

172
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
A R A G O N

**"EL TRASPLANTE DE ORGANOS
ILICTO"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A
GABRIELA HERNANDEZ SEGURA

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, 1994.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"EL TRASPLANTE DE ORGANOS ILCITO"

Introducción.

I.	Antecedentes Históricos del Trasplante de órganos.	
I.1.	Evolución del Trasplante de órganos en el ámbito médico.....	1
I.2.	Diversas legislaciones que regulan el trasplante de órganos.....	14
I.3.	La Legislación Mexicana en el trasplante de órganos.....	30
I.4.	Análisis comparativo del Código Sanitario de 1973 y la actual Ley General de Salud.....	33
II.	Disposición de órganos.	
II.1	Conceptos fundamentales.....	41
II.2.	Requisitos para que se efectúe el trasplante de órganos.....	46
II.3.	Instituciones competentes.....	59

II.4.	La disposición de órganos como un derecho subjetivo y no del Estado.....	63
III.	Critica al título décimo cuarto capítulos I y II de la Ley General de Salud.	
III.1	Diversos criterios para determinar la pérdida de la vida.....	69
III.2	Certificación de la pérdida de la vida.....	81
III.3	Disposición de órganos después de las 6 horas que establece el Art. 318.....	89
III.4	La disposición ilícita de órganos.....	96

Conclusiones.

Bibliografía.

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO

A TI DIOS
POR PERMITIRME SEGUIR
ADELANTE DIA TRAS DIA

A TI
SIMPLE Y SENCILLAMENTE
POR SER MI GUIA Y ESTAR
A MI LADO EN TODO
MOMENTO
GRACIAS MAMA

A TI
POR TODAS LAS
RAZONES QUE MUY
BIEN CONOCES
PAPA

Y A TODAS USTEDES
MARI, IRMA, LUPE, GENIA Y NORMA
POR AYUDARME EN TODO LO POSIBLE
Y ALENTARME SIEMPRE A SEGUIR ADELANTE

CON TODO MI AMOR

GABRIELA

TAMBIEN DEDICO ESTE TRABAJO
A TODOS USTEDES
J. ENRIQUE, DOMINGO, J. FRANCISCO,
ALBERTO, GERARDO, GRECIA,
CARLOS, FERNANDO Y LIZBETH
ESPERANDO QUE ALGUN DIA NO MUY LEJANO
ENCUENTREN EN ÉL, EL ALICIENTE
PARA SUPERARSE EN CADA MOMENTO DE SUS
VIDAS

Y EN GENERAL
A TODAS AQUELLAS PERSONAS,
FAMILIARES Y AMIGOS
QUE HICIERON POSIBLE
LA REALIZACION DEL PRESENTE
TRABAJO

UN MUY ESPECIAL
AGRADECIMIENTO
A LOS DOCTORES ARTURO DIB KURI
Y RODOLFO BRIBIESCA YAÑEZ
POR EL INMENSO APOYO BRINDADO
DURANTE LA REALIZACION DE MI TRABAJO
RECEPCIONAL.
CON ADMIRACION

GABRIELA

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

INTRODUCCION.

La intención del presente trabajo es proporcionar de la manera más clara y sencilla posible, los fundamentos legales y las bases médicas mínimas que toda persona interesada en este tema debe conocer, fundamentalmente y en la inteligencia que es un trabajo dirigido a abogados, se trata de proporcionar la más amplia y completa información y criterios médicos necesarios para que una persona ajena al campo de la medicina pueda comprender mejor tanto los conceptos como los criterios médicos que dieron pie a la actual legislación sanitaria, por ello, tal vez pueda parecer un estudio más médico que jurídico, pero es lo que se pretende, pues tomando en consideración los conocimientos jurídicos que se obtienen a través del estudio del Derecho, se necesitan ya no más consideraciones legales, que a fin de cuentas vendrían a ser una repetición de lo ya estudiado, se necesita, por el contrario, conocimientos nuevos (como son los referentes a las ciencias médicas) para formarse un criterio más amplio por lo que a trasplantes se refiere.

Es una necesidad, ilustrar al jurista en el campo de la medicina y adentrarlo en un universo tan grande como el de las ciencias médicas para que pueda comprender el

significado de la actual legislación en torno a los trasplantes y a la certificación de pérdida de la vida, que tanta controversia ha suscitado en los últimos tiempos, debido a la falta de información, ya que se puede consultar mucha bibliografía jurídica que trate el tema de los trasplantes pero, obviamente, desde un punto de vista puramente legal sin inmiscuirse mucho en el campo médico, craso error, pues es ahí precisamente en las ciencias médicas donde encontramos respuesta a todas las interrogantes surgidas durante el estudio de la Ley General de Salud, cuando no se cuenta con la asesoría médica esencial.

Así, en el primer capítulo del presente trabajo, se ofrece al lector todo lo referente a los antecedentes históricos del trasplante de órganos tanto en el campo médico como en su legislación, partiendo desde el Código Sanitario de 1973 hasta la actual Ley General de Salud, analizando de paso las formas en que se regulan los trasplantes en legislaciones extranjeras.

Posteriormente, el segundo capítulo, se avoca a la terminología médica necesaria proporcionando conceptos sencillos para una mejor comprensión del presente tema, analizando también todos los requisitos (médicos y legales) para que puedan practicarse los trasplantes en México; terminando con el tema tan discutido del derecho de disposición del cadáver, aclarando que este es un derecho plenamente subjetivo, ya que el cadáver es propiedad de la propia persona y no del estado.

Por último, en el tercer capítulo, se intenta proporcionar al estudioso del Derecho la más pura y científica información referente a los criterios de muerte que se siguen para determinar la pérdida de la vida; pretendiendo que al término del estudio del presente trabajo, el lector quede convencido como el sustentante, de que la legislación Mexicana está muy bien enfocada a lo que se viene haciendo en el campo de los trasplantes y, además, perfectamente cimentada en las ciencias médicas que auxiliaron y permitieron al legislador regular con amplio criterio la disposición de órganos y el momento en que debe declararse la pérdida de la vida.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TRASPLANTE DE
ORGANOS

I.1. EVOLUCION DEL TRANSPLANTE DE ORGANOS EN EL AMBITO MEDICO.

Innumerables avances ha tenido la humanidad desde el hombre "piernas de palo", hasta el "hombre cerebro" con el que todavía se sueña.

Tal es el caso que desde tiempos remotos, ya se pensaba en el trasplante de órganos, cuando los bárberos médicos, ó médicos barberos medievales, trataron de sustituir por primera vez los dientes, tomándolos de cadáveres para llevarlos a otros sujetos que deseaban reponer sus piezas perdidas.

Se encuentra el realmente extraño e inusitado caso, que reproduce un retablo de BERRUGUETE (famoso pintor español), que da idea de que ya se pensaba -si es que no se realizó- en el primer trasplante de que se tiene noticia. Se cree que en dicho retablo, el famoso pintor quiso reflejar el "milagro" que se le atribuye a San Damían y San Cosme, el cual se afirma, sucedió en el siglo II de la era cristiana. A dicho retablo se le atribuye una antigüedad de más o menos 500 años, y se encuentra en el Altar Mayor de la Catedral de Valencia, España.

"Ahí, hay en el retablo la efigie de un "noble" que ha recibido una nueva pierna; se ve al pie de la cama en la que éste reposa, un hombre negro, que es al cual se le privó de la pierna para implantársela al noble. El noble exhibe su nueva pierna blanca desprendida (como trofeo) en tanto que el transmisor negro se ve mutilado. Al lado de la cama, y al fondo del retablo, aparecen dos sujetos -se dice son San Damian y San Cosme- dando su bendición a la nueva pierna, y junto a ellos, a su derecha, otro sujeto sostiene la cabeza del noble, y atrás de la cama, pero en el lado de la cabecera, hay otro sujeto arrodillado en actitud de orar, finalmente, atrás de éste, uno más que semeja un Cristo y que mira con estupor la implantación..."¹

No obstante lo inaudito del anterior caso, es de singular trascendencia, ya que si bien es cierto que no puede concedersele crédito suficiente para considerarlo como el primer trasplante de órganos, sí es un dato interesante y que hay que tomar en cuenta, puesto que da la idea (como se mencionó anteriormente) que desde aquéllos tiempos, ya se pensaba en posibles trasplantes de órganos.

1 GUTIERREZ Y GONZALEZ. El patrimonio pecuniario y moral de la persona. Derechos de la Personalidad. México, 1979. Pag. 884.

Posteriormente, en 1667, se tiene noticia del primer trasplante de tejidos. Fué realizado por JEAN BAPTISTE DENNIS, médico de Luis XV, quien fué el único que realizó experimentos de transfusión sanguínea con tal medida y sistema, que le valieron más tarde el reconocimiento de haber sido el primero en realizar una transfusión sanguínea de un animal a otro (HOMOTRANSPLANTE); y en 1668, llevó a cabo una transfusión sanguínea de la carótida de una oveja a una de las venas de un joven enfermo (HETEROTRANSPLANTE). Tres pacientes más fueron tratados por DENNIS, con transfusión de sangre animal, sin embargo, el cuarto de ellos murió, y Dennis fue acusado de asesinato, cargo del que fue absuelto, pero que provocó (según la noticia publicada por el periodista Samuel Pepya) que el 17 de abril de 1668, el Parlamento Francés promulgara un edicto en el que se prohibía la transfusión sanguínea.

No es hasta 1825, que BLONDELL aconsejó el uso de la sangre humana para los casos de transfusión, con lo cual disminuyeron los accidentes. Después de 1918, la transfusión fue cordialmente aceptada y utilizada como una medida poco arriesgada. Durante la Segunda Guerra Mundial, con el establecimiento de los Bancos de Sangre, la transfusión aseguró un sitio definitivo como

procedimiento terapéutico idóneo, no sólo para curar la anemia aguda por hemorragia, sino también para el tratamiento de otros males y enfermedades.

Desde 1924, se hacen trasplantes de córnea con resultados satisfactorios. Trasplantes de válvulas ahórticas de cadáveres (homoinjertos) o de animales como el cerdo (heteroinjertos) se vienen realizando, en número importante, con resultados igualmente satisfactorios. Sin embargo, gracias al gran avance de las ciencias médicas, en la actualidad se usan válvulas de materiales diversos, evitando así los homo y heteroinjertos.

Trasplantes autógenos (autotrasplantes) de tejidos como tendón, cartilago, hueso y piel se han hecho desde entonces a la fecha satisfactorios. De hecho, "todo tejido, viscera o estructura, puede ser llevado de una parte a otra del mismo organismo, (autotrasplante), con las máximas probabilidades de que, si se realiza adecuadamente la técnica quirúrgica apropiada para cada caso, se obtenga un buen resultado inmediato."²

2 CAMPAS RABAGO, RAUL. El transplante de órganos y tejidos en el ser humano y su problemática jurídica. pag. 7

Si el trasplante de tejidos apareció hace más de cuatrocientos años, el trasplante de órganos se convirtió en una realidad hace apenas unas cuantas décadas (cuarenta años aproximadamente).

El año de 1954, dió principio a una nueva era en el campo de los trasplantes de órganos, durante ese año en Boston, un riñón saludable fue trasplantado de un gemelo a otro, cuyos riñones se encontraban irreparablemente dañados. Trasplante éste, completamente exitoso.

En 1964, más de 232 trasplantes de riñones se habían llevado a cabo, y más de la mitad de los receptores sobrevivían con un buen funcionamiento de sus riñones trasplantados.

El trasplante de hígado, era considerado en aquél entonces como uno de los más difíciles, tanto por la técnica como por la imposibilidad de su obtención, a tal grado que antes de 1967, no se había logrado que los receptores de un trasplante de hígado sobrevivieran más de 23 días y la mayoría había muerto de inmediato tras el procedimiento quirúrgico.

Por lo que hace al transplante de Pulmón, aún siendo un órgano par, en la década de los 70's incluso, no se había logrado que uno sólo de los receptores

sobrevivera, mientras que en 1973, ya se habían llevado a cabo 9000 trasplantes de riñones exitosos. No así, tratándose del estómago, intestino y páncreas; que a pesar de los años de trabajo de RICHARD LILLIHEY y sus colaboradores en la Universidad de Minnesota, tampoco se habían logrado resultados satisfactorios para entonces.

El primer homotrasplante cardíaco, fue realizado por el Doctor CHRISTIAN N. BARNARD, del Groote-Shuur Hospital, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, el 3 de diciembre de 1967. "...En dicha operación, se extrajo el corazón del cuerpo de la señorita Dennisse Ann Darvall de 25 años de edad, corazón que casi simultáneamente fue injertado en el cuerpo del Sr. Louis Washkansky de 55 años de edad. Por supuesto, es de advertirse que no había posibilidad de salvación para la joven, de quien era inevitable la muerte a consecuencia de las heridas resultantes de un accidente automovilístico; mientras que el Sr. Washkansky, tenía una ligera posibilidad de salvación de una muerte inminente, esa posibilidad consistía en extraerle el corazón y reemplazárselo por otro. Este debía ser tomado de una persona muerta no más de media hora antes y estar intacto. Se necesitaba una rara conjugación de circunstancias, pero la desgracia sufrida por la Srta.

Darvall la proporcionó. Su padre dió la autorización y un grupo quirúrgico de 30 personas trabajó casi cinco horas para ejecutar la operación que constituye un histórico trasplante."³

En nuestro país, el miércoles 13 de marzo de 1969, todo estaba dispuesto para realizar el primer trasplante cardíaco en el HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO, pero una orden del Instituto Mexicano del Seguro Social suspendió la operación; los motivos que se dieron entre los médicos, fue la necesidad de resolver previamente problemas médico-legales. Iban a realizar esta operación los doctores JAVIER PALACIOS, MACEDO, CARLOS GAOS, MIGUEL COSSIO PASCAL, y CARLOS ESPERANZA.

Así, lo que pudo haber sido el primer homotrasplante de corazón en Latino América, tuvo que fundamentar la suspensión de dicha operación con el argumento de que podría incurrirse en algún delito, sobre el respecto se publicó lo siguiente:

"Un grupo de médicos del Seguro Social opinó que podría incurrirse en un delito al extraer el corazón humano para

3 ARREOLA RODRIGUEZ, FERNANDO. El trasplante de órganos humano. pág. 100.

trasplantarlo. Por eso, el I.M.S.S., aplazó una experiencia en ese sentido hasta que se juzgue la situación jurídica del problema.

El Dr. Luis Méndez, subdirector médico del seguro Social, informó que el Lic. José Joaquín César, subdirector general jurídico de dicha institución, considera que, dentro del Código Penal Federal, podría incurrirse en delito al extraer el corazón de un cadáver de persona recientemente fallecida.

Para evitar lo anterior, -indicó el Lic. César- el director general del I.M.S.S., Dr. Ignacio Morones Prieto, decidió que no se hiciera esa operación."⁴

Con respecto a lo anterior, muchos afirman que la persona a la que se le extrae el corazón y éste vive

4 Periódico Excelsior, 24 de marzo de 1968. pág. 16-a

tanto en el tránsito hacia el otro cuerpo como en la persona que lo recibe, está viva todavía. QUIROZ CUARON por su parte, afirma que puede llevarse a cabo el trasplante de corazón, siempre y cuando haya un diagnóstico correcto sobre la muerte, situación que, en los capítulos precedentes, aclararemos al referirnos a los criterios para determinar la pérdida de la vida.

I.1.1. Breve reseña histórica del trasplante de órganos en México.

Los trasplantes de órganos y tejidos en México, se empezaron a hacer en los años 60's, a principios de 1960; hay quienes afirman que a fines de los 50's ya se estaban haciendo trasplantes de córneas en México, sin embargo, por tratarse de un tejido, no profundizaremos mucho en el tema de los trasplantes de córneas.

A manera de referencia, cabe recordar que el primer trasplante de órganos realizado en la historia, fue en que se llevó a cabo en el Boston Hospital, en el año de 1954, proveniente de DONADOR VIVO, mientras que el primero realizado y que proviniera de donador CADAVERICO se efectuó en el año de 1961 en los Estados

Unidos de Norteamérica, dato interesante si se compara que en octubre de 1963, se hizo el primer trasplante de riñón de cadáver, en el Centro Médico Nacional, en la ciudad de México, por lo que se puede apreciar que México no lleva tanto de resago, 2 años de diferencia para un procedimiento que acababa de empezar en todo el mundo, es muy poco.

Cuatro años después, en 1967, se ve un poco más viable la posibilidad de los trasplantes, y en el lapso de 1961 y 1968 se llevan a cabo otros cuatro o cinco trasplantes más, en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto Nacional de la Nutrición, Instituciones pioneras en estos procedimientos en México.

En 1970, se inaugura el nuevo Hospital de la Nutrición, y con ello se forma todo un proyecto para lo que sería el Servicio de Trasplantes, que se abre en 1971 y se inicia el Programa Nacional de Trasplantes, ya no como una operación al año, sino pretendiendo hacerlo continuamente, como un tratamiento de rutina para los pacientes que lo necesitaran.

En 1975, se abren dos centros más para practicar trasplantes: el ISSSTE, con el Hospital 20 de Noviembre, y la Secretaría de la Defensa Nacional, con

el Hospital Militar, sumando así, cuatro centros en los que se llevaban a cabo trasplantes de riñones, comprobados y con éxito, pues los médicos que los realizaban había sido entrenados en Estados Unidos de Norteamérica, por lo que la tecnología se trajo intacta y en las mismas condiciones de adelanto que en aquel país, pionero prácticamente en los trasplantes de órganos.

Para 1980, ya había un número importante de trasplantes realizados, no los que se necesitaban, pero ya había un buen prestigio en México, con buena calidad y una buena respuesta, pero la mayoría de sus trasplantes se estuvieron haciendo de donador vivo, generalmente familiares, pues era muy complicado el manejo del donador cadavérico, desde el punto de vista médico-legal, y se perdían muchos de éstos riñones pues las técnicas de presevación no estaban muy adelantadas en esas épocas.

En 1985, se hace, en el Instituto Nacional de la Nutrición, el primer trasplante de HIGADO en México.

En 1986, se hace el primer trasplante de médula ósea, que si bien es un tejido, también es un dato histórico importante y que se debe mencionar.

En 1987 se realiza el primer trasplante de páncreas, llevado a cabo exitosamente por el eminente médico cirujano ARTURO DIB KURI, Director del Registro Nacional de Trasplantes; siendo además "el primer trasplante doble en nuestro país, es decir, hicimos dos trasplantes en un paciente, le pusimos un riñón conjuntamente con el páncreas."

En 1988, se realizó el primer trasplante de corazón, mismo que resultó exitoso, un caso muy sonado en México, sin embargo, el paciente falleció ocho meses después pero por un problema distinto al trasplante, (gastroenteritis).

En 1989, se llevó a cabo el primer trasplante de PULMON en México y, además, el primero en Latinoamérica, trasplante realizado con gran éxito, y según datos fidedignos del propio Director del Registro Nacional de Trasplantes, el paciente que recibió el órgano, goza de un perfecto estado de salud y ha cumplido recientemente cuatro años con su pulmón trasplantado.

También en este año, se realiza uno de los más importantes acontecimientos en toda la historia de los

5 DOCTOR ARTURO DIB KURI. Director del registro Nacional de Trasplantes. Secretaría de Salud. México.

trasplantes, el primer trasplante de tejido nervioso, siendo México pionero en este procedimiento en todo el mundo, y que se ha ido extendiendo con las conferencias y enseñanzas de los médicos mexicanos en el extranjero, contando además con las múltiples investigaciones que se siguen realizando, entre ellas las referidas a los trasplantes en bloque; que según las propias palabras del Doctor ARTURO DIB KURI, en la entrevista realizada por la sustentante al médico, afirmó: "pensamos iniciar los primeros trasplantes de corazón-pulmón en bloque, ése es el paso que vamos a dar este año y con esto tendríamos ya todas las posibilidades de trasplantes que en todo el mundo, las mismas, es decir, no hay nada que se trasplante en un país que no se haga ya aquí en México."

I.2. DIVERSAS LEGISLACIONES QUE REGULAN EL TRASPLANTE DE ORGANOS.

Desde el comienzo del trasplante como arma terapéutica, se hizo evidente que habría que legislar para facilitar las donaciones y evitar problemas legales. La sociedad se ha visto obligada a formular opiniones y leyes que permitan al individuo hacer una donación de su cuerpo o de las partes de él, para propósitos de trasplante y, además, que protejan a los profesionistas que en ellos intervienen.

Si bien la legislación mexicana es una de las más completas y avanzadas en la actualidad, debe tomarse en cuenta los criterios legales que rigen el trasplante en otros países, y que alguna vez sirvieron de base para las actuales leyes.

Podrían abarcarse varios volúmenes estudiando minuciosamente las múltiples legislaciones que contemplan al trasplante de órganos pero por el momento, sólo se realizará un breve análisis de las cuestiones más importantes señaladas por algunos países en cuanto al trasplante.

A manera de referencia, se analizará el importante estudio realizado por Stuart y sus colaboradores, denominado "Brain death laws and patterns of consent to remove organs for transplantation from cadavers in the United States and 28 other countries." una excelente recopilación de leyes que gobiernan el pronunciamiento de la muerte y los patrones del consentimiento que se siguen para remover órganos para trasplante. El estudio se llevó a cabo en los Estados Unidos y en otros 28 países, y analiza esta información poniéndola en la perspectiva de la problemática del trasplante al rededor del mundo. El primer enfoque lo hace respecto a la venta de órganos y a la propiedad del cuerpo humano, en los siguientes términos:

"En este momento, la donación de seres vivos no da cabida a la venta de órganos. Aunque hasta hace poco no ha estado explícito en ninguna de las leyes de Estados Unidos o de otros países, está implícito en la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas (Uniform Anatomic gift Act) donde en todo momento, se refiere al órgano donante como un regalo. Anterior a esta gestión

legislativa, tan sólo el Estado de Georgia, en Estados Unidos de Norteamérica, específicamente prohibía la venta de órganos de cadáver."⁶

En el mundo de habla inglesa, la Iglesia tuvo por muchos años el dominio absoluto sobre el cadáver. Pero en el siglo XVII, con la separación del Estado de la Iglesia, las cortes de ley común comenzaron a reconocer la privacidad del cuerpo humano y a indicar que éste no era propiedad de nadie, o era propiedad que no podía venderse ni comprarse.

Fue en Norteamérica donde evolucionó gradualmente la idea de que un individuo podía disponer de sus restos mortales principalmente para propósitos de educación. El trasplante forzó a que se legislara de una manera más específica, poniendo en manos de la propia persona o de su familia la disposición de su cuerpo. El enfoque en algunos países de Europa, se orientó, sin embargo, a poner en manos del Estado la potestad de la disposición del cuerpo.

En la Ley Uniforme de donaciones anatómicas de 1968, en Estados Unidos, se sentó que cualquier individuo,

6 STUART, F.P., WHITE, F.J., y CRANFORD, R.E. Brain death laws and patterns of consent to remove organs for transplantation from cadavers in the United States and 28 other countries. pag. 238. U.S.A. 1981

libre de coerción y mayor de 18 años de edad, podía donar todo o parte de su cuerpo para estudio, investigación, terapia o trasplante; la donación hecha en estas condiciones tendría efecto válido en el momento de la muerte.

En varios países, incluyendo Puerto Rico, existía una legislación previa, con intención similar, para donaciones a escuelas de medicina.

La donación en vida debe ser validada por un documento escrito ante testigos (justamente como en México), y a veces ante notario. En casi todo el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica y en Argentina, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Noruega, Puerto Rico, Africa del Sur, Suiza y Tailandia, esta evidencia se lleva consigo a modo de tarjeta, la tarjeta adquiere el carácter de un documento testamentario. En Australia, Austria, Checoslovaquia, India, Israel, Nueva Zelanda, Polonia, España y Suecia, no se utilizan tarjetas de donación, pues su legislación es diferente.

La ley de Donaciones Anatómicas, y todas aquellas modeladas en su estilo, va más allá y propone que el familiar supérstite más cercano sea dueño del cadáver y

pueda disponer de él para los propósitos especificados en la ley, y la regla general de secuencia de importancia de parentesco es la misma que adopta México en cuanto a donadores secundarios.

Existen por lo menos 13 países que utilizan el "consentimiento presunto" como base legal para remover órganos para trasplante: Austria, Checoslovaquia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Israel, Italia, Noruega, Polonia, España, Suecia y Suiza. En estos países la ley permite el consentimiento automático (consentimiento presunto) para remover órganos para trasplante, a menos que exista una contraindicación familiar. En Finlandia, Grecia, Italia, Noruega, España y Suecia, se consulta a la familia para cerciorarse de que no existe objeción alguna de parte de ellos para la donación; en el resto de los países mencionados, el facultativo procede a la remoción de órganos aún sin notificar a la familia, ni obtener información sobre posibles objeciones (Austria, Checoslovaquia, Dinamarca, Suiza, Francia Israel y Polonia). La posición implícita en tal legislación es que el Estado es el dueño del cuerpo y sus partes después de la muerte.

1.2.1. Colombia y su legislación en torno al Trasplante.

Con antecedentes similares a los de las demás legislaciones, la de Colombia es una que también acepta, contempla y regula en su legislación, el concepto de muerte cerebral, tal y como se desprende del "reglamento 0003 de 1982"⁷ que regula el título IX de la Ley 0009 de 1979, en lo que se refiere a la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y líquidos orgánicos distintos de la sangre; que a la letra dice:

"Artículo 12. Entiéndese por muerte cerebral el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando de manera irreversible se observan en ella los siguientes signos:

- a) Ausencia de respiración espontánea;
- b) Ausencia de reflejos superficiales y profundos;
- c) Carencia de tono muscular; y
- d) Desaparición de todas las señales

⁷ En Colombia, las leyes se expresan con un número (el número del decreto por el que fueron creadas) y con el año de su creación, para los efectos del Diario Oficial.

electroencefalográficas

(Electroencefalograma-plano), sin estar sometida a estados artificiales de hipotermia, ni encontrarse bajo los efectos de sedantes.

Parágrafo. Cuando la persona presenta las señales a que se refiere el presente artículo, se podrá diagnosticar, la muerte cerebral, registrando el hecho en la historia clínica."

Por lo que se refiere al capítulo de disposiciones generales y definiciones de la ley en estudio, se hace notar que es muy similar a la legislación mexicana, ya que de sus artículos lo. al llo., hace alusión a todo lo referente a las denominaciones que reciben las personas intervinientes en un trasplante (donante, receptor y deudos), los tipos de órganos, componentes anatómicos y líquidos posibles de ser trasplantados; la estricta calidad de GRATUITOS que tienen los trasplantes en todo el mundo; prohíbe la exportación de órganos al igual que México, y en la misma forma también, pone en manos de la Secretaría de Salud -denominada en Colombia el Ministerio de Salud- el control y regulación de los trasplantes de órganos y todas las actividades conexas (como las ablaciones, preservación, almacenamiento y procesamiento de órganos para trasplantes).

En cuanto a los Bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, sólo resalta una diferencia con los existentes en México: en Colombia los Bancos se clasifican en dos categorías:

"Artículo 16. Para los efectos del cumplimiento de las funciones que les corresponde, de conformidad con el presente decreto, los Bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, se clasifican en dos categorías, así:

Categoría A: Conformada por los Bancos que hayan obtenido licencia del Ministerio de Salud para la obtención, preservación, almacenamiento, transporte y distribución de diferentes clases de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, bien sea que funcionen como una unidad física integrada, o como secciones o dependencias de un centro asistencial u hospitalario.

Categoría B: Conformada por los Bancos que hayan obtenido licencia del Ministerio de Salud para la obtención, preservación, almacenamiento, transporte y distribución de una sólo clase o tipo de órgano, componente anatómico o líquido orgánico."⁸

8 Ley 0009 de 1979. Diario Oficial de Colombia.

Fuera de esta diferencia, los requisitos para el funcionamiento de los Bancos de órganos, para el nombramiento de directores y sus atribuciones, y demás personal que interviene en su organización son practicamente los mismos que se siguen en México, los cuales se estudiarán detalladamente en el capítulo correspondiente.

La misma Ley, en su capítulo tercero, establece los requisitos a seguir para que se lleve a cabo la donación, entre los cuales resaltan los siguientes:

- 1) Que el donante sea mayor de edad, no esté privado de la libertad, no presente trastornos
- 2) mentales, y
Que la donación sea completamente gratuita, libre y se exprese en forma voluntaria y conciente.

En este mismo capítulo se habla del tipo de donaciones que pueden efectuarse: entre vivos o por los deudos (cuando el donante ha fallecido); total o parcial; inmediata o diferida, etc.; el tiempo en el que se puede disponer de los órganos de la persona que ha fallecido -dentro de las seis horas siguientes al diagnóstico de muerte cerebral-; la voluntad del donante: una vez manifestada por éste mediante

documento público o privado, llegada su muerte, prevalecerá sobre el parecer contrario de sus deudos o de cualquier otra persona, etc.

En su capítulo quinto, referente a la obtención, extracción y conservación de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, señala los tipos de órganos que pueden ser objeto de trasplantes, los médicos y demás especialistas que intervienen en tales trasplantes, los Bancos de órganos y la manera de obtención de dichos órganos y los requisitos y medidas necesarios para que se efectúen las actividades mencionadas.

Un aspecto muy importante de la Ley que se analiza, es el referente a los derechos y obligaciones de los donantes, respecto al mismo se puede advertir que en México los donadores de órganos no tienen obligaciones como en el derecho colombiano:

- Renovar cada año sus datos generales al Banco.
- Dar aviso oportuno al Banco sobre cualquier intervención quirúrgica o internación hospitalaria.
- Hacer conocer a sus deudos su condición de donante para que éstos informen al Banco en caso de muerte.

Sin embargo, si en México los donadores no tienen obligaciones para con los Bancos de órganos, también es cierto que no gozan de derechos, como los otorgados por los Bancos de órganos colombianos; que, según versa el art. 56 de la Ley 0009 de 1979, son los siguientes:

a) Expedir el carné que acredite la condición de donante de la persona.

b) El suministro, cuando exista la posibilidad, de cualquier órgano, componente anatómico o líquido orgánico que sea necesitado para atender las necesidades terapéuticas de un donante ordinario total o de sus hijos menores de edad, siempre que la donación se haya hecho por lo menos con un año de anterioridad a la fecha de la solicitud.

c) El suministro, cuando exista disponibilidad, de un órgano, componente anatómico o líquido orgánico, que sea similar a aquél o aquellos que comprenden la donación, cuando se trate de un donante ordinario parcial y se requiera para su atención o la de sus hijos menores de edad, siempre que la donación se haya hecho con un año de anterioridad a la solicitud.

d) El suministro, cuando exista disponibilidad, de cualquier órgano, componente anatómico o líquido orgánico, que se haya solicitado para atender las necesidades terapéuticas de un donante extraordinario total o de sus hijos menores de edad, siempre que la

donación se haya hecho con un año de anterioridad a la solicitud.

e) El suministro, cuando exista disponibilidad, de cualquier órgano, componente anatómico o líquido orgánico, que sea similar a aquél o aquellos que comprenden la donación cuando se trate de un donante extraordinario parcial y se requiera para su atención o la de sus hijos menores de edad, siempre que la donación se haya hecho con un año de anterioridad a la fecha de la solicitud.

Entre otros derechos, los donantes, ya sean ordinarios o extraordinarios, parciales o totales, así como sus hijos menores de edad, tienen el de ser exonerados del pago del 50% de los costos de preparación, conservación, procesamiento u otros a que haya lugar, establecidos de conformidad con las tarifas que autorice el Ministerio de Salud.

Así, podemos concluir que la legislación colombiana no difiere en mucho de la mexicana, sigue lineamientos similares a los que esta última, sin embargo, proporciona un aspecto nuevo y que valdría mucho considerarlo en posteriores proyectos de leyes sanitarias, y es el referente a los derechos de que gozan los donantes en aquel país, pues reviste gran importancia el hecho de que si un donante está

dispuesto a otorgar sus órganos para el beneficio de las demás personas, de la misma forma se le conceda prioridad para ser poseedor de un órgano donado por otro sujeto, cuando aquél lo necesite, así como el hecho de ser exonerado de un 50% de los gastos que genere el trasplante a que sea sometido.

I.2.2. El trasplante de órganos en la legislación Francesa.

En cuanto a esta legislación, se comenzará analizando la ley No. 76-1181 del 22 de diciembre de 1976, relativa a los trasplantes de órganos.

Leyes anteriores a esta sólo contemplaban el trasplante de órganos de cadáver, por lo que la Comisión de leyes del Senado, quiso promulgar un texto con ámbito más general, de tal suerte que la ley de 1976 se ocupa efectivamente de los trasplantes efectuados inter-vivos, regulados en su artículo primero, y al respecto sostiene que ningún trasplante podrá ser efectuado con base en la presunción del consentimiento, éste debe ser expreso. En su artículo

tercero, al igual que todos los demás países, estipula que la realización de estos trasplantes, no pueden dar lugar a ninguna clase de contraprestación pecuniaria.

Para analizar esta Ley de una forma más sencilla, se dividirá el tema en dos partes:

- a) Los trasplantes "in vivo"; y
- b) Los trasplantes "post mortem".

Los trasplantes "in vivo".- La Ley prevee expresamente (artículo 10) la posibilidad de efectuar un trasplante entre vivos, siempre que se haga con fines terapéuticos, y otorgando gran importancia al consentimiento. Así, afirma que un trasplante podrá ser efectuado sobre una persona viva MAYOR, y gozando de su integridad mental, y además lo haya consentido expresa y libremente. Por lo que hace a la mayoría de edad las cosas son sencillas, atendiendo el criterio que rige en Francia respecto de la mayoría de edad, que según el art. 3 del Código Civil se adquiere a los 18 años, y en cuanto a la integridad mental, la Ley sigue los lineamientos del código civil en el que se hace alusión a los menores e incapaces mayores, aún sometidos a tutela o curatela, no pueden ser donadores y para ser sometidos a un trasplante, se requiere el consentimiento no sólo de su tutor o curador, sino de todo un comité constituido especialmente para tales

efectos. El comité estará integrado por tres médicos -por lo menos- en el que dos de ellos tengan veinte años mínimo de experiencia, y que sean ajenos al trasplante que se vaya a efectuar.

Los trasplantes "post mortem".- Anterior a la Ley que se analiza, existía un decreto que fué seriamente criticado por la doctrina "del cual se ponía en duda su legalidad, pues establecía que en ciertos hospitales -y daba una lista de lugares designados por el ministro de Salud Pública- si el médico responsable juzgaba que existía un fin terapéutico o científico, la autopsia y los trasplantes podían efectuarse sin demora, aún sin el consentimiento de la familia." 9

La actual Ley (1976), establece en su artículo segundo, la posibilidad de efectuar trasplantes de órganos provenientes de cadáver, y precisa que esos trasplantes sean efectuados con cadáveres de personas que en vida no hubieren expresado su negativa a tales trasplantes, de lo cual se puede desprender que si la persona no estaba dispuesta a que sus órganos fueran trasplantados después de su muerte, pero nunca lo expresó así, se puede disponer de aquéllos libre y legalmente. El problema viene al cuestionarse ¿como

9 J. Doli, Les droits de l'homme devant la vie et la mort. Besancon, janvier 1974. pag. 391.

será constatada la negación a que dispongan de los órganos de una persona?, la ley no contesta esta pregunta, toma en cambio otros caminos para suponer que se ha expresado o "no", el consentimiento, otorgando a ciertos hospitales, de una forma injusta y arbitraria, la facultad de disponer de los órganos de las personas que en vida no hayan dispuesto expresamente lo contrario, y a otros hospitales los limita diciendo que si una persona no expresó su consentimiento o su negativa para que se efectuaran trasplantes llegada su muerte, no podrá disponer de sus órganos; ¿qué criterio sigue tal aseveración?, únicamente el del Ministerio de Salud que es quien decide qué hospitales se encuentran en el primer caso, y cuáles en el segundo.

Por lo anterior, puede concluirse que las disposiciones de la legislación francesa están muy lejos de ser análogas a las de la Ley General de Salud, y en general, a las de otros países; ya que si bien prohíbe el consentimiento presunto en los trasplantes "inter vivos", le deja un amplio campo a tal consentimiento en los trasplantes "post mortem", cosa que en México, como en muchos otros países no se practica, poniendo en manos de los familiares del de cujus la facultad de expresar su consentimiento para que se disponga de los órganos de su familiar llegado el momento de su muerte.

I.3. LA LEGISLACION MEXICANA EN EL TRASPLANTE DE ORGANOS.

El antecedente legal más remoto que se conoce en torno al trasplante de órganos en México, se encuentra en el Código Sanitario de 1973; antes de este Código no había nada regulado, es hasta 1971 cuando se vió que en México ya se efectuaba un buen número de trasplantes exitosos, que se empieza a trabajar en el Código Sanitario para ser publicado dos años después, el 13 de marzo de 1973.

Puesto que se habla de un tema relativamente reciente, los antecedentes legales que al respecto existen son muy pocos: el Código Sanitario que se ha venido mencionando, y su respectivo reglamento, en el cual desde entonces, ya se vislumbraban los aspectos que en la actualidad se contemplan en la Ley General de Salud; cuyas disposiciones se analizaran en el siguiente apartado para compararlas con las que establecía el multicitado Código Sanitario. En 1976, hubo una reforma al mismo, y junto con tal reforma, se creó el Reglamento Federal para la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. En este reglamento, se comenzaron a sentar las bases de lo que

hoy sería la Ley General de Salud. Con la creación de este reglamento, se da un paso muy importante, pues comienza a ocuparse de temas que el Código Sanitario no trataba antes, y además surgen con él dos nuevas instituciones: El Consejo Nacional de Trasplantes de Organos y Tejidos Humanos, y El Registro Nacional de Trasplantes; el primero de ellos, relacionado con los aspectos técnicos generales de la disposición de órganos, y como un organismo asesor de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en cuanto a organización, funcionamiento y normas técnicas; y el segundo, como autoridad coordinadora, autorizando la práctica de los trasplantes y recavando informes y resúmenes clínicos de cada uno de ellos.

Entre otras cosas, sienta los requisitos para que se efectúen los diversos tipos de trasplantes; las condiciones y requisitos del donador y del receptor, así como las medidas de seguridad, vigilancia e inspección a que estarán sometidas las instituciones en las que esté permitida la realización de actividades de trasplantes y disposición de órganos.

Como se puede apreciar, en México se trabajó muy rápido en el área legislativa, pues "...tuvimos una legislación más completa que los Estados Unidos de Norteamérica, para estos años, porque en Estados Unidos

habían sólo actas que regulaban el trasplante, pero no existía una ley, es hasta 1984 que en Estados Unidos se promulga una ley referente a los trasplantes y aquí en México, la Ley General de Salud, que sustituyó al Código Sanitario." 10

En la actualidad, México cuenta con una legislación muy moderna, muy cercana a lo que se viene haciendo en el campo de la medicina. En primer lugar se encuentra la Ley General de Salud, reformada en 1987, 1991 y, actualmente se trabaja en la reforma de este año (1992). Dividido en tres capítulos, el título décimocuarto se ocupa del control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; se precisa la certificación de la pérdida de la vida para efecto de la disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos; se reduce de 12 a 6 horas el lapso en que debe comprobarse la persistencia de los signos de muerte, ya que éste, junto con el estudio electroencefalografico es suficiente para certificarla, con ello se favorecen los trasplantes de pulmón y corazón. Asimismo, se determinan con precisión los conceptos de órganos, tejidos y células germinales.

10 DOCTOR ARTURO DIB KURI. Director Del Registro Nacional de Trasplantes. Secretaría de Salud. México.

I.4. ANALISIS COMPARATIVO DEL CODIGO SANITARIO DE 1973 Y LA ACTUAL LEY GENERAL DE SALUD.

Para poder establecer claramente las diferencias o similitudes existentes entre el Código Sanitario de 1973 y la actual Ley General de Salud, es necesario dejar bien asentado que ambas deben, forzosamente, seguir los mismos lineamientos y estar fundadas en las mismas bases.

Por tal motivo, y después de estudiar y analizar las leyes de referencia, resulta de gran importancia encontrar en el Código Sanitario figuras jurídicas que si bien es cierto que datan de mucho tiempo atrás, también es cierto que, muy adelantado a su tiempo, sirvieron de base para lo que hoy sería la Ley General de Salud.

En cuanto a aspectos de organización y funcionamiento sólo se destaca que en las dos reglamentaciones, se designa a la Secretaría de Salud (en aquéllos años Secretaría de Salubridad y Asistencia), como única competente y responsable de las normas técnicas y actividades referentes a la obtención, conservación, utilización y suministro de órganos y tejidos de seres humanos vivos y de

cadáveres, con fines terapéuticos, de investigación o de docencia. (art. 196 del Código Sanitario y 313 de la Ley General de Salud). Así como la única responsable y facultada para establecer los lugares en que se pueden realizar las actividades antes mencionadas -obtención, conservación, etc., de órganos y tejidos de seres humanos vivos y de cadáveres.- (Art. 197 del Cód. Sanitario y Arts. 319 y 329 de la Ley General de Salud). Estarán a su cargo de igual forma, todas las actividades referentes a la obtención de sangre y a la instalación de Bancos de Sangre, según lo establecido en los artículos 204 y 205 del Código Sanitario y 330 de la Ley General de Salud. Prohíben ambas legislaciones la exportación de sangre, salvo autorización, como en los anteriores casos, de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia) Arts. 207 del Código Sanitario y 333 de la Ley General de Salud).

Un aspecto muy importante y que hay que subrayar es el regulado por los artículos 206 del Código Sanitario y 332 de la Ley General de Salud; en el primero de ellos se permitía la obtención de la sangre proveniente ya de donadores voluntarios, ya de proveedores autorizados (mediante RETRIBUCION éstos últimos) situación que, por el contrario, el artículo 332 de la Ley General de Salud prohíbe terminantemente.

Por otra parte, el Art. 198 del Código Sanitario, establecía como condiciones para realizarse los trasplantes con fines terapéuticos las siguientes:

- a) Que el resultado de la investigación de aquéllos haya sido satisfactorio;
- b) represente un riesgo aceptable para la salud y la vida de quienes den y reciban; y
- c) que existan elevadas probabilidades de éxito terapéutico.

En cuanto a los dos primeros incisos, la Ley General de Salud sigue los mismos lineamientos en su Art. 321, sin embargo, en el tercero de ellos establece con una visión más realista, ya no la existencia de elevadas probabilidades de éxito terapéutico, sino simplemente la existencia de justificantes de orden terapéutico, con ello se refiere a que la ciencia médica deberá agotar hasta el último recurso para que la intervención sea exitosa, pero no exige el éxito terapéutico que el artículo 198 del Código Sanitario exigía, eximiendo así de responsabilidad a los médicos que intervengan en un trasplante no exitoso.

Por otra parte, al hablar de la obtención de órganos para trasplante, ambas legislaciones coinciden en que ésta se hará preferentemente de cadáveres y PROHIBEN

realizar el trasplante de un órgano único, esencial y no regenerable de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo. (Arts. 199 y 200 del Código Sanitario y 322 de la Ley General de Salud).

Por lo que hace a la selección del donante y del receptor la Ley General de Salud establece los mismos requisitos que el Código Sanitario, esto es que deberá hacerse por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud. (Arts. 201 del Código Sanitario y 323 de la Ley General de Salud). Y el consentimiento del donante originario deberá otorgarse por escrito, libre de coacción y podrá ser revocado en cualquier tiempo, al respecto la Ley General de Salud agrega que el consentimiento debe ser otorgado ante Notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos. (Arts. 202 del Código Sanitario y 324 de la Ley General de Salud).

Por lo que se refiere a las personas incapaces para donar, el artículo 203 del Código Sanitario establecía que las personas privadas de su libertad, los incapaces mentales, las que se encuentran en estado de inconsciencia, las mujeres embarazadas y los menores de edad, en ningún caso podrán dar órganos o tejidos; mientras que la Ley General de Salud, ya deja abiertas

posibilidades para que las personas privadas de su libertad y las mujeres embarazadas otorguen su consentimiento para donar sus órganos cuando:

- el receptor, en el caso de las personas privadas de su libertad, sea cónyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario que se trate. (Art. 328 L.G.S.), y
- cuando el consentimiento provenga de una mujer embarazada sólo será admisible, si el receptor correspondiente estuviere en peligro de muerte, y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción. (Art. 327 L.G.S.)

En el segundo caso, no se requiere que el receptor sea familiar del disponente como en el caso de las personas privadas de su libertad.

Finalmente, se analizará qué dicen ambas legislaciones acerca de la disposición de órganos de cadáver, para poder obtener órganos de cadáver exigia la certificación de muerte expedida por dos profesionales distintos a los integrantes del cuerpo técnico que realizaría el trasplante, y en los términos

del Art. 65 del Reglamento Federal para la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, que establecía:

I. La falta de percepción y respuesta a los estímulos adecuados.

II. Ausencia de los reflejos de los pares craneales y los reflejos medulares.

III. Ausencia de la respiración espontánea.

IV. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno.

V. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos o alcohol o hipotermia.

Tales circunstancias debían persistir durante 24 horas, si antes de transcurridas se presentaba paro cardíaco irreversible, se determinaría de inmediato la pérdida de la vida.

Por otra parte, la Ley General de Salud en su artículo 317 exige, además de lo que ya establecía el artículo 65 del Reglamento de alusión, la existencia de los siguientes signos de muerte:

A.-La ausencia completa y permanente de
B.-consciencia.

C.-la atonía de todos los músculos. y,
El término de la regulación fisiológica
de la temperatura corporal.

Sin embargo, en su artículo 318 a diferencia de lo que establecía el Cód. Sanitario, exige la persistencia de estos signos de muerte ya no 24 horas, sino que disminuyen a 12 horas con la reforma de 1987, y posteriormente, en la reforma que se hace a la Ley en 1991, exigen la persistencia de tales signos de muerte tan sólo por 6 horas, con dicha reforma se favorecen los trasplantes de pulmón y corazón, pues después de una serie de minuciosos estudios en que debieron basarse los legisladores, se concluyó que tales circunstancias, junto con el estudio electroencefalografico es suficiente para certificar la pérdida de la vida.

Dicho lo anterior, y por la importancia que reviste el tema de la certificación de la pérdida de la vida, se tratará más profundamente en el capítulo correspondiente (III.2 y III.3).

Para concluir con el análisis de las multicitadas legislaciones, únicamente se destaca que siguen un

criterio unificado en cuanto al consentimiento y a la utilización de cadáveres para fines terapéuticos, de investigación y docentes es decir, por lo que hace al consentimiento éste debe haber sido expresado en vida, o en su defecto, autorizado por el familiar más cercano del cadáver de que se trate, salvo en los casos en que haya sido ordenada la necropsia por autoridad competente. (Arts. 209 del Cód. Sanitario y 325 de la Ley General de Salud.)

C A P I T U L O I I

DISPOSICION DE ORGANOS

II.1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES.

Para una mejor comprensión del tema que se trata, se considera indispensable dejar bien establecido el significado de ciertos términos médicos que el abogado debe conocer para poder hacer una correcta interpretación de las leyes sanitarias en México.

Los conceptos establecidos en el Art. 314 de la Ley General de Salud, son los siguientes:

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

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

II. Cadáver: El cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida;

III. Células Germinales: Las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;

IV. Preembrión: El producto de la concepción hasta el término de la segunda semana de gestación;

V. Embrión: El producto de la concepción a partir del inicio de la tercera semana de gestación y hasta el término de la décima segunda semana gestacional;

VI. Feto: El producto de la concepción a partir de la décima tercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;

VII. Tejido: entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función;

VIII. Organo: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico;

IX. Productos: Todo tejido o substancia excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este título, la placenta y los anexos de la piel, y

X. Destino Final: La conservación permanente, inhumación o desintegración en condiciones sanitarias permitidas por la Ley, de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos incluyendo los de preembriones, embriones y fetos."

Entre otros conceptos que se deben manejar al estudiar este tema, se encuentran los siguientes:

ANASTOMOSIS.- Comunicación entre dos vasos por conductos colaterales. Conexión quirúrgica entre vasos o entre partes de un tubo.

ATONIA.- Falta de tono o fuerza normales.

CONSCIENCIA.- Conocimiento interior de la existencia propia y de sus modificaciones. Respuesta de la mente a las impresiones captadas por los sentidos.

DISPONENTE ORIGINARIO.- La persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo, quien autoriza la disposición de sus órganos, tejidos, productos y su cadáver.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- Registro de los potenciales de acción en el cráneo generados por corrientes que nacen espontáneamente de las células nerviosas del cerebro.-

Isoeléctrico o plano: aquél en el cual no se inscriben ondas cerebrales, que indica falta completa de actividad cerebral.

ESTIMULO.- Cualquier agente, acción o influencia que produce reacción funcional o trófica en un receptor o en un tejido irritable.

INJERTO.- Acción de injertar. Trasplante de tejido (hueso, piel, etc.) de una parte del cuerpo a otra (AUTOINJERTO) o de un individuo a otro de la misma especie (HOMOINJERTO) o aún de distinta especie (HETEROINJERTO).

METASTASIS.- Invasión de células de diferente estirpe hacia otros órganos de un organismo.

RECEPTOR.- La persona a quien se trasplantará o se le haya trasplantado un órgano o tejido o transfundido sangre o sus componentes mediante procedimientos terapéuticos.

REFLEJO.- Acción o movimientos reflejados, suma total de cualquier actividad involuntaria particular. Craneal: Cualquier reflejo cuyas vías se encuentren conectadas directamente con el cerebro.

TEMPERATURA CORPORAL.- Grado de calor o frío perceptibles, propiedad de un sistema de la que depende que se encuentre o no en equilibrio térmico con otros sistemas.

TERAPEUTICA.- La rama de la medicina que establece los principios aplicables y los medicamentos o medios para el tratamiento de las enfermedades en forma racional.

TRANSFUSION.- Procedimiento a través del cual se suministra sangre o cualquiera de sus componentes a un ser humano, solamente con fines terapéuticos.

TRANSPLANTE.- Injerto de tejidos tomados del mismo cuerpo o de otro. Organó o tejido que se toma del cuerpo para injertarlo en otra área del mismo cuerpo o de otro sujeto.

II.2. REQUISITOS PARA QUE SE EFECTUE EL TRASPLANTE DE ORGANOS.

Para que proceda la disposición de órganos, tejidos y cadáveres con fines terapéuticos, hay que cubrir un gran número de requisitos no sólo de índole médico, sino además jurídico y atendiendo siempre los principios éticos y el sentir social.

Para tales circunstancias, para el estudio de este tópico, se plasman en un cuadro sinóptico, los diferentes requisitos establecidos en las diversas legislaciones sanitarias.

Dicho cuadro se ha dividido en tres apartados:

A.- Requisitos en cuanto a los sujetos que intervienen en el trasplante (Disponente y receptor).

B.- Requisitos que deben cubrir los establecimientos dedicados a la práctica de tales actividades.

C.- Requisitos referentes al cuerpo médico que realizará el trasplante.

REQUISITOS PARA EFECTUAR UN TRANSPLANTE

A) EN CUANTO A LOS SUJETOS

A.1) Disponente

Originario

- En vida { Filológicos (Art. 162)
Docto. de Consentimiento (Art. 24 R)
- Respecto a su cadáver (Art. 26 R)

Secundario

- Familiares o representantes (Art. 325 L., 16 N)
- Autoridad Sanitaria (Art. 325 L.)
- M.P. (Art. 14 N)

A.2) Receptor

- Filológicos (Art. 26 Reglamento)
- Documento de consentimiento (Art. 26 Reglamento)

A.3) Embriones, preembriones y fetos (Art. 16 N.T.)

B) EN CUANTO AL ESTABLECIMIENTO

- B.1) Sólo en instituciones autorizadas para ello (art. 29 R.)
- B.2) Contar con un Comité Interno de Trasplantes (Art. 34 R.)
- B.3) Contar con licencia sanitaria (Art. 26 N)
- B.4) Médicos adiestrados en trasplantes.
Enfermeras adiestradas en trasplantes.
Personal de Trabajo Social. (Art. 29 N)
- B.5) Infraestructura { Para trasplantar órganos y tejidos excepto ojos.
Para trasplantar ojos.

C) EN CUANTO AL CUERPO MEDICO

- C.1) Director o responsable del establecimiento.
- C.2) Médico responsable de trasplantes.
- C.3) Responsable del Banco, en su caso.
- C.4) Uno o varios cirujanos para trasplante.
- C.5) Jefe de Cuidados Intensivos.
- C.6) Un inmunólogo en su caso.
- C.7) Un patólogo.
- C.8) Uno o varios especialistas en la materia del trasplante.
- C.9) Un psiquiatra o psicólogo.
- C.10) Una Trabajadora Social.

A.- Requisitos en cuanto a los sujetos objeto de un trasplante.

Son dos los sujetos, el disponente, que a su vez puede ser disponente originario o secundario; y el receptor. Como ya lo hemos venido mencionando el disponente originario es la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo, mientras que disponente secundario es un tercero que dispone del uso que se le dé al cadáver, órganos o tejidos, así como a los productos del cuerpo del disponente originario, y éstos pueden ser:

I. El cónyuge, concubinario, concubina, ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario.

II. La autoridad sanitaria competente.

III. El Ministerio Público.

IV. La autoridad judicial.

V. Los representantes legales de menores e incapaces, únicamente en relación a la disposición de cadáveres.

Los requisitos que deben cubrir el disponente originario, tratándose de trasplantes entre vivos, son:

I. Tener más de 18 años de edad y menos de 60.

II. Contar con dictamen médico actualizado y favorable sobre su estado de salud, incluyendo el aspecto psiquiátrico.

III. Tener compatibilidad con el receptor, de conformidad con las pruebas médicas practicadas.

IV. Haber recibido información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extirpación del órgano, en su caso, así como las probabilidades de éxito para el receptor, y

V. Haber expresado su voluntad por escrito, libre de coacción física o moral, otorgada ante dos testigos idóneos o ante un notario; este documento deberá contener: (Anexo 1).

- a) Nombre completo del disponente originario;
- b) domicilio.
- c) Edad.
- d) Sexo.
- e) Estado civil.
- f) Ocupación.
- g) Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si tuviere.
- h) Si fuese soltero, nombre y domicilio de los

- padres y a falta de éstos, de alguno de sus familiares más cercanos.
- i) El señalamiento de que por propia voluntad y a título gratuito, consiente en la disposición del órgano o tejido de que se trate, expresándose si esta disposición se entenderá hecha entre vivos o para después de su muerte.
 - j) Identificación clara y precisa del órgano o tejido objeto del trasplante.
 - k) El nombre del receptor del órgano o tejido, cuando se trate de trasplante entre vivos, o las condiciones que permitan identificar al receptor si la disposición fuera para después de su muerte.
 - l) El señalamiento de haber recibido información a su satisfacción sobre las consecuencias de la extirpación del órgano o tejido.
 - m) Nombre, firma y domicilio de los testigos cuando se trate de documento privado.
 - n) Lugar y fecha en que se emite.
 - o) Firma o huella digital del disponente.

Quando la disposición se haga respecto a un cadáver, esté reunirá las siguientes condiciones previas al fallecimiento:

I. Haber tenido edad fisiológica útil para efectos de trasplante.

II. No haber sufrido el efecto deletéreo de una agonía prolongada.

III. No haber padecido tumores malignos con riesgo de metástasis al órgano que se utilice, y

IV. No haber presentado infecciones graves y otros padecimientos que pudieren, a juicio médico, afectar al receptor o comprometer el éxito del trasplante.

Como se menciona con anterioridad, los disponentes secundarios tienen la facultad de otorgar su consentimiento o anuencia para la disposición de órganos y tejidos de un cadáver, el cual deberá ser expresado por escrito mediante documento que contenga los siguientes datos: (Anexo 2)

- a) Nombre del que otorga su consentimiento o anuencia.
- b) Domicilio del otorgante.
- c) Edad del otorgante.
- d) Sexo del otorgante.
- e) Estado civil del otorgante.
- f) Ocupación del otorgante.
- g) Grado de parentesco del otorgante.

h) Nombre de la persona de cuyo cadáver se tomarán los órganos y tejidos.

i) Nombre, domicilio y dirección de dos testigos, que firmarán el documento de que se trate.

En caso de que la autoridad competente ordene la práctica de la necropsia, no se requerirá autorización de los familiares para la disposición de órganos (Art. 325 L:G.S.), en tal caso, la autorización la otorgará el Ministerio Público, siempre que se cubran los requisitos siguientes:

I. La disposición de órganos y tejidos únicamente podrá ser realizada por personal calificado de establecimientos autorizados por la Secretaría.

II. El establecimiento deberá presentar al Ministerio Público una solicitud por escrito que contenga los datos siguientes: (Anexo 3)

A) Denominación y domicilio del establecimiento.

B) Número y fecha de la autorización para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos expedida por la Secretaría.

C) Lugar donde se encuentre el cadáver.

D) Nombre, sexo y edad del sujeto en el momento del fallecimiento.

E) Causa de la muerte.

F) Organos y tejidos de los que se va a disponer.

G) Nombre del personal autorizado por el establecimiento para la toma de órganos y tejidos, y

H) Nombre y firma del representante del establecimiento.

III. El Ministerio Público autorizará por escrito la disposición de órganos cuando la solicitud esté debidamente requisitada y

IV. El personal que realizó la toma de órganos y tejidos lo informará por escrito al Registro Nacional de Trasplantes.

Por otra parte, los requisitos que deberá cubrir el receptor de un órgano, según lo establecen los artículos 25 y 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, son los siguientes:

I. Tener un padecimiento que pueda tratarse de manera eficaz por medio del trasplante.

II. No presentar otras enfermedades que predeciblemente interfieran en el éxito del trasplante.

III. Tener un estado de salud físico y mental capaz de tolerar el trasplante y su evolución.

IV. Haber expresado su voluntad por escrito, una vez enterado del objeto de la intervención, de sus riesgos y de las probabilidades de éxito, y

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

El documento por el que exprese su voluntad el receptor, deberá contener:

- a) Nombre completo del receptor.
- b) domicilio.
- c) Edad.
- d) Sexo.
- e) Estado civil.
- f) Ocupación.
- g) Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si tuviere.
- h) Si fuese soltero, nombre y domicilio de los padres y a falta de éstos, de alguno de sus familiares más cercanos.
- i) El señalamiento de que por propia voluntad

consiente en la realización del trasplante, y que fue enterado suficientemente del objeto y clase de la intervención y de las probabilidades de éxito terapéutico.

- j) Firma o huella digital del receptor.
- k) Lugar y fecha en que se emite.
- l) Nombre, firma y domicilio de los testigos si se trata de documento privado.

En otro orden de ideas, y para finalizar con los requisitos que deben cubrir los sujetos de los trasplantes, se señalarán los que hay que cumplir para la disposición de órganos y tejidos de embriones y fetos con fines terapéuticos:

I. Dictamen de no viabilidad biológica del embrión, emitido por dos médicos distintos a los que realizarán el trasplante.

II. La disposición sólo podrá ser realizada por personal calificado y en Establecimientos de Salud autorizados por la Secretaría, y

III. Contar con su autorización por escrito de la progenitora.

Tratándose de órganos y tejidos de fetos, deberá certificarse la pérdida de la vida como lo indica el artículo 317 de la Ley General de Salud.

B.- Requisitos en cuanto al establecimiento.

La obtención, guarda, conservación, preparación y utilización de órganos, tejidos, sus componentes y productos de seres humanos vivos, o de cadáveres, para fines terapéuticos, de investigación científica o de docencia, sólo podrá hacerse en instituciones autorizadas para ello, mediante una licencia sanitaria expedida por la Secretaría de Salud, cuando el establecimiento haya cumplido con los siguientes requisitos:

- I. Licencia sanitaria del establecimiento.
- II. Permiso expedido por la Secretaría al Médico responsable de los trasplantes.
- III. Contar con un Comité interno de trasplantes.
- IV. Contar con médicos adiestrados en el trasplante de órganos y tejidos.
- V. Contar con enfermeras adiestradas en el manejo de los pacientes con trasplantes de órganos y tejidos.

VI. Contar con personal de trabajo social, y

VII. Contar con la infraestructura siguiente:

A) Para trasplante de órganos y tejidos con excepción del ojo (córnea y esclerótica):

- Laboratorio de patología clínica,
- Laboratorio de anatomía patológica,
- Acceso a un laboratorio de histocompatibilidad,
- Gabinete de radiología,
- Acceso en su caso, a un gabinete de medicina nuclear,
- Acceso en su caso, a un departamento de hemodinámica,
- Quirófano,
Equipo, instrumental y material necesarios para el trasplante,
- Banco de Sangre, y
- Unidad de terapia intensiva.

B) Para trasplante de ojo (córnea y esclerótica):

- Servicio de oftalmología,
- Acceso a un laboratorio de anatomía patológica,
- Quirófano, y
- Equipo, instrumental y material necesario para el trasplante.

C) Requisitos en cuanto al cuerpo médico que efectuará el trasplante.

El equipo médico calificado y facultado para realizar un trasplante, es un grupo profesional aprobado por la Secretaría con sede en el establecimiento de salud que realiza actos de disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, denominado Comité interno de trasplante y está constituido de la siguiente manera:

- I. El director o responsable del establecimiento.
- II. El médico responsable de los trasplantes en el establecimiento.
- III. El responsable del Banco, en su caso.
- IV. Uno o varios cirujanos que realicen trasplantes en el establecimiento.
- V. El jefe de la unidad de cuidados intensivos, en su caso.
- VI. Un inmunólogo, en su caso.
- VII. Un patólogo.
- VIII. Uno o varios médicos de las especialidades en que se llevan a cabo trasplantes en el establecimiento.

IX. Un psiquiatra o psicólogo, y

X. Una trabajadora Social.

II.3. INSTITUCIONES COMPETENTES.

De conformidad con la legislación mexicana, el control sanitario sobre la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos es materia de salubridad general, siendo por tanto competencia exclusiva de la Secretaría de Salud el establecer y otorgar licencias de funcionamiento a aquéllos establecimientos interesados en la práctica de tales actividades, y que a criterio de la Secretaría están capacitados para realizarlas.

Según lo dispone la legislación sanitaria todas las actividades e instituciones relacionadas con el trasplante de órganos, estarán a cargo de la Secretaría de Salud, y directamente del Registro Nacional de Trasplantes, esta institución lleva un estricto control de todas y cada una de las instituciones autorizadas para la práctica de tales actividades, para ello y según lo establece en sus capítulos V y VI de la norma técnica número 323 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, autoriza la creación de Bancos de órganos y tejidos así como de establecimientos de salud que realicen actos de

disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos. Dicha autorización, la podrán obtener siempre y cuando hayan presentado solicitud en el formato que para tales efectos proporciona la Secretaría (Anexo 4) y cumplir con los requisitos siguientes:

I. Permiso expedido por la Secretaría al médico responsable.

II. Presentar, en su caso, convenio con uno o varios establecimientos de salud a los que suministre órganos y tejidos.

III. Contar con personal adiestrado en el manejo de órganos y tejidos con fines terapéuticos.

IV. Contar con infraestructura en las áreas siguientes:

- a) Recepción y entrega.
- b) Preparación.
- c) Conservación.
- d) Informática.
- e) Administrativa. y
- f) Instalaciones sanitarias.

V. Deberán tener equipo, material e insumos necesarios para su adecuado funcionamiento.

Una vez cubiertos todos los requisitos anteriores a juicio de la Secretaría, los Bancos deberán enviar por escrito, informes trimestrales de sus actividades que reunirán al menos los datos siguientes:

I. Relación de disponentes originarios, señalando nombre, edad, sexo y causa de la muerte; identificando, en su caso, al disponente secundario que otorgó su consentimiento, y

II. Relación de disponentes originarios, señalando los órganos y tejidos obtenidos, fecha y establecimiento en los que se obtuvieron, método de conservación empleado, así como establecimientos a los que se enviaron indicando, en su caso, su permanencia en el Banco.

Respecto a los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, ya se ha señalado en el punto (II-2.B), referente a los requisitos exigidos al establecimiento que efectúe trasplantes, los aspectos que debe cubrir, tanto técnicos como humanos y materiales para poder prestar sus servicios como tal.

Al igual que los bancos de órganos, los establecimientos de referencia también deberán rendir

informes al Registro Nacional de Trasplantes, trimestral y anualmente, en base al formato que para tales fines les otorga el Registro (Anexo 5).

En la actualidad, son 139 las instituciones autorizadas para la práctica de trasplantes y actividades conexas, mismas de las que se agrega a continuación una lista, detallando el nombre del establecimiento y la institución y entidad federativa a la que pertenecen.

***** REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES *****

ESTABLECIMIENTO	Inst.	ENT.FED.
BCO.DE CORNEAS DEL D.I.F., E.DE M	DIF	E.M.
CLIN.H.DEL CPO.DE GUARD.DE SEG.I	GOB.ED	E.M.
H.DE ESP. No.30	IMSS	B.C.N.
H.R. No.20	IMSS	B.C.N.
H.ESP.No.11 CMN. TORREON	IMSS	COAH.
H.DE CARDIOL."L.MENDEZ", C.M.N.	IMSS	D.F.
H.DE PEDIAT.DEL CMN.	IMSS	J.F.
H.ESP.C.M.LA RAZA	IMSS	D.F.
H.ESP.CMN.	IMSS	D.F.
H.G.C.M.LA RAZA	IMSS	D.F.
H.G.R. No.25	IMSS	D.F.
H.ORT."MAGDALENA DE LAS SALINAS"	IMSS	D.F.
H.G.DE ZONA No.1 (DGO.)	IMSS	DGO.
H.DE TRAUM.Y ORTOP.LOYAS VERDES	IMSS	E.M.
H.DE ESP.C.M. LEON	IMSS	GTO.
H.PEDIAT.C.M.DE LEON(GTO.)	IMSS	GTO.
H.DE ESP.C.M.DE OCCIDENTE	IMSS	JAL.
H.DE PEDIAT.C.M.DE OCCID.(GUAD.)	IMSS	JAL.
H.R.ESP.425 C.H.DEL NOROESTE	IMSS	N.L.
H.G.DE ZONA No.1	IMSS	OAX.
H.ESP.C.M.N."M.AVILA C.", PUEBLA	IMSS	PUE.
H.ESPECIALIDADES PUEBLA "M.A.C."	IMSS	PUE.
H.G.R.No.1 (QRO.)	IMSS	QRO.
H.R.DE CULIACAN	IMSS	SIN.
H.DEL IMSS.CD.OBREGON	IMSS	SON.
H.IMSS DE HERMOSILLO	IMSS	SON.
C.M.DE VERACRUZ	IMSS	VER.
H.DE ZONA No.36 (COAT.,VER.)	IMSS	VER.
H.ESP.MERIDA CMN."EL FENIX"	IMSS	YUC.
UNID.DE TEC.EN EPIDERMIS CINVEST	IPN	J.F.
CLIN.H.(MEXICALI)	ISSSTE	B.C.N.
H.ISSSTECALI	ISSSTE	B.C.N.
H.ADOLFO LOPEZ MATEOS	ISSSTE	D.F.
H.R."16 DE OCTUBRE"	ISSSTE	D.F.
H.R."20 DE NOVIEMBRE"	ISSSTE	D.F.
HOSP. GONZALO CASTANEDA	ISSSTE	D.F.
H.DE ESP.DEL ISSEMYH	ISSSTE	D.F.
H.R.DE MONTERREY	ISSSTE	E.M.
H.DEL ISSSTE,CULIACAN	ISSSTE	N.L.
H.DEL ISSSTE,PUEBLA	ISSSTE	SIN.
H.CENTRAL NTE.,PEMEX	ISSSTE	PUE.
H.CENTRAL SUR,PEMEX	PEMEX	D.F.
H.R.PEMEX,TAMPICO	PEMEX	D.F.
CLIN.RANDOLPH (AGS.)	PEMEX	TAMPS.
CRUZ ROJA MEX.(CD.JUAREZ)	PRIV.	AGS.
H.R. DE TULA	PRIV.	CHIH.
CRUZ ROJA MEX.DELEG.AGUASCALIENT	PRIV.	HGO.
C.M.Dr GUSTAVO AUBANEL V.	PRIV.	AGS.
CRUZ ROJA MEX.,TIJUANA	PRIV.	B.C.N.
CLIN.DEL PARQUE,CHIH.	PRIV.	B.C.N.
H.LATINOAMERICANO (CD.JUAREZ)	PRIV.	CHIH.
C.OFTALM.PRO-VISION	PRIV.	CHIH.
CLIN.LONDRES	PRIV.	D.F.
CLIN.OFTALM. A.OSIO Y ASOC.	PRIV.	D.F.
H.A.PARA EVITAR LA CEGUERA EN ME	PRIV.	D.F.
H.AMERICAN BRITISH COWDRAY	PRIV.	D.F.
H.ANGELES HENRI PEDREGAL	PRIV.	D.F.
H.BENEFIC.ESPAÑOL	PRIV.	D.F.
H.G.BARROSO,CRUZ ROJA MEX.	PRIV.	D.F.
H.INF.PRIVADO	PRIV.	D.F.

ESTABLECIMIENTO	Insc.	ENT.FED.
H.METROPOLITANO	PRIVAD	D.F.
H.MOCEL	PRIVAD	D.F.
H.OFTALM.NTRA.SRA.DE LA LUZ	PRIVAD	D.F.
H.SANTELENA	PRIVAD	D.F.
I.DE OFTALM.C.DE VALENCIANA	PRIVAD	D.F.
SANAT.DURANGO	PRIVAD	D.F.
SANAT.OFTALM.MERIDA	PRIVAD	D.F.
UNIDAD OFTALM.DEL VALLE S.C.	PRIVAD	D.F.
SOC.MED.DEL H.LAS LOMAS DE DGO.	PRIVAD	DGO.
H. CD.SATELITE	PRIVAD	Z.M.
BCO.DE OJOS (CELAYA,GTO.)	PRIVAD	GTO.
C.M.DEL BAJIO, (LEON,GTO.)	PRIVAD	GTO.
H.DEL CARMEN	PRIVAD	JAL.
H.MEXICO AMERICANO,LOCHONO	PRIVAD	JAL.
H.OFTALM.SAN JOSE	PRIVAD	JAL.
H.CLIN.DE FATIMA (MICH)	PRIVAD	MICH.
C.DE GINEC. Y OBSTST.	PRIVAD	N.L.
CLIN.OFTALM.DE LA GARCIA VIEJO	PRIVAD	N.L.
CLIN.VIDRIERA	PRIVAD	N.L.
CRUZ ROJA MEX. (MTY)	PRIVAD	N.L.
GRO.OFTALM.CIF.AMB.DE MONTERREY	PRIVAD	N.L.
H.JOSE A.MUGUERZA,S.A.	PRIVAD	N.L.
H.SAN JOSE DE MONTERREY S.A.	PRIVAD	N.L.
SANAT.DEL CARMEN	PRIVAD	OAX.
C.DE CORNEAS,CRUZ ROJA MEX.PUEBL	PRIVAD	PUE.
H.DE LA BENEF.ESPAÑOLA,PUEBLA	PRIVAD	PUE.
H.GUADALUPE DE PUEBLA	PRIVAD	Q.ROO
H.AMERICANO DE CANCUN	PRIVAD	S.L.P.
C.M.DEL FOTOSY S.L.P.	PRIVAD	S.L.P.
CLIN.JIAZ INFANTE	PRIVAD	S.L.P.
H.DE NTRA.SRA.DE LA SALUD,SAN LU	PRIVAD	S.L.P.
SOC.DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA	PRIVAD	S.L.P.
C.M.DEL NOROESTE,HERMOSILLO	PRIVAD	SON.
C.ESPAÑOL DE TAMPICO,A.C.	PRIVAD	TAMPS.
H.INF.DE TAMAULIPAS	PRIVAD	TAMPS.
CLIN.DE OJOS(COAT.,VER.)	PRIVAD	VER.
CRUZ ROJA MEX.COAT.VER.	PRIVAD	VER.
H.C.M.DE ESP.MEDICAS "Dr.RAFael	PRIVAD	VER.
SANAT.SAN FRANCISCO	PRIVAD	VER.
CLIN.DE MERIDA C.M.PENSION	PRIVAD	YUC.
CRUZ ROJA DE MERIDA	PRIVAD	YUC.
H.METROPOLITANO	SCR.ES	N.L.
H.CENTRAL MILITAR	SDN	D.F.
H.EDO.MAYOR PRESIDENCIAL	SDN	D.F.
C.M.NAVAL	Sec.Ma	D.F.
SECC.50 S.N.MAEST.MONTERREY	SEP	N.L.
H.G.'LA VILLA'	SHDDF	D.F.
H.G.BALBUENA	SHDDF	D.F.
H.G.XOCO	SHDDF	D.F.
H.HIDALGO(AGS.)	SSA	AGS.
H.G.DE MEXICALI	SSA	B.C.N.
H.G.DE TIJUANA	SSA	B.C.N.
H.G.'Dr.S.ZUBIRAN' DE CHIH.	SSA	CHIH.
H.G.DE CD.JUAREZ	SSA	CHIH.
H.G. DE MEXICO	SSA	D.F.
H.INF.DE MEX.'F.G.'	SSA	D.F.
H.JUAREZ DE MEXICO	SSA	D.F.
I.N.CANCEROLOGIA	SSA	D.F.
I.N.DE CARDIOL. "I.CHAVEZ"	SSA	D.F.
I.N.DE EMFERM.RESPIRAT.	SSA	D.F.
I.N.DE LA NUTRICION S.Z.	SSA	D.F.
I.N.DE PEDIATRIA	SSA	D.F.

ESTABLECIMIENTO	Inst.	ENT. FED.
I. N. DE PERINATOLOGIA	SSA	D. F.
H. G. 'C' (DGO.)	SSA	DGO.
H. R. DE LEON, GTO.	SSA	GTO.
H. CIVIL DE TADALAJARA	SSA	JAL.
H. G. "DE MIGUEL SILVA"	SSA	MICH.
H. INF. DE MORELIA "EVA SAMANO DE	SSA	MICH.
H. CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES P.	SSA	S. L. P.
H. G. DE CULIACAN	SSA	SIN.
H. G. DEL ESTADO (HERMOSILLO)	SSA	SON.
H. G. "GUSTAVO A. ROVIROSA"	SSA	TAB.
H. COM. R. "DE J. GOMEZ FARIAS"	SSA	VER.
H. G. DE VERACRUZ	SSA	VER.
H. G. DE MERIDA, O'HORAN	SSA	YUC.
H. UNIV. DE SALTILO	U. A. CO	COAH.
H. UNIV. DE MENTERRET DR. J. E. G.	UNIV.	N. L.
H. UNIV. DE PUEBLA	UNIV.	PUE.
SANAT. M. QUIRURGICO		CAL.



CONSENTIMIENTO EN VIDA PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS Y TEJIDOS CON FINES TERAPEUTICOS

SECRETARIA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DATOS DEL DISPOSITIVO CIVILARIO APellidos PATERNO MATEÑO Y NOMBRE				EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
NOMBRE	NUM.	LETRA	COLONIA	C.P.		
CALLE		ENTIDAD FEDERATIVA		MUNICIPIO		TELÉFONO

DATOS DEL PADRE APellidos PATERNO MATEÑO Y NOMBRE				DATOS DE LA MADRE APellidos PATERNO MATEÑO Y NOMBRE			
NOMBRE	NUM.	LETRA	CALLE	NUM.	LETRA		
COLONIA			C.P.				
CALLE				CALLE			
ENTIDAD FEDERATIVA				ENTIDAD FEDERATIVA			
TELÉFONO				TELÉFONO			

DATOS DEL Sr. TESTIGO				DATOS DE La. TESTIGO			
APellidos PATERNO MATEÑO Y NOMBRE				APellidos PATERNO MATEÑO Y NOMBRE			
NOMBRE	NUM.	LETRA	CALLE	NUM.	LETRA		
COLONIA			C.P.				
CALLE				CALLE			
ENTIDAD FEDERATIVA				ENTIDAD FEDERATIVA			
TELÉFONO				TELÉFONO			

EN PRESENCIA DE 2 TESTIGOS DE SU LUGAR

EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS MEXICANOS Y EN PRESENCIA DE LOS CIRUJANOS QUE ME COMETERAN LA LETAL O BENEFICA O FERIA O
 MIENTO O LA MISMA EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SACAVENES DE SERES HUMANOS PLAS
 MENTALES, ASALES CORRESPONDIENTES HAS ENDO RIGIDO O OBTENCION COMPLETA Y SATISFACCION SOBRE LAS CONSE
 QUENCIAS DEL ACTO AL QUE ME SOMETERE COMO ENFOCALIZADO PARA QUE SEA UN OBTENIDO O

AUTENTICO EN LA FECHA

EN LA CIUDAD DE MEXICO A LOS _____ DE _____ DE _____

FIRMAS DE LOS TESTIGOS CORRESPONDIENTES

NOMBRE Y FIRMA DEL Sr. TESTIGO NOMBRE Y FIRMA DE LA TESTIGO	NOMBRE Y FIRMA DE LOS CIRUJANOS
--	---------------------------------

Anexo 1



CONSENTIMIENTO EN VIDA PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS Y TEJIDOS CON FINES TERAPEUTICOS

DATOS DEL DONANTE ORIGINAL				SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE						
NOMBRE	NUM.	LETRA	COLUMNA	C.P.		
DIRECCION		ENTIDAD FEDERATIVA		CUIDADO		TELÉFONO

DATOS DEL PADRE				DATOS DE LA MADRE			
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE							
NOMBRE	NUM.	LETRA	COLUMNA	SEXO	EDAD		
DIRECCION		C.P.		CUIDADO		C.P.	
DIRECCION		ENTIDAD FEDERATIVA		CUIDADO		TELÉFONO	

DATOS DEL Sr. TESTIGO				DATOS DEL Sr. TESTIGO			
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE							
NOMBRE	NUM.	LETRA	COLUMNA	SEXO	EDAD		
DIRECCION		C.P.		CUIDADO		C.P.	
DIRECCION		ENTIDAD FEDERATIVA		CUIDADO		TELÉFONO	

DECLARACION DEL DONANTE ORIGINAL							
<p>EN PLENO USO DE MI FACULTAD MENTAL Y EN ALCANCE DE LOS SENTIDOS QUE ME CONVIENE, A LA VEZ SEMPRE DE SALIR EN POSSESION DE LA MIWA EN MATERIA DE CONTROL, BASTANTE DE LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SANGRE DE MIWA MANDAR Y LAS DEMAS DISPOSICIONES LEGALES CORRESPONDIENTES. HABIENDO RECIBIDO INFORMACION COMPLETA Y SASTISFACCION SOBRE LAS COMSES CIENTIFICAS, MEDICAS Y SOCIALES QUE ME SON PRESENTADAS EN EL MOMENTO PARA QUE SEA MI CONSENTIMIENTO.</p>							
FIRMA DEL DONANTE ORIGINAL							
FIRMA DEL TESTIGO							
FIRMA DEL TESTIGO							

NOMBRE Y FWA DEL Sr. TESTIGO	NOMBRE Y FWA DEL Sr. TESTIGO
NOMBRE Y FWA DEL Sr. TESTIGO	



DEPARTAMENTO DEL AVERIGUACIONES PREVIAS
 EN BENITO JUAREZ, DISTRITO FEDERAL
 OCTAVA AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.
 AVERIGUACIONES PREVIAS NUMERO - - - 8a/1399/989-04
 M. SEGUNDO TURNO
 ASUNTO: EL QUE SE INDICA

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA
 DEL
 DISTRITO FEDERAL

C. DOCTOR HECTOR S. LIDIZ PEREZ
 COORDINADOR DE PROCURACION DE ORGANOS DEL
 REGISTRO NACIONAL DE TRANSPLANTES DE LA SECRETARIA
 DE SALUD.
 P R E S E N T E .

Se hace de su conocimiento que esta Representación Social no tiene inconveniente alguno para que el cuerpo del paciente OSCAR FABRICIO DE LA BARRERA GARCIA, que presenta el diagnóstico de muerte cerebral, le realice la extracción de los siguientes órganos, RIÑONES, HIGADO Y CORAZÓN, con fines de trasplante para ser llevados al lugar que corresponda de acuerdo a las normas del registro nacional de trasplantes dependiente de la Secretaría de Salud, en virtud de haber solicitado dicho pedimento el padre de persona mencionada OSCAR FABRICIO DE LA BARRERA RUIZ y por haber cumplido con los requisitos de la norma técnica número 323 publicada en el diario Oficial de la Federación el día 14 de noviembre de 1988, de la Secretaría de Salud y de conformidad en su fracción III del artículo noveno.

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar.

A T E N T A M E N T E
 SUPLENTE DEL DIRECTIVO NO ELECCION
 MEXICO, D.F. A 16 DE ABRIL DE 1989
 EL C. SECRETARIO DEL MINISTERIO PUBLICO

LIC. RAUL MARCELA SERRANO.



RECEBIÓ EN EL FOLIO
 17 DE ABRIL DE 1989



SECRETARIA DE SALUD
SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

DATOS DEL PROPIETARIO PERSONA FISICA O MORAL		PARA USO EXCLUSIVO DE LA S.S.A.	
NOMBRE (APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRES)		TIPO DE MOVIMIENTO	NO. DE ENTRADA
NUMEROS OMONIMO R.F.C.		A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO CALLE NO Y LETRA		NO. ANTERIOR	
COLOMIA	Z.P.	TRAMITE N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CODIGO POSTAL		MOVIMIENTO	
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		MES	
LOCALIDAD			
ENTIDAD FEDERATIVA	TELEFONO		
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
HOMBRE			
NUMEROS R.F.C.			
DOMICILIO CALLE NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR			
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO		CLAVE	CLAVE
ENTRADA	CALLE	F	CALLE
Z.P.	CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	TELEFONO
ENTIDAD FEDERATIVA	DE	A Y DE	A MES
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO		FECHA DE INICIO DE OPERACIONES	
		DIA MES AÑO	
SOLICITUD PARA			
DOCUMENTOS ANEXOS			
<input type="checkbox"/> ALTA ANTE LA S.H.C.P.			
<input type="checkbox"/> LICENCIA SANITARIA			
OTROS			
<input type="checkbox"/> COPIA DEL TRAMITE ANTERIOR			
<input type="checkbox"/> FANTASMA MEDICO			
<input type="checkbox"/> FANTASMA DE OPERACIONES			
<input type="checkbox"/> FANTASMA DE TRAMITE ANTERIOR			

Anexo 4

II.4. LA DISPOSICION DE ORGANOS COMO UN DERECHO SUBJETIVO Y NO DEL ESTADO.

Para comenzar con este tema, previamente se deben analizar ciertos criterios que son opuestos en el Derecho, uno de ellos en el campo del Derecho público -derechos del estado- y otro en el campo del Derecho Privado -los derechos subjetivos, derechos de la personalidad- con la finalidad de dejar bien establecido, según el criterio propio del sustentante, que el derecho de disponer de los órganos y tejidos del cuerpo humano son propios y exclusivos de CADA PERSONA aún después de la muerte.

En este orden de ideas, hay que dejar bien claro que la materia estudiada corresponde precisamente al dominio y competencia del Derecho Público, y muy acertadamente, sin embargo, parece olvidar que para poder salvaguardar la salud pública, es necesario salvaguardar y atender primero los derechos de cada persona, y no muy atinadamente -a juicio de la sustentante- en el artículo 8o. del Reglamento que hemos venido estudiando establece:

... en caso de conflicto entre los intereses individuales y los de la sociedad, prevalecerán los de ésta..."

idea muy equivocada si tomamos en cuenta que "el ser humano tiene derecho a que su cuerpo, esa caja de materias químicas, orgánicas, en la cual radica la vida misma, no sufra ataques injustos que puedan ponerle en peligro, o que aún no poniéndola en peligro de desaparecer, carezcan dichos ataques de fundamento o razón para ello."¹¹

Este derecho a que se refiere el autor "Gutiérrez y González", es el que en Derecho Civil se le llama derecho a la integridad física o corporal, y es "la proyección psíquica del ser humano, constituida por la exigencia a los demás miembros de la colectividad, de respeto a su cuerpo, y que regula y sanciona el ordenamiento jurídico de cada época."¹²

Si se estudia y atiende el derecho a la integridad física que tiene toda persona al momento de disponer de su cuerpo o partes del mismo EN VIDA, no hay mayor problema, en la inteligencia de que este derecho está

11 GUTIERREZ Y GONZALEZ. El patrimonio pecuniario y moral de la persona. Derechos de la personalidad. México, 1979. págs. 867.

12 GUTIERREZ Y GONZALEZ. Ob. cit. págs. 869-870.

bien protegido por los ordenamientos jurídicos que se han venido analizando, tal y como se establece en el Art. 9 del Reglamento de la Ley General de Salud, que a la letra dice:

"En ningún caso se podrá disponer de órganos, tejidos, productos y cadáveres, en contra de la voluntad del disponente originario."

El problema empieza cuando la persona ha fallecido sin dejar disposición alguna sobre su deseo de que se disponga o no de su cadáver con fines terapéuticos o de docencia e investigación, y surge entonces una interrogante: ¿DE QUIEN ES UN CADAVER?, al respecto, "el día 20 de enero de 1968, apareció como editorial en las páginas del periódico "El Mundo" de la Cd. de Tampico, Tamps., un artículo con el encabezado siguiente: ¿De quién es un cadáver?. El articulista que lo escribió corresponde al nombre de Rubén Salazar Mallén, de profesión abogado, quien expresó: 'Hace ya muchos años estuvo de moda en la facultad de Derecho de la Universidad Nacional, lanzar una pregunta al sustentante de exámen profesional; ¿de quién es un cadáver?' Había que examinar la cuestión -sigue diciendo Salazar Mallén por supuesto desde el punto de vista jurídico, ello se prestaba a hacer una multitud de reflexiones y enunciar una gran cantidad de puntos

de vista interesantes.."13 en la actualidad, ya no debería prestarse a confusión esta interrogante si la legislación aceptara que no hay más disponente que el originario y, en el último de los casos, sólo una clase de disponente secundario: el cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario, cuando este último no hubiere dejado establecido si se podía o no disponer de su cuerpo o partes del mismo después de su muerte; y sólo en el caso de cadáveres de personas desconocidas¹⁴ aplicarse entónces lo dispuesto por el artículo 13 del Reglamento, que faculta como disponentes secundarios a:

- A) La autoridad sanitaria competente.
- B) El Ministerio Público, en relación a los órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos que se encuentren bajo su responsabilidad con motivo del ejercicio de sus funciones.
- C) La autoridad judicial.
- D) Las instituciones educativas con respecto a los órganos, tejidos y cadáveres que les sean

13 ARREOLA RODRIGUEZ, FERNANDO. El trasplante de órganos humano. pág. 51.

14 Los cadáveres no reclamados dentro de las 72 horas posteriores al fallecimiento y aquellos de los que se ignora su identidad, serán considerados de personas desconocidas. Ley General de Salud. Art. 337.

proporcionados para investigación o docencia, una vez que venza el plazo de reclamación sin que ésta se haya efectuado.

En conclusión, no puede suponerse -ni se debe aceptar- como establece el artículo invocado, que las autoridades mencionadas como disponentes secundarios, puedan decidir sobre la utilización de un cadáver o de sus partes, sin tomar en cuenta la voluntad de sus familiares, puesto que se estaría frente a una franca violación a los derechos subjetivos (llamados derechos de la personalidad por los civilistas o patrimonio moral de las personas, por Gutiérrez y González) y es ése precisamente el punto que se debate, puesto que como se anota al principio de este tópico, el derecho que tiene el individuo sobre su propio cuerpo es uno PERSONALISIMO y sólo en base de un auténtico y expreso consentimiento de aquél -en vida- o bien de sus familiares -con respecto a su cadaver- podría llevarse a cabo cualquier acto de disposición de órganos.

Así pues, lo único que resta es sugerir la modificación de los artículos 316 de la Ley General de Salud y 13 de su reglamento, para facultar únicamente como disponentes secundarios al cónyuge, concubina, concubinario, ascendientes, descendientes y parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente

originario; y concediendo tal calidad a las demás autoridades que estos artículos mencionan, sólo en caso de cadáveres de personas desconocidas.

C A P I T U L O I I I

CRITICA AL TITULO DECIMO CUARTO CAPITULOS I Y
II DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

III.1. DIVERSOS CRITERIOS PARA DETERMINAR LA PERDIDA DE LA VIDA.

Para dar inicio al presente capítulo, se citarán las palabras que expresó el eminente Doctor ARTURO DIB KURI, Director del Registro Nacional de Trasplantes, durante una de las entrevistas concedidas por el médico a la sustentante del presente trabajo, cuando el Dr. Dib Kuri observó el tema de tesis opinó que era muy buen tema, pero al referirse al tercer capítulo, que es el que ahora se estudia, expresó: "... se puede criticar muchísimo cuando no hay el conocimiento de toda la historia, de todo el marco jurídico, de cómo llegamos a todo eso (refiriéndose al capítulo I y II del Título décimo cuarto de la Ley General de Salud); pero los médicos y los abogados que estamos involucrados en esto sabemos por qué la ley quedó así, pues es el resultado de dos años de reuniones, cada palabra, cada frase fue planteada y repensada y reescrita y estudiada meses. Se dejan algunas puertas en la ley abiertas para avances futuros, con ciertas restricciones, y la legislación yo la siento muy buena, muy moderna, muy cercana a lo que hacemos, la

legislación nunca debe ir al igual que la ciencia, debe ir atracito, esperando, si los resultados son realmente exitosos, entrar a legislarlos".

Así, lejos de criticar los temas de referencia, a manera de justificación se expresa que toda vez que no se puede criticar algo con lo que se está de acuerdo, sólo resta hacer un breve análisis de los capítulos I y II del título décimo cuarto de la Ley General de Salud, pues si bien es cierto que, como todo ordenamiento jurídico, presenta ciertos puntos con los cuales no todos los juristas, estudiosos del derecho o cualquier persona en general estaría de acuerdo, también es cierto que -subrayando las palabras del Dr. DÍB Kuri- esta legislación es muy moderna y muy cercana a lo que se viene haciendo en México, en cuanto a trasplantes se refiere; conclusión a la que llegó la sustentante después de una profunda investigación médico-legal y largas discusiones con profesionistas relacionados directamente con la materia (médicos y abogados) que hicieron posible la comprensión de la misma y el porqué de su legislación.

Ahora pues, se da paso al primero de los cuatro temas que componen nuestro último capítulo: Diversos criterios para determinar la pérdida de la vida.

Desde el punto de vista médico, el concepto de la muerte del individuo ha cambiado con el tiempo, a continuación se analizan estos conceptos evolutivos:

1) El concepto más antiguo de la muerte es el de la putrefacción del cadáver. El diagnóstico de la muerte del individuo se establecía sólo hasta que presentaba signos de muerte celular ¹⁵ evidenciados por la putrefacción cadavérica.

2) Posteriormente, se pensó que la muerte del individuo se establecía cuando se detenía el corazón, situación que se consideró en una época inevitable e irreversible, pero que en la actualidad ha sido plenamente comprobado que un individuo como persona puede considerarse, y de hecho declararse muerto, aún cuando su corazón siga latiendo. Al respecto, Wasmuth y Stewart, expresan que ya no es posible definir la muerte como el cese de la respiración o del latido

15 Las células necesitan oxígeno para vivir y este oxígeno les llega por la sangre circulante. Cuando el corazón se detiene la sangre no circula, el oxígeno no llega a las células y esta anoxia lleva a la muerte celular. Una muerte celular que difiere en mucho a la actual, pues en aquéllos años sólo hasta que era EVIDENTE la muerte celular -las de la piel y sus anexos- se consideraba a una persona muerta, hoy por el contrario, en el momento en que las células cerebrales mueren, ya no hay más vida en la persona, aunque sí en los órganos, como referencia, se menciona que una vez que las células se quedan sin oxígeno, cinco minutos después habrán muerto (las de la corteza cerebral); de 20 a 30 minutos después otras células del sistema nervioso, de 30 a 60 minutos las células renales, varias horas después otras células musculares, y varios días después las células de la piel y sus anexos habrán muerto.

cardiaco. "Estas dos funciones pueden conservarse ahora por medios artificiales. El latido cardiaco puede ser estimulado por un marcapasos eléctrico, o la circulación puede ser mantenida por un masaje contundente de corazón. En la actualidad hay muchos instrumentos disponibles en los hospitales para mantener con VIDA ARTIFICIAL a un paciente."¹⁶

3) Un tercer criterio de muerte, es el que sigue en la actualidad la legislación mexicana al igual que los demás países del mundo, el criterio de MUERTE CEREBRAL, que permite certificar la muerte del individuo en el momento preciso en que cesa toda actividad cerebral a pesar de que el corazón continúe latiendo.

Criterio muy difícil de aceptar si se toma en cuenta que aún actualmente muchas personas (entre ellas muchos médicos) siguen pensando que la vida del ser humano radica en el corazón, idea muy lejana a la realidad, puesto que ha sido plena y científicamente comprobado que la vida del ser humano radica en el CEREBRO y no en el corazón como se pensaba.

Tradicionalmente, la presencia del latido cardiaco y la respiración han sido sinónimos de vida. El avance

¹⁶ WASHOYE, C.B. and STEWART, B.E. Medical and Legal Aspects of human organ transplantation. Cleveland-Marshall Law Review, 1965. pág. 442-443.

de la ciencia, sin embargo, ha permitido con certeza diagnosticar la muerte de un ser humano a pesar de que manifieste los tradicionales signos vitales.

Lamentablemente, la difusión de dichos avances no se ha incorporado con la misma velocidad a los patrones culturales de la población, razón por la que no acaba de aceptarse en muchos grupos o sectores la muerte cerebral, a tal grado que países como Japón no contemplaba en su legislación la muerte cerebral, sino que es hasta el año pasado (1992) que termina por aceptar este criterio de muerte, siendo así el último país en adoptarlo.

Al respecto, en México "fue muy difícil convencer a mucha gente, sobre todo a legisladores y científicos en el concepto radical de muerte, y la diferencia entre muerte como la conoce todo el mundo y la muerte cerebral con corazón latiendo. Tenemos la idea que si el corazón late hay vida, y bueno, si el corazón late y circula la sangre HAY VIDA EN LOS ORGANOS, pero si el cerebro está muerto NO HAY VIDA EN EL SER HUMANO."¹⁷

Llegar a este criterio unificado de muerte es el resultado del trabajo de muchos años, de constante

17 DÍAZ KURI, Arturo. Director del Registro Nacional de Trasplantes. Secretaría de Salud. México.

investigación científica pero, finalmente, se alcanzó el objetivo buscado durante todos aquéllos años: considerar el criterio de muerte cerebral como el más seguro y atinado criterio de muerte, pues es un asunto tan serio como el pronunciamiento de la muerte, con las repercusiones morales, religiosas, éticas y legales que tiene, lo fundamental es establecer criterios absolutos donde el margen de error, sobre todo de un pronunciamiento falso de la muerte, sea cero.

En 1972, se discutieron formalmente por vez primera las bases para identificar el coma irreversible, dichas bases lograron una unificación casi total de criterios, pues como se menciona con antelación, Japón tardó aún 20 años más para adoptar el criterio de muerte cerebral en su legislación. A continuación se ofrecen distintos criterios extranjeros para determinar la muerte (o el coma irreversible).

Cuadro 5.1. Criterios del comité ad hoc de Harvard, para definir el coma irreversible.

1. Ausencia de recepción y de respuesta: ausencia de respuesta aun a estímulos intensamente dolorosos.
2. Ausencia de movimiento o de respiración espontáneas, por tres minutos fuera de un respirador.

Cuadro 6.4. Criterios de la Marina de los Estados Unidos para el coma irreversible.

1. Naturaleza y duración del coma: la etiología del coma presupone daño permanente al cerebro; exclusión absoluta de drogas que depriman el sistema nervioso central, e hipotermia; el coma debe ser observado

- | | |
|---|--|
| <p>3. Ausencia de reflejos: pupilas dilatadas, fijas y sin respuesta; ausencia de movimientos oculares al rotar la cabeza e irrigar los oídos con agua helada; ausencia de parpadeo; ninguna actividad postural; ausencia de reflejos corneales o faríngeos; ausencia de tragar, bostezar, vocalizar, ausencia de reflejos bíceps, tríceps, pronador, cuadríceps o gástronomio, y ausencia de respuesta plantar.</p> <p>4. Electroencefalograma isoelectrico por lo menos por 10 minutos, durante una toma técnicamente adecuada; ninguna respuesta a ruido o a estímulo doloroso. Esto es una prueba de gran valor confirmatorio.</p> <p>5. Ningún cambio al repetir estas pruebas 24 horas después.</p> <p>6. Ninguna evidencia de hipotermia o de depresores del sistema nervioso central.</p> | <p>2. Ausencia de función cortical: el paciente no responderá a ningún estímulo externo con excepción de reflejos espinales sencillos. Cuando sea posible, el electroencefalograma deberá ser usado para confirmar la ausencia de función cortical durante períodos de 30 minutos, repetidos por lo menos 12 horas más tarde.</p> <p>3. Ausencia de función del tallo: las pupilas estarán fijas en un punto medio o dilatadas, y no responderán a luz brillante; ausencia de reflejo oculoestibular; ausencia de respiración durante un período de 3 minutos fuera del respirador, y esto observado en dos ocasiones, por lo menos con una hora de separación.</p> <p>4. Tiempo mínimo requerido para determinar la muerte: 13 horas.</p> |
|---|--|

Cuadro 6-2. Criterios de Minnesota para el coma irreversible.

1. Ningún movimiento espontáneo.
2. Ninguna respiración espontánea probada durante 4 minutos.

Cuadro 6-3. Criterios alemanes para el coma irreversible.

1. Muerte cerebral clínica: coma completo; arreflexia cerebral (los reflejos espinales y el tono muscular

3. ausencia de reflejos del tallo espinal: pupilas fijas y dilatadas; ausencia de reflejos corneales, ciliospinal, fenómeno de cabeza de muñeca, reflejo faríngeo, respuesta vestibular a estímulo calórico, y reflejo cervical tónico.
 4. Ningún cambio por lo menos por 12 horas.
 5. La muerte cerebral sólo puede ser pronunciada si los procesos patológicos responsables por la ausencia de estas respuestas, son irreparables por los métodos terapéuticos conocidos en el momento.
2. Electroencefalograma isoelectrico.
3. La angiografía seriada, incluyendo ambas carótidas y basílicas, demostrará obstrucción completa del flujo sanguíneo intracerebral.

Cuadro 6-6. Criterios escandinavos para el coma irreversible.

1. tiempo: 25 minutos.
2. Apnea, arreflexia, electroencefalograma isoelectrico y angiograma con ausencia de circulación.

Aunque los criterios anteriores no expresen los términos de MUERTE CEREBRAL, analizados cada uno nos llevan a tal determinación, y así se concluye lo siguiente: un sinnúmero de países reconocen de una u otra manera la muerte cerebral en sus estatutos

legales, tal es el caso de Argentina, Australia, Austria, Canada, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Noruega, Puerto Rico y España; mientras que no existen estatutos específicos en Bélgica, Dinamarca, Alemania, India, Irlanda, Israel, Holanda, Nueva Zelanda, Polonia, Africa del Sur, Corea del Sur, Suecia, Suiza y Tailandia. En estos países, sin embargo, se acepta la muerte cerebral medicamente, aún en la ausencia de un estatuto específico de muerte cerebral, la mayoría de los países reconocen la muerte cerebral y la mitad de ellos requieren un electroencefalograma confirmatorio, tal y como ocurre en nuestro país. Tan sólo cuatro países exigen un angiograma cerebral (radiografía de los vasos sanguíneos, que comprueba la existencia o no de flujo sanguíneo en las arterias cerebrales).

Por otra parte, no debe confundirse como hace algunos años, el proceso de necrosis (degeneración de los tejidos con el envejecimiento y la continuación de ciertos procesos después del cese de signos vitales), con el instante en que cesa de funcionar el organismo como un todo, por lo que la muerte debe verse no como un proceso, sino como un instante que separa el proceso de morirse, del proceso de desintegrarse.

Resulta obvio y muy necesario terminar de convencer no sólo a los especialistas en materia de trasplantes, sino a cualquier persona en general, de la seguridad y eficacia que presenta un diagnóstico de muerte cerebral, para que apoyen este criterio y faciliten así el avance y desarrollo de las ciencias médicas en lugar de entorpecer con falsas e infundadas informaciones, pues si se analiza la bibliografía que existe en torno a los trasplantes y los criterios de muerte, se observa que desgraciadamente es muy poca y, además, muy antigua ya que data de la década de los 60's y 70's y no hay que estancarse en aquéllos años, sino seguir investigando y fomentado la información de los avances médicos hacia todos los grupos sociales, pues la falta de información veraz y completa se observa como un obstáculo en la aceptación de muerte cerebral.

Por mencionar un ejemplo de las opiniones que arranca este complejo tema, se citan las palabras de la pasante de Derecho Guadalupe Armida Peña Gastelum, que en su trabajo recepcional de tesis, titulado "El Trasplante de corazón a la luz del Derecho Penal", realizado en Guadalajara en el año de 1974, opinaba: "No Cabe duda que es menester cortar la vida del donante, aunque los médicos digan que se trata de enfermos irremisiblemente condenados a muerte, sin posibilidad de recuperar sus funciones cerebrales de la

vida de relación, y que conservan exclusivamente sus funciones vegetativas"... "en realidad, la forma más segura de hacer un diagnóstico de muerte, es esperar a que aparezcan sus signos inequívocos: rigidez y putrefacción cadavéricas." y en este orden de ideas podemos observar claramente el retroceso en que las mismas caen, pues la sustentante de tal trabajo, en una actitud regresiva intenta implantar nuevamente como criterio de muerte, el que se contemplaba desde el comienzo de la humanidad y que es además el más antiguo criterio de muerte. No cabe duda, sin embargo, que es el más certero, pero también el más empírico reconocimiento de la muerte y a estas alturas y en el grado de avance científico que ha alcanzado la humanidad, la ciencia no puede ni debe detenerse en el reconocimiento de tales signos de muerte; si cuenta con medios tan eficaces y seguros de diagnosticar la muerte como el electroencefalograma isocelétrico.

Así pues, lo único que resta es sugerir que se continúe investigando en el tema y que se difunda veraz y científicamente la información referente a este controvertido criterio de muerte cerebral para que cualquier persona, por muy alejada que se encuentre de las actividades relacionadas con los trasplantes, pueda formarse un criterio bien fundamentado de lo que es la muerte, cómo se le puede reconocer y el instante mismo

en que las personas dejan de existir como tal. Pues no puede confundirse la muerte de un organismo que ha sido una persona, con que el organismo cese de ser una persona. Con ello se hace referencia nuevamente a las palabras expresadas por el Dr. Dib Kuri: "... si el corazón late y circula la sangre HAY VIDA EN LOS ORGANOS, pero si el cerebro está muerto NO HAY VIDA EN EL SER HUMANO.

III.2. CERTIFICACION DE LA PERDIDA DE LA VIDA.

En un tema controvertido y complejo como lo es la certificación de muerte, conviene apearse estrictamente a la legislación y fundamentos médicos que existen para no caer en falsas consideraciones que lejos de auxiliar y proporcionar bases para tratar este tópico, harían caer en largas discusiones sin llevar a una conclusión lógica y cierta.

Mucho se ha hablado ya, aunque sin las bases científicas necesarias, del momento en que debe declararse que una persona ha muerto, y se afirma que sin las bases científicas (ni médicas ni legales) puesto que un sinnúmero de publicaciones en torno a los trasplantes y a la certificación de la pérdida de la vida siguen criterios equívocos en cuanto al momento de la declaratoria de muerte ya que no realizan las investigaciones conducentes para llegar al fondo del asunto y sentar en criterios certeros sus aseveraciones.

Tal es el caso de varias Tesis para obtener el título de licenciado en Derecho y no sólo eso, sino que también varios autores de reconocido renombre consultados por la sustentante, que sostienen que no

puede declararse a una persona muerta cuando aún continuen presentes la respiración y el latido de corazón -aunque éstos sean mantenidos artificialmente-, al respecto, los tratadistas especializados en los aspectos éticos y morales de los trasplantes y la certificación de muerte, afirman: "Por regla general de ética o moral, nadie está obligado a recurrir a hechos o tratamientos extraordinarios para conservar la vida de un enfermo, sobre todo cuando la situación es irreversible. El médico está obligado a proporcionar al enfermo los cuidados ordinarios para evitar su muerte y prolongar su vida. Esta obligación corresponde también a la familia o a quien tenga la obligación de cuidar al enfermo. Pero ni el médico ni la familia está obligados a recurrir a tratamientos altamente especializados. En casos de pacientes inmersos en coma prolongado e irreversible, cuya vida está reducida sólo a las funciones vegetativas, y que son mantenidos "EN VIDA" artificialmente, sin esperanza de recuperar o mejorar, no se está obligado a recurrir a medios extraordinarios o, si se ha recurrido a ellos, se les pueden legítimamente suspender. Muchos moralistas coinciden en que gran parte de los adelantos de la medicina de hoy podrían considerarse como medios extraordinarios."¹⁵

15 SANTIAGO-DELPIN. Trasplante de órganos. Salvat Mexicana. México, 1987. pág. 110

Por consideraciones similares y amén de que el presente tema ha sido profunda y constantemente discutido, es que se llegó a legislar en la manera en que está plasmado en el artículo 318 de la Ley General de Salud, que a la letra dice:

"Artículo 318. La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida en los términos del artículo 317 o de aquéllos en que se compruebe la persistencia por seis horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo, y además las siguientes circunstancias:

I Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y

II Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema

nervioso central o hipotermia.

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente.

La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante."

Cabe hacer mención de que muy ligado al precepto jurídico que se anota anteriormente, se encuentra el artículo 317 del mismo ordenamiento, ésto en la inteligencia de que no pudieron fusionarse ambos artículos por cuestiones de práctica jurídica, ya que era muy complicado el desaparecer un artículo a nivel de ley, y al fusionar los artículos 317 con el 318 se estaría en la necesidad de derogar alguno de estos dos.

Por su parte el artículo 317 señala como signos de muerte, necesarios para certificar la pérdida de la vida, los siguientes:

- I. La ausencia completa y permanente de conciencia.
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea.
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externo.
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.
- V. La atonía de todos los músculos.
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII. El paro cardíaco irreversible, y
- VIII Las demás que establezca el reglamento correspondiente. (Pero ni el reglamento ni la norma técnica existente, establece algún otro signo de muerte.)

Si se analizan detenidamente ambas disposiciones, se puede observar que el art. 317 señala entre los signos de muerte, en su fracción séptima, el paro cardíaco irreversible, puesto que una vez que éste se presente, aunado a los otros seis signos se deberá declarar que la persona ha muerto, se vayan o no a utilizar órganos o tejidos de su cadáver; sin embargo, el supuesto del artículo 318 es diferente, ya que va dirigido a certificar la pérdida de la vida de una persona cuyos órganos y tejidos son susceptibles de ser

trasplantados, por lo que no contempla entonces el paro cardíaco irreversible, ya que si la intención es la de trasplantar el músculo cardíaco, de nada serviría hacerlo cuando éste ya hubiera muerto citológicamente hablando, pues definitivamente la muerte fisiológica ya se ha presentado desde el momento mismo en que al dejar de latir y mandar sangre y oxígeno necesarios tanto al cerebro como a los demás sistemas como el respiratorio, muere inmediatamente el cerebro y sí, efectivamente el corazón continúa vivo citológicamente, gracias a los adelantos médicos y los medios artificiales que se utilizan para que continúe latiendo, pero como se apunta en temas anteriores, lo que debe interesar al médico y al legista para declarar la pérdida de la vida, es la muerte fisiológica y no citológica de los órganos; respecto al particular, en una discusión sostenida por el cuerpo disciplinario de trasplantes, en el New York Hospital, y ante la interrogante de que si una persona podía considerarse viva por el hecho de que el músculo cardíaco continuase latiendo, el Dr. Hamburger expresaba: "Después de que la guillotina ha cortado la cabeza de un criminal, es posible en la

actualidad, conservar el corazón y los pulmones funcionando durante días. Creen ustedes que tal persona esta muerta, o vive aún?¹⁹

Y por su parte el Dr. Pickering agregaba: "Un profesor de Biología de la Universidad de Cambridge fue al mercado y compró un pedazo de carne. Lo llevó al laboratorio y demostró a sus alumnos que habían variadas clases de muerte. A través de esta carne que aparentemente provenía de un animal muerto, las células estaban vivas. El dijo que la forma extrema de la muerte era la muerte citológica. La siguiente forma era la muerte fisiológica, cuando las funciones vitales han cesado; y de ahí podrían haber otros muchos niveles, la muerte intelectual, espiritual, teológica y social; pero lo que nuestros colegas médicos quieren es vida citológica, y lo que nos concierne a todos en este instante es la muerte fisiológica."²⁰

De las anteriores opiniones se puede desprender una vez mas que aunque el corazón y los pulmones continuen funcionando, no puede ni debe suponerse que haya vida aún por ese sólo hecho, ya que ha sido comprobado plena y científicamente que en efecto, las funciones

19 Ethics in Medical Progress. CIBA Foundation Symposium. Edited by G.E.W. Wolstenhola, London. 1966.

20 Ob. cit. págs. 100-101.

cardíacas y respiratorias pueden mantenerse por largos períodos en vida citológica y por medios artificiales sin que ello implique la existencia de vida en el ser humano, una vez que su cerebro haya muerto.

Lo que conduce a concluir que muy acertadamente, el artículo 317, aunado al 318 establecen los signos de muerte en los que se debe fundamentar la certificación de la pérdida de la vida basados ambos en criterios muy firmes y científicos que rigen de igual forma en las legislaciones de la mayoría de países en el mundo. Por lo que, reiterando las palabras que se anotaron al comienzo de este capítulo, lejos de criticar estas disposiciones como se pretendió al elegir el tema de tesis, no queda más que apoyar y reafirmar tales criterios, para contribuir de alguna forma a que se alcance la aceptación en su totalidad del criterio de muerte cerebral, una vez que se proporcione información veráz y que se difunda tanto en los grupos especializados (médicos, abogados, moralistas, religiosos, etc.) y el público en general para que conozcan y entiendan bien el criterio de muerte cerebral.

A manera de anexo se agrega el formato que exige la Secretaría de Salud y que deberán extender los médicos que certifiquen la pérdida de la vida. (Anexo 6)

III.3. DISPOSICION DE ORGANOS DESPUES DE LAS SEIS HORAS QUE ESTABLECE EL ARTICULO 318 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

La controversia de este tema surge con las reformas de 1991 a la Ley General de Salud, pues con anterioridad a éstas, se establecía que el término para poder disponer de los órganos y tejidos de un cadáver era de 12 horas, y, tiempo más atrás, el Código Sanitario en su artículo 208 establecía como requisito para disponer de los órganos y tejidos de un cadáver, la existencia de una certificación de muerte, expedida por dos profesionales distintos a los del cuerpo de trasplantes, y que fuera realizada por los medios que para tales efectos designara la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mismos que establecía en el Art. 65 de su correspondiente reglamento:

Art. 65.- La comprobación de la pérdida de la vida se hará en los términos del artículo 208 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, ajustándose a los siguientes criterios:

I. La falta de percepción y respuesta a los estímulos adecuados.

II. Ausencia de los reflejos de los pares craneales y los reflejos medulares.

III. Ausencia de la respiración espontánea.

IV. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno.

V. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos o alcohol o hipotermia.

Para los casos de los incisos anteriores las circunstancias deberán persistir durante 24 horas. Si antes de las 24 horas citadas se presentara paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida.

Si los avances científicos así lo justificaren, podrá la Secretaría de Salubridad y Asistencia determinar otros medios de comprobación de pérdida de la vida.

Es muy importante destacar lo subrayado con negrillas puesto que como se afirma en capítulos precedentes, la ley nunca puede ir a la par de la ciencia y por ello precisamente debe dejar puertas abiertas que permitan un avance dentro de la misma ley a medida que la ciencia misma vaya avanzando, por lo que en el último párrafo del citado artículo se faculta al legislador para que establezca nuevas formas o criterios para certificar la pérdida de la vida fundamentados, desde luego, en los avances científicos de la época.

En virtud de lo anterior, es lógico suponer y entender que es menester reformar todas y cada una de las leyes existentes, no sólo en materia sanitaria sino en cualquier otro campo del Derecho, puesto que el Derecho es una ciencia producto de la SOCIEDAD, y conforme esta última evoluciona debe forzosamente evolucionar también las reglas que norman su conducta y su vida en sociedad y en tal orden de ideas resulta

pues muy lógica y atinada la reforma que disminuye el lapso de 24 a 12 horas primero, y posteriormente a 6 horas las que deben persistir los signos de muerte si tomamos en consideración que el alto nivel de desarrollo de las ciencias médicas actuales permite al médico certificar de una forma más rápida y certera la pérdida de la vida en un paciente que se han presentado los signos de muerte por el lapso de 6 horas, lo que permite dar mayor utilidad a los órganos del cadáver y favorecer así los trasplantes de pulmón y corazón.

Detrás de esta reforma de 1991 al artículo 318 de la Ley General de Salud, están años de trabajo e investigación de muchos especialistas en la materia y una vez comprobados plenamente, amén de los antecedentes tan remotos (de los años 70's) que se tienen de otras legislaciones extranjeras, es como se decidió que las 6 horas que exige el artículo 318 de la ley, junto con el estudio electroencefalográfico son suficientes para certificar la pérdida de la vida.

Ante la presencia de un estado de muerte cerebral los médicos consideran que es injusto mantener el latido cardiaco y la respiración artificial en un paciente por un tiempo indefinido, por lo que sostienen que es muy acertado el disminuir el lapso de espera para declarar la muerte de una persona. Sin embargo,

durante una investigación realizada y dirigida por la Fundación Mexicana para la Salud y el Comité de Diálisis y Trasplantes, algunos médicos sin experiencia en el manejo de pacientes en terapia intensiva opinaron que el diagnóstico de muerte cerebral puede confundirse con otros cuadros de coma, mientras que por su parte, los especialistas de terapia intensiva aclaran que los criterios y protocolos existentes permiten con toda seguridad descartar otras patologías.

Al respecto, señala el Dr. Arturo Dib Kuri, director del Registro Nacional de Trasplantes: "No podemos confundir la muerte cerebral con algún otro cuadro de coma o estado cataléptico. El paciente con estado cataléptico es el que simula estar muerto sin estarlo. Son casos anecdóticos en la historia, ya no hay catalepsia, vamos, ya no hay porque la muerte se certifica con muchos elementos muchísimo más completos que antes, porque antes sólo se tomaba el pulso y decían 'ya está muerto' y ahora tenemos otros elementos para certificar la pérdida de la vida; lo que pasa es que en el estado de catalepsia la frecuencia cardíaca baja, el corazón empieza a latir muy despacio y no es perceptible el pulso, baja la presión arterial y por eso se confundía con la muerte. Además son casos de uno en un millón, por esos casos se dispone en nuestra legislación lo de velar cadáveres antes de enterrarlos,

no existe la catalepsia actualmente, y si existe hay muchos elementos para NO confundir el diagnóstico, hay trabas incluso para que esto "brinque", se note. Puede haber por ejemplo reflejos espinales pero muy temprano después de la muerte, reflejos medulares que desaparecen después de las 6 horas posteriores al fallecimiento, pero los trasplantes vinieron además a ayudar, porque para certificar la muerte cerebral es obligatorio en nuestro país, que haya ausencia de reflejos cerebrales y medulares además, que aunque no tienen nada que ver los ponen como un exceso de precaución, como abogado del cadáver, y además piden un estudio electroencefalográfico firmado por dos médicos neurólogos distintos a los que vayan a intervenir en el trasplante y además en donde se certifique que no hay actividad eléctrica en el cerebro, lo cual ya con los más completos diagnósticos obliga a que el estudio de la muerte se haga perfectamente y no quede duda alguna. Y es tan seguro este diagnóstico que no hay ninguna posibilidad que nos equivoquemos. Todo se lleva por muchos controles en México, y de hecho no se dona un órgano en el país si no hay comunicación con nosotros."²¹

21 DIB KURI, Arturo. Director del Registro Nacional de Trasplantes. Secretaría de Salud. México.

Por todo lo expuesto, se concluye que a pesar del sinnúmero de opiniones en contra y que atacan incluso la reforma que disminuye el lapso de espera para certificar la pérdida de la vida y disponer de los órganos de un cadáver, ésta fue muy atinada si se toma en consideración que en la actualidad el elevado desarrollo de las ciencias médicas permite certificar la pérdida de la vida en menor tiempo que hace algunas décadas o algunos años, hay que recordar simplemente que en los primeros tiempos en que existió el hombre, era necesario esperar a la putrefacción del cadáver para poder declarar que la persona había muerto, idea muy retrógrada para seguirla aplicando actualmente, se puede certificar la pérdida de la vida en el instante mismo en que se presenten los signos de muerte exigidos, sin necesidad de que éstos prevalezcan 6 horas, sino 2, 1 ó incluso minutos.

III.4. LA DISPOSICION ILICITA DE ORGANOS.

En este apartado se estudiará lo que la Ley General de Salud vigente considera como disposición ilícita de órganos y las sanciones que impone de realizarse el ilícito.

En su artículo 320, la Ley General de Salud intenta definir la disposición ilícita de órganos, y se afirma que "intenta" puesto que no pasó de ser eso, un mero intento de definición, ya que muy por el contrario de sus demás disposiciones que no pueden criticarse como se pretendía al inicio del presente trabajo, este artículo en especial sí, pues no tiene el alcance que debería ni señala por lo menos con qué acciones o en qué casos específicos se estaría frente a una disposición ilícita de órganos, y para comprobar este dicho se transcribe íntegramente el precepto jurídico en cuestión.

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

como puede observarse, el artículo no hace más que considerar disposición ilícita la que se realice en contra de la ley y el orden público, y no obstante con que en la ley no se definen los actos ilícitos tampoco lo hace en su reglamento, pues revisados y estudiados que fueron sus 136 artículos, en ninguno de ellos se hace mención a lo que es la disposición ilícita de órganos y en qué casos se estaría frente a ella. No existe, incluso, norma técnica alguna que regule este aspecto. De hecho, salvo los cuatro artículos que aparecen en el título décimo octavo de la Ley General de Salud, referente a las medidas de seguridad, sanciones y delitos, el legislador deja al más amplio criterio de cada persona, la interpretación de su artículo 320 y lo que quiera entender o considerar como disposición ilícita de órganos.

Los artículos de referencia son los siguientes:

Artículo 461. "Al que saque o pretenda sacar del territorio nacional órganos, tejidos y sus componentes de seres humanos vivos o cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud, se le impondrá prisión de uno a ocho años y multa por el equivalente

de diez a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si el responsable fuere un profesional de la salud, a la pena anterior se añadirá suspensión en el ejercicio de su profesión u oficio hasta por cuatro años."

"Artículo 462. Se impondrán de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate:

I. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos y sus componentes, cadáveres o fetos de seres humanos, y

II. Al que comercie con órganos, tejidos incluyendo la

sangre, y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más, en caso de reincidencia."

"Artículo 462-Bis. Al responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permita alguno de los actos a que se refieren las fracciones I y II del artículo anterior o no procure impedirlos por los medios lícitos que tenga a su alcance, se les impondrá de tres a ocho años de prisión y multa por el equivalente de veinte a

ciento cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además, suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más en caso de reincidencia."

Como puede apreciarse, estos cuatro artículos al igual que el 320 del mismo ordenamiento que se ha venido estudiando, caen también en el error de contemplar la "ILICITUD" en la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, sin determinar en qué consiste tal ilicitud.

En un intento de subsanar dicha deficiencia, la sustentante ofrece al lector sus opiniones, esperando sean tomadas en cuenta y apoyadas, para que en un futuro se llegue a legislar debidamente lo referente a delitos en materia de disposición de órganos, y a contemplarse incluso como un capítulo o título especial en el Código Penal para el D.F.

Los juristas coinciden en que lo lícito es el hecho que no es contrario a las leyes de orden público, la moral o las buenas costumbres. A contrario sensu por ilícito debe entenderse entonces aquél hecho o conducta realizado en contra de las leyes jurídicas, la moral o las buenas costumbres.

Hablar de la ilicitud de los actos dispositivos de partes del cuerpo con fines terapéuticos implica referirse a todos aquéllos actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos que, legal y moralmente, no son admitidos porque conllevan ya la pérdida de la vida, ya un daño irreparable para la salud física o mental del disponente y representan un gran riesgo para la salud del mismo o aún incluso del receptor.

Por ello, de cierta forma se encuentran contemplados, aunque muy somera y dispersamente, los actos que presuponen un ilícito, un ataque a las leyes sanitarias y morales que protegen al individuo y su integridad corporal. De tal suerte que la Ley General de Salud sienta las bases para una eficaz y completa legislación sobre los delitos en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, al prohibir terminantemente realizar el trasplante de un

órgano único esencial para la conservación de la vida y no regenerable de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo.

Entre otros aspectos, prohíbe el comercio de órganos, su internación o salida del territorio nacional, y cualquier obtención, conservación o utilización ilícita de órganos. En tal orden de ideas, hay que entender por disposición ilícita toda aquella que se realice contraria a como lo exige la Ley General de Salud, a saber: que los actos dispositivos representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante originario y del receptor y siempre que existan justificantes de orden terapéutico; que los resultados de las investigaciones realizadas al respecto sean satisfactorios, que no sea posible utilizar órganos o tejidos obtenidos de cadáveres, etc.

No obstante lo anterior, los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos no serán del todo lícitos si no se cumple antes con lo especificado en cuanto a la manifestación de la voluntad, a la capacidad de donante, a la gratuidad del acto y a las demás formalidades fijadas por la propia ley.

Así pues, se puede concluir que aunque la Ley habla de la licitud e ilicitud de los actos de disposición, lo hace muy dispersa y confusamente dejando grandes lagunas al momento de interpretar la ley, por lo que se hace evidente la necesidad de un tipo penal bien definido, en el que se contemplen todos y cada uno de los elementos del delito que permitan encuadrar cierta conducta antijurídica al tipo penal de que se trate, y en consecuencia, poder sancionar dicha conducta.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Por lo que hace a las legislaciones - extranjeras estudiadas, se concluye que son semejantes a la mexicana, sin embargo, se destacan la Francesa y la Colombiana; la primera de ellas por seguir un criterio - muy opuesto al plasmado en las demás legislaciones, toda vez que acepta el consentimiento presunto en los trasplantes post-mortem, facultando a los médicos para disponer de órganos aún cuando la persona no hubiere expresado su consentimiento en vida, restándole, por lo tanto, autoridad a los familiares del de cujus para objetar o aceptar la disposición de órganos.

Por otra parte, la legislación Colombiana otorga una serie de derechos a los donantes, como el de disponer de órganos similares a los que ellos donen, cuando éstos o sus familiares los necesiten; o el de ser exonerados de un 50% de los costos que genere el trasplante - al que hayan de someterse; derechos éstos que bien valdría fueran analizados y adoptados por las leyes sanitarias - de México.

SEGUNDA.- La disposición de órganos no puede ni debe considerarse como un derecho del Estado, sino como uno personalísimo y propio de cada individuo, toda vez - que el cadáver no es propiedad común, ni del Estado, --

ni de institución alguna que lo represente, en la inteligencia de que la persona es dueña de su propio cuerpo, - aún después de la muerte y, en todo caso, los únicos facultados para determinar si se dispone o no del cadáver, son los familiares del de cujus.

TERCERA.- Anteriormente existían diversos criterios para determinar la pérdida de la vida, actualmente, con la evolución de la humanidad y los avances médicos - de la época, el criterio para determinar la pérdida de la vida es único y certero: el coma irreversible.

CUARTA.- Debido a la complejidad que implica el hablar del coma irreversible se han suscitado un sinnúmero de discusiones y contradicciones en torno a este tema, por lo que se hace evidente e indispensable difundir información veráz, con buenos fundamentos médicos, para -- que tanto los grupos especializados (médicos, abogados, legisladores, etc.) como la comunidad en general, logren comprender el verdadero significado e importancia de la muerte cerebral o coma irreversible y los múltiples beneficios que otorga la aceptación de este criterio en los casos de disposición de órganos.

QUINTA.- El criterio de muerte plasmado en los - artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, es uniforme al que se sigue universalmente, por contar con los -- elementos más avanzados científicamente para determinarlo, y que dejan un margen de error de cero, permitiendo a los profesionistas médicos certificar en un lapso más

corto de tiempo y con toda certeza, el momento en que una persona ha dejado de ser tal para considerarse un cadáver.

SEXTA.- En la actualidad ya no es necesario esperar ni 12 ni 24 horas para determinar la pérdida de la vida, ya que con los aparatos científicos y médicos de la época, se puede determinar en muy corto tiempo; razón por la cual se reformaron estos lapsos de espera, de 24 horas que manejaba el Código Sanitario de 1973, a las 12 horas que exigía la Ley General de Salud antes de la reforma sufrida en 1991, que disminuía las 12 horas a tan sólo 6 horas de espera que, junto con el estudio electroencefalográfico, son signos suficientes para determinar la pérdida de la vida.

SEPTIMA.- En la Ley General de Salud, el artículo 320, contempla la disposición ilícita de órganos, pero no define en realidad, las conductas que conllevan a la materialización del ilícito, por lo que la actual legislación debería prestar mayor atención en este punto y encuadrar los actos que provocarían la disposición ilícita de órganos.

OCTAVA.- Es urgente la existencia de un tipo penal bien definido en el cual se contemplen todos y cada uno de los elementos del delito que permitan encuadrar cierta conducta antijurídica con la disposición ilícita de órganos y en consecuencia poder sancionar tal conducta.

NOVENA.- Es necesario que en un futuro se llegue

a legislar debidamente lo referente a delitos en materia de disposición de órganos, y a contemplarse incluso como un capítulo o título especial en las leyes penales mexicanas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

STUART, F.P., VEITH, F.J. & CRANFORD, R.E.
Brain death laws and patterns of consent to remove
organs for transplantations from cadavers in the
United States and 28 other countries.
Edited by Professional Medical Publications.
N.Y., U.S.A.
1981.

CIBA FOUNDATION SYMPOSIUM.
Ethics in Medical Progress.
Edited by G.E.W.
London, England.
1966.

J. DOLL.
Le droits de l'homme devant la vie et la mort.
Editorial Besançon.
Paris, France.
1974.

SANTIAGO DELPIN, Eduardo.
Trasplante de órganos.
Editorial Salvat.
México, D.F.
1987.

GUTIERREZ Y GONZALEZ, Ernesto.
El patrimonio pecuniario y moral de las personas.
Derechos de la personalidad.
Editorial Cájica.
1979.

Fundación Mexicana para la Salud. A.C.
Donación de órganos en México.
Talleres editores de la S.S.
México, D.F.
1990.

TESIS

CAMPOS RABAGO, Raúl.
El trasplante de órganos y tejidos en el ser humano
y su problemática jurídica.
Talleres de Impreso Franco.
Universidad de Guanajuato.
Guanajuato, Gto. 1973.

MARTINEZ VALADEZ, Luis Alfredo.
Los trasplantes musculares.
Gutierrez Editores.
Universidad Nacional Autónoma de México.
México, D.F. 1955.

PEÑA GASTELUM, Guadalupe Armida.
El trasplante de corazón a la luz del Derecho Penal.
Talleres editores Villa.
Universidad Autónoma de Guadalajara.
Guadalajara, Jal. 1974.

TELLEZ TREJO, Teófilo.
Los trasplantes de corazón y algunos aspectos
médico-legales.
Editorial Imagen.
Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
San Luis Potosí, S.L.P. 1974.

ARREOLA RODRIGUEZ, Fernando.

El trasplante de órganos humano.
Editorial Impresos Muñoz.
Universidad Autónoma de Guadalajara.
Guadalajara, Jal. 1970.

LEGISLACION

Diario Oficial, Bogotá D.E. Colombia.
2 de febrero de 1982.
Secretaría General del Ministerio de Gobernación.
Año CXVIII N° 35936
Colombia, 1982.

Diario Oficial de la Federación.
Lunes 14 de noviembre de 1988.
Norma Técnica 323 referente a la disposición de órganos
y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos.
México, 1988.

Diario Oficial de la Federación.
Jueves 23 de marzo de 1989.
Bases de coordinación que celebran la Secretaría de Salud y
la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
México, 1989.

Diario Oficial de la Federación.
Viernes 28 de septiembre de 1990.
Reformas y adiciones a la Norma Técnica 323.
México, 1990.

Diario Oficial de la Federación.
Lunes 23 de diciembre de 1991.
Bases de coordinación que celebran la Secretaría de Salud y
la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
México, 1991.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
11 febbraio, 1986.
Parte prima, Anno 127º Nº 34.
Italia, 1986.

Ley General de Salud.
Editorial Sista.
México, 1992.

Legislación vigente en materia de salubridad y disposiciones conexas.
Servicios coordinados de Salud Pública en el Estado de México.
Editorial Morelos.
México, 1979.

Registro Oficial, Quito Ecuador.
Organo de Gobernación del Ecuador.
Año IV Nº 916.
Ecuador, 1988.

Repertorio Cronológico de Legislación.
15 de diciembre de 1984.
Tomo 5, Aranzandi.
España, 1984.

REVISTAS

WASMUTH, C.E. & STEWART, B.H.
Medical and Legal Aspects of human organ transplantation.
Cleveland-Marshall Law Review.
Lawyers Cooperative Publishing, Co.
Cleveland, U.S.A.
1965.

WATSON, Alan.

Legal transplants and law reforms.
The Law Quarterly Review.
Vol. 92, January.
England, 1976.

GRENOUILLEAU, J.B.
Commentaire de la loi N° 76-1181 du 22 decembre, 1976
relative aux prélèvements d'organes.
Recueil Dalloz Direy.
30eme. cahier.
Du 14 septembre, 1977.
France, 1977.

HOMOLOCOVA, Alena.
Bulletin of czechoslovak law.
Vol. 20 N° 3 y 4.
Czechoslovak, 1981.

QUIROZ QUARON, Alfonso.
Revista de Derecho Penal Contemporáneo.
N° 29, Enero y Febrero.
México, 1968.

REYES MONTERREAL, José María.
Revista General de Legislación y Jurisprudencia.
Problemática jurídica de los trasplantes de órganos.
Año CXVIII N° 3, Marzo.
España, 1969.

TOBEÑAS CASTAN, José.
Revista General de Legislación y Jurisprudencia.
N° 3 Tomo LVIII 2a. época.
España, 1970.

TORRES TORRIJA, José.
Revista Criminalia.
Algunas consideraciones sobre la autopsia médico-legal.
México, 1964.



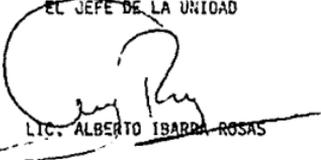
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES
ARAGÓN
UNIDAD ACADÉMICA

En atención a su solicitud de fecha 2 de junio del año en curso, por la que se comunica que la alumna GABRIELA HERNÁNDEZ SEGURA, de la carrera de LICENCIADO EN DERECHO, ha concluido su trabajo de investigación intitulado "EL TRANSPLANTE DE ORGANOS ILÍCITO", y como el mismo ha sido revisado y aprobado por usted, se autoriza su impresión, así como la iniciación de los trámites correspondientes para la celebración del Examen Profesional.

Sin otro particular, le reitero las seguridades de mi atenta -
consideración.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
San Juan de Aragón, Edo. de Méx., Junio 3, 1994.
EL JEFE DE LA UNIDAD



LIC. ALBERTO IBARRA ROSAS



c c p Rodolfo Bribiesca Yáñez, Asesor de Tesis.
c c p/Interesada.

AIR*eam.