiene porque ser un martirio, como lo indica el presidente de AMPRAC. "Antes de la intervención sí puede ser difícil, el tratamiento da cantidad de vida pero la calidad disminuye, si el paciente se cuida mucho va a vivir y bien.

"Hay casos muy especiales de personas que tienen una fuerte inmunidad y su organismo no soporta un trasplante por mucho tiempo, al cabo de poco lo rechaza. Ellos se tienen que concientizar de que van a estar toda su vida conectados a un aparato. Aun así se van de vacaciones, tienen un trabajo normal y demás, pero saben que se deben quitar las toxinas por medio de la diálisis y hemodiálisis en el caso de riñón, que se tienen que someter a una dieta muy rigurosa (nada de potasio, nada de sal, baja en proteínas) dado que se corre el riesgo de una inflamación del peritoneo (peritonitis), pero siguiendo estos pasos es posible conservar cierta normalidad.

"La calidad de vida aumenta mucho con un trasplante, después de la cirugía la vida ya es normal, ya no se es enfermo, se tiene un riñón nuevo, el cual hay que cuidar con medicamentos y ejercicio. Se puede comer lo que sea, solamente que como un gusto, sin hacerlo seguido. Aunque sí es muy difícil durante el primer año dada la cantidad de inmunosupresores para evitar el rechazo.

"Las recomendaciones generales son: permanecer en casa los primeros tres meses y, de no ser posible tanto tiempo, usar doble tapabocas para evitar infecciones, no practicar deportes de alto riesgo o de contacto y, obviamente, tomar el medicamento adecuado", finaliza Del Prado. Para ello, el paciente necesita recibir una buena educación referente a su enfermedad. Esto debe incluir tratamiento adecuado y opciones de nutrición, manejo de dieta y rehabilitación.

Hasta que no se encuentre una cura para las insuficiencias orgánicas, los pacientes enfrentarán todos los retos y cambios por los que atraviesa cualquiera, con la excepción de que su vida será más corta. Los cambios y los retos serán más intensos, lo que requiere que los esfuerzos sean continuos, imaginativos, adaptativos y comprensivos. La repetición verbal, formas escritas de ofrecer el material que se les quiere enseñar, películas y apoyo entre familiares unido a la intervención profesional

psicosocial, constituyen los mejores recursos para ayudar a las personas con condiciones permanentes hacia una verdadera independencia.¹⁸

Todas las personas trasplantadas deberán tomar inmunosupresores el resto de su vida, para que su organismo nunca rechace el injerto que, aunque compatible, es un cuerpo extraño dentro de él.

Y es en esta parte donde a menudo surgen ciertos problemas, no ocasionados fisiológicamente por la medicación, aunque sí es ésta la que afecta de manera indirecta. Es decir que el costo de los inmunosupresores es alto. Ricardo del Prado explica que, dependiendo de la salud del paciente, éste deberá de tomar de uno a tres de ellos, siendo la ciclosporina la indispensable.

Actualmente, el costo de los inmunosupresores es, en promedio, el siguiente:

- La ciclosporina es la más cara. Un frasco de 50 ml que le dura al paciente aproximadamente un mes, cuesta cuatro mil quinientos pesos.
- La azatriopina o inmuran tiene un costo de ochenta pesos.
- Y la cortisona, meticorteno o pregnisona vale aproximadamente cuarenta pesos la caja, siendo la más barata.

A causa del panorama anterior, es posible afirmar que estar afiliado a un instituto médico gubernamental representa una gran ventaja para las personas de bajos y medianos recursos; las clínicas proporcionan gratuitamente los medicamentos y les ahorran una fuerte cantidad de dinero a sus pacientes.

Pero no todos tienen la suerte de estar inscritos en un hospital público y este factor resulta determinante en el futuro del enfermo. Si no se tiene el dinero necesario para medicarse después de un trasplante, éste no se llevará a cabo. Hacerlo sería responsabilidad directa del trasplantólogo, lo que se podría considerar moralmente un asesinato: "si se le trasplanta un riñón a un paciente que se sabe no va a poder tomar un inmunosupresor porque es muy caro, se va a morir, y yo lo maté –apunta Armando Soberanes– porque yo le puse el trasplante a sabiendas de que si no se tomaba el medicamento se iba a morir. No debo hacer eso, no es ético,

18. Santiago-Delpín, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, op. cit., p. 195

debo dejar que el paciente siga su enfermedad. No podemos mezclar los problemas sociales de un país con los problemas de salud de una población. Además, el gasto difícil es solamente el primer año”.

Ante esta problemática es fácil percatarse de la importancia que los inmunosupresores tienen dentro de la trasplantología, pero cabe destacar que también han influenciado y beneficiado a otros campos de la medicina y asimismo, fomentaron la investigación en otras áreas no médicas.

Finalmente, la donación, este acto altruista y algunas veces heroico que se realiza cientos de veces alrededor del mundo, simboliza la bondad humana, reflejando rasgos ejemplares en nuestra naturaleza y significando la esperanza para nosotros como especie. Estos valores, que han ocurrido como parte integral de la experiencia del trasplante, nos sobrevivirán en el futuro, aun cuando los problemas moleculares ya hayan sido resueltos; sin embargo, todavía no lo están, aunque el conocimiento actual sobre trasplante haya sobrepasado por mucho aquel con que se comenzó la experiencia clínica hace 30 años.

Actualmente los problemas principales en trasplantes de órganos son dos: la carencia de suficientes órganos para trasplante y resolver el rechazo inmunológico. El primero es reflejo de que existe más demanda que oferta. Cada país ha buscado la solución al problema por la vía publicitaria, legal o comercial.

Tal como ocurrió en la inmunoterapia del cáncer, la inmunosupresión para trasplante ha tomado caminos similares, esto es, dosis variables y múltiples inmunosupresores.

Este nuevo enfoque será aplicable a más de la mitad de las condiciones que llevan hoy día a la insuficiencia terminal. La maquinaria y las operaciones no serán cosa del pasado pero complementarán las técnicas moleculares preventivas.

La necesidad inventó al trasplante y éste a su vez influenció, fertilizó, fomentó y contribuyó a otros campos de manera que el beneficio a la humanidad fue mucho más que el medio millón de pacientes trasplantados.¹⁹

19. *ibidem*, pp. 3, 5

Es prudente por ello, ver de cerca los procedimientos de los tres trasplantes más importantes que se realizan en nuestros hospitales: el de riñón por ser el más común entre donadores vivos y los de corazón e hígado por ser los dos órganos más importantes del metabolismo humano.

El *trasplante renal* es el que se lleva a cabo con mayor frecuencia. Esto es debido a que se pueden usar riñones de personas vivas y se obtienen más de este tipo de donadores que de cadáveres, pero al conjuntarse, hacen posibles un número mayor de trasplantes.

La causa más común de un trasplante es la insuficiencia renal crónica (IRC) en fase terminal. Este término no indica que el paciente va a morir, el que se encuentra en fase terminal es el órgano, no el enfermo.

Las funciones del riñón son: regular la cantidad de agua en el cuerpo a través de la orina, regular el equilibrio de electrolitos (sodio, potasio, calcio y fósforo), limpiar al cuerpo de productos ácidos de desecho y de otros tipos de desecho (drogas, venenos, etc.), ayudar a regular la presión sanguínea, colaborar en la elaboración de glóbulos rojos y ayudar al organismo al aprovechamiento de la vitamina D.

En un paciente con IRC, estos pequeños órganos del tamaño de un puño cerrado, producen una menor cantidad de orina y el agua se acumula en el cuerpo. Puede haber un aumento de sodio por la falla en la eliminación del mismo, lo que provocará sed y, al no poderse eliminar normalmente, es probable que haya acumulación de fluidos en los tejidos, lo cual significa una sobrecarga sobre el corazón y los pulmones.

Esta enfermedad también puede provocar una pérdida excesiva de potasio o el acumulamiento de éste, lo que acarreará vómito, diarrea y debilidad cardiaca. La IRC provoca asimismo, que los desechos corporales que se encuentran normalmente en dosis pequeñas, lleguen a niveles de envenenamiento, lo que se llama *asotemís* o *uremia*.

Cuando el riñón no trabaja a su capacidad, es incapaz de remover el calcio de lo que ingerimos y de activar la asimilación de la vitamina D. En algunas formas de insuficiencia, la enzima *renina* se produce a destiempo, elevando la presión sanguínea

cuando está ya de por sí, demasiado alta. La IRC es causante de que el número de glóbulos rojos descienda y el exceso de productos de desecho en la sangre provoca que ellos vivan la mitad del tiempo que deben vivir normalmente.

A veces la coagulación es más lenta. El nivel de la sangre baja y puede causar debilidad en la estructura del sistema óseo.²⁰ Este padecimiento requiere de diálisis peritoneal o hemodiálisis según sea la intensidad del mismo, por lo menos en lo que se busca un donador.

El candidato a trasplante renal debe ser un paciente con IRC terminal, libre de cualquier infección y con condiciones generales que permitan la cirugía. La evaluación del paciente tiene como objetivos la realización del procedimiento con un mínimo de riesgos y además, detectar datos que indiquen qué complicaciones pueden ocurrir en los periodos trans y post operatorios y con esto mejorará el pronóstico de la sobrevivencia del injerto renal. Después del trasplante, el paciente recupera casi por completo su vida normal, con las mínimas restricciones antes señaladas.²¹

Por su parte, el *trasplante cardiaco* sería más comprensible de efectuar en pacientes con insuficiencia cardiaca terminal, pero no todos pueden ser sometidos a cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico. Es necesario utilizar un sistema integral para determinar definitivamente quién debe y quién no, ser sometido a un trasplante de corazón.

De manera empírica en general, se considera todavía válido que los pacientes con una fracción de eyección (expulsión de una materia destinada a ser eliminada) ventricular menor al 20% sean candidatos a trasplante. Sin embargo, lo que se necesita saber es si el valor de esta medida es irreversible.

La mortalidad por insuficiencia cardiaca congestiva —enfermedad en la que el corazón no es capaz de mantener la circulación normal de la sangre— ha disminuido significativamente con el uso de inhibidores de la enzima convertidora y vasodilatadores. La mortalidad permanece aún en cerca del 10% por año.²² Y según datos presentados en la conferencia número dos de la Primera Semana Nacional de

20. Domit de Slim, Soumaya, *Insuficiencia Renal Crónica*, pp. 19-25

21. Santiago-Delpin, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, op. cit., p. 531

22. *Ibidem*, p. 771

Órganos y Tejidos por el doctor Luis Terán Ortiz, es la primera causa de muerte en ambos sexos, seguida por tumores malignos y diabetes en mujeres y accidentes y tumores malignos en hombres

Se debe iniciar el tratamiento para la insuficiencia cardiaca, lo cual brinda la oportunidad de someter a prueba la decisión que implica el cuidado posterior del paciente y evaluar el cumplimiento por parte de éste en caso de que finalmente recibiera un trasplante. De esta manera, durante el tratamiento también pueden investigarse hábitos como el consumo de alcohol, el empleo de drogas y el incremento en la obesidad que son factores contribuyentes.

La relación de trabajo entre los cardiólogos al cuidado de esos pacientes y los cirujanos debe ser muy cercana para determinar si el paciente es o no, candidato a trasplante cardiaco. El centro médico involucrado en este procedimiento debe tener un grupo específico de cardiólogos dedicados a la evaluación y tratamiento de estos pacientes. Ellos deben tener un criterio claramente definido para decidir en qué momento es necesario cateterizar y valorar nuevamente a los pacientes.

Otra causa de muerte en estas personas es la arritmia. Muchos se benefician con el implante de desfibriladores automáticos implantables. Por consiguiente, también es necesario que los electrofisiólogos estudien a estos pacientes para un análisis preciso de la posibilidad de prolongarles la vida con un desfibrilador sin el recurso del trasplante. La presencia de arritmia determina un muy alto riesgo de muerte de origen cardiaco.²³

El donador no debe presentar ningún antecedente de falla cardiaca o hipertensión y haber registrado electrocardiogramas normales.

La sobrevida cada vez aumenta más y el trasplantado debe llevar una dieta semirrigurosa, cuidar su peso y tomar los inmunosupresores recomendados por el médico, según sea el caso particular.

El *trasplante hepático*, por último, se indica principalmente a causa de los siguientes padecimientos en orden de incidencia: hepatitis viral, enfermedad

23. idem.

alcohólica del hígado, colangitis esclerosante primaria (inflamación de los conductos biliares que ocasionan el endurecimiento del hígado), cirrosis biliar primaria, necrosis hepática aguda (muerte de una zona de tejido dentro del hígado), enfermedad metabólica y neoplasia maligna (aparición de un tumor canceroso).

La escasez de órganos ha desatado la necesidad de valorar al máximo la conveniencia de otorgar uno a ciertas personas, como en el caso de los alcohólicos, por lo que para brindárselos, se deben considerar factores psicológicos y sociales que evidencien las posibilidades de reincidencia.

Los determinantes del éxito del trasplante son el estado preoperatorio del receptor, la calidad del hígado del donador y los aspectos técnicos de la cirugía.

Así, el costo de las complicaciones postrasplante tempranas es elevado. El diagnóstico y manejo implican un alto grado de sospecha clínica, un diagnóstico rápido, intervenciones terapéuticas inmediatas y la eliminación de problemas técnicos. La valoración preoperatoria de la condición médica tanto del donador como del receptor y una atención meticulosa a los detalles durante la realización técnica del trasplante hepático son el fundamento para la obtención de buenos resultados.²⁴

Aunque en el caso del hígado, el riesgo de complicaciones es mayor, acatando las indicaciones médicas, haciéndose chequeos constantes y cuidando en general el nuevo órgano, es posible obtener resultados verdaderamente milagrosos.

Esto es la forma y fondo de la donación de órganos en México, un acto meramente altruista que brinda la oportunidad de regalar vida a otras personas y que debe penetrar cada vez más en la cotidianidad de la población, para que todo aquel que lo necesite obtenga un órgano y no mueran más a manos no del egoísmo, sino de la ignorancia y la desinformación.

24. *ibidem*, pp. 748, 758

Capítulo 2

El cambio a la Ley General de Salud. Donación tácita de órganos.

La noticia del cambio a la Ley General de Salud ocasionó que los medios de comunicación voltearan la vista hacia el tema de la donación de órganos y tejidos y que, a través de ellos, el público en general también lo hiciera. Este tema tuvo una época en que estaba *de moda* hace ya varios años (cerca de diez), cuando la actriz Irma Dorantes difundió una campaña a favor de la donación de córneas. Desde entonces no se había hablado tan frecuentemente de ello. Fue hasta principios del 2000 y la entonces propuesta de modificar la ley, lo que provocó que se retomara el tópico.

Reacciones de aprobación, rechazo, ira, indignación y muchos otros sentimientos surgieron en las conciencias de los habitantes del Distrito Federal cuando, a través de radio, prensa y televisión se enteraron del asunto. Frases como: *"que donen quienes proponen la reforma"*, *"es brindar otra oportunidad de vida"* y *"el gobierno ya nos quita nuestro dinero y ahora quiere nuestros órganos"*, son ejemplo de las muchas respuestas que hubo.

Pero para conocer y valorar en su justa medida la importancia de la reforma a la Ley General de Salud es necesario revisar la legislación previa y los cambios que presenta la nueva, estimando qué tan profundos fueron y cómo repercutirán en la práctica de la donación de órganos y tejidos en México. Asimismo, es pertinente evaluar la reacción de los habitantes del D.F. y apreciar si su opinión está basada en rumores y desinformación o en fundamentos sustentados a partir del conocimiento de las reformas a la Ley y los procesos de la donación.

2.1. La ley antes del 2000

En la década de los sesenta los trasplantes se introducen a la práctica médica como un procedimiento aceptado clínicamente y, una década después, se experimenta un proceso de consolidación y expansión que motiva cambios importantes, reflejados en la legislación nacional. La Ley General de Salud, decretada en febrero de 1984, dispone: "Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de aquéllos"; e indica las condiciones y requisitos de receptores y donadores vivos y cadavéricos, al señalar: "los órganos y tejidos no son bienes que se puedan comerciar". Esta disposición es uno de los conceptos medulares de la práctica de los trasplantes en nuestro país.

La Ley General de Salud de México dedica su título XIV, que consta de tres capítulos, a reglamentar la materia. Como principio general, la disposición de órganos y tejidos está permitida en nuestro país y corresponde a la Secretaría de Salud el ejercicio del control sanitario. Estos actos implican las actividades relacionadas con 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.

Estos criterios fueron señalados en un principio en el Reglamento del Código Sanitario del 27 de octubre de 1976 y posteriormente ampliados e incorporados a la Ley General de Salud así como a su reglamento, el 20 de febrero de 1985, al que se le añadirían reformas el 26 de noviembre de 1987. Después salieron a la luz la Norma Técnica número 323 para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos con Fines Terapéuticos el 14 de noviembre de 1988; el Instructivo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal para los Agentes del Ministerio Público, sobre la misma materia, el 10 de agosto de 1989; y finalmente las bases de coordinación con la Procuraduría General de la República el 23 de diciembre de 1991. Todas ellas publicadas en el Diario Oficial de la Federación.¹

1. <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-consideracioneseticas.html>

El título decimocuarto, que comprende 24 artículos –del 313 al 337–, de la Ley General de Salud, establece que el Registro Nacional de Trasplantes estará a cargo de la Secretaría de Salud para ejercer el control sanitario de la disposición de órganos y tejidos de seres humanos. Este control se da en todos los detalles, señalando con precisión cuáles son las facultades y obligaciones de cada uno de los participantes en una donación, desde el mismo donador, denominado disponente originario, hasta las autoridades sanitarias correspondientes, cuyos establecimientos y personal deberán contar con la autorización de la Secretaría de Salud, según indica la ley y otras disposiciones aplicables.

Para una donación de órganos o tejidos el disponente originario (el dueño del cuerpo en cuestión) deberá haber dado su consentimiento expreso y por escrito ante un notario o en documento expedido ante dos testigos, el cual podrá revocar en cualquier momento; o portar una *tarjeta de donador* que algunas asociaciones ofrecen y que tiene que ser firmada por la persona que desea donar y dos testigos y que, de la misma manera, puede ser destruida en cualquier momento sin ninguna obligación por parte de la persona implicada. Pero si en vida no manifestó ninguna posición con respecto a su decisión de donar o no sus órganos, serán sus familiares o disponentes secundarios los que, ante la petición médica, decidirán si aceptan o rechazan la donación. Esta disyuntiva será enfrentada por la familia del posible donador en el siguiente orden: cónyuge, concubina o concubinario, padres, hijos y hermanos. A falta de éstos, será la autoridad sanitaria quien disponga de los órganos y tejidos de la persona fallecida.

Ahora bien, el consentimiento otorgado por menores de edad, incapaces o personas que por cualquier circunstancia no pueden expresarlo libremente, no será válido. Tratándose de donaciones en vida, las mujeres embarazadas sólo podrán donar tejidos con fines terapéuticos, siempre y cuando el receptor estuviere en peligro de muerte y no implique ningún riesgo para la salud de la mujer o del producto.

Las personas que se encuentran privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos cuando el receptor sea su cónyuge, concubinario, concubina o familiar.

En términos generales, los donadores vivos pueden ser familiares consanguíneos, familiares políticos o amigos del receptor, siempre que no estén presionados, den su consentimiento por escrito ante un notario y se encuentren dentro de un rango de edad de 18 a 60 años. Las situaciones especiales que se presenten, serán resueltas jurídicamente.

Y es que, debido al insuficiente acopio de órganos y tejidos, pacientes y médicos exploran alternativas como parientes en grados más lejanos y con personas relacionadas sólo sentimentalmente, es el caso de cónyuges o amistades, denominándoseles por ello "donadores emocionalmente relacionados", que si bien la ley no los propone, tampoco los prohíbe, justificándose en casos excepcionales de extrema necesidad del trasplante. Ya que la ley es poco explícita en esos casos, se debe de poner especial cuidado y vigilancia, siendo necesario que el Registro Nacional de Trasplantes defina con precisión las normas que regulen o justifiquen el uso de este tipo de donantes, incluyendo no sólo la voluntad altruista de la donación, sino también los criterios técnicos de compatibilidad.²

Hay que reiterar que lo anterior se debe dar solamente en situaciones extremas, la misma ley dicta que la obtención de órganos o tejidos se hará preferentemente de cadáveres, como indica el doctor Ramón Espinosa Hernández, cirujano de trasplante renal adscrito al Hospital Juárez de México: "lo ideal es que no se le tomen órganos a una persona viva. Cuando al donador se le hacen estudios, se descarta que padezca cualquier enfermedad, pero conforme pasa el tiempo, existe la posibilidad de que ese paciente que donó presente alguna afección como diabetes mellitus o hipertensión, entonces el hecho de haber donado puede repercutir en su calidad de vida".

Un requisito indispensable para llevar a cabo una donación cadavérica de órganos y tejidos es la muerte cerebral. Esta condición, sin embargo, está directamente relacionada en un alto porcentaje con la violencia. Traumatismos craneoencefálicos irreversibles causados por bala o accidentes automovilísticos, son ejemplo claro de algunas situaciones que propician la muerte cerebral.

2. ídem

Tratándose de circunstancias que ameritan iniciar una averiguación previa o una necropsia, la ley entra en acción a través del Ministerio Público correspondiente, que evalúa cada caso y autoriza o niega la donación con base en el artículo 325 de la Ley que señala: "Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida (...) se requerirá la autorización de los disponentes secundarios (...) excepto cuando la autoridad competente, de conformidad con la ley, ordene la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos no requerirá de consentimiento alguno".³

La autoridad que los Ministerios Públicos ejercen al decidir sobre los órganos de las personas debería estar respaldada por una capacitación medico - legal, sin embargo, ésta no existe y en ocasiones propicia que ellos se excedan en sus funciones. Provocan molestia e incomodidad a los familiares al cuestionarlos acerca de ¿por qué quieren donar?, ¿para qué?, ¿cuánto les van a pagar?⁴

Cuando la muerte cerebral no está relacionada con la violencia, como en el caso de los derrames o los tumores cerebrales, la pérdida de la vida debe estar perfectamente certificada por los médicos antes de proceder a solicitar la donación. Para ello será necesario comprobar previamente la existencia de los signos de muerte señalados en el artículo 317, entre los que destacan la falta de conciencia, de respiración espontánea y de respuesta a estímulos externos, así como la ausencia de reflejos y el paro cardiaco irreversible. Y para constatar la muerte, el 318 dicta que será necesario presentar un electroencefalograma que no se modifique con ningún estímulo y comprobar que el paciente no haya ingerido depresores o tenga hipotermia. La certificación de muerte será expedida por dos profesionales distintos de los que intervendrán en el trasplante.

Como último punto importante de la Ley General de Salud del 84, está el señalar que los órganos y tejidos de humanos no podrán internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud. Ello, con el afán de garantizar

3. <http://cenids.ssa.gob.mx/leysalud/t14-c02.html>

4. Arellano Dorado, D. Mayela., *Donación de órganos: antisolidaridad humana, miedo a la muerte o desinformación*, p. 39

que los órganos y tejidos de los mexicanos serán para los mexicanos y para tener un estricto control sobre su origen y destino final.

A pesar de que la ley trata siempre de cuidar todos los aspectos relacionados con la donación de órganos y tejidos, tanto cadavérica como en vida, y de hacerlo basada en principios de equidad y justicia, presenta deficiencias y lagunas tanto en la regulación como en la práctica. La legislación no ha garantizado el acceso de toda la población a un trasplante, la mayor parte de éstos se realizan en instituciones de seguridad social. Tampoco se cuenta con un equipo eficiente de trabajadores sociales que den la información necesaria sobre el tema y la tarjeta de donación voluntaria de órganos es difícil de conseguir. Ello propicia que las personas no tengan acceso a una cultura de la donación, y si lo tuvieran, no se ponen a su alcance los medios para concretar su intención altruista.

2.2. Ahora todos nacemos donadores

La idea de reformar la Ley General de Salud en su apartado referente a la donación de órganos y tejidos data de mucho tiempo atrás, pero no fue sino hasta la primera mitad de 2000, durante la gestión de José Antonio González Fernández como secretario de Salud, que se propuso oficialmente ante la Cámara de Diputados para su valoración y aprobación.

El Poder Legislativo de la nación evaluó los cambios que pretendía la propuesta y, respaldado por 349 votos, decidió que eran positivos para regular de una manera más eficaz dicha práctica médica destinada a aumentar la calidad y la cantidad de vida de los pacientes que esperan un trasplante. Así, el 26 de mayo de 2000 entraron en vigor las modificaciones a la ley en su título decimocuarto para asegurar que las técnicas de trasplantes se conviertan en una realidad para toda la población mexicana, sin abrir a su vez, zonas susceptibles de abusos.

Las reformas a la ley son muchas, sin embargo, la más difundida fue el cambio de donación **expresa a tácita**, así que es importante comenzar por aquí:

A partir de la aprobación de la ley, todos los mexicanos somos donadores desde el momento mismo de nuestro nacimiento. Esto, a pesar de lo que pudiera parecer, no es una medida arbitraria que pretenda quitarle los órganos a cuanto ser humano nazca en el país, sino que "se busca un cambio de filosofía y que los ciudadanos en lugar de decir: 'sí acepto donar mis órganos' señalen: 'no me opongo a donarlos'", indica Javier Castellanos Coutiño, ex subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario. Pero de ninguna manera será obligatoria la donación. El consentimiento tácito sólo se pondría en práctica si el potencial donador no hubiera expresado en vida ninguna posición en cuanto a donar sus órganos y además sus familiares cercanos tampoco manifestaran su aprobación o negativa. Es decir, cada individuo tiene el poder de decidir sobre su cuerpo y éste se hace extensivo, aun después de la muerte, a sus familiares. "Antes la ley les daba una facultad a los familiares que no les correspondía, ahora no, sino que se le está ampliando la voluntad al fallecido a través de sus familiares, que no es lo mismo", señala el licenciado Fabritio Pérez Recedi, ex asesor jurídico del Consejo Nacional de Trasplantes (Conatra).

El objetivo de la modificación, señala Castellanos Coutiño, fue en gran parte, "provocar que la población tomara conciencia de la importancia de los trasplantes y construir una nueva cultura sin atropellar a nadie" buscando siempre "garantizar el acceso para todos los mexicanos, independientemente de su condición socioeconómica".

A pesar de las opciones que las personas tienen para anunciar su sentir acerca de la donación, la ley precisa que existen grupos susceptibles que no serán considerados como *sí donadores*, y para protegerlos, mantiene su posición en lo que respecta a menores de edad, incapaces o personas impedidas para expresar su voluntad libremente.

"Entre menores de edad vivos no se pueden donar órganos a excepción de médula ósea. Una vez que fallecen sí se les permite a los representantes legales que decidan si disponen de sus órganos — asegura el licenciado Pérez —, pero en vivos relativos ya no se permite que sean menores de edad".

Asimismo, se mantienen las restricciones en mujeres embarazadas para asegurar que los trasplantes no sean usados como una manera de permitir abortos o abusos contra el producto o la mujer.⁵

Pérez Recedi enfatizó durante la Primer Semana Nacional de Donación de Órganos y Tejidos que se llevó a cabo del 25 al 30 de septiembre de 2000 en el TEC de Monterrey, Campus Ciudad de México, que tampoco se permitirá, como se hace en otros países, que los reos donen sus órganos a cambio de reducir sus condenas.

No se tomarán órganos o tejidos de indigentes o personas que sean encontradas sin identificación, ya que "primera y fundamentalmente, se respeta el cuerpo y la decisión de cada persona y, en segundo lugar, no podríamos arriesgarnos a remover los órganos de una persona de la que no se conoce su historia clínica y pudiera tener antecedentes que limiten o anulen la posibilidad de donar", señala la licenciada Mai Ichikawa Ortega, coordinadora del Módulo de Información y Orientación al Público de Conatra. Por eso, cuando se encuentra a una persona desconocida, lo primero es hacer lo posible por encontrar a sus familiares, si son localizados de manera rápida, se procede a preguntarles acerca de la postura del fallecido ante la donación y en caso de no existir ésta, se busca la *no negación* de ellos (la familia). Si ningún pariente es encontrado o su búsqueda conlleva mucho tiempo, se pierden los órganos. "Antes que nada se respeta el cuerpo", asegura Ichikawa.

En donaciones cadavéricas está prohibido conocer la identidad del donador, siendo todos los datos confidenciales. Cuando los individuos expresen en vida libremente su consentimiento de una manera oral y escrita de que quieren ser donadores de órganos y tejidos a su muerte, "la ley, a partir de las reformas del año 2000, acepta que el donador establezca el modo, tiempo, lugar y la persona a la que le quiere donar. Incluso —apunta Ichikawa— si se quisiera donar el cuerpo para docencia o investigación a alguna institución médica o educativa, también hay que establecerlo. Tratándose de donación en vida hay que acatar el hecho de que sólo se permite donar a los parientes por consanguinidad, afinidad o civil".

5. Secretaría de Salud, "Manual explicativo de las modificaciones a la Ley General de Salud en su título XIV, 'donación, trasplantes y pérdida de la vida'", p. 166

Fabrizio Pérez Recedi explica que "consanguinidad son familiares ascendientes, descendientes y colaterales sin límite de grado hasta ahorita. Afinidad es con la familia del cónyuge y concubina o concubinario, y civil es entre adoptado y adoptante. Dejando esta puerta abierta fuimos más allá de Francia que no deja ni siquiera entre esposos y aquí en México estamos un paso más adelante. Lo que no se permite es que un amigo, lo que es una persona *sentimentalmente relacionada*, te done un órgano, esto es un avance" al prevenir que sea falsa la relación y existiera de por medio alguna remuneración económica y por tanto, una comercialización de órganos.

Retomando las reformas en pro de la donación post-mortem, Pérez Recedi habla del cambio referente a la pérdida de la vida: "antes existía una confusión, incluso los doctores no lo tenían muy claro y hablaban de *muertos y muertos bien muertos*, eso desconcertaba mucho a la gente. En la nueva ley queda muy claro que sólo hay una pérdida de la vida, la persona fallece y no hay vuelta atrás. Todo lo de muerte cerebral se deja muy claro y es importante porque es un tema fundamental". Además de que, como comenta Inés Díaz, directora del Registro Nacional de Trasplantes, "hay un acortamiento de tiempo en el diagnóstico de muerte cerebral de por lo menos una hora con los electroencefalogramas y si se tiene una arteriografía cerebral en la que se demuestre que no hay curso, se ahorran hasta cinco horas".

Este aspecto era indispensable reglamentarlo debidamente, dada la poca claridad de la ley anterior, sobre todo en los casos en los que los Ministerios Públicos intervenían y eran ellos los que decidían si alguien estaba muerto o no. Por lo anterior, la nueva ley señala que el Ministerio Público sólo intervendrá en los casos en los que el donante esté relacionado con la averiguación de un delito. Con esto se asegura que el principio de búsqueda de justicia se respete, pero al mismo tiempo no obstaculice las donaciones. Debe quedar claro que en ningún momento la ley está considerando que el MP tiene la facultad de disponer del cuerpo o sus componentes, sino solamente de hacer uso de los medios que sean necesarios para esclarecer hechos ilícitos.⁶

6. *ibidem*, p. 168

“Al Ministerio Público se le sacó en cierta forma de la jugada y a través del reglamento se delimitan bien cuáles son sus facultades, derechos y hasta dónde debe intervenir, porque sólo le corresponde la averiguación previa, no decidir si se donan o no los órganos” —señala Fabritzio Pérez—, situación que se daba frecuentemente con la ley anterior, que los autorizaba para ello, pero no exigía conocimiento de los procedimientos médicos de trasplante, de su parte.

Otro cambio importante se dio en el manejo de las listas de espera. Ahora éstas no las manejará cada institución hospitalaria por separado, sino que se hará a nivel institucional, regional y luego nacional. El asesor jurídico de Conatra desde su creación y hasta enero del 2001, puntualiza que estas listas se encuentran en bases de datos auditables y revisables por patronatos, Consejos Estatales de Trasplantes (Coetras), el Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra) y por todas las instancias correspondientes. “Se verifica dónde termina cada órgano que es procurado, la asignación ya no se deja a libre decisión de dos o tres instituciones, sino que hay una revisión y una asignación estatal y nacional, lo cual ofrece mucha protección. También se está haciendo una Norma Oficial en la cual se ponen las características especiales que se deben cumplir para cualquier asignación de órganos, lo que también ayuda a garantizar que ninguna persona salte el lugar que le corresponda”, dice Pérez Recedi. Y es que la asignación de órganos y tejidos es una cuestión delicada: se valoran aspectos como la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados y la compatibilidad. Cuando no exista una urgencia o razón médica para destinar un órgano o tejido habrá apego estricto a la lista de espera.

Una situación que llamó la atención es que, a pesar de que las autoridades de salud no contemplaron el hecho de continuar con la restricción para sacar los órganos del territorio nacional, “las personas del congreso, los senadores y diputados decidieron que si se iba a hacer un esfuerzo para procurar órganos y crear una cultura de donación, debían ser órganos de mexicanos para mexicanos. Esto es tanto para no beneficiar a extranjeros mientras que tenemos una deficiencia nacional, como para

que la gente confíe en que los órganos que se van a procurar aquí, serán para personas de su mismo país.

“Con esto se busca brindar una mayor confianza”, advierte Fabrizio Pérez Recedi. Sin embargo, analizando objetivamente la situación, confiesa: “personalmente no creo que haya sido el mejor paso, porque la constitución dice que todas las personas que estén en este país debemos ser tratadas como iguales. En este caso se les está quitando el derecho a la protección a la salud y a un tratamiento a quienes no son de este país, por ello no considero que sea prudente dicho decreto”.

Igualmente el reconocido trasplantólogo Armando Soberanes Hernández, afirma: “esta decisión del congreso es un error garrafal. Mientras todos los países del mundo abren sus fronteras al intercambio de órganos, la Cámara cierra totalmente esta posibilidad, no lo permite ni siquiera en casos especiales. Éste es un nacionalismo mal entendido porque si nosotros enviáramos algunos órganos a E.U. o Canadá, en primera instancia habría la posibilidad de trasplantar un mexicano que viva allá; pero si no hay un mexicano, hay un ser humano que requiere un trasplante y ese hospital, por haberle ayudado con uno de sus pacientes, nos podría mandar, por ejemplo, 2 mil córneas para que dos mil mexicanos recuperen la vista, y hay otras cosas en las que nos podrían apoyar”.

En cambio, un acierto enorme de las modificaciones a la ley y que, sin embargo, no se ha valorado lo suficiente —continúa el presidente de la Fundación Mexicana de Donación Altruista de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, A.C. (Fundonar), Armando Soberanes—, “es el hecho de que se incluyera el concepto gastos de procuración. Esto tenía *enterrados* a los trasplantes en este país, porque el que el trasplante sea gratuito para el paciente, no significa que no cuesta una fuerte cantidad de dinero quitar los órganos, preservarlos y realizar los estudios al donador, y eso lo tiene que pagar alguien,” aunque ello no significa tampoco que se le dará al mejor postor.

La misma legislación dicta que los órganos y tejidos que se procuren en el país serán siempre a título gratuito, pero, gracias a la inclusión de este punto, se tomarán en cuenta los gastos que las instituciones hacen al procurar los órganos, para incluirlos al presupuesto de éstas independientemente de sus demás necesidades.

Ciertamente hay carencias en el mundo de los trasplantes, no tanto de infraestructura sino, más bien, de los elementos necesarios para transportar los órganos y aunque "ahorita no hay tanto problema en eso porque no sobran los órganos en un estado como para mandarlos a otros, sí es algo que hay que prever y remediar. Pero estas necesidades se están subsanando y, de acuerdo con la ley, hay un artículo expreso que establece que los medios de transporte también deben facilitar esa cuestión del traslado de los órganos", asegura Mai Ichikawa Ortega.

De hecho, el Decreto por el que se Reforma la Ley General de Salud, promulga que a los establecimientos se les exigirá contar con la infraestructura necesaria y con una junta de especialistas que estudien cada caso y verifiquen que sean éticos los procedimientos, así como la creación de un registro de médicos trasplantólogos y de hospitales (públicos o privados) donde se realizan estas operaciones.⁷

Precisamente para organizar y conciliar los diversos aspectos de un trasplante, incluyendo los problemas que pudieran surgir, se crea por ley, la figura del coordinador hospitalario de trasplantes.

Con estas modificaciones se busca reducir el índice de morbilidad y mortalidad, mejorar las condiciones de vida de la sociedad y mayor congruencia dentro de los diversos instrumentos jurídicos, así como una regulación más clara.

La nueva ley también tratará de proporcionar caminos más fáciles para crear y fomentar una cultura de donación al establecer que, a partir de la reforma, "se buscará hacer bases de colaboración con otras instituciones gubernamentales como el Instituto Federal Electoral, para que a través de la credencial de elector se manifieste la persona como *sí o no donadora*.

7. Ángeles, Elsa, "Mejoran las condiciones de receptores de trasplantes", *El M*, p. 20

“Se está negociando también con otras instituciones como la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para hacerlo en la licencia de manejo o incluso en la Clave Única de Registro de Población (CURP), aunque todavía son a largo plazo”, explica Ichikawa Ortega.

Por último, es indispensable mencionar que se cerraron más las puertas a hechos ilícitos en la práctica de los trasplantes en México, aumentando las penas para cualquier desacato a la ley y a su reglamento, desde mil hasta 10 mil veces el salario mínimo vigente, dependiendo de la gravedad de la falta. El reglamento a la nueva ley no se ha publicado aún, pero se está preparando ya, y mientras tanto se aplica el anterior en lo que no contravenga a la nueva ley, que será la que tiene mayor autoridad en todos los sentidos. Con ello se garantiza el no dejar huecos en la ejecución de la ley y ningún espacio para contradicciones o situaciones de esta índole en ella.

Pero sin duda, la modificación a la ley fue, ante todo, una oportunidad para poner a los trasplantes en medio de la opinión pública y propiciar que la gente pensara en ellos como una posibilidad cercana frente a la cual hay que tener una posición bien reflexionada que se tendrá que defender cuando llegue el momento, por lo que es mejor que esté cimentada en el conocimiento mínimamente elemental de la donación de órganos y tejidos.

2.3. Los defechos ante esta ley

Como es de suponerse, la noticia de que la Secretaría de Salud pretendía convertir a todos los mexicanos en donadores de órganos se difundió inmediatamente a través de los diferentes medios de comunicación en los primeros meses del año 2000.

La iniciativa llegó a oídos de un gran número de mexicanos y a los habitantes del D.F. en especial, quienes alzaron la voz en los foros abiertos por los mismos medios informativos a través de sondeos de opinión entre el público y expresaron, en su

mayoría, comentarios de desacuerdo en los que manifestaban el hecho de que los procedimientos que el gobierno estaba utilizando no eran los óptimos aunque se trataba de un buen fin.

A decir verdad, la información que se difundió a través de prensa, televisión, radio e Internet no fue la más adecuada, como menciona el licenciado Fabrizio Pérez Recedi, asesor jurídico de Conatra hasta enero de 2001: "Al principio fue muy desorientado, se empezó a tomar con tintes amarillistas porque es lo que vende más. Se habló de que era una expropiación de órganos y eso sí afectó un poco la respuesta de la gente hacia la reforma de la ley, pero una vez que los medios se empaparon del tema, del objetivo verdadero y las consecuencias de esta nueva ley, empezaron a informar un poco más".

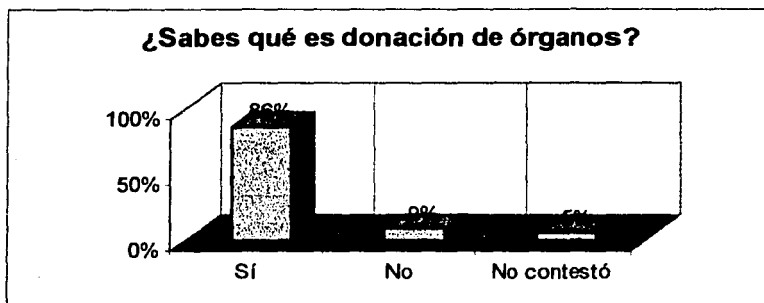
Con el propósito de averiguar la reacción de los pobladores del Distrito Federal ante la reforma a la Ley General de Salud, en su sección dedicada a la donación de órganos, se aplicó una encuesta a cien de ellos en las delegaciones Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Benito Juárez. El objetivo era el de indagar acerca de su conocimiento sobre los procesos de la donación y evaluar la existencia de una cultura sobre el tema, siendo ésta determinante para la cabal comprensión del cambio en la ley.

La muestra estuvo conformada por 50 mujeres y 50 hombres ubicados en un rango de edad que va de los 18 a los 60 años —periodo entre el cual se puede ser donador—. Su escolaridad promedio fue de secundaria, aunque en el nivel más bajo hay personas que no cursaron ningún grado y en el más alto otras que alcanzaron la licenciatura.

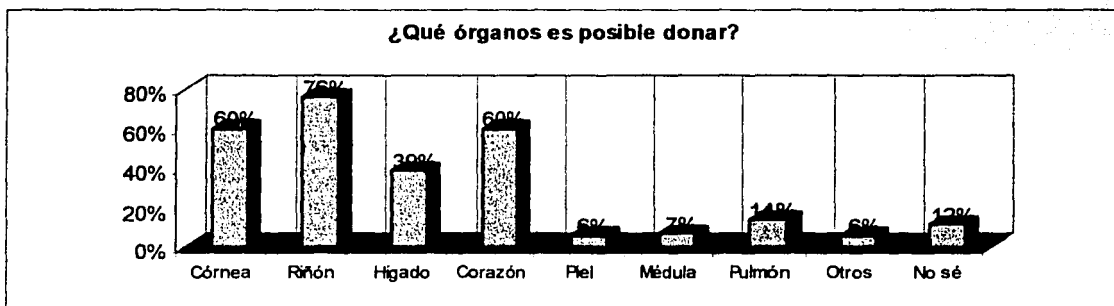
El 86 por ciento de los encuestados dijeron saber qué es la donación de órganos y tejidos y mencionó varios que sí es posible donar: córneas, riñón, hígado y corazón en los porcentajes más altos; también se mencionaron otros menos difundidos como la médula ósea, páncreas y piel. Hubo respuestas sorprendentes por su inverosimilitud: afirmaciones de que todos los órganos se pueden donar o que es posible ceder una pierna, un brazo o el abdomen. (Gráficas 1 y 2)

A pesar de que se trata de casos aislados, este tipo de respuestas refleja el gran trabajo que se tiene que realizar en pro de una cultura de la donación. Si alguien piensa que otro le puede pedir que le done su pierna, es obvio que no querrá hacerlo y, por tanto, estará en contra de iniciativas a favor de impulsar la cesión de órganos.

Gráfica 1



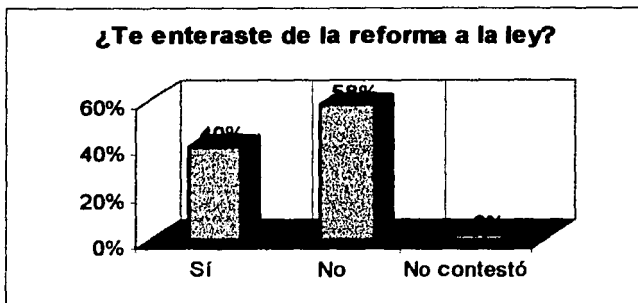
Gráfica 2



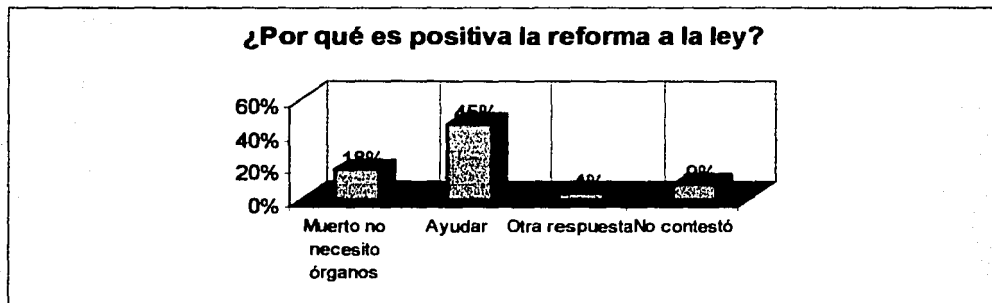
Sorprendentemente, y a pesar de la cobertura de los medios, el 58 por ciento no se enteró de que hubo una reforma en la ley o, aunque la escuchó, no la entendió (Gráfica 3). Al explicársela, el 76 por ciento afirma que el cambio fue positivo, argumentando que se salvarían vidas con órganos que ya no le sirven al donador (Gráfica 4). Entre el porcentaje restante que piensa que la reforma es negativa, las

razones principales son que se trata de una medida arbitraria que obliga a las personas y que hace falta información sobre el tema (Gráfica 5).

Gráfica 3



Gráfica 4

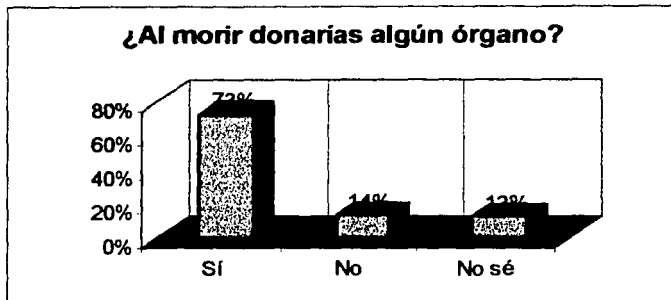


Gráfica 5

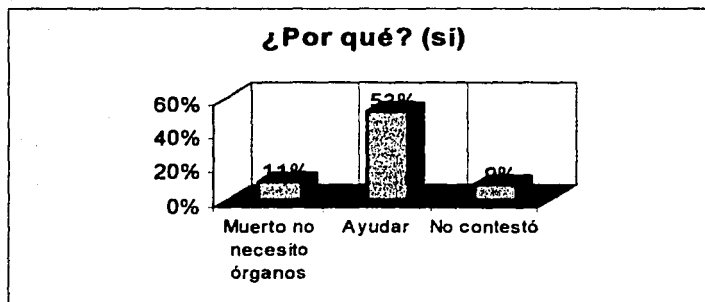


En el mismo sentido, el 73 por ciento de las personas sí donarían sus órganos al fallecer y, el 63 por ciento lo haría con los de algún familiar. (Gráficas 6, 7 y 8)

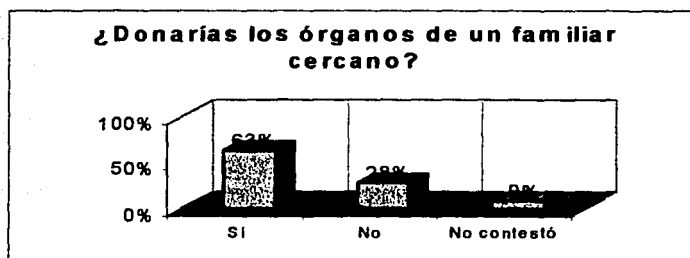
Gráfica 6



Gráfica 7



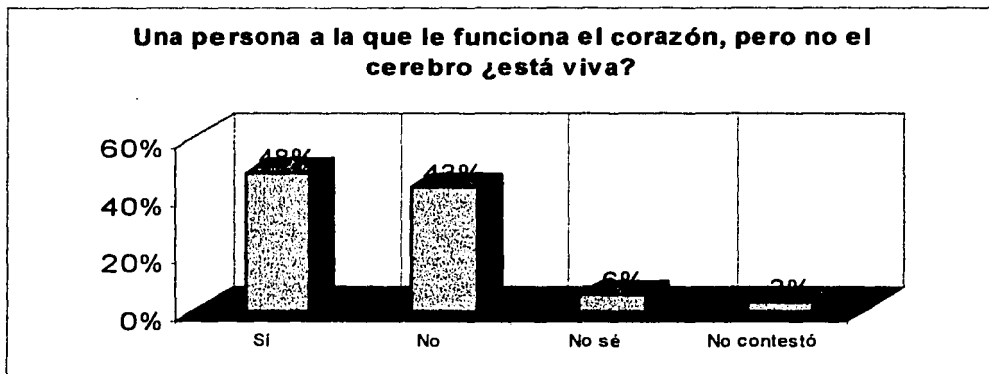
Gráfica 8



Una traba fundamental es el desconocimiento de aspectos como la muerte cerebral. Ante la pregunta de si continúa viva una persona a la que le funciona el corazón pero no el cerebro, el 48 por ciento afirma que sí y el 43 por ciento que no (Gráfica 9).

Ello significa que, aunque las personas estén de acuerdo con la donación, en una situación decisiva no permitirían la remoción de órganos de su familiar porque pensarían que continúa con vida al ver que su corazón sigue funcionando y hay irrigación sanguínea en su cuerpo.

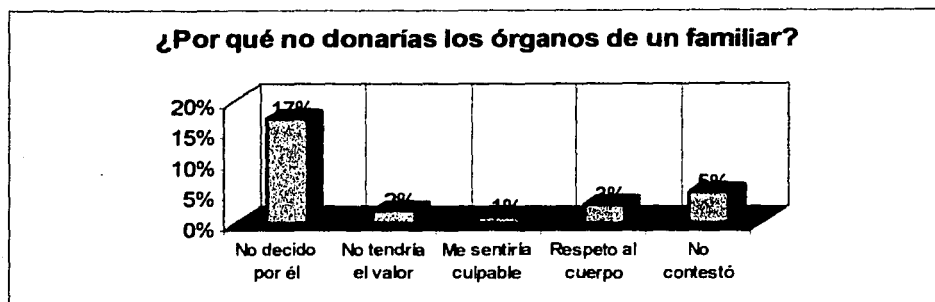
Gráfica 9



De hecho, es mucho más difícil tomar la decisión de donar los órganos de un ser querido que los de uno mismo (Gráfica 10). "La causa principal que induce al público a no donar es el miedo, no es la religión, ni el nivel cultural que se tiene, sino el hacerse responsable de aceptar la donación de un familiar, porque tal vez quien autorice la donación va a ponerse en duda con el resto de la familia, ésta va a decir: 'donó sus órganos porque no lo quería'", indica la doctora Inés Díaz, directora general del Registro Nacional de Trasplantes. El doctor Ramón Espinosa Hernández, cirujano de trasplante renal adscrito al Hospital Juárez de México, añade que "otra causa es que las personas tienen la sensación de que se va a dañar el cuerpo, pero no existe ninguna mutilación. De hecho, hay procesos más agresivos como la cremación".

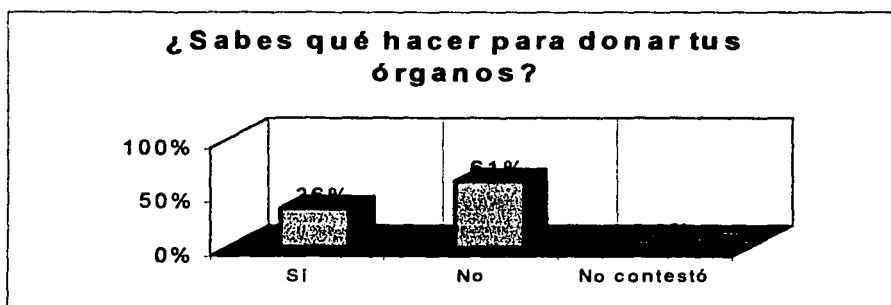
Es importante retomar este aspecto porque muchas familias aducen pretextos como que no pueden decidir lo que su pariente no dispuso en vida, pero sí disponen qué hacer con el cuerpo, dónde enterrarlo, etcétera.

Gráfica 10

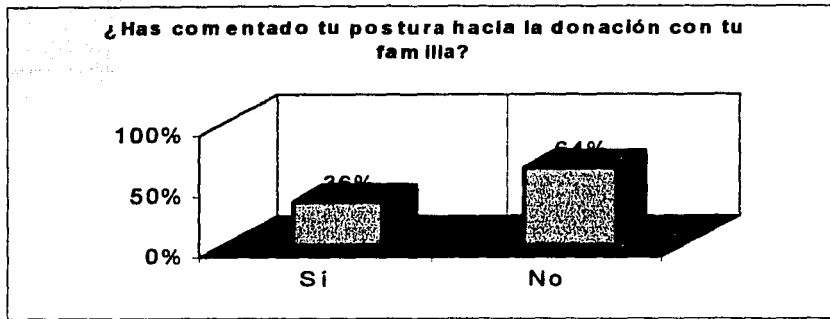


La importancia de manifestar nuestra postura en vida radica en que garantizaremos que se cumpla nuestra voluntad ya sea a favor o en contra y en no dejar aspectos por solucionar a nuestros seres queridos. Comunicar nuestra decisión es el único *trámite* que tiene que hacerse para ser donador y ahorrarles momentos de incertidumbre a los nuestros. Es preocupante que el 61 por ciento de los encuestados no sepa qué hacer en caso de querer donar en el momento de su muerte, siendo algo tan sencillo (Gráfica 11), y de la misma manera, el 64 por ciento no ha comentado su postura con sus familiares y amigos. (Gráfica 12)

Gráfica 11



Gráfica 12



Los que definitivamente no donarían sus órganos argumentaron razones poco claras: que es simplemente una decisión personal o que no les gustaría que les quitaran algo. Hubo otros que manifestaron falta de altruismo y desconocimiento de la ley al buscar obtener algo a cambio: una persona contestó que no donaría porque el gobierno no ofrece costear la sepultura del cuerpo a cambio de la cesión de órganos, pero, irónicamente, ella misma dice que se debe acabar con el tráfico y la comercialización de órganos en el país. Dar algo a cambio de la donación sería comercializar, porque todos aquellos carentes de recursos económicos para sepultar a su familiar querrán donar los órganos de éste y así ahorrar el gasto, lo cual termina con la acción desinteresada que buscan las autoridades y además se estaría infringiendo el artículo 9 del Reglamento a la Ley General de Salud, que dispone que los órganos, tejidos y células en todo momento serán gratuitos. (Gráfica 13)

Gráfica 13



Por otra parte, es cierto que las campañas que se han llevado a cabo con respecto al tema han sido escasas si las cuantificamos desde nuestra posición como público, sin embargo, no son inexistentes. Mai Ichikawa Ortega, coordinadora del Módulo de Información y Orientación al Público de Conatra explica que "se está luchando por una campaña masiva de difusión y promoción de cultura de donación, se han hecho ya varias a nivel simposiums, congresos y conferencias dirigidas a las instituciones, porque hay que empezar no sólo con la población general, sino con quienes atienden y diagnostican. Se está iniciando de adentro hacia fuera. Después se organizó la Semana Nacional de la Donación a población abierta, se difundió a través de radio, televisión y carteles.

"Hubo conferencias para los interesados, se regalaron trípticos y *souvenirs* (llaveros, plumas, pins, etc.). También se hizo un concurso de testimonios de trasplantados, pacientes en listas de espera, donadores en vida y familiares de donadores. Se han hecho programas en *Mujeres Trabajando* donde asistió la doctora Lina Portillo (de la Cruz Roja), entrevistas en *El noticiero* de López Dóriga, en *Hechos*, en la prensa y el radio del doctor Javier Castellanos, y de José Antonio González Fernández, ahora ex secretario de Salud.

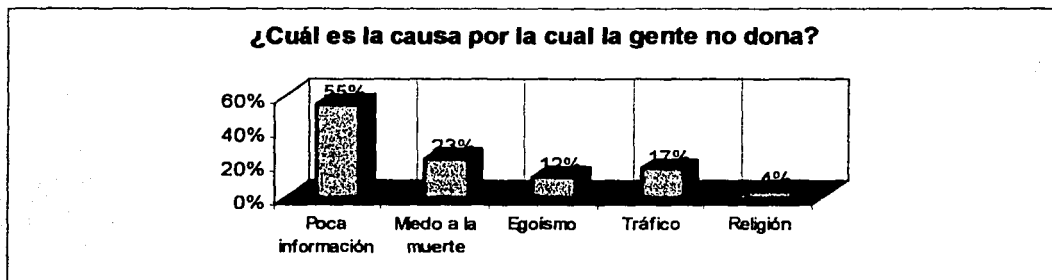
"Asimismo, hubo un concurso de carteles en La Salle y se pretende ir a varias universidades más, así como a las primarias, porque el año pasado ya se aprobó insertar en los libros de 6° de primaria once páginas referentes a la donación. En el libro de Español viene una entrevista con el doctor Rubén Argüero, destacado trasplantólogo del Centro Médico Nacional Siglo XXI". También se estaba realizando, para televisión, una campaña a favor de la donación de órganos apoyada por el actor Enrique Cuenca, el *Polivoz*, pero éste falleció a causa de una complicación renal y se suspendió dicha campaña al considerarse muy agresivo para el público utilizar la imagen de alguien que pereció por falta de un trasplante.

Como se puede ver, sí se está haciendo un esfuerzo por transmitirle a la gente una cultura de la donación, pero es evidente que todavía falta mucho camino por andar.

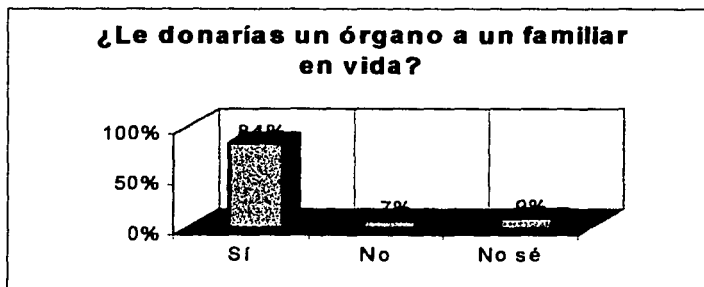
La misma población indica que la principal causa de que las personas no donen es la falta de información sobre el tema, seguido del temor que se tiene de hablar de temas relacionados con la muerte propia o la de un ser querido, que obviamente es parte de la misma falta de cultura, pues prevenirlo en vida es evitar problemas en la muerte (Gráfica 14).

Otras respuestas fueron el temor al tráfico de órganos, la prohibición por parte de la religión que se profesa y la falta de altruismo que, al parecer, es la razón más acertada en muchos casos porque el porcentaje entre los que donarían a un desconocido (Gráfica 13) y los que lo harían con un familiar (Gráfica 15) es visiblemente más alto en el segundo caso. Esto indica que lo que hace falta es un mayor compromiso con la sociedad y una actitud de desprendimiento motivada por el hecho de que le van a servir a otro ser humano, independientemente de si es conocido o no.

Gráfica 14



Gráfica 15



Es importante señalar que aunque en países como Francia, Portugal, Suiza, Italia y Colombia se ha implementado el sistema de la donación tácita o presunta, no todas las comunidades están preparadas para ello. Por ejemplo, en enero de 1998, el gobierno brasileño expidió una ley en que todos los mayores de 21 años son donadores tácitos, lo que provocó pánico por un posible comercio activo de órganos en el mercado negro.⁸ Y hay que reconocer que algo parecido ocurrió en México, si bien no fue pánico, sí hubo un descontento al sentir la medida como una arbitrariedad del gobierno. Esto, explica el doctor Armando Soberanes, "es el resultado de un país donde la cultura de la donación aún no existe, de repente, de la noche a la mañana se habla del tema en todos los medios conocidos, y por la mala información, se corre el riesgo de que el ciudadano diga que no donará ante el miedo de lo que puede pasar".⁹

Con todo y las problemáticas que enfrenta la donación de órganos, "en menos de 10 años México alcanzará un buen nivel en esta materia con la aplicación de la donación tácita, con lo que se podrán remediar situaciones como la de las clínicas del ISSSTE, donde cada tres años se duplica el número de pacientes en espera de un trasplante", explicó el director del Centro Nacional de Trasplantes, Luis Ángel Terán Ortiz, durante la segunda conferencia de la Primera Semana Nacional de Donación de Órganos y Tejidos, que se llevó a cabo en las instalaciones del TEC de Monterrey campus Ciudad de México, el día 29 de septiembre de 2000.

La panorámica general de la respuesta de la gente ante la reforma de ley es de buena disposición pero poca información. Por ello sí se puede hablar de una decisión un tanto apresurada de las autoridades, que legislaron antes de crear y fortalecer una cultura de la donación. ¿Cómo se puede hablar de cambiar la mentalidad si no existe una mentalidad de donación? Pero, al parecer, el hecho de que el público tocara el tema, aunque sea por estar en desacuerdo, ha resultado en que se preocupe por saber siquiera qué es donación de órganos y la importancia de tomar una postura con relación a ella.

8. Arellano Dorado, D. Mayela, op. cit., p. 54

9. <http://www.healting.com/polemica/polemica39.html>

Falta pulir aspectos: difundir información sobre la muerte cerebral para crear la conciencia de que la vida reside en el cerebro y otros puntos relacionados con la religión y el tráfico de órganos que se tocarán más adelante.

Se dio un paso muy importante al cambiar la ley y con ello pueden ahorrarse tiempo y problemas todas las partes involucradas en el proceso de donación. Esto arroja, ya de por sí, un buen balance con relación a los resultados de la medida, pero si aumenta la tasa de donantes, aun la precipitación habrá valido la pena.

Capítulo 3

El papel de las instituciones en la donación de órganos

Los organismos públicos y privados que se relacionan de una u otra manera con la donación y el trasplante de órganos y tejidos, son la columna vertebral que sostiene esta práctica. Su importancia radica en que son quienes dan la pauta para que alguien recupere la salud, alargue su vida y mejore la calidad de ésta.

Las instituciones gubernamentales regulan los trámites necesarios para obtener un órgano o tejido y por tanto, determinan qué tan sencillo o difícil será hacerlo. Por fortuna se ha buscado simplificar los mecanismos sin demeritar la calidad o seguridad de los mismos. Esto será posible gracias a la creación de organismos dependientes dedicados a la difusión de información y la orientación, con ello se permitirá que el paciente obtenga datos fidedignos que le indiquen cómo realizar las acciones necesarias que correspondan a sus necesidades.

Por su parte las organizaciones no gubernamentales o asociaciones civiles han jugado un papel importante a favor de las personas en espera de una donación, bien sea difundiendo información, ayudando a conseguir el órgano o tejido en cuestión o actuando como enlace entre los pacientes y las instituciones legalmente autorizadas para inscribir nombres a la lista nacional de espera y realizar los trasplantes.

De ahí la importancia de conocer a fondo las funciones y estructura de ambos tipos de instituciones así como su importancia en la práctica.

3.1. Las instituciones y los trasplantes en el D.F.

La Secretaría de Salud es la instancia que ocupa el lugar más alto en el organigrama de las instituciones de salud en general. Es por ello que específicamente en el campo de las donaciones de órganos y tejidos, su trabajo consiste en la vigilancia y verificación del cumplimiento de las distintas normas que esta labor requiere, así como el fomento y desarrollo de programas de estudio e investigación, relacionados con el uso de órganos, tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, ¹ valiéndose para las actividades y obligaciones más particulares, de organismos dedicados en un 100% a dicho procedimiento, como lo son el Centro, el Consejo y el Registro Nacional de Trasplantes.

Como es de suponerse, dichas instancias están supeditadas a las normas que la Secretaría ha dictado en cuanto al tema y trabajan en muy estrecha relación con ella, siempre bajo su vigilancia. Le hacen saber las necesidades y deficiencias que detectan en la práctica de los trasplantes, para que ésta a su vez, lo gestione con el gobierno federal y así corregir e implementar lo necesario, tal y como se dio en la modificación a la ley. Otra obligación de la Secretaría de Salud es buscar opciones más económicas de adquirir los inmunosupresores y tratar de fomentar genéricos intercambiables para este tipo de medicamentos para ayudar a las personas de escasos recursos que los necesitan.

Como se puede observar, esta institución es la responsable principal de todos los procedimientos relacionados con la donación de órganos y tejidos en el país, pero, como no es su único campo de trabajo, los organismos ya antes mencionados son el conducto mediante los que la Secretaría ejerce el control.

El Centro Nacional de Trasplantes fue creado por ley con la modificación del año 2000, "el Cenatra es una autoridad que absorbe al Registro Nacional de Trasplantes", señala Mai Ichikawa Ortega, coordinadora del Módulo de Información y Orientación al Público de Conatra.

1. "Curso para coordinadores hospitalarios en trasplantes", publicación de la Secretaría de Salud, p. 116

Su director, el doctor Luis Ángel Terán Ortiz, explica que "la razón de su fundación es que antes sólo existía el Registro Nacional como dirección de área de la Dirección de Regulación de Servicios de Salud. Al crear el Centro se le dio la categoría de una Dirección General, lo que le da mayor autonomía, presupuesto y jerarquía desde el punto de vista legal".

El Centro es un órgano desconcentrado por función, con capacidad de autogestión administrativa, que busca garantizar la simplificación de trámites en beneficio de la población, así como que únicamente hospitales y médicos previamente autorizados por él, intervengan en los trasplantes. Sus máximos propósitos son vigilar la correcta aplicación de las técnicas de trasplante y asegurar que exista quien esté a cargo de la transparencia y verificación de este tipo de procedimientos.

Administrativamente, el Centro coadyuva a conjuntar y sumar esfuerzos de las diversas instituciones del Sector Salud para el establecimiento del Sistema Nacional de Trasplantes, lo que permite el aprovechamiento de la estructura e infraestructura disponibles. Asimismo, la Secretaría de Salud, a través del Cenatra, lleva a cabo programas y campañas de control y fomento sanitario orientadas a actualizar, orientar y difundir acerca de los requisitos sanitarios que se deben satisfacer para la donación de órganos entre los establecimientos y su personal; promover, en coordinación con las dependencias y entidades competentes, la formación de organizaciones en las comunidades para impulsar la donación, tanto en vida, como después de ella; e impulsar acciones de orientación y educación al público referentes a la donación. Por último, le corresponderá al Centro diseñar mecanismos para reglamentar el traslado, preservación, conservación, manejo, etiquetado, identificación y costos de la disposición de órganos y tejidos.²

Dentro de la estructura del Cenatra, está el Registro Nacional de Trasplantes que, por su parte, "tiene a su cargo la lista nacional de espera, las de verificaciones y nombramientos a los hospitales, al personal que realiza trasplantes y al que interviene en la extracción de órganos, da las licencias sanitarias para la realización de esos

2. Ibidem, pp. 93, 117, 170

eventos, promueve la cultura de donación, verifica que las prácticas sean conforme a lo normado y sanciona cuando no es así", explica la doctora Inés Díaz Muñoz, su directora general.

También deberá realizar una campaña de divulgación que informe sencilla y claramente de las bondades y riesgos de la donación y acciones relacionadas a la población en general, respetando su condición humana, creencias y estilo de vida.

Asimismo el Registro tiene bajo su responsabilidad integrar y mantener actualizada la siguiente información:

- Datos de los receptores, donadores y fecha del trasplante con el fin de hacer estudios de cómo avanza la cultura de la donación y evaluar la eficiencia de los trasplantes para prever soluciones y mejorar resultados.
- La lista de los establecimientos autorizados, para ejercer control y vigilancia sobre ellos.
- Los profesionales que intervengan en trasplantes, para conocer el número de personas involucradas en esta técnica y evaluar sus zonas de concentración y capacitación necesaria.
- Los pacientes en espera de un órgano o tejido, integrados en listas estatales y nacional con el objeto de estimar la necesidad (en tipo y número) de órganos y tejidos en el país.
- Los casos de muerte cerebral, con el propósito de calcular cuántos son los pacientes potenciales que no llegan a ser donadores. Con ello se pueden estudiar las razones de su negación y reducir éstas por medio de las campañas de promoción.

Sólo la lista de médicos y unidades hospitalarias será pública, mientras que el resto de la información permanecerán en calidad de confidencial. Toda ésta será más sencilla de constituir gracias a que, desde el 26 de mayo de 2000, se modernizó el organismo a cargo de Díaz Muñoz al disponer de un sistema de registro automatizado a través de una Red Nacional de Informática, con el afán de garantizar listas confiables, transparentes y auditables.

La utilidad de dichos datos será que si existe un órgano o tejido disponible para ser trasplantado que no cuente con un receptor adecuado dentro del área adscrita, corresponderá su asignación precisamente al Registro Nacional de Trasplantes, quien lo destinará, a través del coordinador hospitalario, a la institución autorizada más cercana que presente un receptor apropiado, aunque siempre vigilado por el Conatra y los Coetras,³ de los que se hablará posteriormente.

Gracias a la nueva ley, los establecimientos que envíen órganos, tendrán derecho a recibir de la unidad receptora los gastos de recuperación en los que hayan incurrido, de acuerdo con las listas de costos emitidas por el Cenatra.

A pesar de que sólo hay 178 unidades hospitalarias autorizadas para realizar trasplantes en el país, tanto del sector público como del privado, entre ellas no hay diferencia, "los médicos se comparten y la calidad es la misma", asegura la trasplantóloga Inés Díaz Muñoz. En el aspecto en el que sí hay disparidad es en la cantidad de intervenciones que hace cada sector, "la mayor parte de los trasplantes en México se hacen en forma pública y sólo diez por ciento son de la institución privada" señala Díaz Muñoz.

Al respecto, el Registro proporciona la siguiente tabla, con los datos más representativos de trasplantes renales realizados en el 2000.

Instituciones (en 22 entidades federativas)	% Trasplante renal
IMSS	52.12%
SSA	23.65%
Privados	10.92%
ISSSTE	7.95%
Universidades	2%
SDN	1.50%

Por tanto, el Registro concluye que el 87.08% de los trasplantes en México han sido practicados en personas de clase media o de escasos recursos.

3. Ibidem, pp. 93, 170

Esto es en el plano de las instituciones, pero a nivel entidad federativa, encontramos que el Distrito Federal es la demarcación que registra más de la mitad del número de trasplantes que se llevan a cabo en todo el país (59.95%). Es sorprendente el hecho de que el 40% restante se reparte entre otros 21 estados, siendo los más favorecidos Jalisco y Nuevo León, mientras que las entidades con los peores índices son Michoacán y Oaxaca, según datos aportados por el Registro en 1999.

Del total de trasplantes que se han realizado en el país, desde la introducción de este procedimiento quirúrgico y hasta 1999, el de riñón es el más frecuente, seguido del de córnea, piel y médula ósea, respectivamente. Estas estimaciones conllevan al hecho de la fuerte necesidad presupuestal de las instituciones de salud, sobre todo para mantener las áreas de diálisis y hemodiálisis. Un ejemplo lo proporciona el ISSSTE, cuyo costo total de atención de estos procedimientos en 1998 fue de 115.5 millones de pesos; en 1999 de 158.3 millones de pesos y la estimación para el 2000 fue de 267 millones de pesos.

A pesar de la problemática, dichas prácticas son indispensables para quienes sufren insuficiencia renal crónica, por lo que los hospitales tienen que continuar dando esos servicios y creando más espacios para brindarlo. Así se hizo en julio de 2000, fecha en que se inauguró una unidad de hemodiálisis, indispensable en el Hospital General según hizo saber Alejandro Guarneros, coordinador de atención médica del IMSS al periódico *La Jornada*: "al término de 1999 el instituto atendía a 65 mil enfermos renales y de ellos, 30 por ciento, es decir, poco más de 19 mil 500, recibieron tratamiento con alguna de las modalidades de diálisis".⁴

Este tremendo gasto en tratamientos dialíticos y la dependencia hacia ellos del enfermo renal, hacen que la mejor opción sea un trasplante. Para que a los establecimientos les permitan realizar éstos tienen que cumplir con muchos requerimientos y obligaciones.

Los centros hospitalarios donde se extraigan órganos o tejidos o se realicen trasplantes, deberán contar con autorización sanitaria, Comité Interno de Trasplantes, responsable sanitario y un coordinador de trasplantes accesible las 24 horas, cuya

4. Gómez Mena, Carolina, "Irraigura el IMSS unidad de hemodiálisis", *La Jornada*, p. 50

actuación será supervisada por el Cenatra, todo para una mayor vigilancia y eficiencia de los procesos de donación.

También será necesario llevar un registro de los trasplantes para un claro seguimiento de éstos, contar con el suficiente personal profesional, técnico y auxiliar, así como la infraestructura, mobiliario, equipo, reactivos, material, instrumental e insumos necesarios. Hará falta un lugar físico en donde el coordinador pueda atender a los familiares del potencial donador, una conexión vía electrónica con el Conatra y el Registro Nacional de Trasplantes y formatos de donación y negación de ésta.

El manual de procedimientos que cada unidad hospitalaria tiene que poseer, señala de manera clara a qué pacientes se les deberá solicitar su posición con respecto a la donación, los requisitos mínimos a cubrir por donadores y receptores, los lineamientos para el traslado, etiquetado y embalaje de órganos, los procesos de preservación de los órganos y tejidos y las funciones y desempeño del Comité Interno de Trasplantes y los coordinadores.⁵

Este Comité "se encarga de contar con la infraestructura necesaria para los trasplantes y vigila las obligaciones del responsable sanitario, del laboratorio y del coordinador hospitalario", afirma Mai Ichikawa, coordinadora del Módulo de Información y Orientación al Público de Conatra. Pero esta instancia también debe promover y coordinar las actividades docentes y de actualización de su personal, aprobar o rechazar la indicación de un trasplante, verificar que éstos se lleven al cabo de acuerdo con los protocolos, seleccionar a las personas que donan sus órganos en vida y emitir un dictamen sobre su estado de salud.

"Por ley, cada hospital tiene instituido un Comité que se reúne periódicamente para evaluar los casos de trasplante que hay en él. Lo conforman subcomités con una función y área específica, es decir que diferentes ramas de la medicina (nefrólogos, banco de sangre, laboratorio) conforman un equipo para hacer la valoración necesaria", señala el licenciado Arturo Manuel Méndez Recillas, gerente jurídico del corporativo Grupo Ángeles (dueño de los hospitales Ángeles de Las Lomas, Ángeles del Pedregal, Mocel, Metropolitano y México).

5. "Curso para coordinadores hospitalarios en trasplantes", op. cit., pp. 110, 119-120

Debe integrarse por el director del hospital como presidente, el responsable sanitario, el coordinador de trasplantes, los jefes de terapia intensiva, urgencias, trabajo social y otros servicios pertinentes para facilitar la obtención de órganos. Su conformación es un requisito indispensable para obtener la licencia sanitaria.

El responsable sanitario es el profesional médico, con especialidad u otro posgrado que se encargará de conocer la evolución de los receptores y de presentar al Registro Nacional de Trasplantes, informes completos sobre las intervenciones realizadas.

Por su parte, los procuradores de trasplantes, encargados de hacer la remoción de órganos y/o tejidos, tendrán que coordinarse con el Registro y su respectivo coordinador y Coetra. Ellos tienen la enorme responsabilidad de hacer su tarea de la mejor manera en el menor tiempo posible. Si por su causa o negligencia llegaran a perderse órganos, en especial por impuntualidad o ausencia, se harán acreedores de altas sanciones.

A pesar de que ésta función exigida por ley es nueva, quizá la figura más importante del Comité Interno de Trasplantes sea el coordinador hospitalario. Sobre él recae la responsabilidad de pedir a la familia del paciente con muerte cerebral la donación de órganos, depende de su capacidad y desempeño si se da o no la autorización.

El puesto lo puede desempeñar un médico, enfermera o trabajador social que haya recibido el curso correspondiente. Sus responsabilidades serán las de verificar la muerte cerebral en cualquier paciente que se presente, detectar donadores potenciales, realizar los trámites y solicitar los exámenes necesarios. También será quien avise al equipo procurador, elabore y mantenga actualizadas la lista de espera, verifique que los cadáveres sufran el mínimo daño posible y sean entregados dentro de los tiempos establecidos, después hará llegar los datos al Registro Nacional. Toda la documentación será conservada por el coordinador por un periodo mínimo de 10 años.⁶

6. Ibidem, pp. 121-123, 159

Sin embargo, este cargo se encuentra apenas en su primera etapa. Como apunta el licenciado Méndez Recillas, "hace falta pulir la figura, que el Cenatra o el Conatra den cursos para los coordinadores de trasplantes y que los impartidos sean más amplios y frecuentes. Partiendo del hecho de que los mejores procuradores de órganos del mundo son los españoles, ellos deben andar en el 10 y nuestros coordinadores en el 4 o 5. Pero afortunadamente vamos por buen camino, hace tres o cuatro años no se oía hablar de donación, hace dos años más o menos y ahora estamos mejorando, pero hay que ir *paso a pasito*. Creo que el Cenatra tampoco ha funcionado como esperamos todos que lo haga en un par de años, pero no es culpa de él sino de la falta de publicidad que ha tenido la donación".

Precisamente para promover la cultura de la donación de órganos y como "una institución de servicio social que no tiene facultades", como lo define Mai Ichikawa, se creó el 19 de enero de 1999 el Consejo Nacional de Trasplantes. Luis Ángel Terán explica que Conatra nació porque "la tarea de promoción y concertación de las diferentes instituciones dentro del Sector Salud era un hueco que provocaba desvinculación y desorganización, y había que cubrir. El Conatra ha jugado un papel muy importante en ese sentido, es una figura complementaria al Registro y realmente entre ambos fue que se promovió la modificación a la ley".

En el Consejo, encabezado por la Secretaría de Salud, participan 12 instituciones de gran importancia en el país, como lo son: la Sedena, la SEP, el IMSS, el ISSSTE, la UNAM y el IPN, entre otras. Uno de sus objetivos principales "es dar a conocer a toda la población información real y fidedigna de lo que significa donación de órganos y la cirugía de trasplante", señala la licenciada Silvia Olivares Escudero, coordinadora de Difusión y Movilización Social de Conatra.

Por su parte, la licenciada Ichikawa especifica que "la razón de ser de Conatra es promulgar y difundir la cultura de donación de órganos y coadyuvar a las demás instituciones para el buen funcionamiento y desempeño del Sistema Nacional de Trasplantes. Como tal no había una institución que hiciera esto antes, más que las de iniciativa propia. El Registro tiene como función el control de las listas de espera y capacitaciones, pero no podía cubrir tantas necesidades".

Paralelamente a este organismo se creó un Consejo Estatal de Trasplantes (Coetra) por estado, 32 en total, cada uno encargado de coordinar, promover y apoyar las actividades relacionadas con la donación y el trasplante de órganos de su entidad, tanto del sector público como privado. Los Coetras trabajan conjuntamente con personal capacitado de diversos hospitales para intercambiar información relevante y con el Consejo Nacional atendiendo a los pacientes de su estado que requieren un trasplante y han sido canalizados por éste.

Éstos Consejos deberán integrarlos: un representante de la Secretaría de Salud o de cada uno de los servicios estatales de salud, uno de cada Institución de seguridad social de la entidad correspondiente y un representante de un hospital privado de esa zona donde se realicen trasplantes.

El Sistema Nacional de Trasplantes permite la actuación oportuna y eficaz del personal de diversas instituciones y centros hospitalarios al contemplar lineamientos, políticas y procedimientos que facilitan la donación. El Conatra y los Coetras son los ejes para establecer sistemas de información, necesarios para la procuración de órganos y tejidos a nivel nacional y estatal respectivamente

Aunadas a estas instancias que regulan y promueven los procedimientos de donación, existen otras que, a pesar de haber sido creadas hace mucho tiempo, no pierden importancia por el valioso papel que juegan en la procuración de órganos y tejidos. Tal es el caso del Banco de Ojos de la Secretaría de Salud del D.F., que fue creado por decreto presidencial en enero de 1975 para satisfacer las necesidades de globos oculares para trasplante de córnea de la población mexicana. La ahora llamada Coordinación de Órganos y Tejidos –nombre que se les dio a todos los bancos a partir de la reforma a la ley–, está ubicada en el Hospital General Xoco.

Sus funciones son: obtener, evaluar, preservar y distribuir globos oculares para trasplante de córnea y cirugía experimental, de acuerdo con sus tres principios: gratuidad, indiscriminación y prelación razonada. Sus funciones secundarias son la docencia, la investigación y la supervisión del buen uso de los globos distribuidos.⁷

7. <http://www.fulem.com.mx/Roz5.html>

Asimismo, hay organizaciones no gubernamentales ni adscritas a la Secretaría de Salud que son de vital importancia en el mundo de los trasplantes, éstas son las asociaciones civiles o fundaciones creadas por gente que, de una u otra manera, han estado en contacto con estos procedimientos.

La Asociación Mexicana Protrasplante Renal, A. C. (AMPRAC), es una de ellas y a pesar de que sólo se enfoca hacia los pacientes que están en espera de un trasplante de riñón, como su nombre lo indica, su labor es muy necesaria siendo este órgano del que más donaciones existen en nuestro país.

Uno de sus fundadores y actual presidente, el licenciado Ricardo del Prado, aclara: "no abrimos nuestras puertas de información a pacientes en espera de otros órganos porque todos los miembros hemos recibido un riñón, desconocemos los procedimientos y cuidados que requieren los demás y no queremos dar información falsa. Pero no estamos cerrados, si hay trasplantados de otros órganos dispuestos a colaborar y que se quieran unir a nosotros, bienvenidos".

Esta asociación civil nació, cuenta el licenciado del Prado, "a raíz de que un grupo de amigos trasplantados sintió que les faltaba mucha información a otras personas que tienen insuficiencia renal y no saben qué es la enfermedad. Nos empezamos a juntar un sábado de cada mes a platicarle a la gente qué era la insuficiencia, de qué se trataba, y a estas pláticas invitábamos a doctores del Centro Médico de diferentes especialidades para que explicaran cómo afectaba nuestra enfermedad o el que estuviéramos trasplantados en su campo (ginecología, odontología, dermatología, etcétera).

"Así surgió esta idea, poco a poco fue creciendo y nos salimos del Seguro Social porque la necesidad no es sólo ahí, sino que está abierta a toda la república. Estuvimos sesionando como AMPRAC y empezamos a elaborar la página en Internet, redactamos el acta constitutiva, nos dimos de alta en Hacienda, etcétera.

"La idea es tener una casa donde podamos instalarnos bien, tener oficinas administrativas, un área de biblioteca y un auditorio para hacer juntas con los mismos socios que vayan perteneciendo a la organización".

Mientras esto se hace realidad, la asociación funciona a través de las propias casas de los socios y sus teléfonos particulares. Así es como tratan de cumplir su objetivo que, según del Prado, es "ayudar a toda persona con insuficiencia renal crónica terminal, desde el mismo momento que empieza con ella, durante su periodo de diálisis peritoneal o hemodiálisis, protocolo de trasplante y trasplante, hasta el postrasplante, además de que el apoyo no es nada más para ellos sino también para sus familiares, porque muchas veces ellos no saben cómo manejar la enfermedad. Con apoyo de médicos, de nosotros que lo hemos vivido y de psicólogos, podemos orientarlos.

"Esa es nuestra labor —indica del Prado—, nosotros no registramos a las personas en la lista de espera, todavía no tenemos la autorización, pero sí les decimos dónde y cómo lo deben hacer. También montamos pláticas en las que explicamos todo el proceso de una donación de donador vivo o cadavérico, qué exámenes y análisis se tienen que realizar, cómo funcionan, cómo es el trasplante, qué hay que hacer después de éste, las consecuencias para el trasplantado y para el donador, y siempre procuramos que en la plática esté una persona que ya haya donado en vida.

"Estas pláticas se dan especialmente a personas que necesitan un trasplante y, aunque en su familia existen posibles donadores, ellos no están informados de los procesos y consecuencias de este acto. Ya sea que nos transportemos hasta su domicilio o que ellos vengan, les damos la plática y disipamos todas sus dudas.

"También vamos a universidades, preparatorias, secundarias y a donde nos llamen, ahí lo que hacemos es hablar de dónde están los riñones, cómo funcionan, qué enfermedades pueden tener, qué es una diálisis y una hemodiálisis. En otras sólo vamos a hablar de lo que es la donación de órganos y presentamos testimoniales", finaliza el presidente de AMPRAC.

Otra organización importante en el país por su labor en este campo es, sin duda, la Fundación Mexicana de Donación Altruista de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, cuyo fundador y presidente es el doctor Armando Soberanes Hernández,

reconocido trasplantólogo y coordinador de donación de órganos y tejidos para trasplantes del centro médico La Raza del Seguro Social. Él mismo refiere que Fundonar "es una asociación civil creada ante la desesperación de muchas personas que no tenían los medios para trasplantarse por carecer de seguridad social.

"Debido a que esta organización no es lucrativa, opera con la ayuda de asociaciones de beneficencia internacionales, las cuales brindan parte de los recursos para que todas las personas, sin importar su estrato social, puedan pagar un trasplante.

"La fundación, continúa Soberanes, tiene programas de trasplante renal tanto para vivo relacionado como para donador cadavérico y, gracias a las asociaciones, puede realizar una cirugía con la mitad de los recursos económicos de lo que le cuesta a una institución de gobierno. También aplicamos lo que llamo el programa *Robin Hood* que consiste en lo siguiente: el que tiene mucho dinero en vez de comprar el medicamento a 3 mil pesos, que es lo que nos cuesta a nosotros, lo compra a 5 mil, que es lo que vale a precio de lista. Esos 2 mil pesos sirven para que otro que no tiene muchos recursos, la compre a 2 mil o a mil, pero que pague, tampoco puede ser gratis", explica y asegura que esto no se hace con fines de lucro, sino para hacer valorar a las personas lo que significa un acto de esta índole, además que garantizan el poder seguir brindando esta atención.

Y es que Soberanes Hernández está seguro de que un punto cuestionable de la nueva ley es la creación de más dependencias gubernamentales (refiriéndose a la creación a partir de la reforma de ley del Centro Nacional de Trasplantes). "La experiencia ha sido que hay poco presupuesto para estas oficinas —señala— y la tendencia mundial va hacia la participación de la iniciativa privada en la donación de órganos. En México el modelo ideal sería: *gobierno controla, iniciativa privada administra* y ésta misma pone los recursos junto con el gobierno. La política idónea debería ser la apertura de la donación a las asociaciones civiles que sí tienen recursos para poder aportar y asegurarse de que estos recursos no se vayan al erario público ni se malversen, como es la costumbre en este país. La iniciativa privada ofrece las perspectivas de hacerlo mucho mejor, más rápido y más barato".

Por último, es importante mencionar a la asociación con mayor respaldo económico en México, la Fundación Nacional de Trasplantes. Antes de ésta, pero en el mismo año 2000, nace el Patronato Nacional de Trasplantes que, como expresa el director de ambos, el licenciado Gerardo Mendoza, "surgió para ayudar a la Secretaría de Salud, a través de Conatra, en materia de trasplantes.

"El Patronato lo formó el licenciado Marco Antonio Slim por exhortación del ex secretario de salud, José Antonio González Fernández, e invitó a participar a los licenciados Miguel Alemán Magnanni, Olegario Vázquez, Emilio Azcárraga Jean, Alejandro Soberón y a la señora Lili Domit.

"Cuando cambia el gobierno, el licenciado Slim, temiendo que la donación y trasplante de órganos no tuviera tanto apoyo, crea la fundación en noviembre del 2000, que ya no está comprometida con la secretaría ni con nadie.

"A través de ella se subsidia a pacientes con donador vivo relacionado para trasplante. Si la operación tiene un costo de 60 mil pesos, que es a lo que ascendería el gasto del Seguro Social, nosotros proporcionamos una parte y lo que el paciente paga es entre 15 y 20 mil pesos", afirma el también cofundador de AMPRAC, Gerardo Mendoza.

"Ciertamente —continúa— el IMSS los trasplantaría de manera gratuita, pero la espera puede ser muy larga, por eso el servicio de la fundación es tan valioso. Existen además otros muchos proyectos, entre ellos están el capacitar y *sembrar* coordinadores hospitalarios de trasplantes en las unidades en las que hagan falta, echar a andar programas de trasplante de donadores cadavéricos en 10 hospitales de traumatología del DF que tienen la posibilidad y no lo hacen por falta de dicho programa. Una telenovela en Televisa que va a tratar sobre los trasplantes y un convenio con la Fundación Televisa, para trasplantar de córnea a niños". Este plan se concretó a finales del 2001 cuando se puso en marcha el programa *Un gol por la vista*, en el que se financia un trasplante de córnea por cada gol que anote el equipo de futbol soccer Tigres de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Mendoza especifica que ambas organizaciones caminan a la par, sólo que "cuando se le ayuda al Conatra o al Registro Nacional de Trasplantes se actúa como patronato, y cuando se hace otro tipo de labor, como fundación".

Y afirma: "a pesar de los miedos, el nuevo gobierno ha respondido favorablemente y otorgado todas las facilidades para el desarrollo de los trasplantes en el país. Esta colaboración ha ayudado a acercarse a la gran meta de elevar el número de trasplantes cadavéricos. El 80% de trasplantes que se hacen en México son de donador vivo, y sólo el 20% cadavérico, cuando debería ser al revés. La idea no es mutilar a nadie para conseguir un órgano, pero existe la necesidad de hacerlo porque faltan donadores. Afortunadamente también se cuenta con el apoyo de hospitales privados como el Grupo Ángeles, Médica Sur, ABC, el Español y la Clínica Londres.

"Los recursos económicos para estas acciones se obtienen de las fundaciones Miguel Alemán, Rockefeller y Telmex, así como de la procuración de fondos internacionalmente, lo cual también está a mi cargo dada mi pertenencia a la Asociación Mexicana de Profesionales en Obtención de Fondos y Desarrollo Institucional (Amprofi)", finaliza Mendoza.

Las instituciones y organizaciones arriba mencionadas tienen en sus manos la labor de divulgación, regulación y práctica de la donación de órganos y tejidos y los trasplantes de éstos en el país, sin embargo, se necesita que la población tome conciencia y participe activamente para que éstas realmente funcionen como es debido. La información es el mejor instrumento para decidir y actuar en consecuencia, obtener y difundir a su vez ésta es una de las mejores acciones que la gente puede realizar en favor de la cultura de donación de órganos.

3.2. Papelito habla. Trámites para la donación

Antes de especificar los trámites necesarios para recibir un trasplante de cualquier órgano o tejido, conviene recordar que hay dos tipos de trasplante: de donador vivo relacionado (familiares directos, políticos o por adopción) y cadavérico.

El primer tipo es el más sencillo en cuanto a procedimientos se refiere, sin embargo, también hay que recordar que esta variante de donación sólo es posible en personas que requieren un riñón, segmento distal del páncreas o intestino delgado, médula ósea, paratiroides o suprarrenal y para estas últimas existen restricciones ya mencionadas en capítulos anteriores.

El requerimiento más común, por mucho, es el de riñón, pero además de los aspectos a resolver dentro de una institución hospitalaria, implica diversas problemáticas a nivel personal. En múltiples ocasiones el enfermo no cuenta con parientes que le donen dicho órgano. En otras, la familia está insegura de querer donar porque temen las consecuencias de que se les extirpe un pedazo de su cuerpo.

No se les debe ni puede obligar, pero existe la posibilidad de un sentimiento de angustia tanto en el enfermo como entre los que siendo donadores potenciales, no desean hacerlo; se sienten que están defraudando a toda la familia.

Es por ello que no todos los intentos por fomentar la donación son válidos o éticos, tal es el caso de la fundación "Da Vida", creada por jóvenes actores del estado de Tlaxcala, que la promueven mediante una obra de teatro acerca de un joven que necesita un riñón y cuya madre no accede a donárselo. Éste decide suicidarse, arrancándose la diálisis. Definitivamente no es chantajeando, la mejor forma de solicitar la cesión de un órgano a un ser querido.

Para evitar presiones de parte de cualquier persona es que entre las pruebas a las que se somete el donador en el protocolo de trasplante se incluye una plática con psicólogos, ello posibilita detectar si el individuo dona por iniciativa propia o por sentirse obligado ante la enfermedad de su familiar.

Inclusive se recomienda que los resultados de la histocompatibilidad no se den a conocer de primera intención a la familia del enfermo, que sólo mediante una entrevista personal y privada se le exponga al candidato la propuesta de donación y que, de retractarse, se le ofrezca la alternativa de “exculparle”, alegando una incompatibilidad. En caso de que el paciente o familiares recurran a otro hospital, la información deberá manejarse interinstitucionalmente con la discreción que amerite el caso.⁸

Cuando un paciente requiere un trasplante de los órganos o tejidos ya mencionados, lo primero que tendrá que hacer será platicarlo con su familia para exponerles el problema y saber si alguno de ellos está dispuesto a donar. Para resolver las dudas que puedan surgir respecto a la donación en vida se ofrecen servicios de orientación en algunos hospitales e instituciones como las antes citadas.

Si se llega a una decisión positiva y alguien decide donar, receptor y donador deberán acudir a donde se está tratando al enfermo, que necesariamente será “un hospital de primer nivel, como el Centro Médico Siglo XXI o La Raza” —explica Alma Nora Meléndez Pérez, trasplantada de riñón de donador vivo relacionado desde hace siete años y miembro de AMPRAC—. A éste llegarán con el único papel que se requiere para el trámite: la *hoja de envío*, que es el documento mediante el cual la clínica familiar manda al paciente a un hospital como los ya descritos y en él, se detallan las condiciones del enfermo, cuántos potenciales donadores lleva y la relación que hay entre ellos”.

Una vez ahí se procede al protocolo de trasplante, nombre que se le da a una serie de estudios que se le realizan tanto al receptor como al donador para verificar su compatibilidad, sus condiciones físicas y psicológicas y, de esta manera, dictaminar de acuerdo con su historia clínica, si están en condiciones de recibir y donar el órgano, respectivamente.

El donador, por ejemplo, no lo podrá ser si es hipertenso o diabético, el receptor en cambio, sólo debe estar en buena condición física y sin sobrepeso.

8. <http://www.geodties.com/Athens/Agora/6210/amprac-faqs.html>

“Hasta ahorita la única exclusión definitiva es el SIDA, aunque no se puede hablar de generalidades y hay que ver particularmente cada caso, indica Gerardo Mendoza. La edad no es un factor determinante, si hay una persona de 60 años en muy buenas condiciones, puede ser donador, si hay una de 30 en muy mal estado no lo será. Es posible trasplantar a diabéticos y a enfermos de lupus, a menos que sea muy progresivo”. Este proceso tiene a su vez variantes que dependen de la institución en la que se esté inscrito y de la cantidad de pacientes que haya en ella.

Un protocolo se puede alargar porque, “cuando hay varios posibles donadores, se tiene que escoger alguno, a veces ese no sale compatible o presenta características que no le permiten donar y todas las pruebas que se hicieron se pierden y hay que empezar con el otro. En mi caso el trámite duró un año y tres meses y se llevó a cabo en el área de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI”, recuerda Nora Meléndez.

En el caso de que sólo hubiera un donador y éste mismo resultara compatible, el procedimiento sólo tardaría de tres a seis meses en una institución gubernamental, dependiendo solamente del número de pacientes que maneje el hospital y estén utilizando los mismos servicios. Cuando ya es seguro quién será el donador, tanto éste como el receptor tendrán que firmar una Carta de Consentimiento Informado en la que ambos afirman estar de acuerdo y aseguran haber sido avisados de todos los pasos y riesgos del proceso al que se someterán.

“En una institución privada, al haber menos afluencia de gente se tiene acceso más fácilmente a los laboratorios, pruebas y consultas de especialidades, por lo que es más rápido el protocolo de trasplante”, asegura Alma.

Es el caso de Patricia Moreno Cárdenas, quien recibió un riñón de su hermana mayor a principios de marzo del 2001. Ella, aunque durante toda su enfermedad se ha tratado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se trasplantó en un hospital particular de Cuernavaca, Morelos, y su protocolo duró sólo 15 días.

La diferencia crucial es, desde luego, el desembolso que representa cada una de las opciones. Mientras que en los institutos y hospitales del gobierno todo es gratuito, en las instituciones privadas “un trasplante sí sale caro, es una intervención quirúrgica

que cuesta entre 150 mil y 200 mil pesos y eso si no hay complicaciones", afirma el licenciado Arturo Méndez Recillas, gerente jurídico del corporativo Grupo Ángeles.

Afortunadamente, los establecimientos están obligados a apoyar las acciones para la creación de fideicomisos que tengan como finalidad la disponibilidad de recursos para sufragar los gastos de los inmunosupresores para personas trasplantadas que no puedan cubrir sus costos, pero aun así, quedan los gastos de la operación y los cuidados postrasplante para donador y receptor.

Otra ventaja que proporcionan los servicios del Estado es que "se le ofrece atención al donador por el lapso de un año en caso de que no cuente con seguridad social alguna", asevera Nora Meléndez, gasto que se tendría que sumar a los del trasplante en el sector privado.

Internamente, es decir, los trámites que se dan dentro de las instituciones, se llevan a cabo de diferente forma según los criterios de cada hospital, aunque siempre dentro de lo establecido por los organismos reguladores.

El licenciado Méndez Recillas indica a manera de ejemplo el proceso dentro del hospital Mocel: "Una vez que el médico tiene detallado el caso de su paciente, avisa al hospital, vía el coordinador de trasplantes, especificando quién es el receptor y quién el donador. El Comité de Trasplantes debe de dar a conocer el protocolo a seguir.

"El médico manda a hacer los estudios y, en este hospital, puede hacerlos en nuestros laboratorios o fuera, esto desde luego no se aplica a las instituciones gubernamentales. Una vez que ya reúne estos requisitos, le pide al Comité que se reúna para evaluar el caso y definir si es apto para trasplante.

"En esa etapa el Comité da el primer visto bueno y cada miembro emite su voto. Cuando cada parte del protocolo ha sido aprobada y todas las instancias que intervienen se encuentran listas (por ejemplo el banco de sangre, con las bolsas necesarias de ésta), el Comité se vuelve a reunir, se fija una fecha para el trasplante y se lleva a cabo.

"El Comité se reúne una vez al mes como mínimo para darle seguimiento al trasplante, hasta tres meses después de elaborado. Posteriormente se monitorea tanto a los pacientes como al médico", finaliza Méndez Recillas.

En contraparte, si ninguno de la familia puede o quiere donar, o bien, si se trata de un órgano imposible de ceder en vida, el paciente tendrá que entrar al protocolo indicado para un trasplante de donador cadavérico.

El testimonio de Gerardo Mendoza, de 39 años y licenciado en Ciencias de la Comunicación es claro ejemplo de la obtención de un órgano por esta vía: "25 años de los que tengo han sido gracias al trasplante. Nací con el problema renal y desde el año y medio de edad ya andaba en hospitales. Mis riñones nativos me duraron 11 años y a los 12 empecé con hemodiálisis. Estuve un año y medio en lista de espera en el hospital Mocel y recibí un trasplante cadavérico en 1977.

"Ese riñón me duró ocho años. Mi cuerpo lo rechazó y volví a entrar en hemodiálisis, esa vez en el Hospital Español, y el 10 de junio de 1986 recibí un segundo trasplante cadavérico. Éste me duró 13 años, pero en el 98 empecé de nuevo con el rechazo y desde del 1 de julio de 1999 necesité otra vez la hemodiálisis. Estoy en lista de espera en el Instituto Nacional de Nutrición (INN), esperando mi tercer trasplante de cadáver porque no tengo donadores".

Dada su amplia experiencia en este difícil proceso, es la persona indicada para hablar acerca del protocolo correspondiente:

"Lo primero que hay que investigar, indica, es qué hospitales tienen el programa de donación cadavérica y dirigirse a ellos con la trabajadora social o al departamento de trasplantes. Se debe informar que se quiere entrar a la lista y ellos ya indicarán cuáles son los trámites. Generalmente no hay papeleo, simplemente se saca una cita para que el especialista indicado, según el órgano del que se trate, valore al paciente. Es muy sencillo.

"El protocolo es como el de donador vivo, sólo que los estudios nada más se le practican al receptor. Se tiene que verificar que realmente esté en condiciones de soportar el trasplante. Aunque hay hospitales más ortodoxos que otros, en todos se realizan, por lo menos, los estudios indispensables. En el caso del INN, son muy

cuidadosos, yo conté 11 especialidades a las que hay que someterse a análisis: psicología, cardiología, oftalmología, gastroenterología, urología, otorrinolaringología, rayos X, prueba de esfuerzo, ultrasonidos. Todo para verificar que la condición física sea la óptima para un trasplante", afirma el director de la Fundación Nacional de Trasplantes.

Después de pasar por esto, no existe otra opción que esperar a que el hospital en el que se está inscrito se comuniquen con el receptor para avisar que tienen el órgano o tejido esperado, esto muchas veces depende sólo de la suerte.

"Únicamente tendrá derecho a trasplantarse, asegura la doctora Inés Díaz Muñoz directora del Registro Nacional de Trasplantes, aquel que se encuentre en la lista nacional de espera. Si algún paciente de ellos fallece se tendrá que reportar al Registro para que se quite ese nombre y se aclare porqué se hace. Si alguno se trasplanta también se borrará de la lista o si él mismo pidiera su remoción, pero no puede desaparecer porque sí, tendrá que haber una explicación al respecto".

Para la asignación de órganos y tejidos se debe tomar en cuenta qué tan oportuno es el trasplante, la compatibilidad del órgano disponible con el receptor y los beneficios esperados. No es lo mismo trasplantar a una persona de 70 años que a uno de 20, aunque no por eso se dejan de practicar los primeros si está en buenas condiciones el paciente. También es importante recordar que cuando se trata de un caso de extrema urgencia es posible saltar lugares en la lista nacional de espera, por lo que no siempre se tiene que aguardar mucho tiempo.

Éste es el caso de la señora Irma Teresa Herrera Sánchez, empleada del departamento de salchichonería de una tienda de autoservicio a quien, el 13 de marzo de 1985, durante su horario de comida, le explotó en la cara un refresco.

Doña Irma recuerda: "yo nada más sentí como agua, pero instintivamente me tapé el ojo izquierdo con la mano y pedí una servilleta, al limpiarme vi sangre en mi ropa. Alguien habló por teléfono a la Cruz Roja para pedir una ambulancia pero llegó el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM). Me iban a trasladar a la Cruz Roja, pero en la ambulancia un muchacho sugirió llevarme al Conde de Valenciana y así lo hicieron.

"Cuando llegué pasé a urgencias, el médico me revisó y dijo que tenían que operarme, me pasaron a piso, limpiaron la sangre, me valoraron el cirujano y el anestesiista y en menos de una hora me metieron a quirófano. Cuando llegó mi familia yo ya iba a salir de la operación, que sólo fue una sutura de córnea.

"Me dieron de alta una semana después, pero salí sin visibilidad. El vidrio me rompió el cristalino, la córnea, la retina y el glaucoma. Mi herida quedó en forma de V y me dolía mucho la cabeza.

"Un mes después me volvieron a operar porque me salió una *nube* en el ojo. El oftalmólogo me dijo que por el desprendimiento completo que yo tenía necesitaría un trasplante. En ese entonces el hospital Conde de Valenciana estaba afiliado a la Cruz Roja, que llevaba una lista de espera muy larga, pero como mi caso era urgente, me hablaron para decirme que había una córnea disponible y que tenía que presentarme antes de 48 horas, que es la vida útil del tejido. En junio me hicieron el trasplante.

"A pesar de eso, por la forma y magnitud de mi herida, yo no recuperé completamente la visibilidad, pero tengo un 40% de ella y sin usar anteojos puedo leer y tejer perfectamente. Bendito sea Dios, yo tuve mucha suerte porque el doctor me dijo que hay gente que tiene 5 o 10 años esperando su trasplante, porque si hay una urgencia, en lugar de avanzar lo van recorriendo a uno".

Efectivamente existen personas que llevan mucho tiempo en espera del órgano o tejido que necesitan y ello no está relacionado con dinero que se esté dispuesto a desembolsar, sino con encontrar una persona con muerte cerebral, cuya familia haya aceptado donar sus órganos y que sea compatible con quien necesita el trasplante.

La señora Adela Zaragoza Mora tiene un problema en el ojo izquierdo que no le permite ver, ello, aunado a una parálisis facial que sufrió de joven y a su temperamento nervioso, hace que el ojo tenga ligeras sacudidas. Ella aprendió a vivir con esto, así nació y, a sus cuarenta y tantos años, ya estaba resignada y acostumbrada, a pesar de que ha intentado corregirlo usando lentes cosméticos y otros aditamentos que le ayudan, sobre todo, con la apariencia del órgano.

En el año 2000, cuando acudió a su cita regular con el ginecólogo, éste se fijó en su ojo y le informó que podía tener la opción de un trasplante de córnea que le permitiría obtener la visibilidad y, por tanto, aumentar su calidad de vida.

Acudió con la doctora Adriana Hernández López y ésta, a su vez, la inscribió en la lista de espera de Fundonar, desde el 4 de diciembre del mismo año. La señora Zaragoza no es una persona adinerada pero sí goza de una situación económica desahogada, a eso se debe que, después de un estudio socioeconómico, la fundación le solicitara un donativo de 7 mil pesos que tuvo que depositar cuando entró a la lista de espera. La operación de trasplante le costará además, entre 25 y 30 mil pesos, según le han informado.

Con todo, no sabe hasta cuándo llegará ese trasplante y comenta: "a veces me pongo nerviosa de pensar cómo va a ser la operación y por otro lado me desespero de saber que tengo ahí el dinero de ésta y no lo puedo tomar aunque lo necesite, porque no sé en qué momento me van a llamar para informarme que ya tienen mi córnea".

Son miles los pacientes que requieren un trasplante y desafortunadamente la disponibilidad de donadores es críticamente baja. Cabe mencionar que en los últimos 35 años se tienen registrados solamente 54 de corazón, 90 de hígado, 24 de páncreas y 9 de pulmón. Este hecho condena a una muerte prematura a estos pacientes. Se calcula que en nuestro país se requieren de 5 mil a 6 mil trasplantes de riñón, 7 mil de córnea, 4 mil de corazón y 4 mil de hígado.⁹

Debido a esta carencia y con el fin de aumentar las donaciones, la reforma a la Ley General de Salud buscó la reducción y facilitación de trámites por parte de la familia del donador cadavérico. Cuando un paciente se ha diagnosticado con muerte cerebral, el coordinador hospitalario en trasplantes solicita los órganos a la familia, si ésta no acepta se respeta su decisión y ahí termina la labor del personal relacionado. Si los deudos otorgan el consentimiento, tendrán derecho a especificar cuáles órganos y/o tejidos de su familiar desean ceder, pero no tendrán que realizar ningún trámite directamente. El hospital, en cambio, procederá a llamar al equipo procurador, quien extraerá los órganos indicados que, además, sean aptos para trasplante.

9. "El papel del personal médico y paramédico en la donación y trasplante de órganos", folleto de la Secretaría de Salud

No existen cargos extras para la familia del donador, pero los gastos no relacionados con la donación como los del funeral, serán responsabilidad de ellos.

En caso que la pérdida de la vida se dé en un hospital que no trasplanta, ellos localizan a un equipo de trasplantólogos que va al lugar a remover los órganos, siempre asegurándose de contar con los elementos necesarios para la obtención, conservación y traslado. Al cadáver se le opera y sutura de la manera correcta y con la debida higiene, como si se tratara de alguien vivo. ¹⁰

En cuanto al tiempo de entrega del cuerpo, el trasplantólogo Ramón Espinosa Hernández, cirujano adscrito al Hospital Juárez, aclara: "se manejan dos tiempos, el donador cadavérico con muerte natural y el que tiene una muerte violenta. En el caso del primero, en cuanto se autoriza la donación se convoca a los grupos que van a obtener los órganos y se citan en un lapso no mayor de tres horas, se lleva a cabo el procedimiento e inmediatamente después de que termina la cirugía se dispone de, máximo, dos horas para entregar el cuerpo a los familiares.

"En el caso del donador que tiene un caso médico legal o por muerte violenta es un poco más largo. Después de que terminó el procedimiento quirúrgico de extracción de la misma manera que con el donador con muerte natural, se tiene que acudir al Ministerio Público para que éste tome declaración de los órganos que se obtuvieron y posteriormente el cuerpo queda a su disposición o a la del Servicio Médico Forense. Éste se toma algunas horas para hacer el procedimiento de autopsia y ya para entregarlo a los deudos, pueden transcurrir aproximadamente seis u ocho horas. El procedimiento ante el Semefo en estos casos no se puede evitar".

Aunque la ley todavía no se aplica al 100% en los establecimientos hospitalarios, ya se han sentado las bases para una mejor y más rápida procuración y donación de órganos. Conforme transcurra el tiempo el personal médico y la población se adaptarán a los nuevos procedimientos y podrán sacar de ellos todas las ventajas previstas. Mientras tanto, la mejor herramienta resultará de la información que se divulgue y sirva para concientizar sobre la necesidad de donar órganos a nuestra muerte, sólo así las instituciones podrán desarrollar todo el potencial que se requiere para generar y mantener una auténtica cultura de donación.

10. <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-faqs.html>

Capítulo 4

La religión y la donación de órganos

Desde la prehistoria el hombre ha creído en la existencia de uno o varios seres supremos que rigen su conducta. Por la religión se han desatado desde simples desacuerdos hasta grandes guerras. Por eso, junto con el sexo y la política, es uno de los temas de los que se debe evitar hablar.

México se caracteriza por ser un país creyente de la religión católica, tanto, que tiene cifra récord en el número de visitas del papa. Sin embargo, también tenemos fama de perezosos. Si se suman ambos factores, tenemos a una nación que cree profundamente en su religión, pero la desconoce.

Aunque la creencia en el catolicismo sigue siendo la más popular, en las últimas décadas se ha dado el surgimiento de un número considerable de otras religiones y seguidores de éstas. Mormones, Testigos de Jehová y Cristianos Evangélicos, entre otros, también rigen los pensamientos y actos de miles de mexicanos.

Es importante conocer la posición de las religiones de mayor influencia en el Distrito Federal ante la donación de órganos para prever la respuesta de los miembros de estos credos ante dicho tema. Así será posible discernir si realmente las personas están enteradas de lo que su iglesia dicta y lo obedecen o sólo lo entienden a conveniencia.

4.1. Principales religiones de frente a la donación

Las religiones que tienen mayor representatividad dentro de la población mexicana y que aquí se tomaron para conocer su postura ante la donación de órganos son: el catolicismo, el cristianismo evangélico, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días —mejor conocidos como mormones—, la Iglesia Nacional Presbiteriana, el judaísmo y los testigos de Jehová. Sin tomar en cuenta ningún otro aspecto, las religiones se han ordenado y se abordarán en la secuencia mencionada, siguiendo un equitativo orden alfabético.

La iglesia católica romana es sin duda quien tiene el mayor número de seguidores en todo el país aunque, por desgracia, muchos de los pertenecientes a ella no lo son sino por herencia, es decir, que nacieron en el seno de una familia católica y, aunque no son practicantes de la doctrina, nunca adoptaron otra diferente, lo que los convierte automáticamente en católicos.

A pesar de este tipo de situaciones, el catolicismo sigue siendo quien dicta en gran medida sobre el cerebro y los corazones de millones de mexicanos que acuden a sus templos, de ahí su compromiso de poseer una buena información respecto a los múltiples temas que son del interés de la sociedad en general.

En cuanto a donación de órganos es, tal vez, quien está más involucrada en la práctica de ésta en el país y no sólo en la teoría. La Iglesia, mediante el Pastoral de Salud, tiene contacto directo con todos los organismos relacionados con la donación y trasplante de órganos. Dispone de información de primera mano e incluso se asegura de hacerles llegar a dichos organismos su postura y comentarios acerca de cualquier innovación que se haga o pretenda hacer referente al tema en cuestión.

Para la Iglesia Católica, "donar nuestros órganos es un acto de caridad y misericordia, postura basada en el mandamiento de Cristo *amarás a tu prójimo como a ti mismo*", indica monseñor Jorge Palencia, Comisionado Arquidiocesano Pastoral de Salud de la Arquidiócesis Primada de México.

Y continúa: "cuando se trata de partes del cuerpo cuya extracción no implica en el donante (en caso de donación en vida) consecuencias graves o deterioros permanentes, la licitud moral es clara, aun cuando conlleva una mutilación y por consiguiente, una disminución de la integridad corporal del donante. Afortunadamente la supresión de un riñón no constituye ya un atentado contra la vida ni contra la integridad del ser, sino una minoración infligida al propio organismo, suficientemente compensada por el valor de una vida salvada gracias a esa extracción.

"El principio de solidaridad adquiere a la luz del Evangelio una nueva denominación: caridad. Por ello sería apropiado hablar no tanto de licitud moral cuanto de donación virtuosa y de expresión de caridad cristiana. De aquí que este tipo de donaciones sea lícita y laudable. No obstante, la legitimidad de tal acción, explica el clérigo, deberá satisfacer ciertas condiciones como son: la plena libertad del donador, que tanto éste como el receptor conozcan con claridad el riesgo que corren, que se trate de un caso de necesidad y urgencia vital, que el trasplante tenga una razonable probabilidad de éxito y que todo tipo de comercialismo quede excluido". Lo que en este apartado no consideraría permisible la Iglesia Católica es un posible trasplante de órganos generativos (como las gónadas) por no representar un peligro de vida o muerte la infertilidad de alguien.

Durante la conferencia número dos de la Primera Semana Nacional de Donación de Órganos y Tejidos, que se llevó a cabo en las instalaciones del TEC de Monterrey campus Ciudad de México, el día 29 de septiembre de 2000, el presbítero Jorge Domínguez afirmó: "El trasplante de muerto a vivo es moral. El que un cadáver contribuya a la salud de un ser vivo ayuda a su valoración, ya que colabora a la vida de las personas y de la sociedad, incluso después de la muerte. Parece equitativo que los muertos que recibieron en vida servicios de parte de la sociedad, aporten después de su muerte un bien común con algo que a ellos no les acarrea perjuicio alguno".

Por su parte, monseñor Palencia explica que "tomar determinadas partes de un cuerpo muerto por razones de caridad cristiana no quita a éste ningún bien al que

tenga derecho ni viola sus derechos, porque el cadáver ya no es, en el sentido propio de la palabra, sujeto de derechos, aparte de que aquéllas para nada le sirven ya. El médico que realiza el trasplante debe, empero, respetar un triple aspecto: tomar en cuenta que el cuerpo humano fue morada de un alma espiritual e inmortal y está destinado a la resurrección y la vida eterna; que los familiares gozan de ciertos privilegios respecto del cuerpo con el cual los vinculan lazos naturales de afecto, pero éstos no deben llegar a ser un obstáculo para un fin más amplio y precioso, como el bien de las personas vivas; y que es absolutamente necesario que la muerte del donador haya sido comprobada con plena certeza científica”.

A propósito del derecho de la familia hacia el cuerpo, viene a colación la declaración del obispo miembro de la Comisión Episcopal de pastoral de Salud, Vicente García Bernal al periódico *Reforma*, él dice que una decisión tan importante como es donar órganos no debería imponerse en una legislación (acerca de la donación tácita): “no está en contra de la moral cristiana, pero yo no lo impondría como obligatorio, lo que pondría como obligatorio es que si una persona dejó en vida por escrito que quería donar, se imponga a los familiares el cumplir la voluntad del difunto”.¹

En cuanto al tercer aspecto, la muerte cerebral, que es un asunto difícil pero fundamental en el tema de la donación de órganos, es importante saber que la Pontificia Academia de las Ciencias ha determinado que es el personal médico quien debe declarar la muerte, es decir que “los católicos respetamos lo que la ciencia dicta”, apunta el monseñor Palencia y esto se hace evidente cuando cita las palabras del papa Pío XII relativas a los xenoinjertos: “no se puede decir que todo trasplante biológicamente posible de tejidos entre individuos de especies diferentes sea moralmente condenable, aunque es necesario distinguir qué tejido u órgano se trata de trasplantar” (nuevamente se hace patente la inmoralidad de trasplantar glándulas sexuales).

1. Turati, Marcela, “Aprueban 4 religiones donaciones de órganos”, *Reforma*, p. 10 A

De lo anterior se deduce que el catolicismo no sólo permite sino que impulsa y aplaude la decisión de donar órganos, ya sea en vida o muerte, pero no por ello está de acuerdo con todos los lineamientos que rigen esta práctica, específicamente está en contra de la donación tácita.

Según esta doctrina, el consentimiento tácito coloca en situación de desventaja a todo ciudadano mexicano de escaso nivel cultural o con mala información, "consideramos que hay una ley totalitaria con una estructura incoherente detrás de la palabra *tácita*", apunta el líder católico, monseñor Palencia.

En los comentarios que se hicieron sobre los cambios a la legislación por parte del Pastoral, se considera que la donación nunca podrá ser tácita, sino que sería un despojo y no una donación. Y cuestionan ¿cómo alguien puede dar su consentimiento para algo, sin siquiera preguntarle si está de acuerdo en darlo? Por considerar, entre otras cosas, que involucra la voluntad y el pleno uso de la libertad, se recomendó el cambio total de la redacción del artículo 322 del Decreto por el que se Reforma la Ley General de salud Título XIV: Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida, para incluir un auténtico, libre y voluntario consentimiento.²

El doctor y monseñor Jorge Palencia juzga que "debería de crearse una cultura de donación, haber formación de médicos, regularizar la intervención de los Ministerios Públicos en la declaración de muerte y la donación de órganos y remediar las fallas actuales en el proceso de implantación del órgano donado. Creemos que no existe la infraestructura médica adecuada para que la ley funcione. Se quiso emular la ley española pero no tomaron en cuenta que nuestra población y la ideología de ésta no es igual a la de España, incluso la infraestructura y la organización de allá es superior a la nuestra (por ejemplo, en el número de trasplantólogos y coordinadores hospitalarios). No se puede adaptar el modelo de un país a otro completamente distinto", y aclara que su Iglesia ha tomado cartas en el asunto pidiendo "la modificación a la ley mediante una Norma de Inconsistencia presentada ante la Suprema Corte de Justicia".

2. Palencia, Jorge, Comentarios al Decreto por el que se Reforma la Ley General de salud Título XIV: Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida, p. 2

El cambio de gobierno del año 2000 no tuvo repercusión alguna en este sentido porque, como explica monseñor Palencia, "ahorita las nuevas autoridades tienen otras preocupaciones, como la crisis en la distribución de medicamentos, por ejemplo. La Iglesia Católica seguirá insistiendo, aun ahora se debe sanear antes de continuar, porque la ley fue una precipitación".

Por otra parte, los cristianos evangélicos basan su creencia religiosa, al igual que los católicos y muchas otras doctrinas, en el libro sagrado de la Biblia y "aunque éste no prohíbe ni condena expresamente la donación de órganos en particular, sí da como orden que nuestros actos estén encaminados al amor y la misericordia tanto a Dios como al prójimo, dice el pastor cristiano Arturo Farela. Objetivamente el fin último y primordial de la donación de órganos, ya sea en vida o después de muertos, es un acto evidente de conmiseración al prójimo, y éste o cualquier otro que tenga propósitos afines, por supuesto que insistentemente la Biblia y las enseñanzas de Jesucristo los ordena y condecora".

El pastor Farela expresa también que de la cita bíblica *como queréis que hagan los hombres con vosotros, así también haced vosotros con ellos* (Lucas 6:31), "se deduce que debemos incluso sacrificar parte de nuestro bienestar en beneficio de nuestro hermano o enemigo, también se entiende que es porque éste lo necesita, pues como nosotros deseáramos que nos donaran órganos si los necesitáramos, así debemos donarlos a los demás. La Biblia también dice que incluso es preferible entrar sin un órgano de nuestro cuerpo al cielo, que con el cuerpo completo al infierno, esto es, que si por razón de misericordia o de perfección espiritual perdiéramos parte de nuestro cuerpo, es mejor estar así que completo en el infierno" (Mateo 5:30).

En lo tocante a la cuestión de la muerte cerebral esta religión tiene una visión distinta a la de la medicina, es decir, que no considera que la muerte llega cuando el cerebro ha dejado de funcionar, sino hasta que es el corazón quien lo hace. Para ello se basa en el proverbio que dice: *sobre todas las cosas guarda tu corazón, porque de él mana la vida* (Proverbios 4:23).

Esta postura podría afectar el proceso de la remoción de órganos donados al tener que esperar hasta que al paciente clínicamente muerto le deje de latir el corazón pero, afortunadamente, los cristianos evangélicos son también respetuosos de la opinión particular de cada uno de sus feligreses por lo que "si alguna persona decide voluntariamente quitarle los auxilios médicos a su familiar, nosotros respetaremos esa decisión", finaliza el también presidente del grupo religioso Confraternice A. C., pastor Arturo Farela.

Es evidente que el cristianismo evangélico da todo su apoyo a la práctica de la donación de órganos por parte de sus miembros al señalarla como una obligación moral para con el prójimo. Incluso pasa por alto la convicción de que la vida proviene del corazón en pos de cumplir sus máximas primordiales: el amor y la misericordia.

"La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días retoma las enseñanzas del profeta Mormón, es por eso que nosotros somos conocidos como Mormones", especifica el hermano Pedro Ramírez Hernández, asistente del director del Centro para Visitantes del Templo de la Ciudad de México. Acerca de la donación de órganos añade: "no tenemos ninguna contraposición a donar nuestros órganos, es una decisión totalmente personal. En determinado momento, a punto de morir, podemos discernir si queremos donar algo de nuestro cuerpo o no. No hay una regla establecida dentro de la Biblia que diga 'no donarás órganos' o 'no aceptarás órganos'. Nosotros sabemos que nuestro organismo es algo perfecto en el cual mora Jesucristo y si de esa forma hay una continuidad de vida de nuestro órgano, pues es porque el Señor así lo quiere. También sabemos que la sangre puede salvar una vida y si el Señor nos permite que nuestro organismo se regenere, nosotros nos sentimos felices de poder ayudar a cualquier persona con algo que podemos compartir. Lo único que cuidamos es que no se ponga en peligro la vida de los donantes ni de los que reciben el órgano".

Por su parte la Iglesia Nacional Presbiteriana, que engloba a doctrinas como la Bautista, la Metodista y la Pentecostés, a través del hermano Ezequiel Pantoja, hace saber que "como no hay un criterio unificado respecto al tema de la donación en esta

Iglesia, se deja en libertad a los feligreses para que ellos adopten las posturas más convenientes". Los pastores y los predicadores, como don Ezequiel, tienen la obligación de guiar a las personas a través de lo que la Biblia dicta para que así éstas puedan tomar sus propias decisiones. El también profesor en la Facultad de Derecho de la UNAM, afirma que "la Biblia no se opone a la ciencia, se complementa", por lo que, incluso, no hay oposición con la muerte cerebral, la muerte del individuo ocurre para ellos "cuando éste ha exhalado, cuando queda sin sentido".

Ahora bien, "el móvil para dar debe ser el bien de otros, yo en vida o en muerte con gusto doy algo para una persona sin ver a quién. El buen o mal uso que se le dé estaría fuera de mí, yo hice una buena labor", comenta el hermano Pantoja y explica que esto será tomado en cuenta por Dios. *Porque todos tenemos que presentarnos ante el tribunal de Cristo, para que cada uno reciba lo que le corresponda, según lo bueno o lo malo que haya hecho sirviéndose de su cuerpo* (2 Corintios 5:10).

En cuanto al temor religioso de la gente de cómo podría resucitar si donara sus órganos, el profesor Pantoja aclara: "aquí en la tierra nuestro cuerpo se desbarata, se hace polvo. Sí, va a venir una resurrección de justos e injustos, pero la Biblia enseña que nos levantaremos con unos cuerpos transformados, por eso dice Corintios: *es necesario que esto mortal sea vestido de inmortalidad y esto corruptible, sea vestido de incorrupción*, porque dice: *ni sangre ni carne heredarán el reino de Dios (...)* Lo que se entierra es un cuerpo material; lo que resucita es un cuerpo espiritual" (1 Corintios 15:43 - 44).

El predicador concluye: "aunque los presbiterianos no aconsejan ni reprobaban la donación de órganos, están abiertos a todo, si alguien piensa en donar debe buscar la caridad interior y hacerlo con pleno uso de razón, sabiendo que está haciendo un bien, con ello se obtiene la validez de la Iglesia".

La religión judía profesa que salvar una vida humana es preferible a mantener la santidad del cuerpo. De acuerdo con el doctor Moisés Tendler, rabino ortodoxo,

director de la Facultad de Biología de la Universidad de Yeshiva en Nueva York y residente de la mesa directiva del Comité de Ética Biológica del Concilio de Rabinos de América, "sí se puede donar un órgano para salvar la vida de otra persona, es obligatorio hacerlo, aun cuando no sepamos quién será el beneficiario". El doctor Tendler agrega que, "obviamente, el donante tiene que estar en estado de muerte clínica de acuerdo con las normas establecidas".³

El rabino Marcelo Rittner, miembro de la comunidad judía Bet-El, aclara: "aunque el principio general del judaísmo es que ni el cuerpo ni los órganos nos pertenecen porque son de Dios y sólo los tenemos prestados en nuestro pasaje por la tierra, no hay un mayor honor para una persona que saber que puede traer alivio a otros", y este alivio se refiere no sólo a los órganos esenciales para la vida, "basados en un pasaje del Talmud, que dice que el ciego es igual a un muerto, sabemos que hay que tratar de ayudar a *volver a la vida* a cualquier persona ciega", asevera el rabino.

Por último, están los testigos de Jehová, grupo religioso que se distingue por no aceptar transfusiones sanguíneas. Es precisamente esta característica lo que los mueve a estar a la vanguardia en información relativa a los procedimientos médicos y quirúrgicos en general. Así, la práctica de la donación de órganos y tejidos, y los trasplantes de éstos, no les son ajenos en lo absoluto.

José Luis Labastida Torres, miembro del escritorio de redacción en las oficinas de la Torre del Vigía, Asociación Religiosa, recuerda: "la Biblia no excluye el uso médico que pudiera darse a los órganos" y, debido a ello, donar o recibir un órgano "queda más bien en el ámbito personal, es una resolución que la persona tiene que sopesar a la luz de los principios bíblicos como el del amor al semejante y ver qué puede llevarlo a tomar una u otra decisión, y se respeta. No hay ninguna condena a quien haga algo así, pero tampoco lo promovemos abiertamente".

3. <http://www.geodties.com/Athens/Agora/6210/amprac-faqs.html>

Debido a que este grupo religioso no acepta donar ni recibir sangre, suele considerarse a sus miembros como *extremistas* o se pensaría que no acuden a la medicina. La realidad es que los testigos de Jehová buscan la ayuda de las diversas ramas médicas para sus problemas de salud y no creen en la curación por fe.⁴

La objeción de esta doctrina a la sangre se fundamenta tanto en razones religiosas como médicas. Creen que las transfusiones están prohibidas por mandatos bíblicos como: *Sólo carne con su alma — su sangre— no deben comer* (Génesis 9:3,4) y *sigan absteniéndose de [...] sangre, y de cosas estranguladas, y de fornicación* (Hechos 15:28, 29), entre otras.

Aunque estos versículos no se redactaron en términos médicos, los testigos consideran que excluyen la transfusión de sangre total, concentrados de hematíes y plasma, así como de leucocitos y plaquetas. Entienden que no les está prohibido taxativamente el empleo de componentes como la albúmina, las inmunoglobulinas y los preparados para hemofílicos: todo testigo debe decidir de forma individual si aceptará o no dichos componentes.⁵

Podría pensarse que el no aceptar sangre y sí órganos es contradictorio. De hecho, en la mayoría de los trasplantes se requiere de una transfusión y también se deben mencionar los residuos sanguíneos que quedan en el órgano donado. Como señala el doctor Derbis Alfonso Estrada, cirujano radiólogo y ministro voluntario en el Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales para testigos de Jehová, "hay ocasiones en las cuales no se puede excluir la sangre total de algunos órganos, como el hígado, el riñón y el corazón que son los tres órganos más vascularizados. Ningún cirujano puede extraer completamente la sangre, pero tampoco vamos a estar diciendo qué cantidad de sangre le pasó a ese paciente en ese órgano". Esta percepción es también de conciencia personal, un individuo pensará que esa pequeñísima porción no lo hace pecar, pero tal vez otro más estricto en su moral podría negarse por ello al trasplante mismo.

En cuanto a la sangre perdida durante la intervención, los testigos sugieren eliminar este riesgo utilizando técnicas quirúrgicas sin ésta. Dado su rechazo a las

4. Watch Tower, *La familia, su cuidado y protección. Tratamiento médico para testigos de Jehová*, secc. Creencias, p. 3

5. *Ibidem*, p. 4 - 5

transfusiones, han investigado y reunido gran cantidad de información respecto a estos procedimientos alternativos que, inclusive, han beneficiado a profesionales del campo médico.

Gracias a la utilización de instrumentos modernos como el electrocauterio (bisturí que va cauterizando para que no haya un derrame masivo de sangre), la cirugía láser, el coagulador de rayo argón, el escalpelo coagulador por microondas y la radiocirugía con rayos gamma se logra localizar y detener hemorragias internas. Para las externas proponen opciones como la presión directa, bolsas de hielo y torniquetes, entre otras. Para las hemorragias producidas durante la cirugía aconsejan la hipotermia inducida, anestesia hipotensora, hemodilución hipervolémica y la recuperación intraoperatoria de sangre,⁶ entre otras.

“Existe también la opción de desviar la sangre hacia un aparato llamado *recuperador de células*, y que vuelva a ingresar al cuerpo del paciente. Cada quien decide si considera esta máquina como una extensión de su aparato circulatorio o no, es cuestión de conciencia. La ventaja es que la sangre no se detiene, siempre está circulando, porque nosotros tampoco aceptamos transfusiones de nuestra propia sangre si ésta ha sido sacada y almacenada previamente”. afirma José Luis Labastida.

Ciertamente no todos los instrumentos mencionados están disponibles en el país y, aún más, no en todos los hospitales, de hecho, “sólo se encuentran en hospitales privados; específicamente el único que tiene el electrocauterio es Medica Sur”, asevera Josué Ceñudo, miembro del Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales para testigos de Jehová. Sin embargo, continúa Ceñudo, “lo que se sugiere es que se utilicen las opciones más sencillas y baratas, para que todos los que no deseen una transfusión puedan prescindir de ella”.

La eficacia de estas prácticas está probada en el mundo, desde la década de los sesenta se hicieron las primeras operaciones a corazón abierto sin emplear sangre y “actualmente se pueden hacer trasplantes, operaciones de corazón y hasta intracraneanas sin transfundir sangre al paciente”, afirma Labastida Torres.

6. Servicios de información sobre hospitales para los testigos de Jehová, *Comité de enlace con los hospitales. Tratamiento médico sin sangre para testigos de Jehová*, p.1

En diversas ocasiones esta renuencia a aceptar sangre ha hecho que los testigos de Jehová sean rechazados en las clínicas. Los doctores piensan que se les ata de manos al no disponer libremente de las técnicas para manejar al paciente como mejor consideren. Pero también existen muchos médicos que se muestran cooperativos con esta doctrina, entendiendo su postura y accediendo a valerse de las técnicas que ellos proponen, aun cuando requieren de mayor tiempo y pericia por parte del cirujano.

“Actualmente tenemos conocimiento de aproximadamente mil seiscientos médicos en México que tienen un protocolo de atención en el cual emplean alternativas que les permite atender a los pacientes sin el uso de sangre. Han ido depurando sus técnicas y descubierto que, en buena medida, cuando ellos son cuidadosos al realizar los procesos terapéuticos, se evita una considerable pérdida de sangre.

“Cada vez más los médicos están aceptando esto porque la demanda de gente que solicita atención médica sin sangre es cada vez mayor. No solamente refiriéndonos a pacientes testigo de Jehová, sino a gente en general. Prueba de ello es que a nivel mundial existen ya programas de medicina y cirugía sin sangre en hospitales muy importantes para poder abastecer esa gran demanda”, señala Rafael García, ministro voluntario del Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales para los testigos de Jehová en México.

Afortunadamente los médicos cooperativos sí se encuentran en todos los ámbitos del Sector Salud del país, por lo que, en caso de que un testigo ingrese a un hospital donde no se le quiera atender con técnicas sin sangre, existe la posibilidad de contactar a dicho doctor para que lo atienda o de trasladar al paciente hasta donde está aquél.

Es importante señalar que los miembros de esta asociación religiosa portan siempre una *directriz/exoneración médica por anticipado*, esto es, un documento de identificación en el que se avisa que por ningún motivo aceptan transfusiones sanguíneas y en el que se lee: “Exonero de responsabilidad a los médicos,

anestesiólogos y al hospital y su personal por cualquier daño que resulte de mi negativa a aceptar sangre, a pesar del cuidado competente que en otro sentido se me dé”.

Este documento les facilita las cosas a los médicos al evitar la presión de no poder actuar libremente para salvar al paciente. Por su parte los testigos de Jehová cuentan con los Comités de Enlace con los Hospitales, redes asistenciales que sirven de enlace entre médico y paciente a petición de este último. Su función es ayudar a la familia y al doctor encargado del caso localizando facultativos y equipos médicos con experiencia en las técnicas de tratamiento sin sangre y teniendo a la mano la lista confidencial de médicos colaboradores. Es más, “en el caso de que un feligrés de escasos recursos necesitara asistencia, la comunidad de testigos le ayudaría económicamente a través de los Comités”, asegura Josué Ceñudo.

Por último, y refiriéndose a la posición de los testigos ante la muerte, el doctor, de apellido Alfonso, asegura: “desde el punto de vista bíblico no se especifica tan a detalle como lo vemos en la actualidad, otra vez muchos de los puntos en cuestión quedan a decisión personal o de la familia en un momento dado”.

En cuanto al proverbio bíblico que asevera que del corazón mana la vida, los testigos “pensamos que se está hablando metafóricamente, se menciona el corazón para referirse a sentimientos o pensamientos recónditos, pero médicamente en él no se encuentra la vida,” refiere José Luis Labastida Torres, del escritorio de redacción en las oficinas de la Torre del Vigía.

Como ya se mostró, valiéndose de las seis religiones más representativas de la capital de país, prácticamente nadie está impedido para donar órganos por su religión. Según Fabrizio Pérez Recedi, ex asesor jurídico de Conatra, “solamente los gitanos desaprueban la donación de órganos y tejidos” y, obviamente, no existen muchos en nuestro país.

El Registro Nacional de Trasplantes ofrece la siguiente lista de religiones y la posición de éstas ante la donación y los trasplantes, la cual servirá para conocer lo que piensan grupos menos representativos pero no menos importantes porque, a fin de

cuentas y como cualquier persona, algún miembro de ellos puede verse implicado en una situación relacionada.

Religión	Trasplante	Donación
Iglesia Budista de América	Decisión individual	Decisión individual
La Sociedad Religiosa de Amigos (Los Cuáqueros)	Aceptable sin restricción	Decisión individual
Iglesia Episcopal	Favorece y fomenta la donación en nombre de Cristo	No hay objeción
Los Gitanos	Se oponen	Se oponen
Islam	Aceptable	Aceptable
Iglesia Metodista	Aceptable y recomendable	Aceptable
Iglesia Luterana	Aceptable y recomendable	Aceptable
Protestantes	Decisión individual	Decisión individual
Iglesia Unitaria Universalista	Aceptable y recomendable	Aceptable (no daño al donante)
Hinduismo	Aceptable	Aceptable
Iglesia Cristiana Reformada	Decisión personal	Decisión personal
Iglesia de Cristo	Permite	Permite
Iglesia Pentecostal	Compromiso personal	No objeción
Científico Cristiano	Decisión individual	Decisión individual
Ejército de salvación	Permite	Permite

4.2. La fe como pretexto para no donar

Ahora que es evidente que prácticamente ninguna religión se opone de manera rotunda a que sus feligreses donen o reciban un órgano, es aún más difícil entender la respuesta de muchas personas cuando se les pregunta si donarían sus órganos: *Mi religión lo prohíbe.*

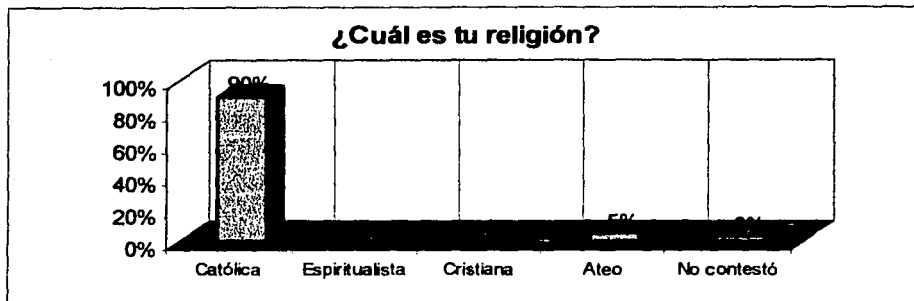
La encuesta aplicada en la Ciudad de México* da una clara idea del desconocimiento de la gente hacia su religión y del hecho de que se usa más como un pretexto que como un impedimento real.

La Iglesia Católica es la única que realiza una labor concreta a favor de la donación, la fomenta y la difunde. El 90% de los encuestados pertenece a esta religión (Gráfica 1) y el 47% no conoce la realidad acerca de la postura de dicha doctrina.

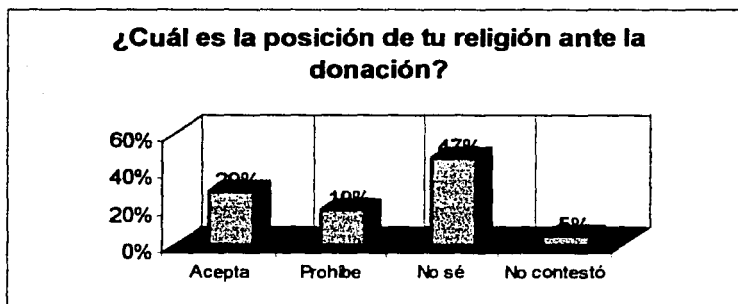
* La encuesta se le hizo a un total de 100 personas en tres delegaciones del D.F. con las especificaciones ya mencionadas en el capítulo 2

Estrictamente es posible decir que la desconoce el 79% si consideramos además el 19% que piensa falsamente que la donación está prohibida y el otro 2% que prefirió no contestar (Gráfica 2).

Gráfica 1



Gráfica 2



Uno de los problemas en principio, es el surgimiento de los *creyentes*, término antes usado como sinónimo de feligrés o miembro activo de una doctrina religiosa, pero que ahora se refiere a una persona que cree, pero no practica la religión. Según el maestro Josué Tinoco, jefe del Área de Psicología Política e Identidades de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, son personas que "no hacen todos los rituales pero hay puntos nodales que no pierden aunque ya no asistan a la iglesia: la idea de un temor a Dios y ciertos mandamientos que pueden ser los de la Biblia, pero que más bien son los que les permiten llevar una vida cómoda. Está la Biblia pero la puedo acomodar porque *sólo soy creyente*".

Al respecto, el sociólogo Arturo Chávez López, profesor de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM señala que *creyentes* son "quienes tienen los elementos básicos del pensamiento religioso, pero no conocen a fondo la religión.

"Ello provoca que las ideas más comunes del pensamiento cristiano se conviertan en el esquema general de vida social. Las más comunes, las que se oyen en las películas. Todo mundo puede citar al Cristo amoroso, pero la palabra de éste es difícil que alguien la maneje correctamente, y se hace una combinación de ese sistema elemental del pensamiento religioso con la vida práctica. La gente es muy cristiana para unas cosas pero para otras no tiene nada que ver con el cristianismo. Este asunto general se traduce en cuestiones particulares, aquello que no checa con nuestra concepción religiosa lo adaptamos de acuerdo con la propia ideología, a nuestras conveniencias, pero le damos una justificación religiosa," explica.

De acuerdo con lo anterior, las personas, ante el desconocimiento y temor sobre la donación de órganos, ya manifestos en capítulos anteriores, moldean los principios bíblicos de una forma tal que otras prohibiciones se ajusten a no donar órganos. Así no sienten culpa por negarse a donar, porque es por respeto a su religión.

"Cada quien hace sociológicamente una lectura estratégica de su propia religión, uno se escuda en todo el sistema religioso pero privilegia ciertos principios que sirven como excusa. El manejo del cuerpo es algo que siempre se justifica religiosamente, la donación de los órganos no la prohíbe ninguna religión, pero como

hay una idea prohibitiva del cuerpo, hay una lectura elemental y entonces, si prohíben el sexo o la gula, pues seguramente también donar los órganos. No es que la religión lo haga, sino es consecuencia de una deducción lógica que se realiza", expone Chávez López.

Y no sólo se refiere a la religión católica, aunque hay que reconocer que sí es donde más frecuentemente se da este hecho porque, según el sociólogo Chávez, "mientras más vieja es una religión, hay mayor desconocimiento y distorsión del mensaje religioso, lo que tiene como consecuencia que todo se escude en la religión". Esto no sucede con las religiones jóvenes porque "el proceso de convencimiento inicial sí requiere de un conocimiento más intenso de esa creencia. La transformación es muy probable porque la gente que va y trata de persuadir a otro, lleva una información mayor de la que él, por tradición, ha aceptado. Pero una vez que esas religiones se empiezan a expandir sobreviene el mismo proceso. Generalmente las religiones y los religiosos de segunda o tercera generación son de oídas, por tradición nuevamente y no por conocimiento".

Este fenómeno repercute en dos vertientes, tanto en la persona viva que se escuda en la religión para evadir la consabida pregunta *¿al morir, donaría usted sus órganos?*, como en el familiar de un paciente con muerte cerebral al que se le pide la no-negación de los órganos de éste. Y es que la religión y sus implicaciones están presentes en la mayoría de las familias cuando se evoca la muerte propia o la de un ser querido.

La muerte por sí misma representa otro obstáculo a vencer en la donación de órganos en varios sentidos a la vez: vencerla trasplantando un órgano a alguien que lo necesita; enfrentándola como un paso irremediable en la vida de toda persona que es mejor visualizar y planear a tiempo; y haciéndola ver como la oportunidad de servir a los semejantes, más allá de la vida, con la ayuda de la familia.

Por desgracia esto no siempre se logra. Pedirle a alguien que firme su tarjeta de donador le hace pensar en su propia muerte, pedirle al amigo o familiar que lo haga

como testigo, es hacerle pensar en la muerte del titular de la tarjeta. Las personas se rehusan a pensar en ese momento doloroso. "La muerte socialmente es un tema tabú. La gente no puede hablar libremente de su propia muerte. Cuando se transformaron las sociedades colectivas a las sociedades individuales y todo está centrado en el ego, es impensable que mañana uno puede dejar de existir," afirma Chávez López.

Cuando llega el momento, sin embargo, realmente hay un sufrimiento y angustia de la familia, al tener que decidir entre hacer un bien a los demás o proteger celosamente el cuerpo de su pariente ante la petición de donación por parte del hospital.

Precisamente porque existe esta necesidad en la sociedad se creó en 1994 el Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (Inmextac), cuya finalidad es ayudar a los enfermos a bien morir, a hacerlo con dignidad. El Instituto considera a la persona como una unidad bio-psico-social que requiere ayuda y apoyo al enfrentar su propia muerte y la de sus seres queridos.⁷ Aunque este organismo ayuda a los enfermos terminales de todas las áreas médicas, es importante respecto a la donación de órganos por su labor al brindar consuelo y ayuda a las familias de pacientes candidatos a convertirse en donadores de órganos, quienes comúnmente se sienten frustrados e impotentes ante la muerte inesperada de su ser querido. Afortunadamente esta ayuda está cada vez más cerca, no sólo a través del Inmextac, sino que ahora los doctores y coordinadores de trasplantes se han percatado del valor de contar con conocimientos de tanatología para su labor en la petición de donación.

Los miedos y dudas relativas a la conciencia de las personas son siempre las más difíciles de erradicar, afortunadamente la excusa *mi religión me lo prohíbe* puede ser refutada con éxito en la mayoría de los casos, no sin ayuda de las propias religiones que, conscientes de la importancia de dar vida a otros después de la muerte, responden positivamente al dar su anuencia a los potenciales donadores.

7. Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. Inmextac, folleto, s/p

Ahora es importante que los organismos encargados de promover la práctica de la donación tomen en cuenta este factor y, en coordinación con las diferentes doctrinas, haga llegar al público el mensaje de que no sólo social y médicamente es bueno dejar un legado de tal magnitud, sino que, aún mejor, más allá puede haber una recompensa valiosa, según la creencia de cada quien.

Capítulo 5

Tráfico de órganos: mito, terrible realidad o intentos de fraude

Como si se tratara del hoy tristemente popular robo de teléfonos celulares, en el que el ladrón lo da de baja en una compañía, lo da de alta en otra y ya puede utilizar el aparato tranquilamente, el tráfico de órganos es un tópico que todos hemos escuchado, ya sea en una plática, mediante un medio de comunicación o como una especie de leyenda en la que se cuenta que a *alguien, un día*, le sucedió.

Son pocas las personas que saben cómo se lleva a cabo un trasplante o la remoción de un órgano para injertarlo a otro ser humano, por lo que es fácil aceptar historias descabelladas como verdaderas y hacerse copartícipe de la propagación de que esta práctica se efectúa frecuentemente.

Es necesario, pues, distinguir entre el tráfico y comercialización de órganos y especificar las condiciones necesarias para un trasplante de órganos o tejidos desde el punto de vista médico y a nivel infraestructura, así como los cuidados que se le deben procurar al órgano, al receptor y al donador. Los presuntos casos de tráfico de órganos que se han dado en los últimos años en el D.F., deben ser también analizados y explicadas sus circunstancias para entender cabalmente si se trata o no de tal ilícito.

5.1. Se puede o no se puede traficar con órganos

Anualmente se requieren en el país entre 5 y 6 mil riñones y sólo se efectúan 1,200 trasplantes de este tipo. Alrededor de 7 mil personas están en espera de una o las dos córneas y nada más 1,500 las reciben, según datos arrojados por instituciones oficiales. Las listas de corazón, pulmón, hígado y páncreas no son tan largas, pero desafortunadamente los pacientes de estas insuficiencias fallecen en unos cuantos meses. Debe tomarse en cuenta además, que las cifras son acumulativas, así que si el primer año hubo un déficit de 4 mil ochocientos riñones, por ejemplo, en el año siguiente éste será de 9 mil seiscientos, y así sucesivamente. Se sabe también que hay personas que han esperado un órgano durante años y esta espera concluye muchas veces con la muerte del paciente sin que nunca haya recibido el órgano que necesitaba.

Lo anterior podría desembocar en la búsqueda desesperada del paciente y su familia por obtener el órgano en cuestión al precio que sea, hablando económica, legal y clínicamente. Sin embargo, se deben analizar los factores que intervienen en el intento de obtener un órgano ilegalmente y así determinar si esto es posible o no.

En 1998 sale a la luz el libro titulado *Ladrones de Órganos, un tráfico desgarrador*, en donde su autora, la francesa Marie-Monique Robin asegura que el tráfico de órganos es una práctica común en casi todo el mundo, aunque insiste principalmente en Estados Unidos, Francia, Colombia y México. Este libro está basado en investigaciones y experiencias de la periodista al filmar el documental "Ladrones de órganos", que cuenta con una versión corta titulada "Ladrones de ojos", ambos producidos por la agencia francesa *CAPA Presse*.

El documental fue una eficaz propaganda negativa y dejó muchas secuelas en cuanto a la aceptación de la gente para donar sus órganos, sin embargo, la investigación cae en muchas inconsistencias que se explican a lo largo de este capítulo y que, a su vez, son las mismas de los que alegan la existencia y práctica común del tráfico de órganos.

Es por el impacto que causó la obra de Robin en todo el mundo y porque el libro hace una recopilación de varios trabajos periodísticos al respecto, que las afirmaciones y sospechas de dicho texto son la base para explicar la factibilidad del tráfico.

Primeramente debe decirse que los órganos que no se pueden donar en vida como corazón, hígado y pulmón, entre otros, son muy difíciles de extraer, preservar y trasplantar, así que los rumores del tráfico nunca versan sobre personas asesinadas para extraerles uno de esos órganos. El fenómeno se limita a los que representan cierta sencillez en su manejo y éstos son dos: riñones y córneas. La propia Marie-Monique acepta este hecho.

El trasplante de riñón es el segundo más común (después del de córnea) de donador cadavérico y el más frecuente de donador vivo, de ahí que muchas de las versiones giren en torno a personas extraviadas y encontradas tiempo después con una cicatriz en la espalda que representa la falta del órgano. Otra ventaja que tiene es que es uno de los que más tiempo sobrevive en soluciones de preservación: hasta 72 horas fuera del cuerpo humano.

Por la característica de poder obtenerlo de un donador vivo, se debe hacer una nueva distinción: la diferencia entre tráfico y comercialización de órganos. Aunque ambos son delitos y son castigados de igual manera por la ley, se consideraría tráfico a la extirpación ilegal del órgano sin el consentimiento del donador. Es decir que, como dicen los rumores y el libro *Ladrones de órganos*, porque raptaron o asesinaron a la persona con el fin de usar uno o varios de sus órganos. En este hipotético caso, el trasplante también se hará de manera clandestina por médicos faltos de ética que obtendrán jugosas ganancias y que serán los encargados de conseguir la sala y el equipo que realizará el trasplante.

La comercialización, por otro lado, es aquella en la que se "convence", generalmente con dinero de por medio, a una persona amiga o conocida para que done uno de sus riñones, así ésta "voluntariamente" realizará los trámites de donación para que el trasplante se realice de manera legal en una institución de salud.

Comenzando por el caso del tráfico de órganos analicemos los detalles: Marie-Monique Robin señala: "a principios de los años ochenta, los laboratorios suizos *Sandoz* ponen a punto una droga que todos los que han sufrido trasplantes conocen muy bien: la ciclosporina, un medicamento anti-rechazo sumamente eficaz, que provocó una explosión de trasplantes de órganos en todo el mundo. En ese ámbito se habla de una verdadera revolución: de golpe, la ciclosporina libera a los cirujanos de la barrera inmunológica y el trasplante se convierte en un acto terapéutico muy corriente".¹

Esto es verdad, pero a medias. El medicamento sí actúa en contra del rechazo que provoca un órgano extraño en el cuerpo de una persona, sobre todo cuando se trata de un donador cadavérico con el que no se tiene nada en común, pero "la ciclosporina no elimina la necesidad de compatibilidad entre donador y receptor, aunque ambos casi no compartan nada, sí debe haber coincidencias, como el grupo sanguíneo", señala el doctor Andrés Bazán Borges, jefe de Servicios de Trasplantes del Hospital Juárez de México.

Esto echa abajo la tesis de que en la práctica la histocompatibilidad (exámenes químicos realizados con el fin de checar si donador y receptor son compatibles) interviene poco porque con casi todos los órganos se trabaja sin tener en cuenta la compatibilidad, sabiendo que la ciclosporina controlará los rechazos. No puede ser así, muchas veces aun órganos compatibles son rechazados por el cuerpo ¿qué esperar de un riñón en un cuerpo con el que no tiene absolutamente nada en común?

Este simple hecho desencadena una serie de imprecisiones ¿cómo secuestrar o matar al azar a alguien del que no se conoce ni siquiera su tipo sanguíneo? O ¿quién estará dispuesto a que le trasplanten un órgano que sin duda rechazará al poco tiempo?

Tampoco sería posible tener un *muestreo* de riñones, e ir utilizando el óptimo en cada ocasión. Ya se mencionó que aunque en comparación con otros órganos su tiempo de vida después de extraído es grande, la verdad es que 72 horas son muy pocas si se considera que entre más tiempo pase, mayores son las posibilidades de rechazo, aun con la ciclosporina.

1. Robin, Marie-Monique, *Tráfico de órganos*, p. 60

Un factor adicional es que para preservar los órganos cuando éstos dejan de ser irrigados se necesitan soluciones especiales que "no se venden a cualquier persona, sino sólo a hospitales legalmente autorizados por el Registro Nacional y por la Secretaría de Salud", comenta la doctora Inés Díaz Muñoz, directora del Registro Nacional de Trasplantes.

Se podría pensar que para evitar el deterioro de los órganos es que se prefiere la técnica del secuestro, pero regresamos a lo ya expuesto: no hay manera de saber el tipo sanguíneo de alguien a simple vista, por lo que el rapto sería inútil si el secuestrado es incompatible con el receptor. "Los estudios de histocompatibilidad son caros y hay escasos laboratorios en México que los hacen", afirma Díaz Muñoz.

La última traba para realizar un robo de esta magnitud es que tampoco hay modo de conocer los antecedentes médicos de la persona, si tiene o tuvo hepatitis de cualquier tipo o alguna otra enfermedad de las denominadas infecto-contagiosas que eliminarían, en un caso normal, la donación. Incluso hay que pensar en VIH o SIDA. Cuando en una institución autorizada se tiene conocimiento o sospecha de que el donador pertenece a un sector de riesgo, antes de la remoción se guarda un periodo "ventana" en el que se corrobora si el donante está infectado o no. Todavía más, dado que esta técnica se realiza en muy pocos hospitales, en la mayoría de los casos es preferible no utilizar los órganos de estas personas por el elevado riesgo que conlleva.²

Lo anterior deja sin fundamento un artículo de Anne-Marie Mergier citado en el libro de Robin, en el que explica la "profesionalización" de los raptos de niños, según el cual uno de los métodos de acercamiento que ha sido observado en varias ciudades del país y confirmado por un funcionario del Distrito Federal, es la técnica llamada el "estudio de fotografías": llega a un barrio popular una furgoneta pintada con colores vivos, dos personas bajan de ella y recorren casa por casa anunciando la próxima instalación del estudio. Proponen fotografiar gratuitamente a los niños "para darse a conocer".

2. Secretaría de Salud, "Curso para coordinadores hospitalarios en trasplantes", p. 15

A continuación sacan fotografías y efectivamente se las entregan, después de haber anotado la dirección y la edad de los niños, luego éstos son seleccionados por "catálogo" y raptados.³

Esto tal vez pueda aplicarse al cometer actos reprobables como la pornografía o la prostitución infantil, en donde el "cliente" puede escoger lo que va a comprar: el físico. Pero a través del "catálogo" es imposible conocer la calidad de los riñones.

Otra afirmación de *Ladrones de órganos* es: la extracción puede hacerse con tres personas: un anestesista, un cirujano y una enfermera. Éstos son los puntos claves para un riñón, la infraestructura no necesita ser gigantesca (...) y las condiciones ideales están lejos de ser respetadas en la mayor parte de los países, sobre todo del tercer mundo.⁴

En la realidad, como explica el doctor Bazán, "para un trasplante de riñón de donador vivo, se necesitan: cuatro cirujanos, dos anesthesiólogos, dos nefrólogos de apoyo y un intensivista en cada sala (donador y receptor). Además de que después del trasplante ambos pacientes pasan a terapia intensiva, donde debe haber más personal". Si bien al realizar un acto ilegal no se buscarían las condiciones óptimas, como señala Robin, tampoco se podría llevar a cabo el trasplante con las tres personas que menciona, ya que un mismo médico por ejemplo, tendría que extraer e implantar el riñón, lo que dificultaría enormemente la cirugía. Al tratarse de un tráfico de órganos, sabemos que nadie estará preocupado por atender al donador, que tal vez ya se trate de un cadáver incluso, pero al receptor que ha pagado fuertes sumas de dinero ¿no se le tendrían que prodigar todos los cuidados? Lógicamente. Pero si no hay una sala de terapia intensiva ni el equipo necesario, muy difícilmente podrá tener éxito la intervención.

Se sabe que "cuando se quiere llevar a cabo un acto ilegal, se realizan actos temerarios. Teóricamente sí es posible realizar un trasplante con muy poco personal, pero quién se atrevería a hacerlo", cuestiona Andrés Bazán.

3. Robin, Marie-Monique, op. cit., p. 98 - 99

4. Ibidem, p. 93

Y es que conociendo lo que los humanos hemos sido capaces de hacer por ambición, es difícil dudar que alguien lo intentara, pero de ahí a que tuviera éxito hay una gran diferencia.

Suponiendo que alguien pudiera librar todos estos obstáculos y llevara a cabo el trasplante, el paciente necesitará forzosamente la ciclosporina para controlarse y evitar el rechazo. Este medicamento, indica Bazán Borges, "está muy controlado y no se puede comprar así como así en la farmacia, sólo se vende bajo prescripción médica.

"El receptor tampoco podrá prescindir de un seguimiento médico —asegura el cirujano— y si un paciente viene a que yo lo controle después de que ha recibido un trasplante, mi obligación es preguntarle cuándo y dónde se trasplantó. Los trasplantólogos nos conocemos bien, sabemos quién está trasplantando en cualquier estado, porque para eso existe un directorio de médicos certificados por el Registro Nacional de Trasplantes. En caso de que no se trate de una cirugía debidamente asentada yo debo dar aviso al Registro, pero hasta ahorita no ha habido alguien que haya resultado trasplantado de la nada".

Se debe recordar que desde el momento en que existe un potencial donador cadavérico, "el hospital, con su respectiva clave, tiene la obligación de notificarlo al Cenatra, vía Internet", como especifica el licenciado Arturo Méndez Recillas, gerente jurídico del corporativo Grupo Ángeles, con lo cual el donador, los órganos que cedió y los trasplantes que se realicen con ellos quedan registrados. Asimismo en el caso de los donadores vivos, todas las intervenciones de esta índole que se realicen quedan anotadas en los archivos del Registro Nacional. Si a éste le fuera informado que apareció un paciente trasplantado, no registrado, inmediatamente iniciaría una investigación para descubrir cuándo, cómo y dónde obtuvo el órgano dicha persona.

De tratarse de un caso irregular, todos los implicados serían castigados con las penas que señala la ley.

La verdad es que las historias de robos de órganos están rodeadas de situaciones que resultan inverosímiles. Por si fueran pocos los errores ya señalados,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dichas anécdotas siempre van de boca en boca pero nunca se puede encontrar al verdadero protagonista. La misma Marie-Monique se vio afectada en sus investigaciones por ello:

"Oí un rumor referente a un extraño tráfico de órganos. La primera vez (...) un cameraman (camarógrafo) me contó la siguiente historia:

'Tengo un compañero, cuyo primo se marchó de vacaciones (...) al Brasil (...) y desapareció entre la multitud, (...) tres días más tarde, reapareció... se duchó y su mujer se dio cuenta que tenía una cicatriz en la espalda. Le habían robado un riñón...'

"Naturalmente, le pregunté a mi colega si podía encontrar al primo. En realidad, después de investigar, resultó que era el compañero del primo del compañero, en una palabra, que la historia se perdía en la noche de los tiempos... después, oíría el mismo relato al menos una docena de veces, con variantes respecto a los países: Bolivia, Turquía, Perú, etc. Cada vez ha sido imposible llegar a la fuente".⁵

Otra variante de los relatos en los que se basa la creencia de que existe el tráfico de órganos es aquella del niño secuestrado y encontrado posteriormente sin un riñón o sin ojos, con mucho dinero en el bolsillo y una nota que dice "Gracias por el regalo". Cómo pensar que alguien que es capaz de raptar y cercenar un órgano a un pequeño, va a tener la voluntad de retribuirle económicamente lo que le ha quitado, ¿no sería más fácil matarlo o devolverlo sin dinero?

Ahora veamos lo que sucede con la comercialización de órganos en México: como ya se mencionó, consiste en pagarle a alguien para que acepte ser donador. Esto se trata de evitar en los hospitales del país mediante la prueba psicológica que se le practica al donante, en la que el especialista determina si lo hace por voluntad propia o bajo presión de cualquier índole, pero hay que aceptar que esta técnica puede ser falible.

5. *Ibidem*, p. 141

La compraventa de un órgano tenía más posibilidades de ocurrir antes del cambio de ley en mayo del 2000, cuando se aceptaban los *donadores sentimentalmente relacionados*. Un ejemplo hipotético lo narra el trasplantólogo Armando Soberanes Hernández: "si yo tengo una empresa muy grande y necesito un riñón, agarro a mis 300 empleados y de la noche a la mañana hay un trabajador que me quiere mucho y me va a donar, aunque la verdad es que le estoy pasando *una lana*".

Y es que, siendo la amistad una relación no demostrable, cualquiera podía ser donador alegando este factor. Ahora, con el cambio de ley, se señala que los donadores sólo podrán ser aquéllos que tengan algún parentesco con el paciente. Esta medida pretende frenar aquel tipo de prácticas que, a pesar de los médicos, ocurría sin que nadie pudiera hacer nada para evitarlo.

"Ahora sólo los familiares pueden ser donadores en vida y para comprobarlo se les piden actas de nacimiento, identificaciones oficiales tanto del donador como del receptor y dos testigos, así como la firma de un Acta de Autorización para Donación y Trasplante del órgano en cuestión, que también es llamada Carta de Consentimiento Informado. * Esto puede hacerse ante un notario o sin él y en ambos casos es válido porque se presentan documentos oficiales", explica el trasplantólogo Bazán Borges.

Ahora el problema a enfrentar es el mismo de muchos otros ámbitos de la sociedad: la falsificación de documentos. Ésta es una realidad que no se puede ignorar en el país y, aunque se quisiera decir que es imposible que se den anomalías en este aspecto de los trasplantes, la verdad es que como comenta el doctor Andrés Bazán "no podemos saber si alguien falsificó un documento; ahora ya cualquiera lo hace con un acta de nacimiento, una credencial de elector, lo que sea, y nos puede ver la cara de tontos a los doctores, al notario... a todos".

Es obvio que en este caso serían castigados los involucrados en la falsificación, pero es conocido lo difícil (por no usar el término imposible) que es detectar que se trata de un documento falso, sobre todo sabiendo de la corrupción existente en

*Ver el ejemplo proporcionado por el Hospital Juárez de México en el Anexo 1.

organismos como los registros civiles, en donde a cambio de dinero se consigue un acta falsa pero con todos los elementos de una original: sellos, firmas, papel, etcétera.

En otra vertiente, una forma de obtener un órgano es aprovechar lo que dicta la misma ley: que el cónyuge puede ser donador, esto, como explica el gerente jurídico del corporativo GA, Arturo Méndez, "lo que puede suscitar son matrimonios por conveniencia y a eso le podemos llamar también comercialización. Mientras sea legal no se puede evitar. Si alguien se casa con el afán de donar un órgano en seis meses, se está haciendo algo tal vez no moral, pero sí legal".

Es aquí donde se puede ver la importancia de la interacción entre autoridades y sociedad civil, pues de qué sirve una buena legislación que proteja a los involucrados en estos procesos, si las mismas personas buscan —y lo que es peor, encuentran— la forma de burlarla.

El grueso de la gente repudia actos de ilegalidad en la donación de órganos, pero cuando se cierran lo más posible los márgenes para ilícitos, también hay quienes se quejan. Ésta es la situación de la familia García, cuyo caso fue presentado en abril del 2001 en el noticiero *Hechos del 7*. El papá de Agustín, un adolescente con insuficiencia renal que no tiene un familiar compatible que le pudiera donar, reclama amargamente que si las leyes fueran menos estrictas muchos se salvarían porque a él varios conocidos le han ofrecido uno de sus riñones.

Es comprensible que ante la desesperación de una enfermedad así, se vea el panorama sólo desde la perspectiva particular, pero se debe comprender que las leyes se hacen para beneficiar a la mayoría de la gente y no se pueden modificar según cada situación.

La comercialización de órganos ha sido siempre un tema controversial. A lo largo de la historia ha contado con algunos defensores e infinidad de detractores. Por ejemplo, en 1983, el doctor H. Barry Jacobs, de Virginia, proyectó fundar (...) la International Exchange LTD, que se proponía vender riñones "cosechados" por todo el mundo de donantes extranjeros o compatriotas debidamente remunerados (...) Finalmente, el proyecto no se llevó a cabo, porque provocó indignación en una parte

de la comunidad médica, precipitando, como consecuencia, un proyecto de ley sobre el trasplante de órganos en E.U. ⁶

¿Es ético que los que más tienen les paguen a los pobres por un riñón? ¿Es válido vender una parte de uno mismo para sobrevivir? Por unanimidad en los círculos encargados de regular la práctica de la donación y los trasplantes en el país se ha decidido que no. Es por ello que el tráfico y la comercialización de órganos han sido castigados duramente.

Maribel Gutiérrez y Fernando Aguilar, periodistas mexicanos citados en *Ladrones de órganos*, aseguran que existe un doble discurso oficial cuando por una parte, y sobre todo hacia la prensa, se niega la existencia de un tráfico de órganos y por la otra, en el marco de la reforma de la Ley General de Sanidad se proponen medidas para "aumentar la penalización en el interior y el exterior del país". ⁷ Ello es falso, lo que pasa es que "se quiso llegar más allá, no queremos que primero se empiece a dar el tráfico de órganos y después discutir cómo se para. Se están cerrando las puertas antes de que la gente las empiece a cruzar", explica el licenciado Fabritzio Pérez Recedi, ex jurídico de Conatra.

La forma de cerrar estas puertas —continúa— ha sido a través de "las listas de espera que se manejan a nivel institucional, regional y luego nacional, por lo que sería muy complicado manipularlas. Se checa dónde termina cada órgano que es procurado y la asignación ya no se deja a libre decisión de dos o tres instituciones sino que hay una revisión y asignación estatal y nacional.

"Se subieron las sanciones, señala Pérez Recedi. Por una simulación jurídica en cuestión de comercialización de órganos antes había una sanción administrativa y tal vez un cargo por fraude, pero ahora hay de cuatro a diez años de prisión y una multa equivalente a entre 4 mil y 10 mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate".

Ladrones de órganos sí tiene un criterio ambiguo: por un lado señala que los países que castigan el tráfico de órganos manejan un doble discurso, pero por el otro,

6. *ibidem*, p. 156 - 157

7. *ibidem*, p. 104

critica fuertemente a los países que, según ella, no consideran delito dicho procedimiento.

Un hecho poco tomado en cuenta, pero de gran importancia es que "el prestigio de un profesionalista de la medicina es algo que se gana a través de los años, como indica el doctor José Adrián Rojas Dosal, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Juárez de México, y arriesgarse a perderlo solamente por ganar 10, 15 o 50 mil pesos, definitivamente no vale la pena".

En lo relativo a las córneas, la ventaja que supuestamente facilita su hurto es como, Rojas Dosal explica, que "éste es un tejido privilegiado para trasplante porque no tiene arterias ni venas y esto hace que su aceptación, por el ojo que lo recibe, sea más sencilla que la de órganos que requieren inmunosupresores permanentemente para no repeler lo implantado".

Aparentemente en este caso sí sería posible tomar las córneas de cualquiera, sabiendo que será acogida como se debe. Sin embargo, el cirujano asegura que "aunque son mínimos, existen casos de rechazo cuando el ojo que va a recibir el trasplante presenta irrigación de la córnea por alguna evolución del mismo padecimiento. Una úlcera corneal, una cicatriz u otra alteración que provoque vascularización hacen que el trasplante tenga grandes posibilidades de ser repelido por la cavidad receptora".

Otra ventaja de este tejido es que es el único que se puede obtener de un cadáver cualquiera, no necesariamente con muerte cerebral. "La única restricción, observa el oftalmólogo, es que el motivo de la muerte no sea algún padecimiento infecto-contagioso o que se pueda transmitir. Aunque la córnea no está irrigada, puede contagiar al receptor si el donador estuviera infectado. A pesar de que no se ha documentado esto como algo que haya provocado la aparición de VIH en algún paciente trasplantado, sí se ha transmitido rabia y hepatitis".

A pesar de las ventajas y facilidades que representa una extracción y trasplante de córneas, por lo anteriormente explicado, hacerlo de manera clandestina sigue siendo muy arriesgado.

En el libro de Marie–Monique Robin se narra el tráfico de córneas existente en una clínica mental en Argentina. Según ella en ese lugar se les extraía dicho tejido a todos los enfermos que fallecían e incluso maneja el testimonio de un guardián que reconoció haber arrancado los ojos de los muertos con una cucharilla. Inmediatamente los ponía en un frasco.⁸

El doctor Rojas Dosal explica que, para que alguien pueda extraer una córnea “es indispensable que tenga conocimiento de la anatomía del ojo. Saber dónde está la córnea, cuáles son sus límites anatómicos y tener cierta capacidad quirúrgica que sólo se obtiene en un curso especial”, por lo que es difícil pensar que un guardia de seguridad pueda hacer una remoción exitosa.

Por otra parte, los médicos usan infinidad de instrumentos quirúrgicos y el equipo para un trasplante está integrado por “un cirujano oftalmólogo, cuando menos un ayudante, un instrumentista y un anestesiólogo que también lleva su ayudante y una enfermera, siendo grupos grandes los que trabajan en esto”. Por lo tanto se descarta que una persona, inexperta y con un solo instrumento, pueda lograr la extirpación de la córnea que, por cierto, tampoco se conservaría adecuadamente en un frasco.

De hecho el tejido se coloca en una solución especial, “en un recipiente muy pequeño —refiere el especialista— que se traslada al banco de ojos y se conserva a una temperatura aproximada de cuatro grados. Esto puede durar hasta 14 días, pero se tiene mejor pronóstico y más seguridad si se hace antes de ese tiempo ya que la córnea se va deteriorando y las células pierden su vitalidad”. Si en correcta preservación no se libra de un deterioro progresivo, ¿qué calidad podría tener una córnea que se extrae en las condiciones ya citadas, con nula asepsia y transportada en un frasco cualquiera?

Descartando las extracciones clandestinas, únicamente podemos dudar de los hospitales, pensando que tal vez se extraen córneas a personas que acuden a ellos. Ésta es precisamente la última de las sospechas de la autora del libro al que se ha tratado de dar respuesta aquí, considerándolo muestra y una de las bases de los temores de toda la sociedad.

8. *Ibidem*, p. 26

Según las investigaciones de Robin, existe un niño colombiano de muy bajos recursos al que le fueron extraídos los ojos en el hospital al que su madre acudió para que lo aliviaran de una afección en nada relacionada con la vista.

Es muy difícil que un caso así se dé en este país: al quedar registrados todos los donadores cadavéricos (únicos a los que se les pueden extraer las córneas) y todos los trasplantes, no puede haber más cirugías que tejidos donados, y de ser así, serían objeto de investigación y sanción legal.

Cabe señalar que todos estos casos que presuntamente han sucedido en otros países sólo se retoman para ejemplificar y explicar lo que pasaría si se pretendiese llevarlos a cabo en México. Las variantes mencionadas que supuestamente se utilizan para traficar o comercializar órganos y tejidos, son las que se encuentran en los rumores que oímos de una u otra fuente e, incluso, las que dan vida a documentales y libros como *Ladrones de órganos* que le han dado la vuelta al mundo extendiendo un mito que afecta directamente a la misma sociedad que lo propaga.

5.2. Casos de tráfico de órganos ¿existen?

Qué mejor forma de explicar la existencia o inexistencia de casos tráfico o comercio de órganos en México que analizando las situaciones que se han dado al respecto a últimas fechas. Cronológicamente, la primera que despertó el interés de los medios de comunicación fue la historia de Marisol en marzo del 2000:

Marisol González Rojas de 16 años se había fugado de la casa de su madre, la señora María de Jesús Rojas García, desde hacía varias semanas para cuando se efectuó el trasplante, porque, según palabras de la chica dichas al diario *El Universal*, "no encontró comprensión y amor".⁹ Posteriormente se sabría también que Marisol, huérfana desde muy pequeña, había sufrido un abuso sexual de parte de su padrastro, situación definitiva en su huida.

9. <http://www.eluniversal.com.mx>

Bajo esas circunstancias la joven entró a trabajar a la casa de los Arce Enciso, ubicada en la colonia San Rafael Charnapa, segunda sección. En este hogar, la señora María del Rocío García Arce de 25 años, padecía una enfermedad renal.

Al paso del tiempo hubo un cierto apego de Marisol hacia la familia para quien trabajaba, por lo que decidió donarle el riñón que le permitiría prolongarle la vida a su amiga, aunque existía un impedimento legal: su minoría de edad.

A pesar de que se desconoce el procedimiento, consiguieron un acta de nacimiento falsa, según la cual, la joven tenía edad legal para donar. Este papel y los otros necesarios se presentaron al doctor Andrés Bazán Borges, cirujano trasplantólogo, quien a su vez los hizo llegar al Comité Interno del Hospital Mocol. Éste al verificar su compatibilidad, edad y voluntad de donar, dio luz verde para que el trasplante se llevara a cabo. Bazán Borges encabezó dicha cirugía el 4 de marzo del 2000.

Después de efectuada la operación, la madre de Marisol se enteró de lo que había sucedido y el 21 de marzo pidió apoyo de la policía para rescatar a su hija de la casa de sus patronos, donde todavía convalecía. La señora Rojas García llevó a su hija a denunciar los hechos pero a pesar de que la víctima era ella, la menor fue detenida de manera arbitraria durante 24 horas en el Centro de Justicia de Naucalpan.

Así inició una investigación por tráfico de órganos en el que participaría la familia Arce Enciso y el Hospital Mocol, ubicado en San Miguel Chapultepec, en el Distrito Federal.

Según las declaraciones de Marisol, ella tomó la decisión de donar de manera consciente y sin presiones de nadie, aunque sus familiares sostienen que no fue así, que se le chantajeó y además el procedimiento de donación fue ilegal y sin el consentimiento de sus padres. La joven respondía que no necesitaba el permiso de su madre ya que, dijo, nunca se había hecho cargo de ella y nadie tenía derecho a cuestionar su acción porque se trataba de su cuerpo y su vida.

En tanto se tomaba una resolución, la autoridad competente determinó que González Rojas debía permanecer en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), dado que tanto en casa de su madre como en la de sus patronos, corría peligro.

El caso fue inicialmente presentado ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de México, de donde es originaria Marisol, pero esta dependencia lo pasó a la Procuraduría capitalina argumentando que el hospital donde se realizó la intervención está ubicado en el D.F. Por último, la indagatoria se envió a la PGR por tratarse de un delito federal.

Las autoridades decretaron que existió responsabilidad penal por parte de la propia María del Rocío Arce, de su esposo Antonio Arreola Guerrero, así como de Miguelina Arce Enciso y Crispín Rogelio García, padres de la mujer que recibió el órgano. Los acusados fueron consignados ante el juez octavo por delitos contra la Ley General de Salud y sentenciados con penas que oscilan entre los dos y los cuatro años de cárcel. Posteriormente quedaron en libertad caucional al pagar 20 mil pesos cada uno, aunque todavía sujetos a proceso.¹⁰

Al doctor Andrés Bazán Borges se le dictó auto de formal prisión. Tras rendir su declaración preparatoria el juez le otorgó libertad provisional y salió el día 6 de abril de 2001 después de pagar una fianza de 55 mil 354 pesos y dos multas, una por 7 mil 580 y otra por 758 pesos. El médico estaba acusado de falsificación de documentos, uso indebido de documentos falsos, obtención ilícita de un órgano y violación a la Ley General de Salud.

En este caso intervienen muchos factores que señalan la obtención de un órgano irregularmente. Es importante recordar que el cambio a la ley no entraría en vigor sino hasta el 26 de mayo del 2000, por lo que para el 4 de marzo, fecha del trasplante, todavía era permitido realizar donaciones a personas cuya única relación era la amistad.

Por otro lado, en el Mocel "existen médicos que no trabajan para el hospital, son profesionistas independientes con quien no se tiene relación laboral. El nexos es de carácter inquilinitario, se les arrienda un consultorio en el que ellos ejercen su labor y dan consulta libremente a los pacientes", explica Arturo Manuel Méndez Recillas, Gerente Jurídico del corporativo Grupo Ángeles, del cual es parte el Mocel.

10. ídem

Éste es el caso precisamente del doctor Bazán Borges. Sin embargo, "el nosocomio revisa a los médicos, corrobora que realmente sean profesionales titulados, que tengan cursos y que estén avalados por un consejo", aclara Méndez Recillas.

Así, el hecho de que el doctor Bazán sea un médico autorizado por el hospital, garantiza su pertenencia a la Sociedad Mexicana de Trasplantes y ésta, a su vez, que es parte del pequeño grupo de trasplantólogos autorizados y capaces para realizar su labor. El trasplantólogo sólo comenta que "la medicina no es como otras carreras, en donde siempre se firman cosas y todo se maneja así, en nosotros existe la buena fe, muchas veces se aprovechan de eso y cuando ves ya te metieron en un lío tremendo".

Y es que si el paciente presenta un documento certificado por un notario, la institución hospitalaria no investiga más, "el hospital no está obligado a pedirle algún otra prueba", acota Méndez Recillas, pero también señala que en la práctica, aun la nueva ley tiene una laguna: "no instituye un procedimiento específico que diga la forma en que se debe comprobar la mayoría de edad, tal vez el notario debería hacer una investigación ante el registro civil para verificar los datos".

En el sentido estricto, este caso no es un tráfico de órganos como los medios de comunicación lo manejaron aunque, obviamente, existen aspectos ilícitos en la obtención del riñón. El delito principal es la falsificación del acta de nacimiento de Marisol González Rojas y de éste se desencadenan los demás. Es importante también señalar el grado de responsabilidad de la menor que, aunque no tenía aún 18 años, ya era una persona capaz de tomar la decisión de donar o no hacerlo. Pero sobre todo, el de la familia Arce Enciso quien la convenció o presionó para donar y coordinó la falsificación del acta y la firma de la carta de donación.

La menor declararía tiempo después que había sido manipulada por sus patronos e incluso denunció abusos y maltratos recibidos en el albergue del DIF.

El caso sigue abierto y lo que se busca es una compensación económica para Marisol, siendo esto lo único que se le puede dar, ya que es imposible reimplantarle su riñón izquierdo (como pedía su madre).

Afortunadamente ya se hicieron reformas en la nueva ley para evitar situaciones similares, tal es el caso del apartado que prohíbe la donación entre amigos. Esta historia deja la enseñanza de que existen vacíos que son importantes de llenar, como la exhaustiva verificación de los documentos que presentan los donadores, so pena de caer engañados nuevamente, por menores de edad o ahora por falsos parentescos.

En mayo del 2000 se dio otro caso de supuesto tráfico de órganos que llamó la atención de los medios de comunicación y del público aún más que el de Marisol. En él se vieron involucrados un médico del D.F. y un sacerdote del Estado de México que después resultó no serlo.

Todo empezó cuando dos periodistas españoles del diario *El Mundo* y el canal de televisión *Antena 3* llegaron a México con una pista para investigar este caso, proveniente de una confesión filtrada desde una cárcel estadounidense.

Los periodistas llegaron así hasta las puertas del centro de rehabilitación del padre Martín Rubio Murillo llamada Casa de la Juventud y dedicada a ayudar a jóvenes con problemas de drogadicción o alcoholismo. Una vez ahí preguntaron por el sacerdote y a éste le plantearon que tenían un familiar que necesitaba un riñón y que sabían que él los podía ayudar. Martín Rubio acepta y les dice que se pondrá en contacto con un cirujano que conoce y que también estará en el negocio, así como con el respectivo donador, que a cambio de dinero, aceptará deshacerse de un riñón. Los cita para la siguiente semana pero, a insistencia de los españoles, accede a que sea dentro de 24 horas.

Al otro día las novedades son que el costo total de la venta del riñón será de 900 mil dólares y que ya hay un donador. El señor se llama Francisco y jamás tuvo problemas que le impidan donar. Los "clientes" piden que se recapacite el precio porque es excesivo.

Después de eso no tienen noticias del *padrecito* hasta una semana después, cuando, citados en la Basílica de Guadalupe, éste les dice que el precio no está sujeto a negociación.

Ellos aceptan pero ponen tres condiciones: conocer al vendedor del riñón, al médico y no pagar si no tienen una factura (supuestamente para recuperar algo del dinero a través de Hacienda, aunque realmente lo que buscan es una prueba documental del delito). Martín Rubio lo aprueba pero se deslinda de toda responsabilidad, alegando que él solamente será el enlace entre el equipo médico, el donador y ellos.

El padre los cita nuevamente y el día señalado les presenta a Francisco González, el donador, quien acepta someterse a unos análisis previos para ver si su riñón es compatible con el del supuesto paciente y se compromete a sellar un pacto de silencio por si posteriormente los descubrieran.

Algunos días después llega el turno de conocer a quien efectuará el trasplante. Así llegaron hasta la colonia Pro Hogar en Azcapotzalco, donde contactaron al doctor Arturo Gómez Muñoz. El galeno les ofrece dos hospitales a escoger, la clínica Los Ángeles y otra más barata pero también de lujo, donde pasarían más inadvertidos: la clínica Santa Fe.

Gómez Muñoz habla sobre todos los detalles, el equipo indispensable para el trasplante, la necesidad de implicar a un abogado y un notario para firmar la declaración de donación voluntaria, pero, sobre todo, de la importancia de hacer todo con extremo cuidado porque "si nos descubren, no nos sacan ni con todo el dinero del mundo", les dice a los españoles. Después de una larga conversación el doctor dice que ya se puede preparar el viaje del receptor a México y que comenzará ese mismo día las pruebas con Francisco y otro donante de repuesto.

Ambos periodistas vuelan a su país esperando el envío de la factura del primer pago por parte del padre Martín. A los pocos días reciben por fax un documento según el cual una empresa de Mario Lozano (el supuesto enfermo que necesita el riñón) le concedía al padre un crédito de 900 mil dólares para renovar parte de una flota de taxis mexicana.

A esta factura, le adjuntó un presupuesto global y detallado del costo del riñón y una declaración firmada de los vendedores en la que consentían hacerlo de forma altruista.

Un grafólogo concluiría más tarde en España que todas las firmas estaban hechas por la misma persona: Martín Rubio Murillo. ¹¹

Todo finaliza cuando otras personas del mismo equipo de periodistas enfrentan directamente a los dos implicados. El doctor lo niega todo, indignado. El cura se echa a correr.

Según las conclusiones de los periodistas españoles, esto es una prueba contundente de que existe tráfico de órganos en México y así lo hicieron saber al público mediante su reportaje. Sin embargo existen varias inconsistencias dignas de mencionar.

Antes que todo es de llamar la atención el amarillismo con que fue presentado tanto el reporte escrito como el televisivo. Se asegura que las víctimas de estas redes son gente que bordea la indigencia y que si las mafias tardan en encontrar a alguien, optan por secuestrarle y quitarle el órgano sin su consentimiento. Afirmación absurda por lo que ya se ha aclarado al respecto y porque, en su "investigación", ellos mismos corroboraron que al donador hay que hacerle una serie de estudios de compatibilidad.

Hay que ver también que se refieren a México D.F. como "una de las ciudades más peligrosas del mundo" y cuando llegan al municipio de Ecatepec hacen la aclaración de que se trata de "un suburbio pobre y violento donde rara es la mañana en la que no aparece algún cadáver en sus calles". Los mexicanos sabemos que por desgracia esto no es irreal, pero es cuestionable el que se valgan de recrear escenarios miserables para matizar la decadencia que les parece propicia en la ambientación de un reportaje que, desde el título, deja entrever sensacionalismo: "Vampiros de órganos".

El siguiente párrafo es parte del reporte de Fernando Quintela y Sebastián Ferrate, contiene una grave contradicción:

"Aparece El padrecito con un hombre lleno de anillos de oro y melena hooligan, hablando por teléfono móvil.

No se corresponde con lo que nos había contado de él, lo que refuerza

11. <http://www.elmundo.es/2000/05/08/sociedad/8N0126.html>

nuestra sospecha de que va a utilizar a los chavales que tiene encerrados en su casa para conseguir un riñón".¹²

El hombre descrito es Francisco González, el donador, quien según los mismos periodistas, es un hombre de 37 años, edad muy por encima del rango que ellos mismos afirman haber visto en los muchachos encerrados en el albergue: entre 2 y 25 años. Además, nadie que se vea obligado a vivir en una casa de asistencia o vender un riñón por necesidad, estaría lleno de anillos de oro ni con teléfono celular.

El trabajo de los españoles provocó que tanto autoridades como medios de comunicación mexicanos hicieran sus propias investigaciones al respecto. A través de éstas se encontró que Gómez Muñoz no es un médico registrado, aún más, después de una inspección exhaustiva a su consultorio, no se encontró ningún indicio de que en toda su carrera haya practicado algún trasplante, ni de que tuviera nexos con el hospital Santa Fe.

Los vecinos del galeno aseguran que él nunca ha participado en actos de esta índole, de lo contrario, no tendría la necesidad de rentar el consultorio en el que labora.

El hospital Santa Fe amenazó con demandar a *El Mundo y Antena 3* por el delito de difamación. Pidieron que los medios rectificaran la información difundida que afecta la imagen del hospital y del programa de donación de órganos.¹³

En lo que respecta a Martín Rubio Murillo, los vecinos de Ecatepec aseguraron que aunque sabían que no era sacerdote lo aceptaban porque hacía una buena labor con los jóvenes en la comunidad. La diócesis del municipio negó, efectivamente, que existiera alguien con ese nombre en sus registros. La policía, empero, encontró algo más interesante: una larga cadena de hechos fraudulentos realizados por Rubio Murillo desde hace varios años, entre los que se encuentra la rifa de un mismo auto robado en varias ocasiones, por lo que tendría que comparecer ante las autoridades.

De estas averiguaciones se desprende claramente que no se trató de un tráfico de órganos sino de la especialidad del falso sacerdote: fraude.

12. Ibidem

13. Cruz, Ángeles y Muñoz, Alma, "El hospital Santa Fe demandaría a *El Mundo* y al canal *Antena 3*", *La Jornada*, p. 29

El doctor Armando Soberanes, uno de los trasplantólogos más reconocidos del país, lo explica de una manera un tanto chusca pero efectiva: "Si esta gente hubiera querido ofrecer el mismo dinero por el castillo de Chapultepec se lo hubieran vendido igual y le habrían dado un acta notarial firmada por Huitzilopochtli. Fue una estupidez de parte de ellos, si en México hubiera tráfico de órganos, el periodismo mexicano lo hubiera encontrado hace mucho tiempo. El tráfico de órganos no existe, es un mito y si alguien viene con 900 mil dólares y se los ofrece a un vivales como es el pseudosacerdote, pues claro que le va a vender lo que quiera, pero de eso a que lo va a ocupar..."

El último de los casos dignos de la atención de los medios del país, aunque en una medida mucho más modesta que los dos anteriores, fue el de la señora Josefina Rodríguez Magadán, en marzo de 2001.

Esta mujer fue defraudada, al igual que miles de personas, por la caja popular de José Cirilo Ocampo Verdugo en el estado de Zacatecas. Su pérdida ascendió a más de 100 mil pesos, según aseguró ella misma.

Dicha situación, aunada al fallecimiento de su padre y otros serios problemas familiares, la orillaron a escribir una carta dirigida al gobierno federal donde ofrecía uno de sus riñones en 100 mil pesos. De esta misiva recibieron copias distintos medios de comunicación y el gobernador de la entidad, Ricardo Monreal.

Las notas periodísticas en distintos diarios y canales de televisión no se hicieron esperar, pero fue *TV Azteca* quien le dio especial propaganda a la oferta, transmitiendo la información en cada uno de sus noticiarios. Varios días después de que se dio a conocer la situación fue el mismo *TV Azteca* quien invitó al doctor Luis Terán Ortiz para que, a través del programa *Hechos de la mañana*, le explicara a doña Josefina Rodríguez que poner a la venta un órgano es un delito que la Ley General de Salud castiga con penas severas.

Después de eso, la señora dijo no saber que estaba transgrediendo la ley, pidió ayuda para los defraudados por cajas populares a Vicente Fox y con eso terminó la historia del riñón ofertado.

Desde luego que este intento de comercializar órganos no fue sino una idea disparatada, aunque un tanto inocente, de una persona que desconocía los procedimientos legales al respecto y lo único que buscaba era llamar la atención para, de alguna manera, solucionar el problema económico tan grave que enfrentó.

Los tres casos aquí presentados se han dado en México en los últimos años, pero el mundo entero está plagado de historias que tratan de tráfico o comercio de órganos. Lamentablemente la gran mayoría son cuentos descabellados que no tienen ningún sustento y de los que nunca se puede averiguar su origen.

Teniendo en cuenta que la práctica de los trasplantes es joven aún, es lógico que los rumores que la desprestigian lo sean también. El primero de ellos apareció en 1987. Leonardo Villeda Bermúdez, secretario general del Comité Hondureño de Bienestar Social, declaró a los medios de comunicación de su país que había quienes vendían niños pobres a norteamericanos. Luego de una protesta de la embajada de Estados Unidos, Villeda se retractó y reconoció que lo que había dicho era sólo un rumor. La agencia *Reuters* recogió la declaración inicial y la difundió por el mundo. Pese a que la desmintió días después, ya se había propagado la mentira. Para abril de ese año, diarios de Cuba y Nicaragua ya manejaban la misma información.¹⁴

Como otra manifestación de la lucha entre soviéticos y estadounidenses, el 5 de abril de 1987, *Pravda*, el periódico del partido comunista de la URSS, publica un artículo según el cual "miles de niños sirven de donantes de órganos". El periodista soviético fuerza groseramente las palabras para vilipendiar al enemigo occidental. El 25 de julio, *Izvestiya*, el diario del gobierno soviético, se une con un artículo titulado "los niños se convierten en una mercancía", donde el periodista ataca violentamente a E. U., acusándolos entre otras cosas de "canibalismo".

14. Chelminski, Rudolph, "Tráfico de órganos: anatomía de una mentira", *Selecciones*, p. 51

Para apuntalar su tesis V. Kuznetsov cita a miembros de la Defensa Internacional de los Niños (DIN), que parecen confirmar sus palabras.

Dos días más tarde, el corresponsal de *Izvestya* entrevista a un representante de DIN, del que deforma alegremente las palabras. El periodista mezcla hábilmente citas sacadas de su contexto y comentarios propios. Pero sobre todo, el artículo revuelve sutilmente declaraciones relativas al tráfico y a la venta de niños con los rumores no comprobados del tráfico de órganos, creando una confusión total.¹⁵

En enero de 1988, Maité Pinero, corresponsal del diario parisense *L'Humanité*, escribió un reportaje titulado "Bebés raptados, asesinados y descuartizados". Por su parte la revista católica *Témoignage Chrétien* publicó el artículo "niños usados como piezas de recambio".

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento "Principios Normativos del Trasplante de Órganos Humanos", en el que afirmaba que "hay pruebas convincentes de la existencia del tráfico [de órganos]... Es urgente proteger a los menores de edad". La OMS no ofreció pruebas de dicho delito y hoy en día reconoce que no sabe de un solo caso.

Para la siguiente década, la noticia saltó a la televisión y en 1993 aparecen dos documentales: "El negocio de los órganos humanos", producción anglocanadiense y "Ladrones de órganos"¹⁶ de la francesa Marie-Monique Robin, este último, como ya se mencionó, también cuenta con una versión corta y el libro del mismo nombre que se editaría años más tarde.

Este trabajo le valió a Robin el Premio Albert Londres, pero ante las irregularidades presentes, se lo retiraron. Después de seis meses de investigaciones se lo volvieron a otorgar por ventilar los vacíos jurídicos existentes en ese entonces en la mayoría de las legislaciones, los cuales eran aprovechados para realizar ilícitos. Hubo muchos inconformes al respecto, porque aunado a ello existen muchos errores que, entremezclados con la verdad, seguían propagando lo inexistente e imposible, un ejemplo son las citas aquí utilizadas y refutadas.

15. Robin, Marie-Monique, op. cit., pp. 85 - 86

16. Chelminski, Rudolph, op. cit., pp. 51-52

Es interesante, por cierto, mencionar el sentimiento de la periodista francesa ante la donación de órganos, éste es evidente cuando escribe: "hurgando a fondo en los repliegues de mi conciencia, descubro otra reticencia: el lado 'mecánica de recambio' de los trasplantes de órganos me choca profundamente. Para mí, el cuerpo humano no es un depósito de piezas de recambio del que las batas blancas pueden extraerlas a voluntad en cuanto se ha ido la vida".¹⁷

Es sorprendente ver que su apreciación de la donación de órganos es que los médicos extraen dichas partes *a voluntad* y no porque alguien enfermo las necesita para seguir viviendo.

Aun con todos los que se han sumado a darle crédito al tráfico de órganos, diversos estudios e investigaciones de entidades profesionales y gubernamentales no han descubierto evidencia alguna. Entre quienes realizaron dichas investigaciones están la Administración de Drogas y Alimentos, los institutos nacionales de salud y la Red Nacional de Distribución de Órganos por parte de Estados Unidos; la Misión de la Comunidad Europea, el director de la Policía de Guatemala, Federación Internacional de Derechos Humanos y los gobiernos de Colombia, Honduras y México.¹⁸

Con todos estos desmentidos y por increíble que parezca, el rumor se sigue extendiendo. Con argumentos ya desacreditados e historias disparatadas, el tráfico de órganos sigue presente en tramas como las de las películas *Leyenda Urbana*, I y II, en donde un asesino en serie secuestra a una joven y cuando ésta despierta en una tina llena de hielo, ve su propio riñón sobre una mesa.

Siendo precisamente una especie de leyenda urbana, ésta ha causado, por lo menos en una ocasión, violencia física grave, así como daño a los programas de donación, a los trasplantes y a los programas de adopción de todo el mundo. Pero, como la expresión *tráfico de órganos* sigue despertando interés en la población, seguramente habremos de ver muchos más intentos por demostrarlo aun a costa de pasar por los límites mínimos de la lógica.

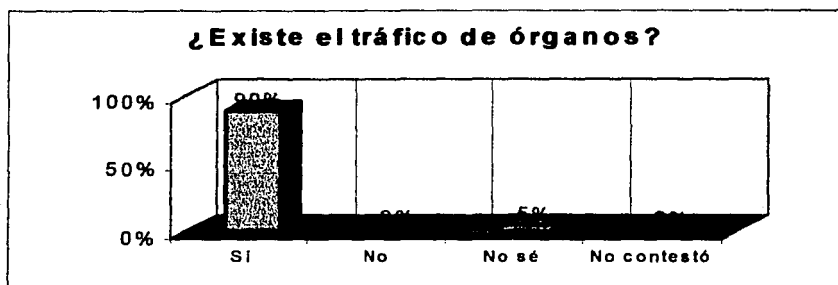
Y es que, por incoherente que pareciera, las personas aseguran que el tráfico existe, pero no tienen idea de cómo ni conocen un caso en particular.

17. Robin, Marie-Monique, op. cit., p. 219

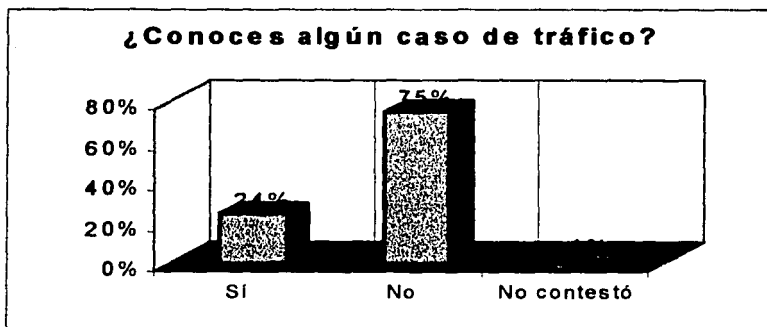
18. Santiago-Delpín, Eduardo A. y Ruiz-Speare, J. Octavio, *Trasplante de órganos*, p. 164

Muestra de lo anterior son los resultados de una encuesta realizada a 100 personas en el Distrito Federal. * En ella se le preguntó al público si existe el tráfico de órganos. El 90% contestó que sí y sólo 3% que no (Gráfica 1). Pero al preguntarles si sabían de algún caso, el sí se redujo a un 24% y el no aumentó a 75% (Gráfica 2).

Gráfica 1



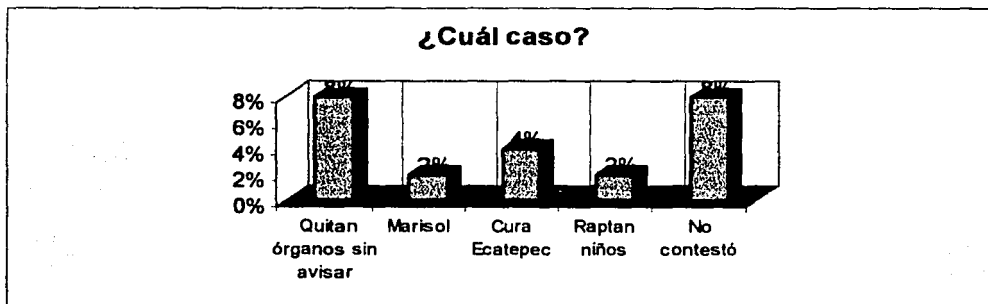
Gráfica 2



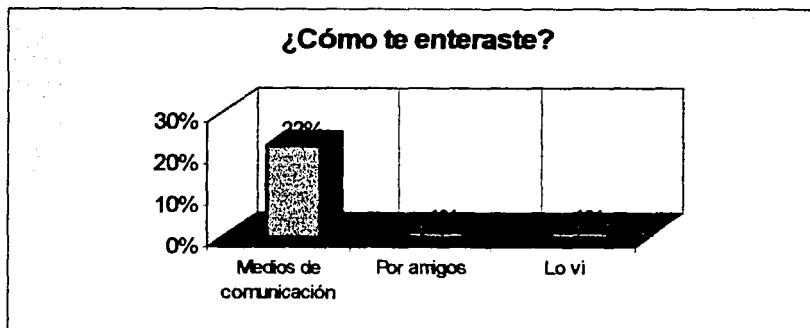
*Dicha encuesta se realizó en las delegaciones Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Benito Juárez con las especificaciones ya mencionadas en el capítulo 2.

El porcentaje de los que conocían un caso de tráfico se constituyó de la siguiente manera: el 8% había oído hablar de niños raptados con el fin de quitarles los órganos, el 2% se enteró del caso de Marisol, el 4% de la situación del cura de Ecatepec y el 2% afirmó que en los hospitales les quitan los órganos a los cuerpos sin pedir el consentimiento de la familia (Gráfica 3). Como es de suponer, 22% se enteró mediante algún medio de comunicación, un 1% dijo enterarse a través de un amigo y otro 1% dijo haberlo visto por sí mismo (Gráfica 4). Cabe señalar que esta persona menciona haber observado un frasco con ojos en un hospital, condiciones en las que definitivamente no se preservarían adecuadamente un ojo para después trasplantar la córnea.

Gráfica 3



Gráfica 4



Lo anterior muestra el importante papel que juegan los medios de comunicación en las convicciones de la gente, de ahí la importancia de que dejen de lado el sensacionalismo con el afán de "vender" y se concentren en la objetividad, siempre informando a la sociedad de los hechos que acontecen pero mostrándoles también el contexto histórico y jurídico que los rodea.

En poco tiempo podría darse un cambio radical en la manera de pensar y actuar de los mexicanos si las autoridades y demás instancias encargadas de regular y poner en práctica lo relativo a la donación y los trasplantes de órganos abren canales de información sencilla y adecuada, los medios se comprometen a informar de manera veraz y la población en general participa en las campañas y valora adecuadamente el mensaje recibido. Ello redundaría en una sociedad con más instrumentos para tomar decisiones al respecto, defender dicha postura y llevar a cabo lo relativo a ella.

Conclusiones

No siempre es satisfactorio encontrar que se tiene la razón. Este trabajo demostró que la hipótesis inicial es desdichadamente cierta, la población del Distrito Federal realmente carece de una cultura de donación de órganos, esto es: no conocen los procedimientos, requisitos, ventajas y limitantes del tema, lo que a su vez determina que un escaso número de personas piensen en donar órganos a su muerte o acepten hacerlo con los de un familiar cuando éste es un potencial donador.

Es verdad que los organismos a cargo de difundir la donación han hecho un gran esfuerzo (y lo siguen haciendo a diario) porque todos se formen una opinión positiva al respecto, sin embargo sigue existiendo gran desconocimiento. Esto genera temor y especulación, por ello es que como en otros tantos aspectos sociales, en el mundo de las donaciones y los trasplantes, nos hace falta educación. Es necesario invitar a la gente a que done, pero más que eso se necesita una campaña integral que fomente e informe a la vez.

Es afortunado el hecho de haber comenzado ya la acción en pro de una cultura de donación, pero es consabido que será un proyecto a largo plazo. Aunque quisiéramos que de un día para otro el público tomara conciencia, la verdad es que es un camino largo y arduo. Sin embargo el primer paso ya está dado, ahora será importante tener paciencia, constancia y continuidad en los mensajes e información que se difunda.

Hace falta hacer hincapié en que la donación es necesaria porque existen pacientes que mueren en espera de un órgano, que viven con la esperanza de recuperar la vista o la salud a través de un corazón, un riñón, un pulmón. Este hecho no es privativo de una sola clase social, raza, religión o edad sino que todos estamos expuestos a ello e igualmente tendríamos la misma oportunidad de recibirlo, ya que la lista de espera del país se rige por urgencia y compatibilidad, no por dinero o influencias.

Por otra parte, hay que hablarle a las personas de la muerte cerebral, derribando mitos, explicando que, a diferencia del estado de coma, no hay posibilidad de volver atrás y dejando claro que retirarles los aparatos mecánicos a una persona sin actividad cerebral no tiene nada que ver con la eutanasia.

Debemos aprender a hablar de nuestra propia muerte como la oportunidad de prevenir y asegurarse desde ahora de que nuestros deseos sean cumplidos después de haber dejado la vida, de otorgarle un regalo a alguien que lo necesita y, todavía más, como la posibilidad de extender nuestra existencia en otro individuo. La familia misma puede encontrar consuelo en saber que la pérdida de esa persona especial ha servido para que otro, especial también para los suyos, siga a lado de los que lo quieren.

Los organismos de salud que tienen a su cargo la divulgación de la donación y trasplante de órganos y los medios de comunicación en general deberán coordinarse para que estos últimos se comprometan a transmitir información fidedigna, evitando darle publicidad a hechos que desacreditan tan noble actividad. No se trata de ocultar información, sino de ser objetivos, dando a las notas su justo valor y evitando caer en sensacionalismos baratos como la venta masiva de riñones, por ejemplo.

Indispensable es también la investigación y publicación de obras al respecto. Siendo el libro tal vez el medio de más valor por su perdurabilidad, sería vital que existieran más que fueran nutriendo la cultura que se pretende crear y quedando como testimonio de lo que se vaya conquistando día con día. Asimismo la difusión de dicha cultura a través de los diversos medios de comunicación será valiosa para hacer del tema de la donación una actitud altruista pero común y deje de ser visto como algo extraordinario.

Pensando en todos los ámbitos hay que difundir más la especialidad de trasplantólogo y la actividad de coordinador hospitalario en trasplantes. Ellos son la base de la práctica y, desafortunadamente, existen muy pocos en México. Por ahora esto es una ventaja que mantiene a raya la clandestinidad, evitando que cualquiera realice un trasplante, pero conforme se avance en este ámbito, se podrán crear

también cercos legales y médicos que sigan manteniendo la actividad de forma transparente.

Mostrar todas las facetas del proceso y difundir que un trasplante implica todo un reto pero también grandes beneficios, será necesario para brindar y ganar la confianza que permita disipar los temores que han inventado monstruos como el tráfico de órganos, cuya única función ha sido desvirtuar una acción que debería exaltarse por nacer de las buenas intenciones de las personas.

Como es evidente, no será una labor sencilla ni rápida de llevar al cabo, pero el tema de la donación de órganos está cada vez más cerca de adultos y pequeños para crear en ellos la conciencia de cuán importante es la participación activa de todos en la mejora y prolongación de la vida de otros que realmente lo necesitan.

Es verdad que cada día existen más adelantos tecnológicos que nos permitirán tal vez hasta prescindir de los órganos donados por humanos en un futuro, pero, por lo pronto, ningún instrumento mecánico ha podido suplir todas las ventajas de una creación de la naturaleza, entendiéndolo por ventajas la precisión, su funcionamiento sin energía externa y el que se encuentre dentro del cuerpo, ocupando su justo lugar. Recordemos que el aparato que se implantó con éxito en México y realiza las funciones de un corazón, es del tamaño de una maleta pequeña y que el hombre que lo recibió debe andar tirando de ella todo el tiempo, a donde sea que vaya.

Desde luego que el afán no es menospreciar los avances científicos, pero ¿por qué esperar a desarrollar implantes artificiales y costosos si se puede regalar un sistema natural y perfecto?

Valoremos lo que nos ha sido dado. Disfrutemos de todo ello hasta el final, y cuando éste llegue aprendamos a compartirlo para que pueda brindar la misma felicidad, libertad y salud a quienes no han gozado de ellas, a los que valorarán más que nadie cada día de vida que nosotros seamos capaces de regalarles.

Fuentes de Consulta

Bibliografía

- ✓ Arellano Dorado, D. Mayela
Donación de órganos: antisolidaridad humana, miedo a la muerte o desinformación. Tesis de licenciatura en Comunicación y Periodismo
México, ENEP Aragón, UNAM, 1999
148 pp.
- ✓ Domit Slim, Soumaya
Insuficiencia renal crónica
Asociación Humanitaria de Padecimientos Renales, A. C.
México, D. F.
54 pp.
- ✓ Escuela Andaluza de Salud Pública (Serie monografías, No. 21)
Medios de comunicación y trasplante de órganos
Junta de Andalucía
España, 1997
110 pp.
- ✓ Robin, Marie-Monique
Ladrones de órganos. Un tráfico desgarrador
Flor del viento
Traducción: Carolina Roses
España, 1998
287 pp.
- ✓ Santiago-Delpin, Eduardo y Ruiz-Speare, J. Octavio, et. al.
Trasplante de órganos
JGH Editores 2° ed.
México 1999
873 pp.
- ✓ Secretaría de Salud, et. al.
Curso para coordinadores hospitalarios en trasplantes
Secretaría de Salud
México, 2000
178 pp.

Hemerografía

- ✓ Angeles, Elsa
"Mejoran las condiciones de receptores de trasplantes"
ELM, secc. Salud
México D.F., miércoles 17 de enero de 2001
p. 20
- ✓ Chelminski, Rudolph,
"Tráfico de órganos: anatomía de una mentira"
Reader's Digest Selecciones,
México, D.F., julio 1996
p. 49
- ✓ Círigio, Alberto
"Lo nuevo en trasplantes"
Contenido
México D.F., octubre 1998 no. 424
p. 30
- ✓ Cruz, Ángeles y Muñoz, Alma
"El hospital Santa Fe demandaría a *El Mundo* y al canal *Antena 3*"
La Jornada, secc. Sociedad y Justicia
México D.F., jueves 25 de mayo de 2000
p. 29
- ✓ Gómez Mena, Carolina
"Inaugura el IMSS unidad de hemodiálisis"
La Jornada, secc. Sociedad y Justicia
México D.F., lunes 24 de julio de 2000
p. 50
- ✓ Palencia, Jorge
"Comentarios al Decreto por el que se Reforma la Ley General de Salud, Título XIV:
Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida"
Comisión Arquidiócesana Pastoral de Salud
México D.F., 30 de marzo de 2000
p. 2
- ✓ Servicios de información sobre hospitales para los testigos de Jehová
"Estrategias para el tratamiento de la hemorragia y la anemia sin transfusión de
sangre"
Comité de enlace con los hospitales. Tratamiento médico sin sangre para
testigos de Jehová
Texcoco, Estado de México
p.1

- ✓ Tercero, Magali
"Kevorkian, ¿Ángel o asesino?"
Día Siete
México D.F., Año 1, número 16
p. 24
- ✓ Turati, Marcela
Aprueban 4 religiones donaciones de órganos
Reforma, secc. Nacional
México D.F., sábado 11 de marzo del 2000
p. 10A

Folletos y manuales

- ✓ Consejo Nacional de Trasplantes,
Manual del Coordinador Hospitalario en Trasplantes
México D.F., septiembre 2000
p. 5
- ✓ "El papel del personal médico y paramédico en la donación y trasplante de órganos"
Secretaría de Salud y Conatra
México D.F., 2001
Folleto
Sin páginas
- ✓ Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. Inmextac,
México D.F.
Folleto
Sin páginas
- ✓ Watch Tower,
"La familia, su cuidado y protección. Tratamiento médico para testigos de Jehová"
Manual, secc. Creencias
U.S.A., 1995
p. 3

Videográficas

- ✓ Entrevista al doctor Luis Ángel Terán Ortiz
Hechos de la Mañana
Ramón Fregoso y Ana María Lomelí
Canal 13, 6:30 – 8:30 a.m.
Lunes a viernes
México D.F., lunes 26 de marzo de 2001
- ✓ Sale libre el doctor Andrés Bazán
El Noticiero
Leonardo Kourchenco y Adela Micha
Canal 9, 8:00 – 9:00 p.m.
Lunes a viernes
México D.F., lunes 9 de abril de 2001
- ✓ Reporte especial
Hechos del 7
Lili Tellez y Pablo Latapí
Canal 7, 9:00 – 9:30 p.m.
Lunes a viernes
México D.F., lunes 16 de abril de 2001

Cibernéticas

- ✓ <http://www.geocities.com/Athens/Angora/6210/amprac-consideracioneseticas.html>, 2 de abril de 2000
- ✓ <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-faqs.html>, 2 de abril de 2000.
- ✓ <http://www.notimex.com.mx/nacional/926.html>, 2 de abril de 2000
- ✓ <http://www.healting.com/polemica/polemica39.html>, 25 de julio de 2000
- ✓ <http://www.fulem.com.mx/Roz5.html>, 11 de septiembre de 2000
- ✓ <http://www.cenids.ssa.gob.mx/leysalud/t14-c02.html>, 23 de febrero de 2001
- ✓ <http://www.eluniversal.com.mx>, 6 de agosto de 2001
- ✓ <http://www.elmundo.es/2000/05/08/sociedad/8N0126.html>, 8 de agosto de 2001

Vivas

- ✓ Alfonso Estrada, Derbis, médico cirujano, especialista en radiología e imagen y ministro voluntario en el Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales.
- ✓ Bazán Borges, Andrés, médico jefe de Servicios de Trasplantes del Hospital Juárez de México.
- ✓ Ceñudo, Josué, ministro voluntario en el Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales para los testigos de Jehová.
- ✓ Chávez López, Arturo, sociólogo profesor de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.
- ✓ Del Prado, Ricardo, presidente y cofundador de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal A. C.
- ✓ Díaz Muñoz, Inés, directora general del Registro Nacional de Trasplantes.
- ✓ Espinosa Hernández, Ramón, médico cirujano de trasplante renal adscrito al Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud.
- ✓ Farela Gutiérrez, Arturo, pastor cristiano y presidente nacional e internacional del grupo religioso Confraternice A. C.
- ✓ García, Rafael, ministro voluntario del Departamento de Servicios de Información Sobre Hospitales para los testigos de Jehová en México.
- ✓ Herrera Sánchez, Irma Teresa, trasplantada de córnea.
- ✓ Ichikawa Ortega, Mai, coordinadora del Módulo de Información y Orientación al Público de Conatra.
- ✓ Labastida Torres, José Luis, miembro del Escritorio de Redacción en las oficinas de la Torre del Vigía, Asociación Religiosa.
- ✓ Lozano Razo, Georgina, maestra en psicología social, candidata a doctora en psicología social con trabajo en donación de órganos.
- ✓ Meléndez Pérez, Alma Nora, receptora de riñón de donador vivo relacionado.
- ✓ Méndez Recillas, Arturo Manuel, Gerente Jurídico del corporativo Grupo Ángeles, dueño de cinco hospitales en la ciudad de México (Pedregal, Lomas, Mocol, Metropolitano y México).

- ✓ Mendoza, Gerardo, director del Patronato Nacional de Trasplantes y la Fundación Nacional de Trasplantes.
- ✓ Moreno Cárdenas, Patricia, receptora de riñón de donador vivo relacionado.
- ✓ Olivares Escudero, Silvia, coordinadora de Difusión y Movilización Social de Conatra.
- ✓ Palencia, Jorge, Monseñor Comisionado Arquidiocesano Pastoral de Salud de la Arquidiócesis Primada de México.
- ✓ Pantoja, Ezequiel, predicador laico de la Iglesia Nacional Presbiteriana y profesor en la Facultad de Derecho de la UNAM.
- ✓ Pérez Recedi, Fabrizio, ex asesor jurídico de Conatra.
- ✓ Ramírez Hernández, Pedro, asistente del director del Centro para Visitantes del Templo de la Ciudad de México de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.
- ✓ Rittner, Marcelo, rabino judío.
- ✓ Rojas Dosal, José Adrián, médico jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Juárez de México.
- ✓ Soberanes Hernández, Armando, presidente fundador de Fundonar y jefe del área de trasplantes del hospital La Raza.
- ✓ Terán Ortiz, Luis Ángel, director del Centro Nacional de Trasplantes.
- ✓ Tinoco, Josué, maestro jefe del Área de Psicología Política e Identidades de la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- ✓ Zaragoza Mora, Adela, paciente en espera de trasplante de córnea a través de Fundonar.

Anexo 1

Acta de Autorización para donación de riñón y trasplante del mismo.

**SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO S.S.**

**ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA DONACIÓN DE RIÑÓN Y
TRASPLANTE DEL MISMO.**

**“DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD VIGENTE EN LOS ESTADOS
UNIDOS MEXICANOS, EN EL CAPÍTULO DE REGLAMENTO EN MATERIA
DEL CONTROL SANITARIO DE LAS DISPOSICIONES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
DE SERES HUMANOS”.**

REFERENTE AL DONADOR:

De acuerdo al Capítulo II Artículo 11, 12 y 16; y Capítulo III Artículo 21, 22 y 24 del reglamento citado.

C. C. DONADOR_____

DECLARO: -Que voluntariamente, libre de cualquier coacción física o moral, he decidido donar en forma altruista y sin remuneración alguna, uno de mis riñones, a fin de que sea trasplantado a _____
_____. Asimismo, declaro que estoy enterado del Artículo 22 Capítulo III del Reglamento citado el cual dice textualmente “Se prohíbe el comercio de órganos y tejidos desprendidos o seccionados por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito”, y del Artículo 21 Capítulo III del mismo Reglamento el cual dice textualmente “La disposición de órganos y tejidos para fines terapéuticos será a título gratuito”, por lo cual entiendo que en México la venta de órganos humanos es ilícita y que mi decisión de donar que al momento firmo puedo revocarla en cualquier momento, de acuerdo al Artículo 12 Capítulo II del Reglamento citado el cual dice textualmente “El donante originario podrá en cualquier tiempo revocar el consentimiento que haya otorgado para fines de donación de órganos, tejidos, productos o de su propio cadáver, sin que exista responsabilidad de su parte”. Para efectos de la donación, de acuerdo al Artículo 16 Capítulo II del Reglamento citado, acudí al Hospital Juárez de México S. S. Ubicado en la Ciudad de México, D.F. en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 col. Magdalena de las Salinas en donde me realizaron estudios de compatibilidad con el receptor y de mi estado físico en general dictaminando que puedo donar un riñón. De la misma Institución recibí información referente al acto quirúrgico y las consecuencias de la extirpación de un riñón, denominada Nefrectomía. Se me explicó que retirarán de mi cuerpo uno de los riñones mediante cirugía, considerada como procedimiento mayor, que requiere anestesia general y que conlleva un riesgo del 10% de complicaciones y del 1% de mortalidad. Después de la Nefrectomía, podré continuar con mi vida normal, comprometiéndome a acudir al Hospital Juárez de México a una revisión médica anual a fin de detectar alguna enfermedad en mi único riñón. Por todo lo expuesto anteriormente acepto el riesgo del procedimiento, y ratifico mi decisión de donar un riñón autorizando al Hospital Juárez de México S.S. para que se encargue de todo lo concerniente a la Nefrectomía y recuperación posterior.

REFERENTE AL RECEPTOR:

De acuerdo al Capítulo I Artículo 6 Fracción XX; Capítulo III Artículo 17, 25 y 26 del reglamento citado.

C.C. RECEPTOR_____

DECLARO: -Que padezco de la enfermedad llamada Insuficiencia Renal Terminal, que quiere decir que mis dos riñones ya no realizan sus funciones y que no son recuperables, diagnosticada y en tratamiento _____
_____ en _____. Por tal situación, _____ (en esta sección se especifican todos los procedimientos médicos y trámites que se hayan realizado, hasta llegar a la solicitud del trasplante) fui referida al Hospital Juárez de México S.S. solicitando se me realice un Trasplante de Riñón. Dicho Hospital se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 col. Magdalena de las Salinas de la Ciudad de México. A la primera consulta acudí conmigo _____ con quien comparto parentesco de _____, y quien se propuso como donador del riñón a trasplantarme, a fin de dar cumplimiento al Artículo 17 Capítulo III del Reglamento citado el cual dice textualmente “La selección del

disponible originario y del receptor de órganos y tejidos para trasplantar, se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud".

Después de someterme a los estudios pertinentes al caso, y una vez cubiertos los requisitos plasmados en el Artículo 25 Capítulo III del Reglamento citado que indican las condiciones del paciente para ser admitido como receptor de trasplante, se me informó que cumplía con las condiciones para someterme a un **TRASPLANTE DE RIÑÓN**. También se me informó que la cirugía consiste en injertarme el riñón extraído de _____ en una de las fosas ilíacas de mi cuerpo. Se me informó que la cirugía es de alto riesgo, que por la evolución natural de mi enfermedad de fondo, mi organismo presenta daños secundarios que aumentan el riesgo de complicaciones hasta un 10%, las posibilidades de rechazo del órgano trasplantado es de un 15%, y las posibilidades de fallecimiento son del 4%. Se me someterá a un tratamiento que consiste en disminuir las defensas naturales de mi organismo; a fin de evitar el rechazo del órgano, debiendo tomar medicación de por vida. Dichos medicamentos me exponen a infecciones de cualquier tipo y a cualquier nivel con una frecuencia del doble con respecto a las personas sanas y con defensas normales, por lo que deberé seguir fielmente las instrucciones médicas a fin de no infectarme. Una infección arriesgaría el injerto y mi vida, con posibilidades de fallecimiento en caso de infección severa hasta del 50%. La donación del riñón es voluntaria por parte de _____ y gratuita; es decir, no estoy dando remuneración económica ni en especie a cambio, a fin de cumplir con el Artículo 21 Capítulo III del reglamento citado que dice textualmente "La disposición de órganos y tejidos para fines terapéuticos será a título gratuito". Por lo expuesto anteriormente RATIFICO mi decisión de someterme a la Cirugía de Trasplante Renal, recibiendo en donación el riñón de mi _____, _____ autorizando al Hospital Juárez de México S.S. para que realice lo concerniente al procedimiento, aceptando los riesgos descritos.

México, D.F. a _____ de

DONADOR

RECEPTOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 2

Encuesta aplicada a 100 habitantes del Distrito Federal de entre 18 y 60 años, en las delegaciones: Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Benito Juárez.

Edad _____

sexo _____

Escolaridad: **Primaria**
 Secundaria
 Bachillerato o equivalente
 Licenciatura o equivalente
 Posgrado

1. ¿Sabes qué es la donación de órganos y tejidos?

2. ¿Te enteraste de la reforma que se hizo a la ley en cuanto a este tema?

Sí

No

La ley plantea que ahora todos los mexicanos, al nacer, seremos donadores potenciales al momento de nuestra muerte. A menos que en vida hayamos expresado lo contrario o un familiar cercano se niegue a donar nuestros órganos.

3. ¿Consideras que esta reforma es positiva?

Sí

No

¿Por qué? _____

4. Una persona a la que le funciona el corazón pero no el cerebro ¿está viva?

Sí

No

No sé

5. ¿Cuál es tu religión? _____

6. ¿Sabes cuál es la posición de tu religión ante la donación de órganos?

La acepta

La prohíbe

No sé

7. ¿Al morir donarías algún órgano o tejido?

Sí

No

No sé

Por qué _____

8. ¿Le donarías un órgano o tejido a un familiar en vida?

Sí

No

No sé

9. ¿Cuál crees que sea la mayor causa de que las personas no donen?

Poca información

Miedo a la muerte

Falta de altruismo

Temor al tráfico de órganos

otra (cuál) _____

10. ¿Sabes qué órganos y tejidos es posible donar? Mencionalos

11. ¿Crees que exista el tráfico de órganos en nuestro país?

Sí

No

No sé

12. ¿Sabes de algún caso de tráfico o comercialización de órganos?

Sí

No

En caso afirmativo coméntalo _____

¿Cómo te enteraste? _____

13. ¿Sabes que hacer en caso de querer donar tus órganos y/o tejidos?

Sí

No

14. Si estuviera en tus manos la decisión de donar los órganos de un familiar cercano ¿lo harías?

Sí

No

Por qué _____

15. ¿Has comentado tu postura acerca de donar o no tus órganos con tus familiares y amigos cercanos?

Sí

No