



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

APROXIMACIONES AL DERECHO SOCIAL DE LA
SALUD, EN RELACIÓN CON EL PROBLEMA DE LA
DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

T E S I S

QUE PRESENTA

SERVANDO MORALES MONGES

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

ASESOR: DR. MARIO RAMÍREZ RANCAÑO



MÉXICO

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

APROXIMACIONES AL DERECHO SOCIAL DE LA
SALUD, EN RELACIÓN CON EL PROBLEMA DE LA
DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

T E S I S

QUE PRESENTA

SERVANDO MORALES MONGES

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

ASESOR: DR. MARIO RAMÍREZ RANCAÑO



MÉXICO

2006

A CONSUELO DEL PILAR

A ROSALINDA

A CIELITO BOLÍVAR

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	5
▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
▪ JUSTIFICACIÓN	10
▪ OBJETIVOS	11
I	
GENERALIDADES	
1. Derecho a la salud. Nociones	12
2. Los imponderables de la obligación	17
II	
MÉXICO. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
1. Breves aspectos históricos	21
2. Organización. Esbozo	27
3. Desempeño	30
III	
LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL	
1. Panorámica	33
2. Las alternativas ante el déficit de donadores	38
3. La experiencia española	41
4. La situación argentina	45
5. Otros aspectos de la Región latinoamericana	47

6. México. Las instituciones rectoras del proceso	51
7. La infraestructura hospitalaria. Unidades calificadas	52
8. Las reglas a cumplir. EL CENATRA	56

IV

LA DONACIÓN EN EL CENTRO

1. Problemas principales	59
2. Tipos de donación	61
a) Donador expreso	62
b) Donador tácito	63
3. La jurisprudencia renovadora	64
4. Sobre los registros del CENATRA	79

V

LA CONCIENCIA SOCIAL EN LA DONACIÓN

1. Los conflictos éticos en la práctica clínica	86
2. Bioética y legalidad	88
3. Criterios religiosos sobre la donación	90
4. Algunas acotaciones vernáculas sobre la donación	96
5. Aspectos indispensables para la concientización	99

VI

RETOS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES DEL PRESENTE

1. Atención de prioridades y sus obstáculos	104
a) Los trasplantes deben vincularse al desarrollo económico y social	104
b) Reducir rezagos que afectan a los pobres	106
c) Esforzarse en proporcionar calidad y "calidez" en los servicios	109
d) Apoyar financieramente a quienes requieran un trasplante	112
e) Fortalecer el papel rector de la SS y el CENATRA	114
f) Ampliar la participación ciudadana y la libre elección en el proceso	117
CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	126

PRESENTACIÓN

El presente trabajo obedece al propósito de abordar, a través de un ejercicio de exposición necesariamente fragmentario, un problema ubicado en el campo de la medicina social, esto es, en la esfera de los servicios públicos de salud proporcionados por el Estado mexicano, y por tanto enmarcados en la estructura del Sistema Nacional de Salud de nuestro país. Nos referimos específicamente al área configurada por el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos de origen humano, cuya ejecución y adecuado desarrollo es determinante para la sobrevivencia de miles de individuos de todos los sectores y niveles sociales.

Es obvio que si nuestro estudio se propone lograr un acercamiento sustantivo y crítico de esta realidad, es indispensable que el perfil básico de dicho proceso contenga los elementos suficientemente representativos que en cierta medida faciliten conocer conceptualmente, y aun ilustrar por la vía práctica, la organización y estructura que sustentan sus procedimientos. El conjunto de acciones que de ellas derivan, son la materia medular de este ensayo.

En la consecución de este objetivo genérico, cabe señalar en principio que el desarrollo de dicha práctica rehabilitatoria entraña una serie de colindancias sociológicas, jurídicas, éticas, religiosas y psicológicas, entre las más ostensibles. Tal entramado exige considerar ideas, sentimientos,

prejuicios y enfoques impregnados de subjetivismo, que previsiblemente enrarecen el planteamiento de casos y conducen a cancelar decisiones que podrían ser benéficas.

Es de señalar que pese a la seria preocupación que el problema de donación-trasplante suscita en no pocos profesionales del sector salud y de otras áreas afines de nuestro país, el dilema parece transcurrir sin mayor inquietud o relevancia en el ánimo colectivo, situación confirmable por el hecho manifiesto del leve impacto social que hasta ahora puede percibirse. Este diagnóstico podría fundamentarse en el desconocimiento general del problema –en primer término–, que explicaría –o explica– la ausencia de concientización y sensibilización de la gente. En un segundo o tercer planos quedarían, quizá, la deshumanización, la falta de solidaridad o la responsabilidad social, consideración que será puramente hipotética mientras no se aplique una encuesta metódica y sociológicamente mensurada.

Ligado a este último aspecto cabe señalar que el interés personal por el tema surgió a partir de experiencias circunstanciales originadas en el ámbito médico-clínico, y particularmente en su área de Trabajo Social, ambos servicios ubicados en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Los primeros contactos derivaron de mi colaboración con algunos especialistas de la división de trasplantes, quienes solicitaron mi apoyo para el cuidado y procesamiento editorial de ponencias, conferencias,

artículos y textos diversos que confiaron a mi supervisión. Este constituyó un acercamiento provechoso eventualmente revisitado.

El quehacer de Trabajo Social, por su parte, representó una vivencia regular propiciada por relaciones profesionales y familiares, las cuales facilitaron el acceso a muchos pormenores de la problemática en cuestión, ya que la naturaleza de esta actividad en el medio hospitalario consiste en el trato directo y cotidiano con los usuarios de los servicios médicos. Es un trabajo clave y prácticamente indispensable –sobre todo cuando se desempeña con aptitud y profesionalismo– ya que la comunicación inmediata con las personas posibilita detectar aspectos familiares íntimos, muy importantes y aprovechables en su mejor sentido; esto porque a menudo afloran hechos y circunstancias que confluyen hacia la donación de órganos, tanto de vivos como de fallecidos. Las diversas oportunidades en que fue posible acompañar a la trabajadora social para gestionar la donación de órganos de un moribundo, o bien a la entrevista con familiares de un muerto cerebral o definitivamente fallecido con el mismo objetivo, fueron vivencias muy sensibles y aleccionadoras respecto a la interrelación y comportamiento de los agentes participantes.

Finalmente, la experiencia más reciente acerca de este problema gira en torno de nuestro actual desempeño laboral en la Suprema Corte de Justicia. El contacto permanente con la reflexión jurídica ejercida por los

más altos especialistas en las distintas ramas del derecho, vía nuestra función destinada principalmente a procurar el aligeramiento de la densidad tecnicojurídica de textos y a su depuración formal, su revisión incidió en un espacio humanístico que había permanecido legalmente restringido en perjuicio de numerosos dolientes terminales. Miles de personas estaban impedidas de acceder al beneficio de un trasplante, cuando el órgano procedía de un donante sin lazos de consanguinidad o ajeno a su familia. Un caso de queja reiterada –que exponemos posteriormente– detonó un proceso acumulativo que la Corte Suprema acogió y resolvió favorablemente al interés del quejoso.

La Ley relativa se modificó, ampliando horizontes y posibilidades; ha dado margen a que estructura, organización y funcionamiento del subsector salud correspondiente adecuen y optimicen procedimientos y acciones viables a partir de la nueva legislación.

Estas breves noticias sobre el tema trazan el esquema que pretende seguir el presente trabajo, cuyas motivaciones primarias incentivaron finalmente la idea de traer a discusión un problema público que hasta hoy tiene mucho de tópico privado.

INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances científicos y tecnológicos experimentados en el campo de la salud, y ante las grandes expectativas que estos logros han generado particularmente en el área de los trasplantes de órganos en seres humanos, hoy se confirma cada vez más la eficacia de esta alternativa en el alivio de padecimientos crónicos y terminales. De aquí deriva el reto que nuestro país enfrenta para lograr soluciones justas y equitativas para los problemas de salud que sufre nuestra población. Por ello es que en los últimos años, el sistema mexicano de salud se ha dado a la tarea de replantear sus modelos y su organización, seleccionando estrategias y procedimientos médicos acordes con los tiempos que corren.

El presente trabajo intenta desarrollar un acercamiento realista al sector salud de nuestro país a través de una descripción general del sistema y sus implicaciones más directas con el derecho social a la salud. El interés particular es establecer las derivaciones y responsabilidades específicas respecto al proceso de donación y trasplante de órganos, y examinar los aspectos más relevantes de la problemática que entraña la

donación, confrontada con la demanda de una población creciente que requiere de un trasplante.

Aproximación implica esencialmente no hacer un análisis a profundidad del sistema y de las múltiples y complejas funciones y responsabilidades que le son inherentes. Este enfoque significa necesariamente un esquema resumido, general y descriptivo, aunque en realidad la frontera entre descripción e investigación no está tan clara. La idea es reflejar con veracidad un esbozo de la realidad sanitaria de nuestro país, muchas de cuyas prácticas, como es comprensible, se apoyan en la experiencia de acciones instrumentadas en otras latitudes.

Si bien es cierto que las soluciones no son intercambiables y no se pueden pretender recetas universales, es valioso observar los problemas propios a la luz de la experiencia internacional en programas ya puestos a prueba con resultados provechosos.

No obstante la delicada naturaleza y los peculiares elementos que intervienen en la modalidad terapéutica de los trasplantes, el monto de su inversión inicial se estima como la más económica y de mejores resultados para combatir estas graves dolencias. Además, en muchas ocasiones constituye el único recurso para enfrentar tales adversidades; ello naturalmente ha inducido un incremento en la demanda del procedimiento.

Como puede inferirse, la dinámica impuesta por la necesidad ya ingente de este tipo de intervenciones, ha dado lugar a un desequilibrio cada vez mayor entre los pacientes en lista de espera y los donantes efectivos, cuya disponibilidad no alcanza a satisfacer la demanda de atención médica. De esta suerte, en nuestro país se observa un escenario de proporciones preocupantes como resultado de varios factores concurrentes que es pertinente puntualizar:

- a) el incremento en la esperanza de vida, desarrollado paralelamente a una transición epidemiológica apoyada en el progreso de la farmacología y los procedimientos diagnósticos, con impactos favorables en los patrones de morbilidad y mortalidad;¹
- b) la transformación demográfica experimentada en las últimas décadas, derivada principalmente de esos resultados espectaculares que han incidido en la disminución de las tasas de mortalidad, y
- c) el impacto de estos avances médicos y las expectativas que generan en los casos específicamente relacionados con padecimientos crónicos degenerativos irreversibles, repercutiendo en un significativo crecimiento en la práctica de trasplantes.

Ahora bien, estos cambios obligan al establecimiento de programas nacionales, regionales y locales, encaminados a dar respuesta oportuna

¹ "Evolución y perspectivas de los trasplantes de órganos y tejidos en el IMSS", documento de la Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación Nacional de Trasplantes, pp. 5, 6, México, marzo 2003.

y eficaz a estas exigencias de salud, considerando que una instrumentación de apoyo de estas dimensiones implica la asignación de grandes recursos económicos, de organización administrativa y preparación de personal de salud. Esto es entendible porque la práctica del trasplante configura un prototipo del trabajo en equipo en el sistema de salud: a los aspectos de recursos humanos capacitados en niveles de excelencia, debe agregarse la habilitación de equipos e infraestructura tecnológica, la investigación y desarrollo científico, además de otros elementos que desempeñan una función estratégica, a saber, los aspectos éticos, psicológicos, sociales y legales que se involucran en sus procedimientos.

Debe subrayarse el papel determinante que tiene la participación activa de la sociedad, sin la cual es difícil esperar soluciones exitosas a este reto por la sobrevivencia. De ahí que lograr la cooperación ciudadana sea decisiva en la planeación de esta iniciativa de naturaleza eminentemente humanitaria, cuyo buen desarrollo está concebido en función del beneficio directo de la sociedad.

Finalmente, cabe señalar que se ha hecho el esfuerzo por manejar la información más actualizada sobre el tema, de suerte que los datos estadísticos y legales han sido en buena parte emitidos por las respectivas fuentes oficiales en el presente año. Significa que su vigencia y posibilidad de proyectar acciones a futuro guardarán validez por algunos años.

Planteamiento del problema

Contemplado constitucionalmente como parte del derecho social a la salud, el trasplante de órganos y tejidos es una práctica rehabilitatoria que ha beneficiado a miles de personas en nuestro país. Constituye un recurso que alienta grandes expectativas de incorporación a una vida social y productiva para muchos pacientes afectados de enfermedades en las que existe un daño irreversible. Sin embargo, la aplicación amplia, satisfactoria y equilibrada de esta alternativa plantea numerosos problemas de carácter material, organizativo, ético y legal que se conjuntan con un aspecto de capital importancia en el proceso de obtención de órganos para trasplante: la prácticamente inexistente cultura de la donación, que facilite y coadyuve a instrumentar programas dirigidos a su cumplimiento. Por ello, es preciso indagar y precisar el perfil y función que correspondería desempeñar a la participación social en este contexto, reconociéndola como una de las variables decisivas del curso a seguir por esta empresa, la cual debe apelar al esfuerzo y previsión del Estado, al apoyo profesional de instituciones del sector y de diversas organizaciones civiles.

Justificación

La justificación del presente estudio se sustentaría en la necesidad de identificar, con base en análisis documental, en información estadística del sector salud y en bibliografía seleccionada y reciente, los elementos básicos que configuran el problema de la donación, en el cual puede preverse intervienen al menos tres factores principales:

- a) Los medios empleados, hasta ahora insatisfactorios, para detectar posibles donantes, vivos y cadavéricos, ya que para desarrollar programas de trasplante es preciso considerar la existencia de un sistema paralelo de obtención de órganos, donde el pilar fundamental es el proceso de donación.
- b) Que los criterios de aceptación de un posible donante sean fácilmente adecuables, es decir, cada vez más flexibles, facilitando así el proceso de donación.
- c) La prevalencia de mitos, creencias, escepticismo, desconfianza y otras actitudes irracionales que dificultan un consenso favorable hacia la donación.

En rigor, se intenta un ejercicio de exploración teórico-práctica en torno de una problemática apenas abordada en la experiencia nacional sobre el área, y hasta hoy de insuficiente impulso en el sistema mexicano de salud.

Objetivos

El objetivo de este ejercicio de observación crítica es intentar clarificar de manera genérica el problema de la donación de órganos para trasplante, por la identificación de los elementos fundamentales que la rodean e intervienen en su obtención. Busca poner a reflexión sus resultados, de forma que puedan sugerir criterios que coadyuven a delinear estrategias promotoras de la cultura de la donación, o bien a fortalecer y complementar acciones ya emprendidas con este fin.

I

GENERALIDADES

1. Derecho a la salud. Nociones

Las sociedades contemporáneas han otorgado reconocimiento a la protección de la salud partiendo de la base del derecho a la vida. Si aceptamos que ese derecho así admitido tiene una connotación de derecho absoluto o natural, es obvio que su ejercicio y satisfactorio cumplimiento está muy lejos de una realidad razonable y práctica. Por el contrario, su viabilidad depende de las condiciones y posibilidades de una sociedad.

Es, por tanto, un derecho fundamental cuya acotación real se da en "lo que está" asentado en la ley constitucional. No podría ser de otra manera, puesto que el conjunto de obligaciones positivas asumidas por el Estado respecto de este derecho social le dan su sentido y significado, estableciendo sus alcances y limitaciones. Con toda claridad lo define Luigi Ferrajoli: "La división [...] entre derechos de libertad (o "derechos de") y derechos sociales (o "derechos a") [radica en que] los primeros corresponden a prohibiciones y prestaciones negativas, y los segundos, a obligaciones y prestaciones positivas del Estado".

² Abundando en esta línea de razonamiento, Ferrajoli expresa que:

Hay que reconocer que para la mayor parte de tales derechos sociales, nuestra tradición jurídica no ha elaborado técnicas de garantía tan eficaces como las establecidas para los derechos de libertad. Pero esto depende sobre todo de un retraso de las ciencias jurídicas y políticas, que hasta la fecha no han teorizado y ni diseñado un Estado social de derecho equiparable al viejo Estado de derecho liberal, y han permitido que el Estado social se desarrollase de hecho a través de una simple ampliación de los espacios de discrecionalidad de los aparatos administrativos, el juego no reglado de los grupos de presión y las clientelas, la proliferación de las discriminaciones y los privilegios y el desarrollo del caos normativo.³

Es obvio que en sentido positivo debe entenderse el amplio contenido que el derecho a la salud tiene en el discurso jurídico internacional y local, esto es, tanto en la que se antoja vasta e inabarcable definición de la Organización Mundial de la Salud: "...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad";⁴ connotación ésta puntualmente derivada de su fuente primigenia, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, de cuyo amplio catálogo pueden desglosarse muy

² Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías, la ley del más débil*, Ed. Trotta, Madrid, 1997, pp. 28-30.

³ Ferrajoli, *Derecho y razón*, Ed. Trotta, Madrid, 1997, pp. 915 y ss.

⁴ Organización Panamericana de la Salud, "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", documentos básicos, Washington, 1991, p. 23.

diversos aspectos específicos de cada uno de ellos.⁵ De estas fuentes seminales toman directrices propias las diversas legislaciones de Latinoamérica y Europa.

Así, no obstante que en la Constitución mexicana de 1917 se establecieron garantías individuales y sociales, fue hasta 1983 que se incorporó en el artículo 4° el derecho a la protección de la salud, esto en consecuencia con la ratificación por nuestro país, en 1981, de importantes instrumentos internacionales, entre ellos:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966)

De esta suerte, el párrafo tercero del artículo 4° constitucional dice a la letra: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.⁶

En su oportunidad, y de acuerdo con esta prescripción constitucional, la Suprema Corte de Justicia señaló que el artículo 4° ha sido reconocido como una norma programática, es decir, que establece las directrices que

⁵ ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

⁶ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (Rev. y actualizada por Miguel Carbonell) artículo 4o., i. 3º, Porrúa, México, p. 10, 2006.

debe seguir el legislativo al momento de reglamentar su contenido, así como los lineamientos que al respecto deben inspirar los programas de gobierno. De tal manera que el derecho subjetivo que proclama que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” está subordinado, en cuanto a su goce y ejercicio, a la regulación secundaria, así como a las condiciones económicas y sociales que permitan su efectividad práctica.

Por ello es que además de establecer este derecho social, el Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud en 1984. En ella se asume que la atención otorgada a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad, señalando como finalidades el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida. Asimismo, en una fracción consigna el impulso que debe otorgarse a la investigación científica y tecnológica, así como a la enseñanza para la salud.⁷

En el mismo año de 1984 se creó el Registro Nacional de Trasplantes como organismo responsable de vigilar el apego a la normatividad en la materia: la expedición de licencias sanitarias, la autorización para el internamiento o salida de órganos del país, controlar las disposiciones

⁷ Suprema Corte de Justicia, *Ley General de Salud*, art. 2o., fracc. VII., México, 2006.

hechas y trasplantes realizados, además de llevar registro de los pacientes en espera de trasplante.

Es pertinente señalar algunas funciones generales que prescribe esta ley, entre ellas: ser elemento moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; ser el medio por el cual el gobierno adopte las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología, y garantizar la equidad en la prestación de servicios.

A su vez, en el mismo código se determinan funciones específicas que es importante destacar: sancionar toda conducta perjudicial para la salud; ejecutar programas y servicios para fomentarla; regular la asignación de los recursos; sistematizar la participación de la sociedad, y vigilar la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.

En el esbozo necesariamente sintético de este marco conceptual pueden apreciarse los elementos que dan contenido a los servicios de salud, esto es: "...todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad".

2. Los imponderables de la obligación

El perfil que interesa a nuestro tema es aquel configurado por las obligaciones legales tendientes a asegurar la atención médica y la asistencia social una vez producida o manifiesta la afectación a la salud, es decir, “el derecho a la atención o asistencia sanitaria”, cuyo contenido implica, entre otras previsiones, la compleja tarea de planificar y prever recursos de diversa naturaleza –que ya dijimos son principalmente presupuestarios– indispensables para llevar a cabo su satisfacción.

Es en este punto que la realidad social y económica del país impone restricciones a este derecho humano que el mandato de la ley no puede superar. Es fácil comprender que el derecho a la salud, como amplio capítulo de los derechos sociales (la educación, la vivienda, el trabajo, nivel digno de vida, recreación y esparcimiento, etcétera) esté sujeto a las asignaciones presupuestales del Estado, estimadas a través del Poder Legislativo, en cuyo procesamiento intervienen factores —reales y de compromiso— que influyen en la jerarquización de necesidades. Así, el nivel de cobertura queda librado a la determinación política y a la discrecionalidad del Estado dentro del esquema de ejecución de sus políticas en la materia.

Las asignaciones financieras para la atención médica en el sector público han resultado en niveles bajos de gasto per cápita, en particular para quienes no pertenecen al sistema de la seguridad social. Y el débil

desempeño en términos de los objetivos del sistema de salud también refleja la fragmentación institucional existente en el área de atención médica, e ineficiencias en el ámbito de los prestadores de servicios. Este menor desempeño es un factor que limita el desarrollo de la capacidad productiva de la economía.

El incremento en la cobertura y calidad de la atención sanitaria, particularmente para los grupos desfavorecidos, es un reto crucial para el gobierno mexicano. El progreso en esta área requerirá de un aumento importante en los recursos asignados al sector salud, así como de una reducción de la inequidad en la canalización del financiamiento, tanto entre estados como en el interior de cada entidad federativa.⁷ (cuadro 2)

Es inobjetable que una política sanitaria adecuadamente desarrollada depende de partidas presupuestales suficientes. Pero la ley del presupuesto no es una cuestión que pueda considerarse en términos de justicia, lo que obviamente no favorece a los justiciables, quienes en demanda de una prerrogativa sólo exigen el reconocimiento y ejecución de un derecho.

Cuadro 1

Gasto Público destinado a la salud en México, 1995 - 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total (miles de millones de pesos)	290.4	403.4	528.1	600.6	711.2	864.7	937.2	1078.9

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2001 y 2002 a) *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*, México.

Cuadro 2

Población cubierta y gasto por persona cubierta en México, 2002

	Gasto por programa (pesos corrientes, '000)	Cobertura	Gasto per cápita (pesos corrientes)
Ramo 12 ²	20 127 347	50 507 097	399
Ramo 33	27 411 293	50 507 097	543
Gasto estatal en salud ³	10 000 370	50 507 097	198
Total federal y estatal	57 539 010	50 507 097	1 139
Imss	91 020 087	40 930 315	2 224
Issste	15 101 493	9 128 315	1 654
Pemex	5 671 721	599 1208	9 467
Total seguridad social	111 793 301	52 532 867	2 128
Total sector público	169 332 311	103 039 964	1 643

Fuente: Secretaría de Salud (2004) *Boletín de Información Estadística, México, 2002*.

² El gasto en el Ramo 12 incluye: Unidades Administrativas centrales, Estados Federales, Organismos descentralizados, Órganos desconcentrados, Seguro Popular, Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud y Comunidades Saludables.

³ Incluye aportaciones estatales a partir de ingresos por transferencias (Ramo 28) y recursos propios de los Estados.

El Poder Judicial debe enfrentar de muchas maneras las consecuencias de la restricción de las mencionadas asignaciones que son determinadas por otro órgano del Estado, pero por principio de cuentas, en su esfera de responsabilidades y decisiones debe reconocer y admitir la vigencia y efectividad de ese derecho social.

Por tal razón se impone legislar específicamente acerca de estos artículos de "garantías difusas", cuya formulación en la ley constitucional se asienta de manera vinculada con otros derechos —enunciados *supra*— dentro del artículo 4° de nuestra Carta Magna. Tales dilemas motivan que

también, de vez en cuando, constituyan materia de discusión por parte del legislativo mexicano.

Cuadro 3

Desglose del gasto en salud por tipo de institución y servicio

Gasto público y privado en				
	Gasto del gobierno general (no incluye seguridad social)	Gasto de la seguridad social (SS)*	Seguro privado	Gasto de bolsillo
Servicios de hospitalización	43.0%	83.1%	59.5%	19.4%
Servicios de salud externa	12.2%	n.d.	n.d.	43.1%
Medicamentos (fármacos)	0.6%	n.d.	3.6%	37.5%
Servicios preventivos y de salud pública	20.6%	n.d.	n.d.	n.d.
Administración de salud y aseguramiento de salud	23.6%	16.9%	36.9%	n.d.
Total	100%	100%	100%	100%

n.d.: no disponible

* Gasto es seguridad en servicios de hospitalización, también incluye servicios para pacientes externos y medicamentos. No se cuenta con desglose para estos rubros.

Fuente: OECD (2004e) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Mexico, National Health Accounts, 2001

II

MÉXICO. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Breves aspectos históricos

En la tercera década del siglo XX, las instituciones mexicanas matrices y emblemáticas de la Revolución Mexicana habían cobrado identidad y cierta solidez. La ideología consolidada por el Maximato Callista les imprimió un sello nacionalista impulsado con vigor estatizante, lo cual ubicó la prestación de los servicios de salud como una política de Estado financiada por el mismo. En 1917 se había creado el Departamento de Salubridad Pública, que conjuntaba organizaciones heterogéneas, desorganizadas y en manos de instituciones religiosas y de caridad, naturalmente voluntarias. El entorno político y económico permitía atender con dificultad la higiene de zonas urbanas y combatir enfermedades contagiosas.⁸

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, que conjuntamente con el Departamento citado, coordinaron la prestación de los servicios de salud de los distintos proveedores. Se protegió a la

⁸ *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de Salud*, México, Secretaría de Salud, 2005.

población infantil, los trabajadores del Estado y la milicia. También se atendió a cooperativas rurales vinculadas con el gobierno y se construyeron centros de salud en zonas urbanas y algunas ubicaciones clave en zonas rurales.

En 1943 se estableció formalmente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), fusionando a sus antecesoras, ampliando su cobertura a la población pobre y estableciendo una política general de salud pública. Prestaba servicios en los estados a través de oficinas de coordinación (Servicios Sanitarios Coordinados). Al mismo tiempo se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para administrar los esquemas de seguridad social y de salud dirigidos a sindicatos y trabajadores de sectores específicos. Algunos otros servicios del ramo incluyeron grupos independientes del IMSS, como los militares, petroleros y burócratas.⁹

Formalmente, en 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un paquete de servicios semejante al del IMSS, incluyendo prestaciones monetarias y en especie.

La situación ocupacional y la capacidad de pago determinaron un nuevo perfil o carácter de las instituciones públicas de salud, porque estos factores ocasionaron que entraran en juego distintos grupos socioeconómicos: sindicatos, burócratas y grupos urbanos, entre otros. El

⁹ *Loc. cit.*

Estado empezó a asignar mayores recursos y acceso a los servicios según el peso político y económico de los trabajadores organizados en zonas urbanas, pues tenían una función clave en el sostenimiento de la estabilidad política y el desarrollo económico. Los autoempleados, trabajadores informales y de zonas rurales pasaron a estar sin cobertura del sistema y a depender de la SSA, la cual era financiada únicamente por el gobierno federal. En cambio los sistemas de la Seguridad Social eran financiados por un convenio tripartita entre patrones, trabajadores y gobierno. Así se generó un desequilibrio de recursos, pues las limitaciones de la SSA, quien atendía los servicios con escasas asignaciones y sujeta a los cambios de política, la condujo a la menor calidad de los servicios, entre otras consecuencias.

El Sistema de Salud financiado tripartitamente pudo expandir sus servicios aun en épocas de dificultad. Concentró los servicios con alta especialización en las zonas urbanas; en las rurales los servicios estaban a disposición de la producción exportadora y comercial y pertenecían a sindicatos y grupos con actividad política; mientras, el campesinado disperso fue dejado a la atención deficiente y sin ninguna protección social.

En la década de 1960 los desequilibrios en el acceso a la atención médica se acentuaron. Algunas medidas anunciadas como ampliación de cobertura no se cumplieron, y fueron escasos los trabajadores temporales

y rurales acogidos en el IMSS, ampliándose la lucha entre “derechohabientes” y la llamada “población abierta” o no asegurada (era atendida por la SSA).¹⁰

En la década siguiente (1970) se crearon otros segmentos para dar acceso a los servicios de menor calidad a nivel básico, por medio del esquema llamado IMSS-COPLAMAR; después se llamó IMSS-Solidaridad y posteriormente IMSS-Oportunidades, en esta ocasión orientado a servicios de salud a población de zonas marginadas, urbanas y rurales, operado por el IMSS pero financiado por el gobierno.

Durante los 80 se intentó dar mayor coherencia a la política de salud con la idea de mejorar los servicios y su cobertura en todo el sistema nacional. Se instrumentó la coordinación intersectorial entre la SSA y el SS. Se procedió a la descentralización administrativa hacia los Estados, integrando todos los programas y oficinas del sector salud en el país. La operación resultó más una delegación de funciones que una descentralización integral: sólo 14 estados se involucraron en el proceso.¹¹ Se estableció un Gabinete de Salud, otorgando a la SSA la responsabilidad del diseño y coordinación de la política nacional en la materia (1983).

Una enmienda constitucional de ese mismo año reconocía y otorgaba a cada persona el derecho a la protección de la salud, generando como

¹⁰ *Ibid.*, p. 23

¹¹ *Idem.*

consecuencia la Ley General de Salud (LGS). La SSA cambió su denominación a Secretaría de Salud.

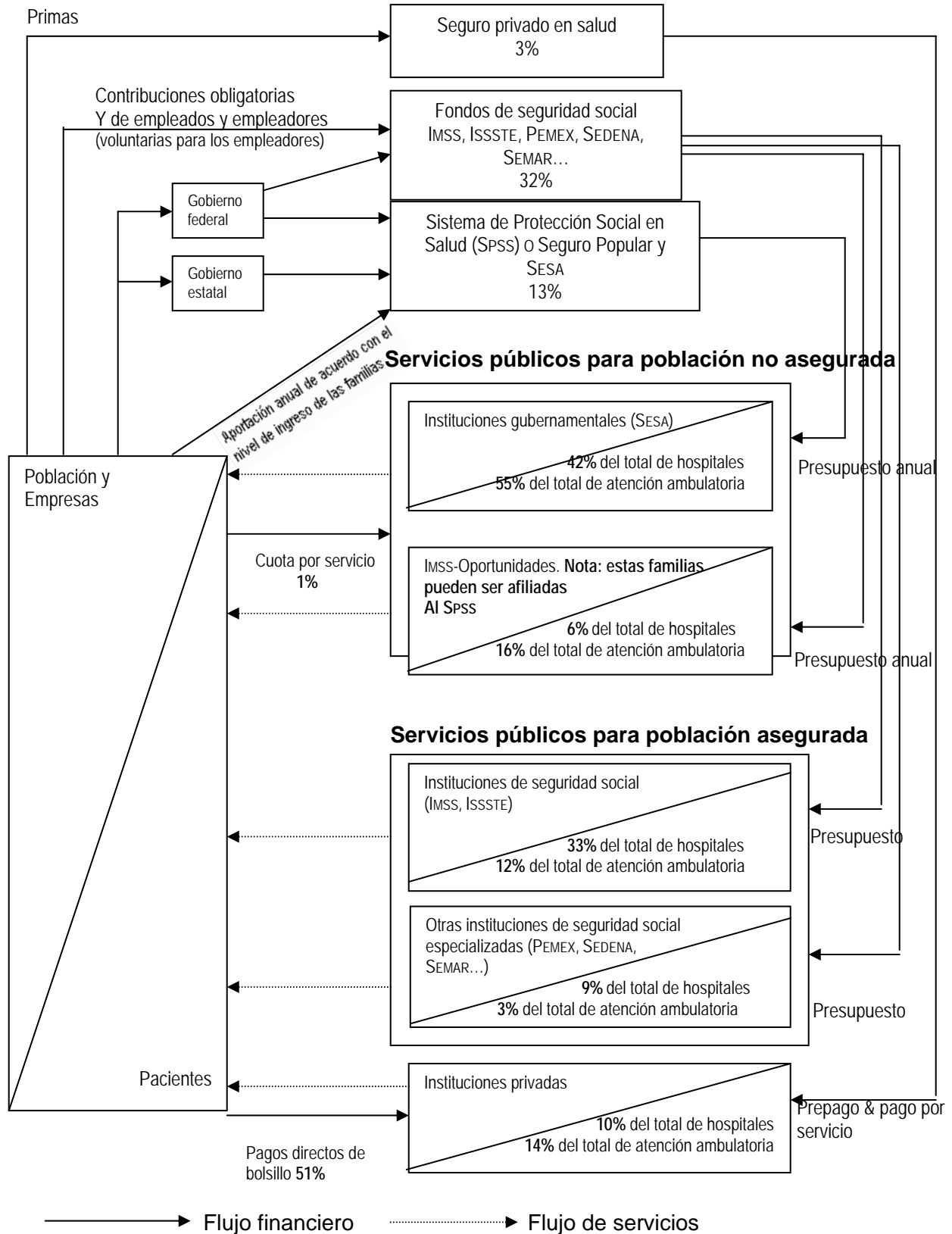
En 1990 se impulsaron varias reformas. Se transfirieron más funciones y responsabilidades a los Servicios Estatales de Salud (SESA). En 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud (CNS) a fin de coordinar el diseño de políticas entre los Estados y la Federación. El gobierno formuló también un Plan de Reforma para el Servicio de Salud 1995-2000; se incluyó un Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), y paralelamente, a principios de esta década, un “programa de lucha contra la pobreza” (Solidaridad); su nombre cambió a Progresá y hoy se llama Oportunidades (el cual incluye un componente de salud).¹²

La última instrumentación del gobierno actual se refiere al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que pretende garantizar la cobertura universal de los servicios de salud, apoyando la situación financiera de quienes no están cubiertos por la seguridad social.

Todos estos esquemas últimamente mencionados no han contribuido sustantivamente a responder y satisfacer las necesidades para las que fueron concebidos. Su eficacia sólo ha sido parcial, y es obvio que se requieren muchas más acciones y cambios efectivos.

¹² *Idem.*

Cuadro 4
El sistema de salud en México, flujos principales 2003



SESA = Servicios Estatales de Salud.

Fuente: Secretaría de Salud (2004), *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

2. Organización. Esbozo

El Sistema Nacional de Salud (SNS) comprende a todas las instituciones y las dependencias de la administración pública, federal y local, al igual que los organismos de los sectores privado y social que prestan servicios de salud. El objetivo del SNS se centra en cumplir con el mandato de la Constitución mexicana que establece el derecho de la población a gozar de esa protección, entendida como una garantía tutelada por el Estado.

En el sistema existen una estructura y organización de carácter vertical proyectado para atender a distintos sectores de la población, así como un selectivo subsector privado, de mucho peso e importancia, que en su mayoría no está regulado. Las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores asalariados del sector formal. Se estima –esto es, aproximadamente– que las personas que contribuyen con estas últimas instituciones y sus dependientes representan la mitad de la población. La Secretaría de Salud, que atiende a la población no cubierta por la seguridad social, tiene descentralizada la mayor parte de la oferta de servicios para estos grupos. Las entidades federativas operan sus propios sistemas de salud, los cuales se distribuyen en hospitales y clínicas públicas. Existen grandes disparidades entre estados en términos de disponibilidad de recursos per cápita, situación que se refleja en la

capacidad y calidad de los servicios de atención médica, con particular efecto en el acceso y disponibilidad básica en zonas rurales.¹³

En general, las instituciones públicas, sean estatales o de seguridad social, prestan servicios de salud prácticamente en todos los niveles en sus propios establecimientos. Igualmente, se tiene la percepción generalizada de que las entidades estatales ofrecen servicios de menor calidad en relación a las de seguridad social, lo cual evidenciaría el hecho de que los recursos asignados por familia a las instituciones de seguridad social son casi dos terceras partes mayores a los que se asignan a servicios estatales.

Como particularmente ilustrativa del funcionamiento deficiente del sistema, hay que señalar que el personal médico y de enfermería son trabajadores asalariados en todas las instituciones, lo que no favorece la eficiencia. Pero una gran cantidad de médicos ejerce la práctica privada (una proporción importante de ellos, por lo regular especialistas, lo hacen en forma complementaria a su trabajo institucional), sustentada en el cobro de honorarios por sus servicios, lo que en términos personales equilibra sus percepciones como profesionistas.

¹³ Secretaría de Salud, *Estudios de la OCDE México*, pp. 20 y ss., 2005.

Cuadro 5

Profesionales de la salud generales y especialistas

	Total sector público	Total población no asegurada	Secretaría de Salud y Sesa	Imss-Oportunidades*	Total población asegurada por instituciones de seguridad social	Imss	Issste	Pemex
Médicos practicantes	92 277	58 269	53 341	4 928	34 008	17 004	14 755	2 249
Generales	30%	27%	30%	n.d.	34%	37%	26%	41%
Especialistas	38%	30%	30%	n.d.	45%	43%	53%	54%
Otros**	32%	44%	40%	n.d.	21%	20%	22%	5%
Personal de enfermería	186 042	82 950	76 137	6 813	103 092	80 520	19 887	2 685
Generales	41%	42%	45%	n.d.	41%	41%	39%	43%
Especialistas	11%	6%	6%	n.d.	15%	13%	23%	14%
Otros	48%	52%	48%	n.d.	44%	46%	37%	43%

n.d.: no disponible

* La mayoría de los médicos del Imss-Oportunidades (78% de todos los médicos practicantes) son "pasantes" (estudiantes no graduados quienes finalizaron sus cursos y están realizando sus prácticas en un hospital con el fin de obtener el grado de médico general) mientras que 87% del total del personal de enfermería son auxiliares.

** Otros incluyen, en el caso de los médicos practicantes, pasantes, internos y dentistas; mientras que en el caso del personal de enfermería se refiere sobre todo a auxiliares.

Fuente: Secretaría de Salud (2004a) *Boletín de Información Estadística*, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

El sector hospitalario privado provee alrededor de una tercera parte del total de camas de hospital en el país. Esta oferta se concentra en las ciudades más grandes en los estados con mayores recursos, de manera que casi la mitad de los establecimientos hospitalarios privados se encuentran en la Ciudad de México. El sector privado comprende un mercado casi sin regulación en el que los usuarios pagan los servicios directamente de sus bolsillos, regidos al arbitrio de tarifas impuestas por

un mercado en que los seguros de gastos médicos personales incluyen una proporción muy limitada de la población. Se calcula que este pago de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud.¹⁴

La falta de capacidad y la percepción de baja calidad en el sector público han conducido a que la demanda se desplace hacia el sector privado, donde la cobertura es limitada. Tal configuración de los servicios crea desigualdades profundas en el sector, situación cuyo impacto, como es lógico, se experimenta con mayor intensidad entre la población asegurada y no asegurada; entre la que tiene acceso a un servicio especializado de alta calidad y aquella muy distante de esa cima piramidal.

3. Desempeño

Como ya se dijo, México ha registrado mejorías sorprendentes en la esperanza de vida y una reducción notable en las tasas de mortalidad, ambas observadas a partir de la década de 1950. Los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas, pero se ha incrementado la participación de enfermedades crónicas y las relacionadas con el estilo de vida. No obstante este progreso, nuestro país está muy por debajo de la mayoría de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

¹⁴ Secretaría de Salud, SICUENTAS, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, 2004.

Económico (OCDE), organismo internacional compuesto por una treintena de miembros al que nuestro país se incorporó en 1994. Por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil en niños menores de 5 años son las segundas más altas de la Organización, después de Turquía; es uno de los pocos países dentro de la misma que no logra la cobertura universal —o casi— del aseguramiento en salud; el nivel del gasto público total en salud es de 45 % por ciento (2002), lo que representa un promedio muy bajo respecto de los estándares de la OCDE ¹⁵ (Cuadro 6). Adicionalmente, es notoria la desigualdad que se registra entre los estados ricos del norte y los estados más pobres del sur, en todos aspectos: cobertura, eficiencia, gasto y condiciones generales de salud. La barrera más significativa consiste en las serias dificultades que deben enfrentar los grupos desprotegidos para acceder a los servicios dependientes de la Secretaría de Salud y a los respectivos servicios estatales, circunstancias que contribuyen a su empobrecimiento.

Finalmente, la explicación que dan los analistas internacionales sobre los bajos niveles de eficiencia del sistema de salud mexicano comprende una serie de irregularidades, entre ellas: la coexistencia de un gran número de instituciones integradas de manera vertical, y la inexistente separación o la heterogeneidad imperante entre usuarios y prestadores de servicios; las dificultades en la coordinación de políticas en

¹⁵ *Estudios de la OCDE*, pp. 12, 21, 34.

un entorno descentralizado; la falta de desarrollo de la capacidad administrativa y de gestión entre las instituciones descentralizadas, y la debilidad de los incentivos financieros asociados con los mecanismos de pago de servicios, que no permiten la productividad y la calidad.¹⁶

Cuadro 6
**Financiamiento público del gasto total en salud
en los países de la OCDE, 1970-2002**

Participación pública en el gasto total en salud (%)					
	1970	1980	1990	2000	2002
Alemania	72.8	78.7	76.2	78.8	78.5
Australia	62.7	63.0	62.5	68.7	n.d.
Austria	63.0	68.8	73.5	69.6	69.9
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	70.5	71.2
Canadá	69.9	75.6	74.5	70.4	69.9
Corea	n.d.	n.d.	37.4	47.6	52.1
Dinamarca	n.d.	87.8	82.7	82.5	82.9
España	65.4	79.9	78.7	71.5	71.4
Estados Unidos	36.4	41.5	39.6	44.4	44.9
Finlandia	73.8	79.0	80.9	75.1	75.7
Francia	75.5	80.1	76.6	75.8	76.0
Grecia	42.6	55.6	53.7	53.9	52.9
Hungría	n.d.	n.d.	n.d.	70.7	70.2
Irlanda	81.7	81.6	71.9	73.3	75.2
Islandia	66.2	88.2	86.6	83.6	84.0
Italia	n.d.	n.d.	79.3	73.7	75.6
Japón	69.8	71.3	77.6	81.3	n.d.
Luxemburgo	88.9	92.8	93.1	89.7	85.4
México	n.d.	n.d.	40.4	46.5	44.9
Noruega	91.6	85.1	82.8	85.0	83.5
Nueva Zelanda	80.3	88.0	82.4	78.0	77.9
Países Bajos	n.d.	69.4	67.1	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	91.7	70.0	72.4
Portugal	59.0	64.3	65.5	69.5	70.5
Reino Unido	87.0	89.4	83.6	80.9	83.4
República Checa	96.6	96.8	97.4	91.4	91.4
República Eslovaca	n.d.	n.d.	n.d.	89.4	89.1
Suecia	86.0	92.5	89.9	84.9	85.3
Suiza	n.d.	n.d.	52.4	55.6	57.9
Turquía	37.3	27.3	61.0	62.9	n.d.
<i>Promedio*</i>	<i>70.3</i>	<i>75.3</i>	<i>72.6</i>	<i>72.2</i>	<i>72.8</i>

n.d.: no disponible

*El promedio incluye todos los países disponibles con datos razonablemente completos durante el periodo analizado.

Fuente: OECD (2004c) *OECD Health Data 2004*, 2a. edición.

¹⁶ Lac. cit., pp. 115 y ss.

III

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

1. Panorámica ¹⁷

En una época en que el tratamiento con drogas o de cirugía rehabilitadora no es esperanzadora en términos o casos de fallas orgánicas en situaciones límite, la técnica del trasplante se ha posicionado como la opción a seguir en aproximadamente 25 tipos de trasplante de órganos y tejidos, además de la utilización de huesos, cartílagos, células, etcétera, en todo el mundo.

Como ya se ha comentado, una de las consecuencias de estos avances en la medicina de vanguardia es que la demanda acrecentada de este tratamiento no puede ser cumplida adecuadamente.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, en menos de diez años (de 1988 a 1997) las solicitudes de trasplante (de toda clase) aumentó de 12,786 a 20,672, aumentando igualmente sus listas de espera. Esta demanda ha sido el detonante para intentar el empleo de órganos de origen animal —o xenotrasplantes— incluyendo en sus programas de salud numerosas

¹⁷ Miranda B and R. Matesanz, "Internacional Sigues in Transplantation. Setting the Scene, Flagging up the Most Urgent and Controversial Sigues", NY'98 Workshop, Annals of the New Cork Academy of Science, vol. 862, 1998. La mayoría de los datos citados se tomaron de la edición en inglés de *Xenotrasplantation, Internacional Policy Issues*, publicada por la OECD Proceedings, 1999.

investigaciones que exploran estas posibilidades que, en rigor, plantean muchas dificultades para lograr la compatibilidad y homologación orgánica; además, los resultados obtenidos en los últimos intentos de transferencias quirúrgicas no han sido alentadores, dado el lapso de sobrevivencia de los receptores que es apenas mínimo.

El caso de Canadá es igualmente preocupante para el gobierno y los responsables del sector salud, que tienen que enfrentar la emergencia de más de 3500 canadienses en espera de un trasplante. El 30 por ciento de ellos corre el riesgo de morir antes de que surja un donador de órgano. Por ello, en Canadá no es raro tener que esperar hasta tres años para encontrar un donante, lo que ocasiona que muchos pacientes mueran esperando.¹⁸

“En Europa Occidental había en la misma época 40 mil pacientes en espera de un riñón (que es comúnmente la operación más solicitada) mientras el número de donadores permanecía estable en alrededor de 5 mil en los últimos cinco años.

“En Francia, con 4,401 pacientes en espera de un riñón en 1997, sólo se pudo atender a 1,690 casos debido a la escasez de donadores. En el mismo año contaba con una tasa de donación de aproximadamente 15 órganos por millón de habitantes, esto es, la mitad de los que contaba España en el mismo año: 30 por millón de habitantes”.¹⁹

¹⁸ *Loc. cit.*

¹⁹ *Loc. cit.*

El déficit de donadores, en general, ha ocasionado un incremento en los registros de fallecimiento de personas en lista de espera. Así, sólo en los Estados Unidos, durante el periodo mencionado (1988-1997), la cifra fue de 1,502 en 1988 a 3,916 en 1996.²⁰

El de Japón es un caso igualmente dramático. En 1964 se realizó el primer trasplante de riñón; para 1995 había practicado 12,408 y 290 de hígado. Para el primer caso utilizó 8,908 donadores vivos y 3,500 cadavéricos. Sin embargo, sus necesidades llegan a tal punto que ha informado en el XVI Congreso Mundial sobre el tema, que sufre el deceso de 4 de cada 5 personas por día, de los que esperan un trasplante.²¹

La falta de órganos ha originado una búsqueda desesperada de los mismos. Los pacientes están dispuestos a viajar, a cambiar de país e incluso a olvidar ciertos reparos éticos para conseguir un órgano. Si se añade que en nuestro tiempo —y prácticamente en toda sociedad— el dinero compra casi todo, se llega a una situación en que los ricos hacen todo lo posible por conseguir un órgano a costa de lo que sea. Hechos reales o ficticios, no se puede negar esta dimensión de la realidad, de suerte que no es infrecuente escuchar (aunque conceptual y técnicamente sea difícil concretar esa eventualidad) una serie de versiones sobre la existencia del tráfico de órganos.²²

²⁰ *OECD Proceedings, xenotransplantation. International policy Issues*, OECD publications, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16 France, pp. 15-18, 1999.

²¹ *Idem.*

²² R. Matesanz, "Tráfico de órganos: hechos ficciones y rumores", en *Nefrología*, núm. 6, 1994.

A este respecto, muchas organizaciones médicas e instituciones internacionales se han opuesto sistemáticamente a la compra de órganos de personas vivas o a la retribución económica a parientes de donantes fallecidos. En 1994 la Asociación Médica Mundial resolvió "Se condena toda compra y venta de órganos humanos para fines de trasplante". Igualmente la Organización Mundial de la Salud estima que estas operaciones van en contra de la Declaración Universal de Derechos Humanos;²³ de igual forma se pronunció el Consejo de Europa en 1987. Todas las organizaciones exhortan a que los países persigan y no consientan estas actividades.

No obstante, se ha demostrado la existencia de estas actividades ilícitas en el comercio ilegal de la India y China. En la India, este comercio era legal hasta 1995. A pesar de todas las críticas de las instituciones de salud internacionales, estas prácticas se siguen dando. Según David Rothman, autor de *The International Organ traffic*, los vendedores son personas con grandes deudas y los compradores provienen de la clase media alta de la India, pero también hay compradores de Egipto, Kuwait y Omán.²⁴

"Esta venta ilegal se encuentra estructurada de manera que el jefe de nefrología del Hospital St John Medical College, de Bangalore, ha denunciado el ofrecimiento de riñones a precios desorbitados. Tras la

²³ OMS, *Legislative Responses to Organ Transplantation*, 1994.

²⁴ La verdad detrás del tráfico de órganos. ¿Cuánto cuesta el cuerpo humano?, Ciencia y Tecnología disponible en UL: <http://www.tampico2k.com/ciencia/tráficoórganos.htm>

denuncia se descubrió una amplia red de venta perfectamente estructurada”.²⁵

“En China, el otro país denunciado, se siguen vendiendo órganos de prisioneros ajusticiados. Según Human Rights Watch de Asia, de 2 mil a 3 mil órganos son extraídos cada año de cuerpos de personas ejecutadas. Como en algunos países se siguen dando casos de compraventa de partes corporales, investigadores del tema han calculado lo que se llega a pagar en el mercado negro por un órgano. Los precios mencionados son:

- Piel de las piernas de ejecutados chinos: 1,600 dólares.
- Intestinos en el mercado negro de Hong Kong: 400,000 dólares.
- Córneas de prisioneros chinos ejecutados: 4,800 el par. En Bombay se llega a pagar 1,600 por cada una.
- Corazón: en Bombay, 23 mil dólares por uno; hay trasplantes que cuestan 154 mil.
- Pulmones: la Tongjo University of Medical Sciences de China ha cobrado por realizar un trasplante de pulmón aproximadamente 127 mil dólares, de los que 6,700 corresponden directamente al órgano.
- Hígado: la revista *Stuff* asegura que en la India se hacen trasplantes clandestinos por unos 80 mil dólares; 8 mil corresponden al precio del órgano.

²⁵ *Loc. cit.*

- Riñones: según D.T. Rothman, en la India se llega a pagar entre 2,500 y 4,000 dólares por un riñón, de los cuales el donante recibe sólo 1,000 o 1,500.

Hace unos meses, dicen las mismas fuentes, un mensaje de Internet proveniente de Estados Unidos ofrecía riñones al precio de 126,000 dólares cada uno”.²⁶

2. Las alternativas ante el déficit de donadores

El panorama internacional en cuanto a la disposición de órganos para trasplante es universal: se sufre una gran deficiencia que se trata de estrechar por medios alternativos. Además de los procedimientos de obtención que ya hemos mencionado: donación tácita y expresa, consentimiento familiar y legal, donador identificado y relacionado, centros hospitalarios descentralizados y coordinadores de acciones, etcétera, se ha pensado incluso en recurrir a incentivos financieros. Este último recurso está descartado —presupuesto por la vía legal—, de manera que no admite discusión.

Todos los países están de acuerdo en que la donación debe ser un acto voluntario, consentido y aprobado por todos los que intervienen en una operación de este tipo. Sin embargo, pese a lo exitoso de muchos programas como el español y de la eficiente infraestructura que se ha

²⁶ *Idem.*

venido construyendo en los países avanzados, la demanda para conseguir donadores está aún distante de ser satisfecha. Según los expertos Miranda y Matesanz, la reserva potencial de donadores no podría superar la cifra de 50 donadores por millón de habitantes.²⁷

Esta situación generalizada es la que ha inducido al aprovechamiento de donadores alogénicos (es decir, de personas ajenas al paciente) de carácter voluntario, espontáneo y no lucrativo, en primer término, lo cual ha representado un real y efectivo avance para resolver esta amplia brecha entre donación-trasplante. Pero hoy se prueba ya, desde hace algunos años, la alternativa del trasplante xenogénico, es decir, la procedente de diferentes especies animales, que prácticamente ha disparado los intentos y pruebas dirigidos a su implantación humana. Conejos, cerdos, cabras, chimpancés y otros primates, han sido objetos — o sujetos— de prácticas para resolver esta carencia. Sin embargo, hasta ahora los resultados no han sido alentadores, pues la rápida muerte de los órganos —y de los pacientes— de origen animal y la incompatibilidad celular y otras dificultades fisiológicas, han derivado en el abandono casi total de estas prácticas.

A finales de 1998 se celebró una reunión internacional en Nueva York (The Workshop NY'98) con el fin de discutir y formular opiniones en torno de las políticas a seguir en este vasto horizonte, en el seno

²⁷ Miranda, B. and R. Matesanz, "The potential organ donor pool. International figures in organ donation for transplantation", NY998 Workshop, *Annals of the New York of Science*, vol. 862. pp. 128-135, 1999.

institucional de la OCDE.²⁸ Algunas de las cuestiones planteadas fueron, por ejemplo, ¿De qué tamaño se podrán considerar los costos para la sociedad de las enfermedades graves y el papel que podrían tener los xenotrasplantes? En realidad, las respuestas sobre estos costos son ya conocidos, dado lo difícil de atender satisfactoriamente dolencias como la sustitución de riñón, hígado o corazón. Pero según los argumentos que favorecen los órganos no humanos y el desarrollo de investigaciones sobre ellos son todavía confusos, porque el esquema exige la investigación simultánea de mecanismos que garanticen la salud pública y se ofrezcan procedimientos seguros; y todas estas investigaciones requieren la inversión a muy altos costos, trabajos que no se sabe cuanto tiempo pueden llevar para alcanzar una solución exitosa, y que una vez iniciados deben mantenerse.

3. *La experiencia española*²⁹

España introdujo en 1990 un sistema de procuración de órganos basado en una red descentralizada consistente en equipos médicos y de enfermería entrenados específicamente en el proceso de donación de

²⁸ OECD, *op. cit.*, "International Issues in Transplantation Biotechnology Including the Use of Non-Human cells, Tissues and organs", p. 73.

²⁹ OECD *Proceedings...*, p. 19.

órganos, que registraba desde la identificación del donador hasta el órgano recuperado. En la práctica, cada hospital tiene asignado un cuerpo de personal médico y de enfermería que únicamente se dedican a la obtención de órganos. Esta modalidad ha sido aplicada exitosamente, logrando superar problemas relacionados con el entrenamiento inadecuado, *v.gr.*, fallas en la identificación de donadores, desgaste de órganos, o indisposición y rechazo para lograr el consentimiento de los parientes o personas cercanas al fallecido. Este procedimiento ha logrado un importante aumento en la tasa de donación de órganos.

La coordinación es la clave en esta empresa que se apoya en tres estrategias: i) coordinación por parte del hospital de la serie de actividades que desarrolla el *staff* que lleva a cabo la recuperación de órganos; ii) coordinación de las actividades descentralizadas de las comunidades o regiones autónomas (existen 17 en el país) a través de congresos y encuentros nacionales, y iii) coordinación de acciones multidisciplinarias que involucran a autoridades públicas, asociaciones de pacientes, medios masivos, clerecía, etcétera.³⁰

La red de coordinación es la más densa del mundo, contando hasta la fecha (2000) con 127 equipos de coordinación: la mitad de cada equipo está integrado por médicos que dedican el 95 por ciento del tiempo a esta

³⁰ *De Tras Plantes*, Revista del Centro Nacional de Trasplantes (Suplemento especial mayo-agosto, 2005). Entrevista con la Dra. Rosa Deulofeu Vilarnau, directora de la Organización Catalana de Trasplantes.

tarea y la mitad del personal la forman paramédicos, quienes dedican el 50 por ciento de su tiempo.

A partir de 1989 el porcentaje de obtención multiorgánica se ha incrementado de 30 a 83 por ciento. Tal aumento no puede atribuirse al incremento en los accidentes carreteros (que frecuentemente se citan como factor significativo que marcaría la alta tasa de obtención de órganos en España). Esto es fácil de mostrar porque en el mismo periodo los accidentes en carretera descendieron en 20 por ciento. Se tiene que señalar además, que el perfil del donante ha cambiado sustancialmente en unos cuantos años: la donación ha mejorado en todo tipo de hospitales, incluyendo a hospitales pequeños que no ofrecen el servicio de trasplante; éstos contribuyen con el 34 por ciento del total de órganos donados.³¹

La experiencia española en la concientización social en donación y trasplante de órganos tiene méritos para hacerle seguimiento y aprender de ella. Conseguir una adecuada conciencia social sobre el problema es un objetivo prioritario para convencer donantes. Con tales resultados se recomiendan actuaciones que propicien mejoras en la información y una adecuada motivación de la sociedad, que resultan en una actitud participativa y colaboradora. El trato dispensado por el personal sanitario puede crear cierta predisposición que termina siendo responsable de las diferentes tasas de donantes reales entre hospitales de características

³¹ <http://www.tecnociencia.es/especiales/trasplantes/5.htm#52>

similares. Esas tasas de detección de donantes y los porcentajes de negativas familiares son indicadores de cómo están en un momento dado las actitudes de los profesionales sanitarios. Por ello han sido frecuentes los estudios realizados en instituciones hospitalarias que les han permitido señalar, en diversos casos coincidentes, que la barrera intrahospitalaria es la clave para tener éxito en la detección de donantes. De aquí se desprende, afirman, la importancia de dos agentes dentro del ámbito hospitalario: el personal sanitario en general y el responsable de la entrevista de solicitud de donación.³²

³² *Loc. cit.*

Cuadro 7

Donantes por países

PAÍS	2000	2001
Alemania	1026	1073
Australia	195	180
Austria	194	191
Bélgica	256	222
Bulgaria	26	2
Canada	475	420
Chipre	5	
Croacia	12	32
Dinamarca	68	70
Eslovaquia	46	
Eslovenia	22	23
España	1345	1335
Estados Unidos	5984	6081
Estonia	27	14
Finlandia	103	88
Francia	1016	1066
Grecia	20	32
Holanda	202	187
Hungría	138	137
Inglaterra	845	777
Irlanda	845	68
Israel		59
Italia	880	988
Letonia	40	41
Luxemburgo	7	5
Malta	6	6
Noruega	79	65
Polonia	410	450
Portugal	194	202
R. Checa	175	172
Rumania	25	21
Suecia	97	108
Suiza	98	95
Turquía		89

Fuente: <http://www.tecnociencia.es/especiales/trasplantes/5.htm#52>

*4. La situación argentina*³³

Con motivo del Día Mundial de la Donación de Órganos, celebrado en 30 de mayo, en Argentina se hizo recuento de logros, avances y pendientes sobre la materia.

En 1920 se realizó el primer trasplante de tejido y en 57 el primero renal. A partir de los 80 tuvieron un gran impulso los trasplantes, culminando en 1993 con un trasplante de páncreas y en el 2000 con uno de intestinos.

“Las estadísticas actuales sobre donación no muestran un escenario propicio. Por ejemplo, uno de cada tres trasplantados renales se lo deben a un hermano, tío, padre o abuelo que decide donarle un riñón. Pero el tiempo de espera de un órgano de este tipo es de cinco años, lo que para un paciente avanzado en su dolencia resulta fatal.

“Según un estudio social llevado a cabo por una agencia consultora (D'alessio Harris), el 53 por ciento de los argentinos que no se deciden a donar órganos lo hacen por miedo, mientras que el 30 por ciento lo hace por desinformación, el 14 por cuestiones sentimentales y el 3 por cierto por motivos religiosos.

“Hay un dato central en cuanto a la donación de órganos: la educación y la concientización. Para eso el INCUCAI (el Instituto Nacional sobre la materia) puso en marcha algunos proyectos, algunos de los

³³ <http://pensandoenlavida.ar.tripod.com/DonacionSituacion.htm>

cuales ya tienen resultados, como el que se implantó el día de las últimas elecciones municipales, solicitando a cada votante, un momento antes de sufragar, decidiera si aceptaba suscribir un documento donde podía manifestar la voluntad de donar sus órganos. El resultado fue que en un día se alcanzó la cantidad de actas de donación que el Instituto consigue en un año: 122,000 personas se convirtieron en donantes potenciales".³⁴

Según el mismo Instituto, la concientización ha mostrado un ritmo creciente, logrando que la tasa de donantes por millón de habitantes se elevara del 13 por ciento en 1997 al 16 por ciento en 1999. Adicionalmente, la negativa familiar de donar en el momento del fallecimiento se ha logrado reducir en 26 por ciento en el mismo periodo.

Así, el sistema organizativo actual depende del INCUCAI, que coordina y apoya a los organismos jurisdiccionales ubicados en cada una de sus Provincias. En total el sistema agrupa a ocho regiones sanitarias que han sido delimitadas con el fin de efectuar la distribución equilibrada de órganos y tejidos. El Ministerio de Salud argentino considera que esta estructura asegura la interacción entre las jurisdicciones, respetando el complejo cuadro de circunstancias multifactoriales vinculado a las realidades regionales.³⁵

El programa de descentralización de los servicios es la base sobre la que se instrumenta la procuración y trasplante a nivel nacional. En el

³⁴ *Loc. cit.*

³⁵ <http://www.incucai.gov.ar>

fondo lo que se busca aplicar es el principio de la equidad, que subyace en toda política distributiva enmarcada por normas claras que aseguren la calidad y el manejo honesto de los trasplantes a lo largo del país.³⁶

5. Otros aspectos de la Región latinoamericana³⁷

Mientras en la década de los 90 se realizaron 20,800 trasplantes renales en Latinoamérica, que representa el 8.9% del total de trasplantes realizados en el mundo, en lo que va de la primera década del 2000 la cantidad ascendió a 63,818 es decir, en 12.7% del total de los operados en el mundo.

El 47% de los trasplantes en Latinoamérica se llevan a cabo con donante cadavérico y el 53% con donante vivo. En los últimos 23 años se observa una evolución que es positiva en el porcentaje de trasplantes cadavéricos: de 18% en el año de 1980 al 42% en el 90, 47% en el 2000 y 50% en el 2003. Se ha logrado una estabilización actual del 50% en trasplantes de ese origen.

En este escenario regional es importante destacar el caso de Uruguay, que presenta una tasa de donación similar al promedio europeo de 14.1% en 2002, 16.1% en 2003 y 19.3% en 2004. Estos resultados lo aproximan a la tasa de donación de Estados Unidos, de 22 pmp, superior

³⁶ <http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/archives/010186.html>

³⁷ <http://www.latinsalud.com/articulos/00218.asp>

al promedio europeo. Sin embargo, el 25% de las personas en lista de espera fallece al año esperando trasplante.

Significa que si bien se está marcando un desarrollo de políticas de donaciones más eficientes, aún son insuficientes si tomamos en cuenta la realidad europea, donde países como España, Francia, Italia y Portugal sobrepasan el 90% sobre el beneficio que se obtiene del donante cadavérico respecto al donante vivo. El número de donaciones que corresponde a fallecidos no alcanza a satisfacer la demanda —sobre todo de trasplantes renales—, por lo que se recurre al donante vivo a nivel mundial.³⁸

Otro aspecto del fenómeno de donación registrado en la Región latinoamericana se da en el Cono Sur con tasas de 7 donantes por millón; éste se considera un crecimiento importante en los últimos años, pues otros países del área muestran tasas de apenas 2 por millón.

Como hecho común en Latinoamérica se observa la creciente lista de espera para un trasplante, hecho que sabemos es universal, pues afecta a todo el mundo. En los casos de diálisis renal crónica, los registros para Latinoamérica y el Caribe cuentan con un 20% de pacientes en lista de espera y solamente la mitad tendrán oportunidad de operarse. Como consecuencia de esta alta demanda, y la escasez de donantes cadavéricos, muchos países con poca capacidad organizativa (Bolivia, Perú,

³⁸ *Idem.*

Centroamérica) en cuanto a donación de órganos, se ven obligados a recurrir a la opción del trasplante intervivos con el despliegue que debe hacerse para convencer a los presuntos donantes, pero también esta situación está provocando seria preocupación —sobre todo en países donde existe poca regulación—, porque crece el número de personas que están dispuestas a donar un riñón, aunque no exista relación de parentesco ni conocimiento del receptor, a cambio de alguna compensación.

Son múltiples las causas que determinan y marcan las diferencias importantes en el mundo. Comparando esta situación con la prevaleciente en los diferentes continentes, tenemos a Norteamérica con 20.7 donantes por millón de población; América Latina y el Caribe con 4.5%; África con 2.6%; Oceanía con 10.4%; Europa con 17,2% y Asia con 1.1% de donantes por millón de pobladores.³⁹

Un caso relevante es el de Brasil, donde se practica el 40% de los trasplantes de Sudamérica, y que junto con Argentina operan el 20% de trasplantes de hígado de donante vivo. En el 2004 participaron en Brasilia, en la XIX Reunión Nacional e Iberoamericana de Coordinadores de Trasplantes, representantes sanitarios de todas las naciones de la Región, en la cual se resumió la situación actual del problema en América Latina.

³⁹ <http://www.tecnociencia.es/especiales/trasplantes/5.htm#52>

La coincidencia de los especialistas fue unánime en el sentido de señalar que las grandes lacras de estas amplias zonas geográficas son la falta de cobertura sanitaria universal y la gran desigualdad social. Obviamente uno de los objetivos planteados prioritariamente fue acabar con esta situación.

Hace falta legislar esta práctica quirúrgica a la vez que intensificar los programas educativos y los esfuerzos de información y comunicación, pues aunque se registran avances, en Argentina, por ejemplo, se tropieza con la negativa familiar en un 60% respecto al donante fallecido, mientras que en Uruguay alcanza un 42%. La lucha se ha programado de manera permanente; no obstante, el trasplante de páncreas, por ejemplo, sólo se realiza en Brasil y Uruguay.

Es muy importante la asistencia técnica y el asesoramiento que los profesionales de España están brindando a todos los países latinoamericanos, principalmente con la exposición detallada de sus experiencias en el campo de los trasplantes y la estrategia de recuperación de órganos, estableciendo además acuerdos de colaboración que deben fructificar a corto y mediano plazos en el avance cuantitativo y cualitativo de los servicios.

Los resultados y posibilidades de donación indican claramente que es necesario impulsar la donación de órganos en las Américas. El potencial de donación de un país está calculado entre 30 y 40 donantes por millón de

personas, de acuerdo a datos internacionales y a la experiencia de países como España, que para estas fechas ya ha logrado alcanzar dichas metas.

6. México. Las instituciones rectoras del proceso

No es suficiente con enlistar los nombres o el número de las diferentes instituciones, organizaciones y otro tipo de entidades sociales, públicas o privadas, para definir el sistema. Tampoco se agota la tarea informando sobre el número de los hospitales y personal médico involucrado en esta actividad. En rigor, es más importante describir la manera en que se articulan, se regulan y trabajan todos sus componentes, con mayor o menor coordinación o armonía.

Lo que está claro es que esta desarticulación general del sistema hace necesario buscar una política común que unifique adecuadamente las acciones institucionales respetando el marco legal establecido, en nuestro caso específico lo prescrito en el título XIV de la Ley General de Salud "Donación, trasplantes y pérdida de la vida". Se trataría, en concreto, de instrumentar una serie de acciones encauzadas en un esquema de vinculación armónica regulada por un "programa maestro" de donación y trasplante de órganos.

Este es uno de los retos que enfrenta el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), que consiste en impulsar el desarrollo de un modelo de organización y funcionamiento del subsector, basado en un

diseño susceptible de evaluación y crecimiento constante, de manera que garantice la optimización del proceso en cuestión.

Es importante precisar el papel normativo que desempeña el CENATRA dentro de la organización integral del sector salud, pues se ubica en una posición aparte de las estrictamente operativas relacionadas con el trabajo médico quirúrgico. El modelo a que aludimos implica definir los objetivos generales y la descripción de los actores institucionales e individuales del denominado Consejo Nacional de Trasplantes, creado en 1999, y que dos años después, en mayo de 2001, dio lugar a su organismo operativo, el CENATRA. Ambas instituciones representan los cimientos de una organización nacional que se propone integrar el esfuerzo de todos los componentes del sistema de salud destinados a este campo. En su estructura y funcionamiento reside la posibilidad de optimizar los recursos disponibles, procurando una respuesta eficaz y justa a los miles de mexicanos cuya esperanza reside en un trasplante de órganos.

7. La infraestructura hospitalaria. Unidades calificadas

Ahora bien, después de más de 40 años de realizado el primer trasplante en México (un trasplante renal de donador vivo, realizado por los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont en octubre de 1963), actualmente se cuenta con 176 centros

de este tipo distribuidos en el territorio nacional. La mayor parte se encuentra localizada en el centro de la República.⁴⁰

Cuadro 8
Centros hospitalarios por estado y por tipo de trasplantes que realiza

Estado	Riñón	Corazón	Hígado	Córnea	Pulmón	Hueso
Aguascalientes	4			2		
Baja California Norte	10			3		
Baja California Sur	1					
Coahuila	2	1	1	4		
Colima						
Chihuahua	5			3		
Distrito Federal	27	6	9	26	3	1
Durango	3			1		
Estado de México	5	1	1	6	1	1
Guanajuato	5			3		
Guerrero				1		
Jalisco	12	1	3	9		2
Michoacán	3			5		
Morelos	1					
Nayarit	3			1		
Nuevo León	8	3	3	8	2	4
Puebla	6		1	5		
Querétaro	1			2		
San Luis Potosí	3			2		
Sinaloa	4	1		1		
Sonora	5			2		
Tabasco	3	1		1		
Tamaulipas	3					
Veracruz	2			1		
Yucatán	1			1		
Zacatecas				1		
Total	117	14	18	88	6	8

En el territorio nacional predominan los programas dedicados a trasplante renal con 117 programas establecidos en unidades hospitalarias.

Fuente: Registro Nacional de Trasplantes, septiembre, 2001.

⁴⁰ Secretaría de Salud, *Programa de acción: trasplantes*, México, pp. 49-53., 2001.

Para efectos de tipificación, y de acuerdo con criterios de distribución geográfica, de existencia de personal calificado en las diferentes especialidades de trasplante, de equipamiento e instalaciones hospitalarias así como de experiencia institucional, hasta el momento existen seis centros regionales de trasplantes multiorgánicos ubicados estratégicamente en:

- Centro Médico “de Occidente”, Guadalajara, Jalisco.
- Centro Médico “del Norte”, Torreón, Coahuila.
- Centro Médico “del Noreste”, Monterrey, Nuevo León.
- Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, México, D. F.
- Centro Médico Nacional “La Raza”, México, D. F.
- Centro Médico “Manuel Ávila Camacho”, Puebla, Puebla⁴¹.

Como es lógico esperar, la política institucional de salud ha expresado el compromiso de dotar a los servicios médicos especializados de una infraestructura moderna, de tal forma que estén en posibilidad de otorgarlos con oportunidad, calidad y eficiencia; ello debe traducirse en otro compromiso: el de utilizar óptimamente los recursos asignados. Esta directriz explica el porqué los centros de trasplantes se localicen preferentemente en los complejos conocidos como Centros Médicos, en virtud de ser estas unidades de concentración hospitalaria donde existen

⁴¹ Evolución y perspectivas de los trasplantes... *op. cit.*, p. 42.

los equipos de diagnóstico y terapéuticos avanzados, indispensables para atender operaciones de alta complejidad como los ahora estudiados.

Si bien estos grandes nosocomios pueden obtener los órganos y tejidos requeridos por pacientes terminales y proceder inmediatamente a un trasplante, es preciso señalar que no todos los establecimientos relacionados con este proceso están autorizados para practicarlo. Existen tres tipos:

- a) Hospitales donde se efectúan trasplantes y actividades de donación.
- b) Hospitales proveedores de órganos y tejidos.
- c) Bancos de órganos y tejidos.

La expedición de licencias a estas unidades por parte de la autoridad sanitaria debe ser congruente con la actividad que el hospital pretende desarrollar, tal y como lo señala la ley. En otras palabras, las licencias deben ser específicas para trasplantar y obtener órganos y tejidos; para proveer los mismos, y finalmente para funcionar como bancos. En el otorgamiento de las licencias mencionadas los requisitos básicos a considerar son la constatación directa de las actividades declaradas por los interesados y la identificación de los responsables de ejecutar las mismas en sus establecimientos.

8. Las reglas a cumplir. El CENATRA

Los artículos 315 y 316 de la Ley General de Salud señalan que estos hospitales deberán contar con un *responsable sanitario*, un *comité interno de trasplantes* y un *coordinador* de estas actividades, y que las acciones estarán supervisadas por un *comité institucional de bioética*.

Aunque pareciera obvio que allí donde se realizan trasplantes se practiquen actividades de donación, no siempre sucede así. Tal eventualidad crea una desarticulación e incongruencia en el trabajo de las unidades médicas, por lo que no se deben escatimar esfuerzos para promover activamente la donación en sus respectivos ámbitos, aun cuando esta aportación se limite sólo a tejidos, que en otros espacios resultan extremadamente valiosos.

El comité interno es un cuerpo colegiado de cada hospital que regula toda actividad relacionada con donación y trasplantes, y es por tanto la máxima autoridad en la materia. Los integrantes del comité comparten responsabilidades con el responsable sanitario. Ello permite que las decisiones relacionadas con dichos eventos sean discutidas por expertos abocados a suscribir su legalidad y transparencia.

Es importante puntualizar el papel que desempeña este comité interno y las instancias inmediatas que lo acompañan en sus acciones, quienes deben suscribir sus determinaciones; como equipo médico,

técnico e interdisciplinario conforman un grupo de especialistas que intervienen en una responsabilidad compartida que decide la suerte de muchas personas.

Por tal razón, toda institución que realice trasplantes debe contar con un comité interno *ad hoc*, cuyas atribuciones son:

- I. Verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establece la ley, este reglamento y las normas técnicas;
- II. Verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo a principios de ética médica;
- III. Hacer la selección de donantes originarios y receptores para trasplante;
- IV. Brindar la información necesaria a los receptores, donantes y familiares con relación a estos procedimientos terapéuticos; y
- V. Promover la actualización del personal que participe en la realización de trasplantes.*

Los comités a que se refiere este artículo se integran bajo la responsabilidad de la institución, y su integración debe ser aprobada por la Secretaría de Salud.⁴²

* Según se advierte, estos comités tienen atribuciones operativas y de supervisión; ello implica que su composición debe reflejar ambas atribuciones.

⁴² Secretaría de Salud, *Artículo 34 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos*, México, 2001.

Una conclusión pertinente es subrayar la creación del CENATRA como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que mantiene como una de sus prioridades cumplir con transparencia, eficacia y eficiencia las demandas de nuestro país en todo lo relacionado a la donación y trasplante de órganos. De acuerdo con la LGS, el Centro Nacional de Trasplantes, en conjunto con los Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS) decidirá y vigilará la asignación de órganos, tejidos y células, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia. Además, como una misión fundamental, dichas entidades deberán actuar coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de la donación.⁴³

⁴³ LGS, art. 339.

IV

LA DONACIÓN EN EL CENTRO

1. Problemas principales

Si nos remitimos al campo específico de la donación de órganos, al parecer el reto fundamental que enfrenta el sistema de salud mexicano consiste en definir e impulsar la puesta en práctica de un modelo de organización en el subsector capaz de desarrollar satisfactoriamente el proceso donación-trasplante; un modelo que sea evaluado con oportuna regularidad por los responsables de su ejecución. El diseño debe apuntar a resultados y rendimientos aceptables respecto de metas propuestas, y consecuentemente promover su fortalecimiento; la entrega debe apoyarse en dicha evaluación, aprovechándola para detectar fallas y desviaciones, de forma que favorezca su eficacia y mejoría constante.

Algunos problemas que se enfrentan, según un diagnóstico situacional del proceso son:

- a) La falta de equidad en la distribución de los establecimientos autorizados para trasplante, lo cual limite la posibilidad de acciones.
- b) Insuficiente personal capacitado para proponer la opción de donación a la familia (función del coordinador hospitalario), y

c) Carencia de recursos —económicos y administrativos— para instrumentar programas específicos, y activar medidas que lleven a incentivar la organización o participación social de manera estructurada o formal.

En principio, cabe precisar el concepto de donación, el cual se encuentra definido en el artículo 321 de la Ley General de Salud. Dicho precepto señala que la donación consiste en "...el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes." O bien como lo define el *Programa de Acción del CENATRA*: "el acto de dar algo de sí mismo a otro sujeto que lo requiere".⁴⁴

De lo anterior se infiere que la donación de órganos es manifestación de la voluntad de una persona para que se disponga, en vida o después de su muerte, de todo o de una parte de su cuerpo, ya sea un órgano, tejido o células, para efecto de trasplantarla a otra persona con fines terapéuticos: bien para prolongar la vida y la salud, o bien para mejorarla. Tal gesto significa que no es una operación de carácter patrimonial, en virtud de que su objeto no se encuentra en el comercio. De ahí los principios en que se basa la donación de órganos: la gratuidad, el altruismo y la solidaridad humana.

⁴⁴SS, *Programa de Acción...*, p. 25.

2. Tipos de donación

En términos genéricos, sólo existen dos tipos de donación: entre vivos, cuando se realiza la extracción del órgano o tejido en vida del donante; y la cadavérica, en la que se comprueba, previamente a la extracción, la pérdida de la vida del donante.

En vida solamente puede donarse un órgano par, como un riñón o el segmento de un órgano único, como el hígado o páncreas, siempre que esa disposición no ponga en peligro la vida del donante. También pueden donarse tejidos como la piel, la sangre o la médula ósea.

Enmarcados en los programas oficiales que proponen acciones estratégicas de donación, se concretan genéricamente dichos tipos: de disponentes y donadores. En el primer caso se hace referencia a *disponentes originarios*, conjunto que alude a toda persona que goza de derecho de decidir sobre su propio cuerpo, y puede considerarse un “donante potencial”. El otro caso se refiere a *disponentes secundarios*, que identifica a personas que pueden otorgar su consentimiento o anuencia para la disposición de órganos de un cuerpo ajeno —esto es, que obviamente no es el suyo—, circunstancia que hoy afortunadamente ha sido superada, en el sentido de la restricción legal que existía al respecto, cuando limitaba al parentesco por consanguinidad o civil, y otros afines —aspectos que luego abordamos—, la posibilidad de participar en esta transferencia.

a) El donador expreso

Igualmente se tipifica al *donador* en sentido explícito, distinción que se hace para designar a la persona que ya tomó la decisión de ceder un órgano, tejido o células, otorgando su consentimiento declarado o expreso para ese efecto. En este entendimiento, no está por demás precisar que la donación expresa implica la declaración personal de este ofrecimiento por escrito, privado y suscrito por el donante; o a través de un documento público emitido ante autoridad oficial, en el que puede señalarse a favor de quién se hace la donación y las condiciones bajo las cuales se hará. Como se advierte, esta modalidad respeta totalmente la libre disposición individual; pero como es legalmente comprensible, la donación expresa, emitida por personas capaces jurídicamente, no puede ser revocada por terceros a partir de que es un derecho personal e intransmisible.

No obstante, el consentimiento expreso conserva en todo momento la facultad de revocar el propósito de donar por parte del suscriptor, sin que exista responsabilidad alguna, lo cual resguarda la naturaleza voluntaria del acto en cuestión. Esta modalidad de ofrecimiento expreso de la donación en vida es el elemento clave y esencial para promover una conciencia individual y una respuesta social positiva en torno al problema.

b) El donador tácito

Cabe referirnos a la donación tácita, cuya figura contiene características peculiares. El concepto alude al caso del disponente que en vida guardó silencio respecto de su propósito de donar, o no lo expresó en algún documento, por lo que a su muerte la ley lo asume como donador; si sus parientes o allegados no expresan su negación, se reconoce su carácter de donador. En estos casos no se puede aceptar que exista obligatoriedad, porque incluso después de su muerte las personas cercanas a él pueden negar la opción de trasplante.

Por ello la justificación del consentimiento tácito reside en el silencio que mantiene una persona respecto de la donación de su cadáver, pero de ninguna manera es un acto autoritario del Estado. En todo momento, a través de sus allegados, la persona conserva su derecho de negar la donación. Y es precisamente en este momento que se recurre al principio de solidaridad humana –valor encarecido discursivamente por la sociedad– para hacer entender y aceptar por parte de los familiares y allegados al fallecido, que toda persona que muere tenía seguramente el deseo de brindar su apoyo al resto de la comunidad, beneficiándola con un regalo de vida. Por tal razón, al no existir oposición fehaciente, se entiende que la intención es de generosidad y altruismo.

De las tipificaciones expuestas puede concluirse que la acción a instrumentar en este proceso es el relativo a convertir a una persona

disponente (potencial) en una donadora (real y efectiva), que otorga por voluntad propia, en forma expresa ó tácita, la utilización de sus órganos en beneficio de otra o varias personas.

A continuación se reproducen gráficas que ilustran sobre la dinámica que ha experimentado en nuestro país el proceso de trasplante en un periodo apreciable de tiempo, que nos permite establecer inferencias acerca de las necesidades que en varios aspectos debe prestar atención el sistema de salud mexicano.

3. La jurisprudencia renovadora

En nuestro país, el 85% de los trasplantes se llevan a cabo a partir de un donador vivo. Significa que gran parte de los donadores ayudan a trasplantes como el de riñón.⁴⁵ Ahora bien, como se ha dicho, la donación de órganos estaba permitida únicamente entre personas con parentesco consanguíneo, por afinidad o civil, o ser cónyuge, concubina o concubinario del receptor –de conformidad con la fracción VI del artículo 333 de la Ley General de Salud–. A raíz de la interposición de un juicio de amparo por una persona que requería de un trasplante de riñón y que contaba con un donador altruista pero sin ninguna relación de parentesco, al serle negado el tratamiento terapéutico por no cumplir con los requisitos

⁴⁵ Ibid., pp. 26 y ss.

de ley mencionados, consideró dicho precepto violatorio del derecho a la protección de la salud.

El caso motivó la intervención de la Suprema Corte de Justicia a fin de fijar el alcance de este derecho fundamental, asumiendo para ello su competencia y procediendo a conocer el recurso de revisión del asunto.⁴⁶

Entre los agravios manifestados por el recurrente, expresó que el mencionado artículo 333 de la Ley General de Salud declaraba en la exposición de motivos de su reforma, que el decreto la creaba para alentar a la población a una cultura de la donación, pero que lejos de hacerlo la restringía, al condicionarla y señalar que sólo determinadas personas pueden o podrían ser donantes a favor de quien demandara un trasplante.

De esta forma, dicho artículo violaba en su perjuicio el derecho prescrito en el artículo 4° de la Carta Magna, al restringirle su derecho a la salud y a la vida, pues en varias ocasiones se le había negado la posibilidad de un trasplante de riñón, por no ser el donador una persona que reuniera los requisitos establecidos por dicha ley.

Con el objeto de estudiar la aplicación de los principios constitucionales en materia de protección de la salud y desentrañar los que rigen la donación y trasplantes de órganos, el Tribunal en Pleno de la Corte procedió a analizar la ley en cuestión en sus artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 6°, 7° y 10°, determinando que la finalidad de este ordenamiento es la

⁴⁶ Suprema Corte de Justicia, *Donación de Órganos. Inconstitucionalidad del artículo 333k de la LGS, fracción VI...*, México, SCJN, pp. 44 y ss, 2006.

procuración del bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. Que por tanto, las reformas en la materia deben tener como finalidad promover la cultura de la donación altruista, solidaria y humanitaria dentro de la sociedad, y proponer diversas medidas para evitar el comercio de órganos.⁴⁷

La Cámara de Senadores se manifestó en el mismo sentido, destacando respecto de la donación la importancia de la libertad de las personas para disponer de su cuerpo.

Con el mismo énfasis se pronunció la Cámara de Diputados, subrayando la iniciativa de reformar la ley con el propósito de alentar la cultura de la donación a través de la solidaridad y el altruismo, expresando en la ocasión: "lo cual se traducirá, finalmente, en una mejor calidad y mayor expectativa de vida".⁴⁸

Después de analizar el derecho a la protección de la salud, los principios constitucionales que lo rigen, la reglamentación que dispone el legislador en la Ley General de Salud respecto a los trasplantes de órganos y sus principios rectores, el Máximo Tribunal procedió al estudio del artículo 333 de la ley citada, que a la letra señala:

Artículo 333. Para realizar trasplantes entre vivos, deberán cumplirse los siguientes requisitos respecto del donante:

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 47, 48.

⁴⁸ *Idem.*

Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales;

- I. Donar un órgano o parte de él que al ser extraído su función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura;
- II. Tener compatibilidad aceptable con el receptor;
- III. Recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano o tejido, por un médico distinto de los que intervendrán en el trasplante;
- IV. Haber otorgado su consentimiento en forma expresa, en términos del artículo 322 de esta ley, y
- V. Tener parentesco por consanguinidad, por afinidad o civil, o ser cónyuge, concubina o concubinario del receptor. Cuando se trate del trasplante de médula ósea no será necesario este requisito.

Esta última cláusula fue modificada por reforma a la LGS publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de febrero del 2006, para quedar como sigue:

VI. Los trasplantes se realizarán, de preferencia, entre personas que tengan parentesco por consanguinidad civil o de afinidad. Sin embargo, cuando no exista un donador relacionado por algún tipo de parentesco, será posible realizar una donación, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la institución hospitalaria donde se vaya a realizar el trasplante, previa evaluación médica, clínica y psicológica;
- b) El interesado en donar deberá entregar su consentimiento expreso ante Notario Público y en ejercicio del derecho que le concede la presente Ley, manifestando que ha recibido información completa sobre el procedimiento por médicos autorizados, así como precisar que el consentimiento es altruista, libre, consciente y sin que medie remuneración alguna. El consentimiento del donante para los trasplantes entre vivos podrá ser revocable en cualquier momento previo al trasplante, y

- c) Haber cumplido todos los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría, para comprobar que no se está lucrando con esta práctica.

En el artículo transcrito se observa que la fracción VI está vinculada con los principios de altruismo en la donación y el de evitar el comercio de órganos. El legislador presupone que si existe una relación de parentesco entre donante y receptor existirá un ánimo altruista y de solidaridad humana.

Para evitar la comercialización de órganos, el legislador emitió las siguientes medidas: necesaria autorización sanitaria y un responsable sanitario en los establecimientos de salud; un comité interno de trasplantes, un coordinador y un comité institucional de bioética como supervisor de estas acciones; prohibición de sacar órganos, tejidos y células del país, excepto cuando estén satisfechas las necesidades nacionales de dichos elementos, y salvo casos de urgencia; se considera ilícita la disposición de órganos no autorizada por la ley; las personas son disponentes de su cuerpo y podrán donarlo total o parcialmente para los fines y con los requisitos que establece la ley, mediante consentimiento tácito o expreso..., etcétera.⁴⁹

La Suprema Corte confirmó que el legislador instrumentó un estricto control y regulación de los trasplantes con el fin de evitar el comercio de órganos y cualquier ánimo de lucro en la donación, por lo que el requisito

⁴⁹ *Donación de órganos...*, p. 52.

consistente en que el donante tenga una relación de parentesco o concubinato con el receptor dejó de ser indispensable para evitar el comercio de órganos. Se consideró además que el altruismo y solidaridad humana son cualidades propias de la especie y no son exclusivas entre personas con relaciones familiares. Con esta decisión del Tribunal Máximo se contribuye al cumplimiento de los fines perseguidos por el artículo 4° constitucional.

En virtud de este criterio emitido por el Tribunal en Pleno, se otorgó al quejoso el amparo y la protección de la justicia federal, garantizándole el aprovechamiento del órgano de un donador vivo, aunque no existiera parentesco, con la correspondiente autorización de la institución médica abocada al caso y la reunión de los requisitos previstos en la Ley reformada. La resolución literal del caso es la siguiente:

Tesis aprobada por el Tribunal en Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en su sesión privada celebrada el 14 de julio de 2003, que a la letra dice:

TRASPLANTE DE ÓRGANOS ENTRE VIVOS. EL ARTÍCULO 333, FRACCIÓN VI, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, QUE LO PERMITE ÚNICAMENTE ENTRE PERSONAS RELACIONADAS POR PARENTESCO, MATRIMONIO O CONCUBINATO, TRANSGREDE LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA VIDA CONSAGRADOS EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL. El citado dispositivo legal, al establecer que para realizar trasplantes de órganos entre vivos, el donante debe tener necesariamente con el receptor parentesco

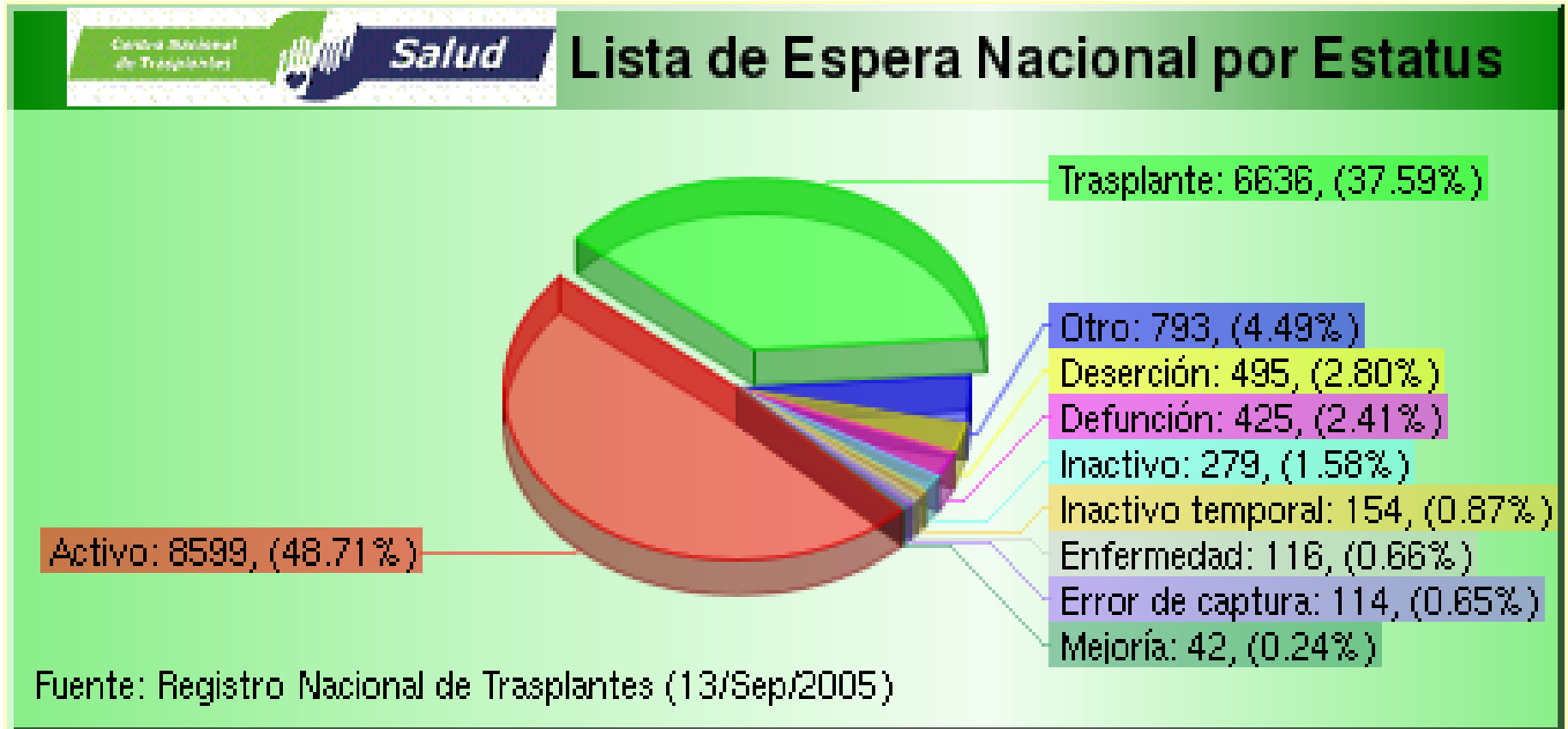
por consanguinidad, por afinidad o civil, o ser cónyuge, concubina o concubinario, transgrede los derechos a la salud y a la vida establecidos en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pues priva a la población en general de un medio apto para prolongar la vida o mejorar su calidad. Es cierto que el legislador, al normar el trasplante de órganos entre vivos de la manera restringida indicada, lo hizo con el propósito de fomentar el altruismo y evitar su comercialización, pero también es cierto que tan drástica limitación no es indispensable para alcanzar dichos objetivos, ya que el propio sistema jurídico prevé otras medidas tendentes a evitar que se comercie con los órganos, o bien, que exista ánimo de lucro de parentesco, de matrimonio o de concubinato permite presumir que una persona ante la carencia de salud e incluso el peligro de que su pariente, cónyuge o concubino pierda la vida, le done un órgano movida por ánimo de solidaridad y desinterés, sino también entre quienes se profesan amistad y aun entre desconocidas. Por tanto, cualquier persona que se sujete a los estrictos controles técnicos que establece la Ley General de Salud y tenga compatibilidad aceptable con el receptor, sin que vea afectada su salud y motivada por su ánimo de altruismo y solidaridad, podría de manera libre donar gratuitamente un órgano, sin desdoro de los fines perseguidos por el legislador y por el precepto constitucional en cita.⁵⁰

Ilustramos a continuación con algunas gráficas el comportamiento histórico del proceso de trasplante, con nuestra personal interpretación.

⁵⁰ *Ibid*, pp. 55, 56.

TOTAL DE PACIENTES REGISTRADOS EN LA LISTA

DE ESPERA POR ESTATUS= 17, 653



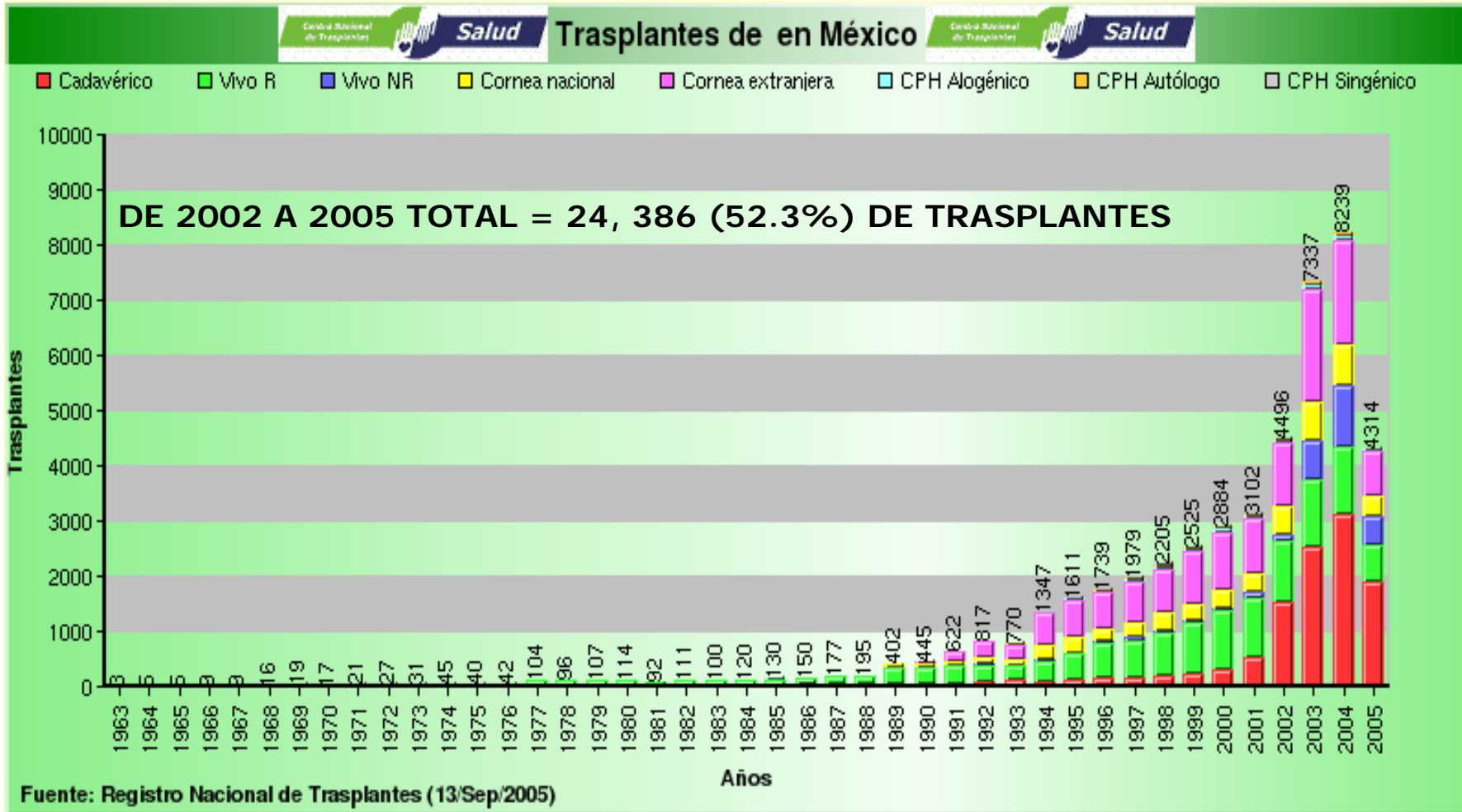
TOTAL DE PACIENTES ACTIVOS EN LA LISTA DE ESPERA

POR ÓRGANO/TEJIDO = 8, 599

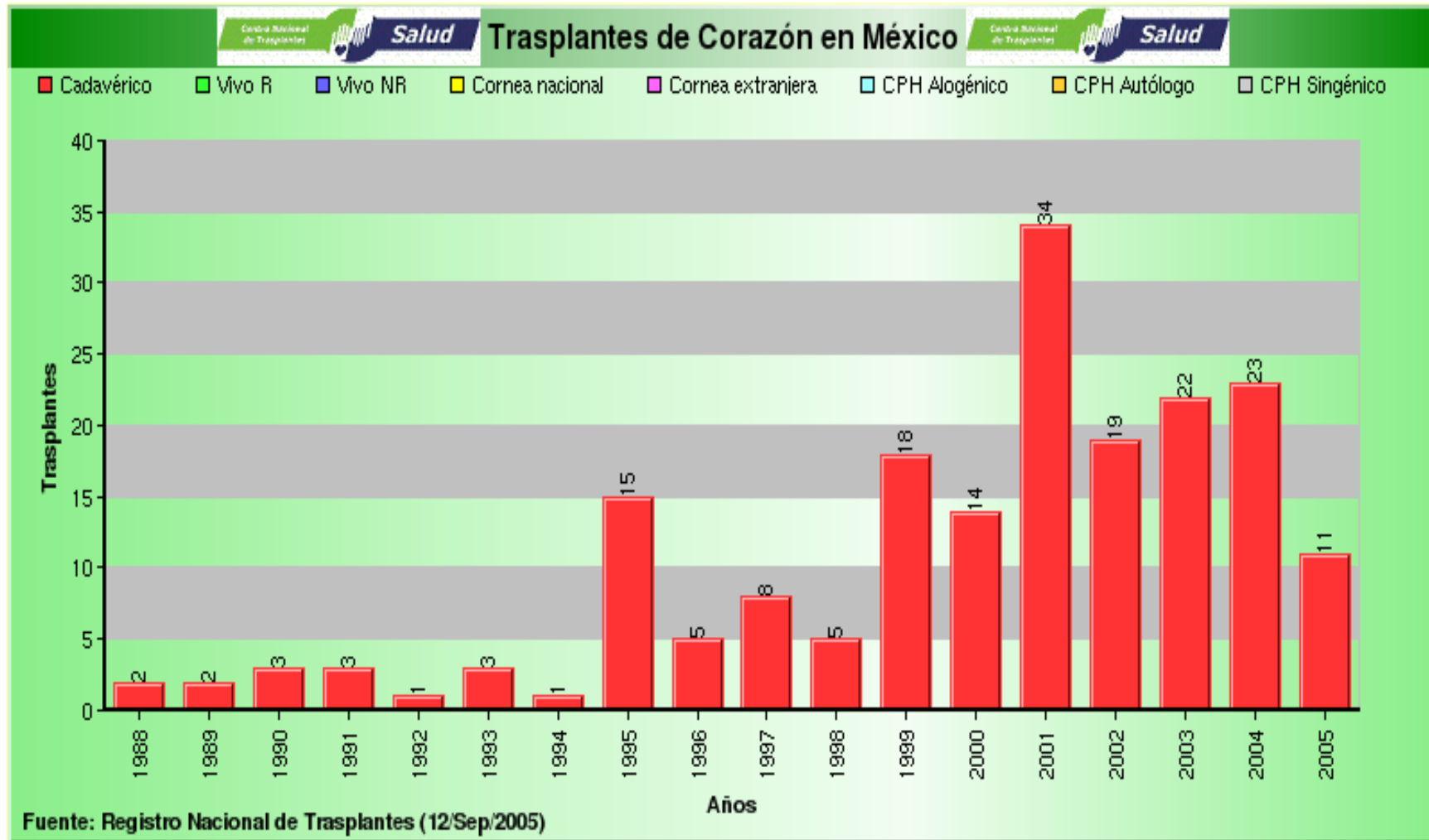


TOTAL DE TRASPLANTES EN GENERAL = 46, 619

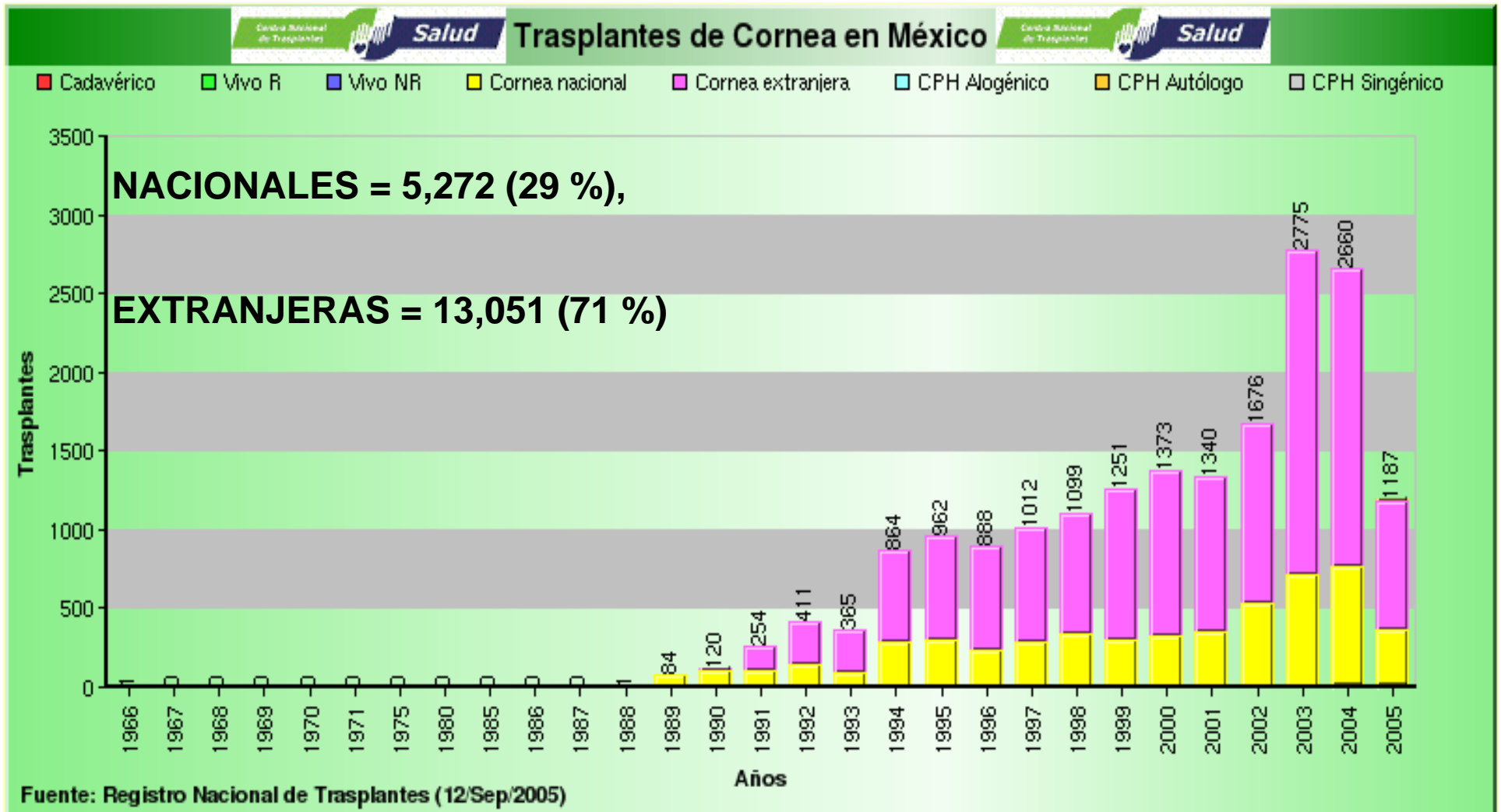
2005



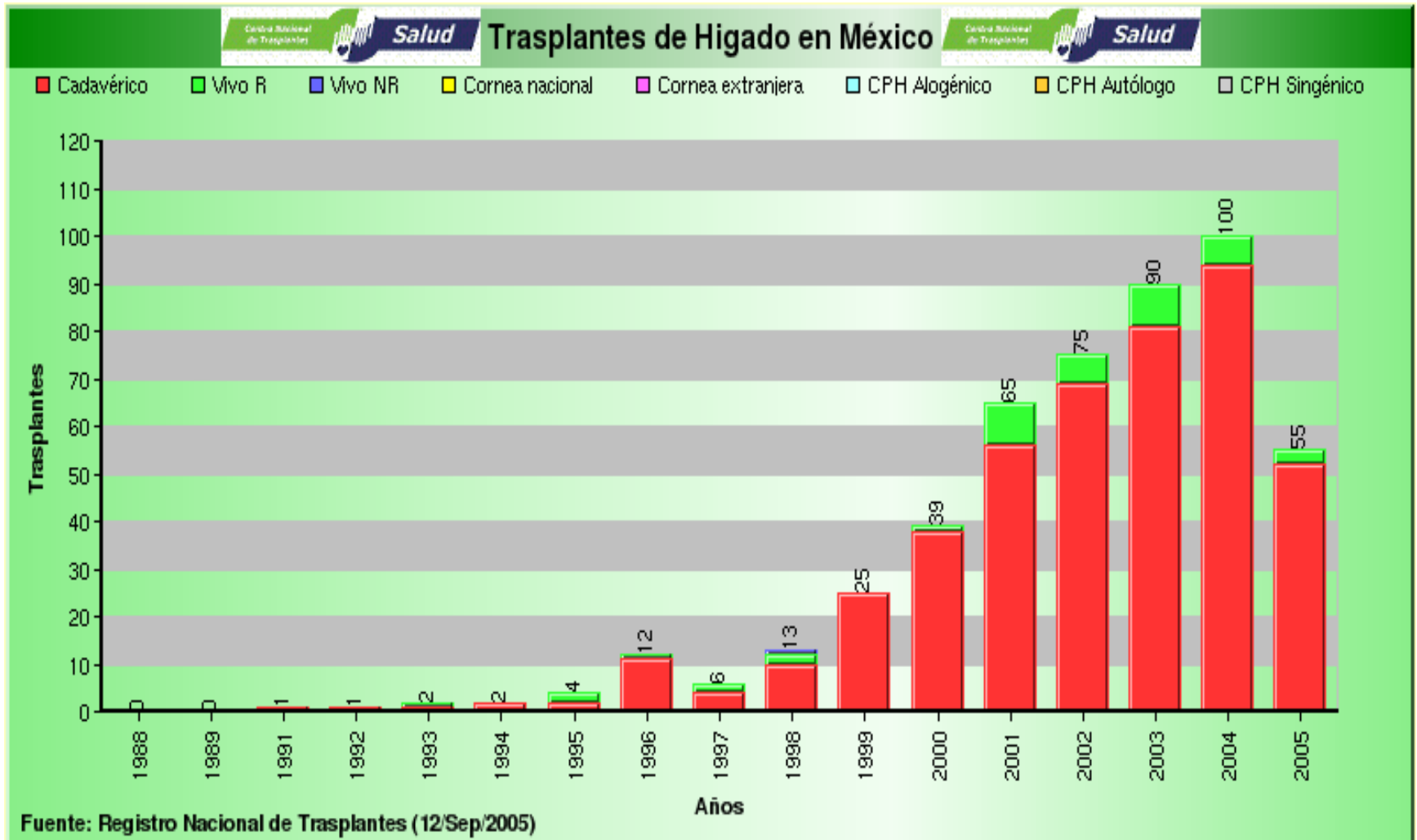
TOTAL DE TRASPLANTES DE CORAZÓN = 189



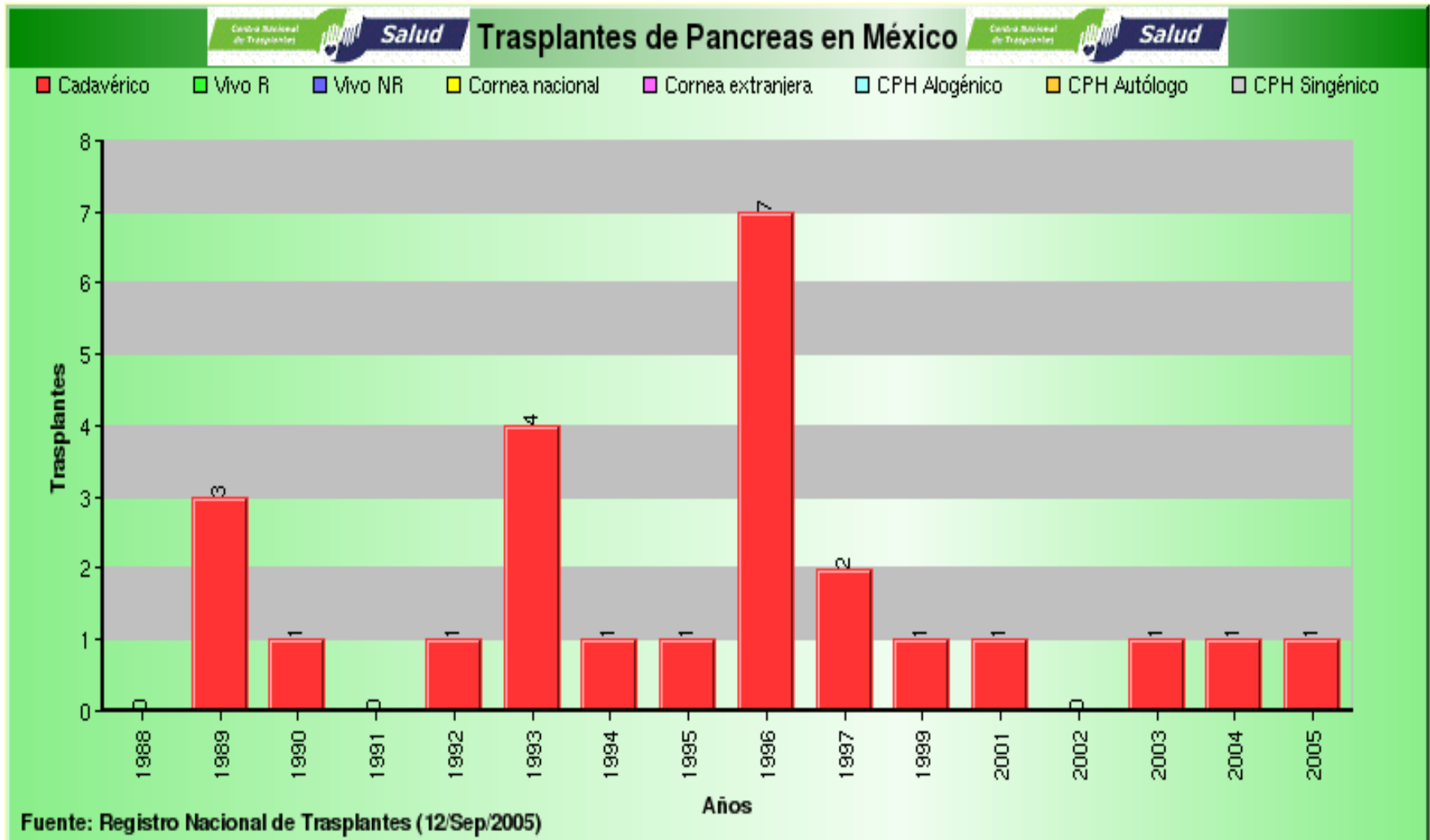
TOTAL DE TRASPLANTES DE CORNEA = 18, 323



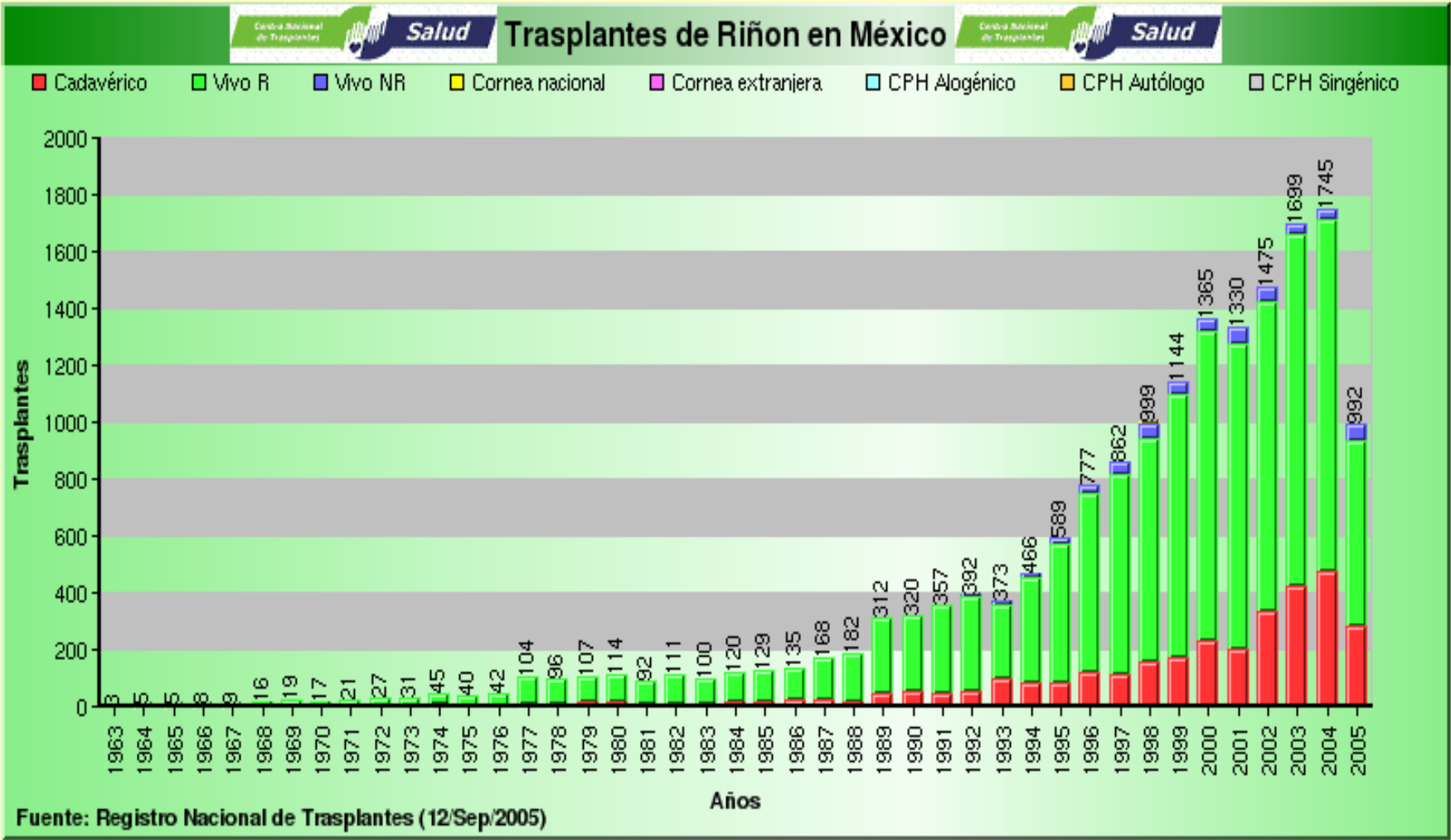
TOTAL DE TRASPLANTES DE HÍGADO = 488



TOTAL DE TRASPLANTES DE PÁNCREAS = 25



TOTAL DE TRASPLANTES DE RIÑÓN = 16 , 943



4. Sobre los registros del CENATRA

Los cuadros precedentes ilustran una realidad que puede admitir varias lecturas. Una de ellas podría ser, en primer término, la correspondiente a la "lista de espera nacional", la cual registra lo que sería una fotografía de morbilidad "total", cifra que hace referencia específica a los pacientes que necesariamente deberán someterse a un trasplante de órgano como única alternativa de prolongar su vida. En otras palabras, es una lista de "esperanzados" cuyo donante quizá llegue a tiempo o nunca llegue. Por ello es que podemos decir que representan un número con nombre y apellidos de seres condenados por una fatalidad predecible.

La lista anterior proporciona una imagen ciertamente ilustrativa del status nacional de este problema, en cuanto determina personas concretas e individualmente consideradas. Sin embargo, cabe hacer algunas observaciones acerca de esa 'certidumbre'. En primer lugar, tal relación incluye "a todos" los dolientes del país que lograron acceder a su inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes, lo cual significa que están detectados oficialmente por parte del CENATRA con presunto turno y oportunidad (dictados, finalmente por eventualidades impersonales) para su atención médica. ¿Cuántos dolientes escapan a la detección de este registro? La

realidad es que tenemos una lista incompleta de posibles pacientes en espera, puesto que técnicamente accesan a dicho registro por vías o rutas que no son abiertas, ya que cada candidato o aspirante a que se le incluya en un programa individual de trasplante (tengamos presente las diversas especialidades que existen en este campo), es previamente evaluado y será admitido o rechazado según criterios que médicamente no están estandarizados; de tal suerte que muchos de esos criterios se encuentran, por decirlo de alguna manera, influidos o “contaminados” por una sensibilidad profesional que mucho implica el afán de cuidar resultados exitosos de una intervención en un cien por ciento.

Ahora bien, afirmamos que no todos los que necesitan un trasplante están inscritos en esa lista por muchas razones, además de las mencionadas:

1. Es indudable que muchos mexicanos desconocen la existencia de esta terapia –y sabemos a qué grupos de mexicanos podemos aludir–.
2. Existe desconfianza, tanto de letrados como de iletrados, derivada de manejos médicos o de no conseguir una donación adecuada en tiempo y funcionalidad.
3. En el medio médico se reconoce la existencia de temores ante riesgos de toda índole: por ejemplo, que no haya viabilidad (histocompatibilidad); pronóstico individual anticipado y negativo, sin

ninguna base científica que la acredite; el ser víctima de contaminación por algún virus adicional o de cualquier otra infección, bajo las mismas creencias anteriores, que pese a la modernidad siguen presentes.

No se sabe pues, con certidumbre, a cuanto ascendería la "lista de espera nacional". No obstante las anteriores observaciones, el trabajo que realiza el CENATRA y su Registro Nacional representan un avance importante y que de ninguna manera se deben desestimar, porque son muchos los obstáculos y las irregularidades de origen humano que se pueden mencionar para lograr un desarrollo eficiente y más fidedigno de esta operación de magnitud nacional. Es indudable que el RNT proporciona elementos para informar a la sociedad que existen resultados, frutos que no debemos desestimar, que hay movimiento positivo en este proceso de atención a la salud. Además, el rendimiento observado según nuestra interpretación podría sustentarse como señalamiento a los responsables del sistema, y particularmente al gobierno, sobre la necesidad de invertir mayores esfuerzos y recursos en el área.

La consideración anterior se sustancia en una cruda realidad: si en el lapso de poco más de cuarenta años se ha realizado 46, 619 trasplantes orgánicos de todo tipo, con una operación simple se puede estimar que se han practicado 117 operaciones por año. Contrastada esta cita con las 17, 653

individuos que requieren hoy de la operación, nos da idea de la magnitud del problema, que plantea un escenario insalvable para miles de personas.

Otra observación que consideramos muy relevante respecto a los cuadros que hemos seleccionado, tiene relación con los pacientes activos en la lista de espera, los cuales ascienden a la cifra de 8 599, según el registro más reciente. Estos demandantes se ubican en un sector de personas todavía productivas. Significa que, con seguridad, sean o no cabezas de familia y por tanto contribuyentes a su sostenimiento, el compromiso individual es más serio y hasta indispensable por la dependencia económica de su familia. La tipificación como persona activa es una variable o circunstancia identificada por el área de Trabajo Social del Centro Médico Nacional Siglo XXI, y que consecuentemente se aplica en todo el sistema de salud, con el requerido historial socioeconómico que se debe hacer de cada uno ellos. Como es lógico, otra variante ocupacional que se aplica es clasificar a estas personas con tal carácter cuando se encuentran estudiando, dedicadas a los quehaceres del hogar, o bien en un esquema de actividades mixtas que viene a complicar y hacer más arduas las circunstancias del ámbito familiar. En estos casos, no se precisa por parte de las unidades hospitalarias y de quienes intervienen en el proceso de asignación de servicios, criterios estandarizados que decidan prioridades respecto de individuos necesitados. Se explica que se recurre a la asignación de un órgano según la oportunidad

que ofrece un individuo declarado con muerte cerebral, de un cadáver reciente, o bien un donante vivo que favorece a un familiar o a otra persona afectivamente relacionada con dicho donante. Y la oportunidad se da por las circunstancias de histocompatibilidad y otras características afines al proceso.

Una muestra que nos revela el comportamiento impreciso del proceso general del registro de enfermos, del servicio otorgado, e incluso de los resultados y curso que siguen las vidas de los beneficiados con un trasplante, es que no existen datos que informan sobre la dinámica que comporta esta compleja estructura del subsector salud de nuestro país. Por ejemplo: ¿cuántos pacientes de esos 17 653 registrados en la lista de espera puede estimarse que tienen posibilidad de ser atendidos? ¿cuántos de ellos morirán? ¿qué número de donantes expresos se tienen registrados? ¿cuántos han muerto, y cuál es el promedio anual de ellos? ¿qué esperanza pueden abrigar quienes requieren un trasplante de hígado, de páncreas, de corazón, cuyos beneficios en los últimos 20 años pueden advertirse en sus respectivos registros? ¿se reportan y cuantifican (aunque no se sancionen), los casos frustrados por irregularidades administrativas y fallas humanas?

Las anteriores preguntas son pertinentes en cuanto dan la medida del control (o descontrol) que existe en el área y de las irregularidades y fallas que se

dan en muchos puntos estratégicos y claves de la misma, y que deben servir para someter a reordenamiento de funciones, a disciplina estricta y cumplimiento de acciones ya preferidas, que son definitivas para el correcto procesamiento de las urgencias médicas, muchas de ellas frustradas por irresponsabilidad e ineptitud, ambas con frecuencia apareadas en el delicado trabajo profesional de los responsables, que son ostensibles y de conocimiento del cuerpo profesional del entorno.

La observación directa en nuestro campo de estudio nos proporciona elementos para fundamentar estas observaciones que penosa e infortunadamente, se viven prácticamente a diario, y lesionan las esperanzas de muchos necesitados que aún viven y los deseos de muchos ya fallecidos.

V

LA CONCIENCIA SOCIAL EN LA DONACIÓN

Lograr una adecuada conciencia individual y social respecto a la donación y el trasplante de órganos es una meta difícil que se debe intentar si se pretende incrementar el número de donantes expresos. Para este fin, es necesario desplegar acciones que proporcionen una mayor y mejor información sobre el tema a todos los sectores y niveles de la población, de manera que se logre sensibilizar a la sociedad en torno a valores de solidaridad y generosidad. En otros países, paradigmáticamente en España, se ha demostrado que bien conducidas estas acciones pueden ser eficaces para conseguir una actitud positiva. En el nuestro, se dan casos excepcionales de generosidad y comprensión que muestran las potencialidades susceptibles de motivar.

El ámbito de actuación para estas iniciativas debe ser un espacio que involucre a sujetos activos tanto intra como extrahospitalariamente, de forma que se pueda alcanzar una simetría de objetivos y facilitar, por medio de intervenciones educativas, la participación de profesionales de la salud, de trabajadores sociales y de público en general, en un ejercicio que resalte la solidaridad colectiva como eje fundamental de la donación altruista.

1. Los conflictos éticos en la práctica clínica

No se puede permitir ningún atentado contra la vida en el intento de conseguir órganos para satisfacer la demanda existente. La práctica médica cotidiana genera diversos problemas y conflictos bioéticos que conducen a que la decisión que se adopte sea, en su contexto propio, una decisión ética.

Estas cuestiones conflictivas han adquirido cierta preponderancia que obliga a cambiar o estructurar procedimientos de decisión. Por ejemplo, en casos de tratamientos intensivos se puede recurrir —y debe recurrirse— al llamado “imperativo tecnológico”, según el cual “todo lo que tecnológicamente puede hacerse debe hacerse”;⁵¹ razonamiento al que se une la influencia de ideologías socioculturales que pueden convertir el proceso de morir en una deformación exagerada, cuando intervienen en una cruel e irracional agonía en el caso de pacientes que están más allá de toda posible curación. Los trágicos episodios de enfermos condenados fatalmente a morir y que en los últimos años le ha tocado contemplar a la humanidad entera, que además tanto la prensa como el cine y otros medios se han ocupado de difundir e ilustrar ampliamente, son muestras elocuentes de la influencia ideológica.

⁵¹Hottois, Gilbert, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Anthropos, Barcelona, p. 145, 1991.

Este fenómeno conduce a los médicos a determinar criterios o directrices para suspender medios de soporte vital en pacientes irrecuperables –v. gr., en estado vegetativo persistente– impulsados por la exigencia ética y su correlativo derecho a *morir con dignidad*, entre otras cuestiones. Por ello es que el cuestionamiento en torno de la relación tradicional médico-paciente (asimétrica, vertical y paternalista, y a veces autoritaria), ha llevado al reconocimiento del paciente como *agente moral*, responsable en la atención de su salud, capaz de saber y decidir. Sin embargo, varios autores preocupados en este debatible tema de la bioética⁵² opinan que si bien el rechazo del paternalismo reconoce la personalidad autónoma del paciente, no implica vedar al médico la abierta expresión de su criterio acerca de los tratamientos que considera pertinentes o adecuados, e insistir incluso, sin coacción, para que el paciente disidente los acepte, sin importarle valores y cruzadas personales. Literalmente expresan:

...el médico debe respetar el derecho autónomo del paciente a controlar su propia salud y a rechazar el tratamiento (incluso si de ello resulta la muerte), y a exigir el derecho a dar consentimiento con conocimiento de causa; el paciente, por otro lado, debe respetar el derecho del médico como profesional a insistir sobre las normas deontológicas y a ejercer cierto grado de paternalismo justificado, siempre que el paciente no

⁵² Marinetti, José A., *Bioética sistemática*, p. 46; Mackinson, Gladys J., "Bioética y derecho: reflexiones sociológicas", en *Bioética, sociedad y derecho*, Quirón, La Plata, pp. 129 y ss, 1991.

pueda asumir responsabilidades sobre sus propias decisiones relativas a la asistencia sanitaria.⁵³

En consecuencia, la bioética o ética médica ha tenido que encontrar respuestas propias a los progresos modernos de la medicina como a las nuevas expectativas de los hombres y a las relaciones sociales que han cambiado. Por tanto, debe tenerse presente la necesidad de contar con una aceptable fundamentación de la misma, pues el simple establecimiento de deberes no se traduce en ninguna fundamentación de consecuencias prácticas que garantice de alguna manera su operación.⁵⁴

2. Bioética y legalidad

Se trata, en conclusión, de puntualizar que las cuestiones bioéticas requieren de una adecuada respuesta jurídica, puesto que en esta línea de reflexiones correspondería al *bioderecho* la institucionalización jurídica de la bioética, pues ésta, por sí sola, no brinda la indispensable certidumbre jurídica (o seguridad jurídica), es decir, "saber a qué atenerse en el actuar social con implicaciones jurídicas",⁵⁵ lo cual exige la existencia de normas legales claras que indiquen genéricamente cuándo y en qué condiciones puede procederse o no a efectuar un determinado acto médico, complejo y difícil, como sería

⁵³ Charlesworth, Max, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge University Press, Gran Bretaña, p. 147, 1996.

⁵⁴ Engelhardt, Dietrich, "Ética médica: estructura, desarrollo y difusión", en *Bioética. Educación & humanidades médicas*, vol. 2, num. 2, Fundación Internacional Cataldi Amatrian, Buenos Aires, pp. 5, 6, 1995.

⁵⁵ Montejano, Bernardino, *Los fines del derecho*, Abeledo-Perret, Buenos Aires, pp. 61 y ss, 1976.

la donación en vida de órganos para trasplantes.⁵⁶ Esto no significa, claro, que las normas jurídicas sean de aplicación imperativa y automática o que constituyan una suerte de “moral blindada”. Significa, como dice Jan Broekman, estudioso del tema, que “un ‘tratamiento autorizado’ deja de ser un problema puramente ético, pues el problema ya ha sido medido con una vara jurídica”.⁵⁷

Por lo demás, es obvio que de la existencia de legislaciones de avanzada no se sigue que el problema moral esté resuelto. Ni tampoco que la solución debe provenir de una sola fuente –en este caso la jurídica– porque la materia justificable es siempre contingente, móvil y variable y por lo mismo lejana a una concepción estática. Las normas jurídicas y el pensamiento bioético son ‘herramientas de trabajo’ destinadas al logro del bien humano en numerosas ocasiones conflictivas y ante densidades que puedan presentarse en la realidad cotidiana.⁵⁸

Ahora bien, si es un hecho inobjetable que la bioética no puede prescindir de los cimientos filosóficos que la dotan de sentido, es también cierto que su quehacer o su saber práctico es eminentemente interdisciplinario. Para que su quehacer y su discurso sean aceptables, admisibles (o correctos), debe atender a la realidad jurídica, al ordenamiento legal vigente, como algo que no puede ‘dejar de ver’, no puede omitir o

⁵⁶ Broekman, Jan M., *Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas*, Quirón, La Plata, p. 139, 1994.

⁵⁷ *Idem*.

⁵⁸ Drane, James F., “Procedimientos de ética clínica”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núms. 5-6, 1990; Estévez, Agustín, “Decisiones en Comités Hospitalarios de Ética”, Quirón La Plata, pp. 69 y ss, 1996.

soslayar, a riesgo de caer en meras teorizaciones abstractas. La bioética pues, no es filosofía pura: es un saber interdisciplinario y, como tal, no puede permitirse discursos descontextualizados.⁵⁹

Más allá de afirmar que en bioética se trata de principios y no de postulados ideológicos; que se niegue a toda religión el monopolio de la disciplina, se debe aceptar que existen diversas líneas principialistas que informan y responden a muchas realidades de nuestro tiempo y de todas latitudes. En todo caso y cualquiera que sea la fuente, jurídicamente hablando la bioética viene a hacernos asumir una cosmovisión universal de los derechos de los ciudadanos a un estado de salud y bienestar también universales.

3. Criterios religiosos sobre la donación⁶⁰

Al solicitar anuencia a los familiares para la disposición de órganos o tejidos a partir de un cadáver, es frecuente la interrogante sobre la posición o actitud que guarda alguna iglesia o secta acerca de la donación con fines terapéuticos. La opinión resumida de los credos más significativos, que en buena parte derivan sentido y razón para nuestro país, son:

⁵⁹ Luna, Florencia y Salles, Arleen, "Develando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía", en *Perspectivas bioéticas en las Américas*, año 1, num. 1, FLACSO, p. 12, 1996.

⁶⁰ www.wrtc.org/pubs/religiousviews:spanish2.

Nota: Los textos transcritos no son literales; en estas paráfrasis se eliminaron pormenores como los nombres de autoridades religiosas y representantes de credos en diferentes localidades del mundo.

Adventistas del séptimo día: El individuo y la familia tienen derecho de recibir y donar aquellos órganos que devuelvan cualquiera de los sentidos o que prolonguen la vida de manera provechosa.

Amish (menonitas): Los amish consienten los trasplantes si están seguros de que se utilizarán para el beneficio y bienestar del receptor. No estarían muy dispuestos al trasplante si el resultado se considera dudoso. Los amish creen que si Dios creó el cuerpo humano, es Dios el que cura. Sin embargo, para ellos no existe nada en la Biblia que les prohíba utilizar los servicios médicos modernos, incluso la cirugía, la hospitalización, el tratamiento con dentistas, la anestesia, las transfusiones de sangre o la inmunización.

Bautistas: En general aprueban los trasplantes cuando no ponen en grave peligro la vida del donante y además ofrecen al receptor una verdadera esperanza en términos médicos. No se aprueban los trasplantes como un fin en sí; éstos deberán garantizar la posibilidad de mejoría y la extensión de la vida humana.

Budistas: Los budistas creen que la donación es un asunto de conciencia individual y dan mucho valor a la compasión. No existe una resolución escrita sobre el tema; sin embargo, afirman: "Honramos a las personas que han donado sus órganos para el avance de la ciencia y para salvar vidas".

Catolicismo: Los católicos perciben la donación de órganos como un acto de caridad, amor fraternal y autosacrificio. El catolicismo acepta los trasplantes ética y moralmente. El papa Juan Pablo II declaró: "Los que creen en nuestro Señor Jesucristo, quien dio su vida por la salvación de todos, deben reconocer la urgente necesidad de la disponibilidad de órganos para trasplantes como un desafío a su generosidad y amor fraternal. Las familias pueden consolarse ayudando al prójimo. Señalamos, sin embargo, que los órganos se extirpan sólo después del fallecimiento y si cumplen los deseos de las personas".

Episcopalismo: En 1982 la iglesia episcopal aprobó una resolución que reconoció los beneficios vivificantes de la donación de órganos y alentó a todos los cristianos a convertirse en donantes, "como parte de su misión con el prójimo en nombre de Cristo, quien dio su vida para que todos pudiéramos vivir en plenitud".

Evangélicos conservadores independientes: En general, los evangélicos se oponen a los trasplantes de órganos y tejidos. Con este criterio, es de suponer que igualmente se opongan a las transfusiones de sangre.

Hinduismo: Las prescripciones religiosas no prohíben que sus creyentes donen órganos; dicho acto depende de una decisión individual.

Islamismo: El Consejo Religioso Musulmán inicialmente rechazó (en 1983) la donación de órganos por parte de sus fieles, pero ha cambiado completamente su posición, siempre que los donantes den su consentimiento previo por escrito. Los órganos donados deberán trasplantarse inmediatamente y no mantenerse como reservas en bancos.

Judaísmo: El judaísmo prescribe que salvar vidas tiene prioridad sobre el propósito de mantener la santidad del cuerpo humano. Sin embargo, se prefiere un trasplante directo. De acuerdo con el Dr. Moses Tendler, rabino ortodoxo y jefe del departamento de biología de la Yeshiva University de la ciudad de Nueva York y también autoridad del Consejo Rabínico de América, "si uno se encontrara en la posibilidad de donar un órgano para salvar una vida sería obligatorio hacerlo, aun cuando el donante nunca sepa quién es el

beneficiario [...de acuerdo con] el principio fundamental de la ética hebrea: el valor infinito del ser humano”.

Luteranismo: En su XII Conferencia Bienal, en 1984, la Iglesia Luterana en América aprobó la donación de órganos humanos para trasplantes, declarando que “dichos órganos contribuyen al bienestar de la humanidad y puede ser una expresión de amor sacrificado hacia el prójimo necesitado”. Dicha resolución también pidió a sus miembros que consideraran la donación de órganos e hicieran los trámites legales necesarios, incluyendo a su familia, con una tarjeta de donante firmada.

Metodistas Unidos: La iglesia alienta a los “hombres que se preocupan por la ética en varias disciplinas a abocarse al estudio y dirección de estos adelantos”, reconociendo que ofrecen un gran potencial de mejorar la salud. Al mismo tiempo traen a revisión una serie de asuntos muy serios relacionados con los puntos de vista tradicionales sobre la naturaleza y valores humanos.

Mormones (Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días): “La pregunta si uno debe legar los órganos corporales para que se utilicen en trasplantes o para hacer investigaciones después de haber muerto deberá

contestarse desde las profundidades de la conciencia de la persona que toma la decisión". A quienes piden consejo a la iglesia sobre estos asuntos se les alienta a considerar las ventajas y desventajas de hacerlo.

Ortodoxa griega: No se opone a la donación de órganos y tejidos que se utilicen para mejorar la vida humana, por ejemplo, para trasplantes o para investigaciones que tengan como resultado mejoras para el tratamiento y la prevención de enfermedades.

Presbiterianos: Los presbiterianos alientan y apoyan la donación de órganos y tejidos. Respetan la conciencia individual y el derecho de las personas a tomar decisiones por respecto de su propio cuerpo.

Testigos de Jehová: Los Testigos de Jehová no fomentan la donación de órganos, pero creen que este es un asunto individual de conciencia. Aunque a menudo la secta prohíbe los trasplantes debido a su particular tabú en contra de las transfusiones de sangre, no se oponen a la donación o recepción de órganos. Sin embargo, "la sangre de los órganos y tejidos deberá de drenarse completamente antes de hacer el trasplante". (Es decir, la operación casi equivaldría a poner a prueba el famoso dilema planteado por Shakespeare *en el Mercader de Venecia*).

4. Algunas acotaciones vernáculas sobre la donación

Ciertamente, el tema de los trasplantes y la donación de órganos toca raíces que van más allá de lo racional y que involucran no sólo a vivos y fallecidos, sino también a representantes involuntarios de ambos. Algunos casos comunes pueden ilustrarse con los comportamientos siguientes.

- Es frecuente que prevalezca entre personas creyentes –católicas– el desconocimiento de sus propios principios religiosos en torno a la trascendencia y reafirmación de su credo al momento de decidir el aprovechamiento orgánico de un familiar fallecido: “él llegó a este mundo íntegro y debe irse íntegro”, dicen. Ignoran así los pronunciamientos papales al respecto –más que Biblia para muchos y que incluso el mismo texto sagrado prescribe o admite– y además lo que llanamente acepta un creyente congruente: “lo sagrado no es el cuerpo mortal corrupto sino la persona que resucita en incorrupción; todo cuerpo terrenal se corrompe, y la auténtica alternativa es prolongar la vida de otro ser, transformar el cuerpo corruptible en la inmortalidad de un cuerpo espiritual”.⁶¹

⁶¹ En términos fidedignos, así lo expresa Pablo de Tarso (San Pablo) en la *Epístola a los Corintios*, 15:35.

La manera de convencer a estas personas es, quizá, iniciar la entrevista prácticamente con un recordatorio bíblico y los mensajes papales. O viceversa.

- Algunas personas tienen serias dudas sobre lo conveniente o más adecuado de acceder a una donación: “debo platicarlo con mis suegros”, “no se qué pueda pensar mi cuñada –o mis cuñados–”, “necesito ‘verlo’ con mi papá”, etcétera. En realidad, tales parientes del fallecido –o en trance de muerte– inventan pretextos que nacen de inseguridades, miedos, o una negación que no se atreven a declarar francamente por falta de entereza e ignorancia total del papel clave que tienen en esa decisión. La persona que lucha por convencerla advierte que este familiar, el más cercano y de máxima autoridad respecto del posible donante, es en realidad el único valladar existente que debe superar, no los que él menciona.
- Una variante de esta última posición es la que asume una persona que por motivos imprecisables no enfrenta una responsabilidad que legal y moralmente le corresponde, tanto por la relación de parentesco como de consanguinidad. Prefiere escudarse en otras personas “afines” que no tienen porqué intervenir en la decisión del actor principal. Hay una

frase que define esta actitud: "voy a pensarlo; es una decisión que no me corresponde tomar sólo a mi". Curiosamente aquí no intervienen familiares (pues están distantes o distanciados): se trata de consultarlo con el "amigo de toda la vida", de consultar con el compadre, con otras amistades o quién sabe qué personas que pesaban en el aspecto del fallecido y "saben bien" lo que él elegiría.

- Un caso de reciente incursión en el medio de los trasplantes es el referente a quienes no aceptan la donación desde una posición de observadores externos, calificándola en términos de desconfianza respecto del manejo ético de la operación. Aunque no es frecuente –afirman responsables médicos–, algunos piensan que se hace una asignación discriminatoria y preferencial de órganos y aun que existe su comercialización. Las versiones sin fundamento de un tráfico lucrativo de órganos y tejidos en nuestro país afortunadamente no han tenido resonancia preocupante, pues es un hecho que hasta ahora nadie puede comprobar. Las noticias y rumores provenientes de lo que se hace en otras latitudes –particularmente en los países asiáticos– de ninguna manera son acreditables en el nuestro, pero alguna desinformación dejan, sobre todo en mentalidades poco avisadas y vulnerables.

Finalmente, este conjunto de desatinos conforman un entramado que enrarece la percepción de muchos individuos respecto de una acción que representa una elevada expresión de solidaridad humana. Lo que sorprende en este escenario en el que comparece gente de todos los niveles socioeconómicos y educativos, es la generosidad de personas modestas y apenas alfabetizadas que suelen dar ejemplo de comprensión y sensibilidad en estos trances de adversidad. Tales eventualidades, que no son escasas, demuestran la no correlación entre factores materiales y espirituales.

5. Aspectos indispensables para la concientización

En primer término, hay que tener presente que el ser humano no es un conjunto de productos que pueden ser utilizados en otro ser, considerándolo bajo una fórmula simplista de transferencia orgánica sin consecuencias de ninguna especie. Por el contrario, debe reafirmarse la idea de que motivar o sensibilizar a un posible donante de órganos, sea en vida o a su fallecimiento, implica suscitar en todo candidato una disposición personal consciente y convencida, en el sentido de que participa en una acción de singular generosidad y altruismo; de un acto de voluntad propia por el que se hace un regalo fuera de serie a los demás, y pensando en la vida misma.

Lograr esta concientización éticosocial –bioética, moral– descansa en el principio pluridireccional de la confianza. Sobre esta base es posible conducir cualquier estrategia de objetivos sociales como la que nos ocupa, porque evidencia rectitud y transparencia en sus fines.

En una etapa crítica de los valores sociales en nuestro país, la tarea de lograr la credibilidad social en estas metas humanitarias es crucial y definitiva para activar, con expectativas alentadoras, los programas de salud del sector, particularmente los destinados al proceso de trasplante y donación de órganos, cuyo mayor soporte recae en la participación de la sociedad en general. En este punto debemos ser realistas y reconocer el bajo nivel de *capital social* que puede apreciarse en la “deficitaria” organización civil y comunitaria observable en nuestro país. Como expresábamos antes, en la decisión de participar subyace el sentimiento de confianza que nos inspira el trato, el compromiso y la correspondencia en nuestras relaciones con los demás; la certeza de que existe una situación de emergencia o de desastre nacional, para que se dé la movilización solidaria y generosa. Ese sentimiento y esa acción que suscitan las situaciones dramáticas, son las respuestas que se debe intentar promover y estabilizar en las modalidades que ofrece la organización civil no gubernamental, o las asociaciones civiles con afinidad de objetivos.

Otro ángulo a considerar en la concientización social, es la definición y precisión de los principios que atañen y afectan las decisiones tanto de donadores vivos como cadavéricos. Respecto a los primeros se suele interrogar: ¿es válido extraer un órgano o tejido a una persona sana para darselo a un enfermo? ¿es ético exponer la vida de un individuo en la extracción de un órgano?

La experiencia observada es que si las respuestas consideran el beneficio a un ser querido, tales prácticas son justificables; sobre todo si se asegura que el donador no encontrará la muerte o sufrirá serio deterioro de su salud, y podrá conservar una vida estable y similar a la anterior de la donación.

Otra cuestión ética se origina con base en quién debe tomar la decisión frente a la alternativa de donar un órgano en vida, ¿el médico responsable o el donador? La opción es difícil porque el donador siempre estará dispuesto a rescatar a un ser querido aun a costa de su salud, e incluso si no goza de ésta en grado aceptable. Pese a que el médico intente disuadirlo, el donante persistirá en su decisión. Según afirman los especialistas, este es un caso que confrontan los médicos de muchos países. Sin embargo, el imperativo sanitario y ético es que el médico no puede acceder a salvar una vida con la pérdida de otra.

La obligación moral de un donador respecto de un receptor cercano crea otra situación similar: temor o miedo, decisión dubitativa, presión familiar, etcétera, crean una conflictiva psicológica que hace reflexionar sobre qué tan libre y voluntaria puede ser una donación de este tipo.

Como ya hemos comentado en el punto anterior, circunstancias semejantes se dan en casos de personas fallecidas, donde intervienen factores de decisión previa a la muerte, la intervención de familiares, de amigos, en fin. El valor que debe estar subyacente, en todo caso, es el de conferir a la donación la elevada jerarquía de un acto altruista, capaz de investir a la muerte del significado de transmitir vida y que se muere para los demás.

Las anteriores reflexiones son válidas y atinentes no sólo al donador, al receptor y sus familiares, sino también incluyen a quienes participan en el proceso: médicos, enfermeras, legisladores, así como a los responsables de difundir información dirigida a conformar una cultura de donación consistente. Por ello, es que la bioética debe servir como guía permanente de todo proceso, al actuar con base en el derecho, la medicina, la moral; esto es, con respecto a principios comunes al ser humano, sin importar sexo, religión, status económico o cualquier otra variable contingente.

VI

RETOS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES DEL PRESENTE⁶²

Hace más de 40 años que México ingresó a la era de los trasplantes. A partir de la primera intervención quirúrgica, realizada en 1963, la formación de especialistas médicos y de equipos técnicos de apoyo ha experimentado un sensible progreso, que prácticamente ha transitado a la par del equipamiento tecnológico. Las vacunas, la higiene y la alimentación, han propiciado un incremento en las expectativas de vida. Sin embargo, como ya hemos comentado, el crecimiento demográfico, los cambios en el estilo de vida, los aspectos económicos, sociales y culturales, han repercutido en el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos que actualmente tienen como única alternativa el trasplante de un órgano o tejido.

Esta situación que encara nuestro país, que como también hemos expuesto es universal, ha obligado a que los sistemas de salud de todo el mundo se replanteen sus modelos de organización, seleccionando

⁶² El presente capítulo parte de las "Estrategias" delineadas en el *Programa de Acción: Trasplantes (SS)*, ya citada. Su versión es también paráfrasis de su original, pp. 84-88.

estrategias, líneas de acción y procedimientos médicos, científicos y tecnológicos capaces de responder a los retos de la posmodernidad, como suele llamarse a la etapa que vivimos.

1. Atención de prioridades y sus obstáculos

En primer término, deben tenerse presentes las prioridades establecidas programáticamente por las instituciones obligadas a dirigir y operar el sistema, las cuales comprenden iniciativas asociadas con los imperativos de equidad, calidad y sustentación financiera de los programas, todos ellos entendidos dentro de una estructura de proyección nacional.

a) Los trasplantes deben vincularse al desarrollo económico y social

Como parte de la salud integral, que depende de múltiples factores biológicos y psicosociales, la atención de los trasplantes produce su impacto en el desarrollo económico y social del individuo, de su familia y la sociedad. Si tenemos presente que según los datos más recientes, el total de pacientes en lista de espera es de 17, 653 personas, de las cuales 8, 600 se encuentran económicamente activas, ello nos da idea cabal de las dimensiones de la urgencia.

La inversión en este rubro debe reflejarse en el mejoramiento general de las condiciones de vida de los pacientes y sus familias, con obvias repercusiones en el desarrollo del sector comunitario al que pertenezcan.

Está demostrado, además, que los trasplantes implican un menor gasto que otros tratamientos alternativos (cuando existen) si nos referimos a padecimientos crónico-degenerativos; su impacto en el gasto de salud es claramente positiva.

OBSERVACIÓN: Las iniciativas que se instrumenten deben estar vinculadas con la participación social, pues "sin donante no hay trasplante", sean de vivos o cadáveres; sobre todo de estos últimos, que representan una posibilidad mucho más amplia.

La dificultad que salta a la vista es la actitud o disposición poco favorable a la participación en organizaciones de la sociedad civil. El especialista en políticas públicas Alberto Saracho hace referencia a este hecho en un artículo de la revista *Letras Libres*⁶³. Comenta que según la Encuesta Mundial de Valores más reciente (2000), mientras en Estados Unidos el 36.9 por ciento de los encuestados declaró participar en al menos una organización, en México sólo el 10 por ciento dijo estar en situación similar. Las

⁶³Saracho, Alberto, "¿Y qué puedo hacer yo?", en *Letras Libres*, mayo 2006, año VII, num. 89, pp. 28,29, México, 2006.

organizaciones deportivas son las más populares. Los mexicanos argumentan las dificultades existentes para participar, pero afirman que sí estarían dispuestos a hacerlo si la petición que se les hiciera fuera convincente o estuvieran de acuerdo.

En esta línea estratégica, valdría la pena considerar que las solicitudes de donación de órganos (al fallecimiento del candidato o presunto donador) se plantearan al momento de tramitar la licencia de manejo, de pasaporte o cualquier trámite administrativo, que en nuestro país sabemos cuánto tiempo hay que dedicar. Otras opciones pueden intentarse, como en los festivales musicales o eventos deportivos, que por la celeridad y excitación que los acompañan, antes y después de concluidos, parecen pocos propicios.

En la misma estrategia de vinculación social podría considerarse la información temprana en el nivel de educación básica, con el propósito de iniciar desde esa etapa una cultura de la donación que, consecuentemente, debe tener continuidad en niveles educativos superiores.

b) Reducir rezagos que afectan a los pobres

Las condiciones de rezago y subdesarrollo socioeconómico generalizado afectan a un sector importante de la población, manteniéndolas en condiciones de indefensión consustanciales a la pobreza. Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Zacatecas, Nayarit, Hidalgo, son entidades que emblemáticamente

se citan como mexicanos condenados a la desaprensión y aun al olvido de las preocupaciones gubernamentales. Es inaplazable ya proporcionales acceso efectivo a los servicios de salud, atendiendo a las regiones geográficas, niveles socioeconómicos, grupos de edad, tipos de enfermedades, etcétera.

Abrir las opciones a la salud a esos sectores vulnerables, incluyéndolos igualmente a los beneficios de la cirugía de trasplantes, significa cumplir con principios de ética y justicia igualitaria, incorporándolos a un escenario de mejores expectativas de vida y productividad. Cabe recordar que de hecho el 90 por ciento de las operaciones de trasplante (y otras menos especializadas) se realizan en instituciones públicas, lo que representa la posibilidad de ampliar la cobertura en beneficio de los segmentos más desprotegidos de la población.

OBSERVACIÓN: Los pobres y la pobreza es un tema sempiterno y capitalizable para toda ocasión, pero particularmente para el discurso político.

Sin embargo, salud, educación, vivienda y otras carencias básicas son las variables que nos tipifican los núcleos de población marginada que ya hemos señalado y sobre cuyas condiciones de subsistencia no es posible avizorar o predecir un futuro más benigno. Esta población se inscribe en la

categoría censable de “no derechohabiente” y asciende, en cifras de la Secretaría de Salud validadas en 2004, a 50 millones de personas (57 millones según el Banco Mundial y sus propios parámetros). Lo que se puede precisar son las muchas dificultades que esta población –procedente de zonas rurales y grupos marginados urbanos– tiene que enfrentar para lograr el acceso a los servicios, la falta de medicamentos y otros insumos médicos.

El programa IMSS-Oportunidades, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), Oportunidades (articulado a partir del programa previo Progresá) y el Seguro Popular de Salud, han intentado cubrir, cada uno a su manera, las deficiencias de asistencia social y médica en zonas remotas; todas han operado bajo el esquema del combate a la pobreza. Se ha cuestionado, sobre todo en la presente administración de gobierno el hecho de manejar un padrón a modo o de personas seleccionadas con fines electorales. Es posible terminar por deformar o desnaturalizar los fines de programas sociales presuntamente concebidos con buenas intenciones, sobre todo cuando las condiciones de existencia acosan y agobian a millones de conciudadanos. Por otra parte, se ha detectado la existencia de un traslape de programas que afectan los servicios que se otorgan, como a la población destinataria de los mismos, donde llega a duplicarse el número de beneficios, pues algunos ya cuentan con prestaciones similares.

c) Esforzarse en proporcionar calidad y "calidez" en los servicios

Un componente básico de los servicios de salud es brindarlos con una aceptable calidad que entrañe respeto y trato digno a los pacientes, de forma que evidencie la búsqueda de su bienestar. La relación interpersonal médico-paciente debe llevar a una satisfacción recíproca: que genere confianza en el enfermo y a la vez una disposición gratificante en el personal de salud.

Los estándares de calidad en los servicios son determinantes para lograr una respuesta favorable en el proceso de donación. Cuando el enfermo confirma que se lucha por su salud, no duda en aceptar una "propuesta por la vida", planteada en el momento oportuno, no antes ni después de haber puesto en juego todos los elementos disponibles para preservar la vida.

Estimar el nivel de calidad de los servicios en el proceso de donación-trasplante implica poner en práctica la organización del sistema y la unificación de criterios diagnósticos y los tratamientos empleados en el país; así mismo, brindar una atención basada en evidencias científicas y consensuadas en donde se aprovechen los recursos disponibles en el sistema de salud. Este despliegue de posibilidades, humanas y materiales, es lo que permite medir objetivamente la calidad del servicio, conocerlo y aplicar correctivos para su mejoramiento.

OBSERVACIÓN: Es inobjetable que la práctica pone a prueba toda organización, y en el caso que nos ocupa los hechos desvirtúan con frecuencia los objetivos del sistema. Un aspecto que suele descuidarse es el encuentro inicial de la relación médico-paciente.

Después del trámite burocrático de admisión al servicio, el médico responsable –por los motivos plurifactoriales que sean– hace una recepción indispuesta e inadecuada del paciente, un reconocimiento deficiente del caso, que suele tener repercusiones al interior del hospital y causa irritación en las personas: de por medio hay informes incompletos, de mala gana, apresurados, y como colofón, suelen mandar desalojar a los familiares de la sala de espera (o bien lo hacen personalmente), actuando como si fueran vigilantes del hospital.* Como es esperable, un comportamiento de este tipo tiene efectos con frecuencia irreversibles. Llegado el momento de decidir sobre una donación, el paciente dice ¡no!, como una especie de desquite.

Hay, por el contrario, actitudes responsables del especialista y su equipo de salud que el paciente no comprende o no quiere aceptar, a pesar de los esfuerzos y razones del personal, y que suelen incidir en los criterios de valoración de la calidad y las expectativas del enfermo. En principio, dicen

* Estas eventualidades, de constancia personal, fueron confirmadas por médicos del área de trasplantes del Centro Médico Siglo XXI. Afortunadamente esta conducta no es regla, pero el testimonio de dos o tres familiares que pasan por la experiencia, ayuda a prefigurar su generalidad.

los médicos de trasplante, existe un fundamento ineludible para seguir adelante en el proceso de trasplante: *todo injerto vincula tumores o infecciones*. Ello conduce a un análisis y diagnóstico de cualquier candidato a donador o receptor, lo cual puede derivar en los llamados “frenos” del proceso. Se dan contradicciones de origen médico que denominan absolutas y relativas. Las primeras identifican casos de pacientes sépticos (infectados), portadores de tumores con metástasis, portadores de hepatitis, de VIH, etcétera. Los frenos relativos se identifican en tumores primarios, diabetes, hipertensión arterial, edad, etcétera. Cualquiera de estas eventualidades mórbidas obstaculizan o detienen un tratamiento en el área. El derrumbe de esperanzas del paciente suele inducirle a malentender las posibilidades reales del servicio.

Existen muchos aspectos y detalles que revelan la desarticulación e inadecuada comunicación (a veces inexistente) entre los diferentes equipos de especialistas, que demeritan y afectan la calidad del servicio, pero sus pormenores requieren de espacio y tiempo. Considero que estos ejemplos ilustran el punto.

d) Apoyar financieramente a quienes requieran un trasplante

Las enfermedades terminales o crónico–degenerativas no son peculiares a un nivel socioeconómico, sexo, edad, religión, etcétera. Involucra a la población en general, lo que entraña un gasto de grandes magnitudes para el gobierno, catastrófico para el individuo y la familia, que en la mayoría de los casos no pueden solventar. Esta circunstancia es prácticamente irresoluble frente a los grandes retos que el Estado mexicano debe acometer, lo que no implica pensar en mecanismos que procuren la prevención sanitaria, la atención oportuna y eficiente, es decir, acciones que coadyuven a mitigar los desequilibrios existentes e intentar por esa vía crear un sistema de salud financieramente justo.

OBSERVACIÓN: En comparación con otros países de la OCDE, México dedica una proporción relativamente baja de su PIB al gasto en salud. En 2002 gastó 6.1 por ciento de su PIB en salud, lo que le ubica entre los países de la Organización que registran las proporciones más bajas, y en niveles inferiores en relación con países latinoamericanos con grado de desarrollo similares como Argentina (9.5), Brasil (7.6), Chile (7.0) y Costa Rica (7.2). En el caso del gasto per cápita en salud se observa una clasificación similar.

Esto, a pesar de que las erogaciones del gobierno federal en salud ascendió a 12 por ciento en 2002.

Es muy sabido que México muestra una de las distribuciones del ingreso y la riqueza más desiguales del mundo. El 1.3 por ciento de las familias concentra la mayor parte de la riqueza; otro 39.7 se distribuye en el ingreso total (según la Secretaría de Hacienda, 2004). En el 2000, entre el 13 y 14 por ciento de la población vivía con menos de un dólar diario y el 46 por ciento con 2 dólares diarios. Estas desigualdades tienen una dimensión geográfica: los ingresos per cápita en los estados más ricos, como el Distrito Federal y Nuevo León, son entre 4.4 y 6.4 veces mayores que en los estados más pobres, como Chiapas y Oaxaca.

Las desigualdades del país se marcan oficialmente por el gobierno mexicano conforme al índice de marginación que utiliza como medida resumida del grado de privación social y económica y la falta de acceso a servicios. Por lo general es más alto en entidades del centro y el sur del país, como también se observan disparidades entre estados en la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos (agua potable, drenaje, pisos encementados) educación.....y salud.

e) Fortalecer el papel rector de la SS y el CENATRA

Un objetivo primordial de estas instituciones es que sus decisiones y mandatos se cumplan estrictamente. Que sus instrucciones y determinaciones lleguen a donde suceden o deben suceder las cosas, acercando recursos y servicios a los ciudadanos, contribuyendo a lograr una distribución equitativa de oportunidades y bienes para todos, particularmente a quienes carecen de ellos.

La Ley General de Salud confiere a la SS esas funciones de rectoría sobre todo el sector: instituciones públicas y privadas, federales y estatales, que desempeñan actividades directamente relacionadas con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en materia de donación y trasplantes de órganos, así como regular y coordinar programas sobre la materia a través del CENATRA.

Para funcionar satisfactoriamente en el cumplimiento de sus responsabilidades, el CENATRA requiere de la colaboración de instituciones públicas, sociales y privadas en todos los ámbitos y niveles del gobierno nacional. Sin su aportación es difícil establecer la planeación, instrumentación, control y evaluación del Programa Nacional de Trasplantes. Por ello es indispensable crear y adecuar mecanismos operativos que hagan funcional y eficaz la descentralización, diseñada con el propósito de lograr la racionalización de funciones y la interacción entre instituciones y entidades, y

que contribuya a fortalecer la rectoría y orientación de acciones, fases y procesos.

OBSERVACIÓN: La rectoría y autoridad de la SS y del CENATRA deben reconocerse y cumplimentarse conforme lo establece la Ley General de Salud. Como lo hemos señalado, existe una preocupante desarticulación entre instituciones del sector que llega incluso a la incomunicación –irresponsable, inconsciente y aun deliberada– imputable a personal médico, otros profesionales y auxiliares (como Trabajo Social), adscritos a una misma unidad hospitalaria y en áreas interdependientes. Tal situación da idea de lo que puede ocurrir entre instancias no cercanas o inmediatas, como serían entre unidades hospitalarias de San Luis Potosí, Guadalajara o Nuevo León.

Informantes del sector relatan situaciones y ocurrencias que serían risibles si no entrañaran consecuencias sombrías para muchas personas (pacientes):

Ejemplo 1: Familiares de un enfermo agonizante (su muerte estaba prevista médicamente por la clínica) avisan con urgencia al hospital que deben ir por el cuerpo a fin de utilizar los órganos aprovechables de un donador expreso. El Coordinador de trasplantes no se encuentra en el hospital (deben trabajar, obviamente por turnos, las 24 horas) pero son las

dos de la mañana y no hay una autoridad que gire la orden. Además, no hay ambulancia disponible (quizá se trataba más bien del chofer); la trabajadora social de Urgencias se enreda en el intrincado problema: ¿a quién recurrir? ¿llamar al Director General a su casa? ¿al Coordinador de trasplantes? Los órganos de un cadáver pueden preservarse somáticamente por medios adecuados aproximadamente por 4 o 5 horas; las córneas un poco más (3 días aprox.) El caso fue una lamentable pérdida de órganos y un incumplimiento al deseo de un donador explícito...y de sus familiares.

Ejemplo 2: Fallece en el hospital un paciente cuyos familiares están de acuerdo en donar los órganos. Es necesario para extraer los órganos hacer estudios de compatibilidad entre donante y receptor. Del receptor ya existe expediente claramente diagnosticado al respecto. Es necesario identificar las características de histocompatibilidad del fallecido pero no existen los reactivos que se requieren para ello. Habrá que esperar otra oportunidad para aprovechar un donante, y entretanto averiguar con la administración (y con el Coordinador) cómo es posible no tener permanentemente disponibles los elementos requeridos para atender un suceso que ocurre de día y de noche, de improviso y aun en días festivos.

Ejemplo 3: En el hospital Rubén Leñero del Distrito Federal fallece un accidentado. Sus allegados acceden a donar los órganos. Acude una trabajadora social que toma registro del hecho y debe llamar al Ministerio

Público que debe intervenir en estos casos. Con el debido retraso, el MP llega y autoriza el procedimiento que implica la previa o simultánea autopsia. Pero al trasladarlo a la Unidad de Trasplantes la responsable de ingresos exige que lleve carnet para proceder al ingreso. Esta desinformación e ineptitud burocrática, que en la ocasión fue superada, estuvo a punto de frustrar la operación para cuyo efecto habían transcurrido cerca de tres horas. Pero esta eventualidad absurda no es aislada.

Los médicos también tienen su parte en casos de irracionalidad que fluctúan entre descuido, apatía o mala fe guiada por la competencia entre colegas, resquemores o mera antipatía y celos profesionales hacia otros compañeros del gremio, lo que refleja la falta de profesionalismo que puede ocasionar, y quizá se materialicen, resultados fatales. Pero desinformar, no comunicar ni intercambiar información clave sobre casos en observación, es una muestra de inconsistencias y falta de control y cumplimiento de las prescripciones establecidas para los procedimientos del área, que en primer término postula la ética y el profesionalismo en las acciones.

f) Ampliar la participación ciudadana y la libre elección en el proceso

Los trasplantes requieren la participación permanente de la población en general. Sin el altruismo de la donación y la solidaridad no sería posible

realizarlos. Por ello se debe mantener una línea abierta con la sociedad a fin de resolver dudas, aclarar problemas y orientar en todo lo posible.

Muchas personas están en posibilidad de elegir el servicio que crean conveniente, orientados por lo que consideran les garantiza mayor calidad. En este discernimiento entre servicio público y privado, el CENATRA, dentro de todas las disfuncionalidades que trata de superar, se significa por conjuntar profesionales de excelencia y reconocimiento internacional y equipamientos e instalaciones de vanguardia. Uno de sus objetivos básicos es crear confianza en la población, pues sin el concurso de ésta se produciría un retroceso en los avances que han costado muchos años y esfuerzos.

Las ONG aportan un trabajo conjunto que apoya las metas del CENATRA encaminadas en pro de una cultura de la donación, que apenas da sus primeros pasos. La transparencia en las acciones públicas y el recto proceder de las instituciones de salud son condiciones necesarias para atraer la buena disposición y la confianza ciudadana.

A ello debe contribuir con igual peso la capacitación y formación de los profesionales involucrados en sus programas, de suerte que les permita ofrecer servicios de excelencia en forma equitativa, avalados por las instituciones educativas y consejos médicos del país. Se trataría pues, al instrumentar el programa que consigna esta prioridad, de mitigar disfuncionalidades a través de la superación y autocrítica de sus debilidades,

de disminuir carencias de toda clase que implican asignar recursos financieros y voluntades que lleven a buen término los objetivos. Finalmente, se trata de generar condiciones en los servicios de salud en donde el paciente encuentre un entorno cordial y de respeto, y donde los profesionales desarrollen sus funciones y habilidades en forma satisfactoria.

OBSERVACIÓN: Es de llamar la atención que las mayores críticas al CENATRA y su sistema operativo nacional surjan de su propio seno. Un gran ejército de profesionales, técnicos, operarios y auxiliares administrativos integran un universo de criterios y sensibilidades que no se pueden homologar fácilmente. Y es curioso que en este complejo organismo donde navegan ideas, criterios, dudas y meras ocurrencias, una acción o una omisión, por muy bajo nivel o jerarquía que tenga quien la cometa (o la perpetre) tiene consecuencias que pueden desembocar en resultados lamentables y aun dolorosos. Por ello es tan importante todo aquello que se hace o deja de hacer en relación con la salud. El capítulo que se refiere a los trasplantes y a la donación es particularmente sensible para quienes lo viven de cerca, por dentro o son protagonistas en uno de sus polos (“sin donante, no hay trasplante”, dicen los españoles).

Por eso mismo debemos apreciar lo que tenemos, y como patrimonio personal tratar de acrecentarlo, perfeccionarlo, y tratar de señalar con

espíritu propositivo y autocrítico sus más ostensibles fallas. Muchas de ellas provienen precisamente de sus 'jueces' internos, que en frecuentes ocasiones adolecen miopía mental porque ellos son parte de la disfuncionalidad o falla que señalan. "Una corriente alentadora –dice uno de los responsables del sistema–, es la que mira por encima de vallas y pone como único paisaje a México y los mexicanos". La expresión, con su dosis de cursilería, tiene sentido y sería de veras atendible si tuviera eco en los sitios del poder.

CONCLUSIONES

1. El derecho social a la salud, prescrito en el artículo 4° constitucional y reglamentado en la Ley General de Salud, ha ampliado su cobertura tutelar al ofrecer a muchos mexicanos que padecen de una enfermedad terminal la única opción posible: el trasplante de un órgano. No obstante lo exitoso de esta técnica, el número de solicitantes y la carencia de donadores impide satisfacer la demanda.
2. Los restrictivos controles legales que impedían ser donante a quien no tuviese relación de parentesco consanguíneo, civil o por afinidad con el paciente, fueron modificados por la Suprema Corte de Justicia, permitiendo que cualquier persona pueda hacerlo como gesto de solidaridad y humanitarismo, ajeno a todo carácter lucrativo, en una operación rigurosamente controlada bajo supervisión de instituciones y autoridades del sector salud.
3. El Sistema Nacional de Salud, integrado por todas las instituciones públicas, privadas y sociales abocadas a prestar servicios de salud, se

distribuyen prácticamente en todas las regiones y entidades del país. Sin embargo, las unidades hospitalarias importantes se encuentran en el centro del mismo; si acaso tienen una presencia muy deficiente en zonas marginadas y rurales de difícil acceso e incomunicadas; muestra serias desarticulaciones en su operación, bajo financiamiento y calidad en los servicios estatales, e irregularidades en la dotación de medicamentos e insumos médicos.

4. El sistema mexicano de salud debe acometer los bajos niveles de eficiencia a partir de sus irregularidades y debilidades más ostensibles: la coexistencia de un gran número de instituciones integradas de manera vertical; la heterogeneidad existente entre usuarios y prestadores de servicios; la descoordinación de políticas en un entorno descentralizado; la falta de capacidad administrativa y de gestión entre las instituciones de descentralizadas y la debilidad de incentivos financieros asociados con el pago de servicios que afectan la productividad y la calidad.
5. La creación del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) es un acierto del sistema de salud nacional. Representa los cimientos para el desarrollo de una organización nacional, sistemática y racionalizadora de los esfuerzos emprendidos desde 1963, con el propósito de integrar las iniciativas, programas y demás componentes del Sistema Nacional de Salud destinados a este campo. Si bien da sus primeros pasos, deben

apoyarse sus empeños por optimizar los recursos existentes, abatir disfuncionalidades, procurar el control oportuno de listas de espera y trasplantados, promover la cultura de la donación y dar respuesta eficiente y equitativa a los mexicanos que cifran en un trasplante su esperanza de vida.

6. El reto más importante del sistema de salud en cuanto a la donación de órganos, es crear un modelo de organización en el subsector que se ocupe específicamente de obtener y recuperar órganos, de vivos y fallecidos, valiéndose del trabajo de equipos capacitados, informados y sensibilizados en función dedicada, de manera exclusiva y de tiempo completo, a desempeñar esta tarea. Hoy estas acciones están dispersas, son casuísticas y por tanto responden a las necesidades del momento. Ello ocasiona el desperdicio y la pérdida de muchas oportunidades de recuperación de órganos que miles de pacientes esperan en las listas del Registro correspondiente.
7. Para lograr un adecuada conciencia individual y social respecto a la donación y el trasplante de órganos es indispensable difundir por todos los medios información suficiente sobre el tema y su trascendencia y significado como gesto de solidaridad; de sus repercusiones como valores éticos y sus impactos sociales y económicos, de la misma manera que sus efectos en la valoración de la autoestima, el respeto y la dignidad que

deben enriquecer la convivencia comunitaria. Este modelo lo ha logrado desarrollar España en niveles de excelencia, resultados que le han ganado el reconocimiento mundial como país número uno en la siembra y cosecha de estas iniciativas.

8. Hoy se reconoce que vivimos una etapa crítica de los valores sociales y morales, en un proceso que erosiona la credibilidad y la confianza. De aquí deriva el escaso capital social que puede apreciarse en la limitada organización civil y comunitaria observable en nuestro país. En este contexto, lo aconsejable sería que toda estrategia o línea de acción dirigida a construir una cultura de la donación deba estar avalada por todas las personas que como protagonistas y profesionales participarían en este proyecto: donadores comprometidos o expresos, receptores beneficiados, familiares, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, legisladores, y la autoridad responsable de coordinar y difundir la convocatoria a conformar una cultura de donación consistente.

- En todo caso debe considerarse que los equipos conformados con este último objetivo deben integrarse con personas capacitadas, excelentes y sensibles, convencidas de la importancia de su trabajo. Ampliar las acciones a las entidades federativas, confiriendo responsabilidades a coordinadores locales adecuadamente informados a partir de unidades hospitalarias regionales y locales de provincia. Obtener el apoyo de

dependencias para realizar las campañas a largo plazo, con margen para penetrar e impactar a la población. Muchas acciones pueden diseñarse con vinculación entre sí, como invitar a profesores a interiorizarse en esta necesidad social y trasmitirla a los escolares, poniendo en juego su experiencia pedagógica. En provincia y zonas rurales la tarea implica además vencer mitos y creencias: el tráfico y venta de órganos, la mutilación del cuerpo que debe yacer íntegro en la tumba, prohibiciones religiosas, desconocimiento de la voluntad del ser querido fallecido, etcétera.

BIBLIOGRAFÍA

- Broekman Jan M., *Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas*, Quirón, La Plata, 1994.
- Charlesworth Max, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge University Press, Gran Bretaña, 1996.
- *Donación de Órganos. Inconstitucionalidad del artículo 333, fracción VI, de la Ley General de Salud*, serie Decisiones relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2004.
- Drane James F., "procedimientos de ética", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, nums. 5 y 6, mayo-junio de 1990; Estévez Agustín V., "Decisiones en Comités Hospitalarios de Ética", en Quirón, vol. 27, num. 4, 1996.
- Engelhardt Dietrich, "Ética médica: estructura, desarrollo y difusión", en *Bioética. Educación & Humanidades Médicas*, vol. 2, num. 2, Fundación Internacional Cataldi Amatrian, Buenos Aires, 1995.
- Estudios de la OCDE
- *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de Salud*, México Secretaría de Salud, 2005.
- Ferrajoli Luigi, *Derecho y garantías, la ley del más débil*, edit, Trotta, Madrid, 1997.

- ----- , *Derecho y razón*, edit. Trotta, Madrid, 1997.
- Hottois, Gilbert, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Antrophos, Barcelona, 1991.
- Luna Florencia y Salles Arleen, "Develando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía", en *Perspectivas bioéticas en las Américas*, año 1, num. 1, FLACSO, 1996.
- Mackinson, Gladis J., "Bioética y derecho: reflexiones sociojurídicas", en *Bioética, sociedad y derecho*, VV. AA. (compilador: Germán J. Bidart Campos), Lema, Buenos Aires, 1995.
- Marinetti José A., *Bioética sistemática*, Quirón, La Plata, 1991.
- Miranda B and R. Matesanz, "Internacional Sigues in Transplantation. Setting the Scene, Flagging up the Most Urgent and Controversial Sigues", NY'98 Workshop, *Annals of the New Cork Academy of Science*, vol. 862, 1998.
- Miranda B. and Matesanz R. "International Issues in Transplantation...", NY998 Workshop, *Annals of the New York of Science*, vol. 862, 1999.
- Miranda, B. and R. Matesanz, "The potential organ donor pool. International figures in organ donation for transplantation", edited by R. Matesanz and B. Miranda, Aula Médica, Madrid, Spain, 1996.
- Montejano Bernardino, *Los fines del derecho*, Abeledo-Perret, Buenos Aires, 1976.

- *Programa de Acción: trasplantes*, Secretaría de Salud, México, 2001.
- R. Matesanz, "Tráfico de órganos: hechos ficciones y rumores", *Nefrología*, vol. XIV, núm. 6, 1994.
- Saracho Alberto, "¿Y qué puedo hacer yo?", en *Letras Libres*, mayo 2006, año VII, num. 89, México, 2006.

- "Evolución y perspectivas de los trasplantes de órganos y tejidos en el IMSS", documento de la Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación Nacional de Trasplantes, pp. 5, 6, México, marzo 2003.
- Constitución Política Mexicana, (Rev. y Act. por Miguel Carbonell) Porrúa, México, 2006.
- Ley General de Salud, Suprema Corte de Justicia, México, 2006.
- *OECD Proceeding, xenotransplantation*.
- OMS, *Legislative Responses to Organ Transplantation*, 1994.
- ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Organización Panamericana de la Salud, "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", documentos básicos, Washington, 1991.

- Reglamento de la Ley General de Salud, Artículo 34 en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, México, 2001.
- Secretaría de Salud, *SICUENTAS*, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, 2004.
- <http://pensandoenlavida.ar.tripod.com/DonacionSituacion.htm>
- <http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/archives/010186.html>
- <http://www.incucai.gov.ar>
- <http://www.latinsalud.com/articulos/00218.asp>
- <http://www.tampico2k.com/ciencia/tráficoórganos.htm>; La verdad detrás del tráfico de órganos. ¿Cuánto cuesta el cuerpo humano?, Ciencia y Tecnología disponible en UL
- <http://www.tecnociencia.es/especiales/trasplantes/5.htm#52>
- <http://www.wrtc.org/pubs/religiousviews.spanish2>; Santiago Delpin Eduardo, "Religión y trasplante", en *Trasplantes de órganos*, JGH editores, México, 1999.