



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO

**EL PROBLEMA DE LOS TRASPLANTES DE
ÓRGANOS EN MÉXICO: ANÁLISIS EN TORNO
A LA DIGNIDAD HUMANA Y LA BIOÉTICA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN DERECHO**

P R E S E N T A:

ODETTE GIOVANNA TORIZ CRAVIOTO

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. ALFONSO E. OCHOA HOFMANN

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2022





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.



**SEMINARIO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO
OFICIO NO. SFD/055/2022**

ASUNTO: Aprobación de tesis

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
P R E S E N T E**

Distinguida Directora:

Me permito informar que la tesis para optar por el título de Licenciada en Derecho, elaborada en este seminario por la pasante en Derecho, **C. Odette Giovanna Toriz Cravioto**, con número de cuenta **308150490**, bajo la dirección del **Mtro. Alfonso Estuardo Ochoa Hofmann**, denominada **“EL PROBLEMA DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN MÉXICO: ANÁLISIS EN TORNO A LA DIGNIDAD HUMANA Y LA BIOÉTICA”**, satisface de forma sobrada los requisitos reglamentarios respectivos, por lo que con fundamento en la fracción VIII del artículo 10 del Reglamento para el funcionamiento de los Seminarios de esta Facultad de Derecho, otorgo la aprobación correspondiente y autorizo su presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales y de Grado de esta Universidad.

El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad Universitaria, Ciudad de México, a 19 de agosto de 2022

**LIC. JIMI ALBERTO MONTERO OLMEDO
DIRECTOR**

*Muchas gracias a mi director de tesis por
su tiempo, guía, consejos y paciencia.*

Para México y mi querida Universidad.

*A mamá, papá y Aldo,
los amo.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO I

NOCIONES GENERALES

1.1 MEDICINA DE TRASPLANTES	5
1.1.1 Trasplantes de órganos	6
1.1.2 Tipos de trasplantes	7
1.2 DONACIÓN DE ÓRGANOS	7
1.2.1 Clasificación de las donaciones	9
1.3 DIGNIDAD HUMANA	10
1.4 BIOÉTICA Y BIODERECHO	11
1.4.1 Bioética	13
1.4.2 Bioderecho	14

CAPÍTULO II

HISTORIA DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

2.1 MITOS Y CIVILIZACIONES ANTIGUAS	16
2.1.1 Ganesha, el dios hindú	16
2.1.2 San Cosme y San Damián	17
2.2 SIGLO XX	18
2.2.1 Primeros intentos de trasplante	18
2.2.1.1 Alexis Carrel, cirugía vascular	19
2.2.1.2 Mathieu Jaboulay, 1906	20
2.2.1.3 Yuri Voronoy, 1933	20
2.2.1.4 Hospital Necker de París, 1952	21
2.2.2 Primeros trasplantes exitosos	21
2.2.2.1 Primer trasplante renal, 1954	22
2.2.2.2 Primer trasplante hepático, 1967	22

2.2.2.3 Primer trasplante cardiaco, 1967	23
2.2.3 Muerte encefálica	25
2.2.3.1 Causas	26
2.2.3.1.1 Respiradores artificiales	26
2.2.3.1.2 Trasplantes de corazón	27
2.2.3.2 Comités	28
2.2.3.2.1 Colegio de Médicos de Francia	29
2.2.3.2.2 Comité de Harvard	30
2.2.3.2.3 La Declaración de Sídney	31
2.3 TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN MÉXICO	32
2.3.1 Primeros trasplantes	32
2.3.2 Práctica contemporánea	33

CAPÍTULO III

DIGNIDAD HUMANA

3.1 DESARROLLO HISTÓRICO EN EL PENSAMIENTO FILOSÓFICO	35
3.1.1 El pensamiento clásico	35
3.1.2 La <i>dignitas</i> y los romanos	38
3.1.3 Las posturas de la Edad Media	38
3.1.4 Los renacentistas	40
3.1.5 El pensamiento de la Ilustración	42
3.2 CONSTITUCIONALIZACIÓN: PRIMEROS PRECEDENTES	45
3.2.1 Constitución de Weimar, 1919	47
3.2.2 Constitución de Irlanda, 1937	48
3.3 INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	49
3.3.1 Carta de Naciones Unidas, 1945	50
3.3.2 Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948	51
3.3.3 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948	54
3.3.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966	55

3.3.5 Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969	57
3.4 ÁMBITO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL EN MÉXICO	57
3.4.1 Constitucionalización	58
3.4.2 Suprema Corte de Justicia de la Nación.....	61
3.4.3 Corte Interamericana de Derechos Humanos.....	65

CAPÍTULO IV

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS DESDE LA BIOÉTICA

4.1 BIOÉTICA Y TRASPLANTES	69
4.1.1 Fundamentos históricos del pensamiento bioético	70
4.1.2 Principios bioéticos	72
4.2 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE	78
4.2.1 Donación <i>ex vivo</i>	80
4.2.2 Donación <i>post mortem</i>	81
4.2.2.1 Muerte cardiovascular	82
4.2.2.2 Muerte encefálica	82
4.2.2.3 Deseos <i>post mortem</i>	84
4.2.2.4 Consentimiento.....	86
4.3 DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE.....	90
4.3.1 Etapas de la distribución.....	90
4.3.1.1 Aceptación	91
4.3.1.1.1 Criterios médicos	91
4.3.1.2 Asignación final	96
4.3.1.2.1 Criterios distributivos.....	96

CAPÍTULO V

MÉXICO EN EL ÁMBITO DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

5.1 REGULACIÓN INTERNA	101
5.1.1 Sistema Nacional de Salud.....	101

5.1.2 Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes.....	102
5.2.2.1 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.....	103
5.2.2.2 Centro Nacional de Trasplantes	103
5.2.2.3 Registro Nacional de Trasplantes.....	104
5.2.2.4 Centros Estatales de Trasplantes.....	105
5.2.2.5 Consejo Nacional de Trasplantes	105
5.2.2.6 Consejos Estatales de Trasplantes	107
5.1.3 Delitos en materia de trasplantes	107
5.1.4 Voluntad anticipada	110
5.1.5 Disposiciones relacionadas con vialidad y tránsito	115
5.2 INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	116
5.2.1 Principios rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos, 1991	117
5.2.2 Protocolo de Palermo, 2000	121
5.2.3 La Declaración de Estambul, 2008	122
5.2.4 El Documento de Aguascalientes, 2011	126
5.3 ESTADÍSTICAS	129
5.3.1 Defunciones registradas	129
5.3.2 Donaciones y trasplantes.....	131
5.3.3 Voluntad anticipada	135
5.3.4 Trata de personas y tráfico de órganos	137
5.4 PERSPECTIVAS	138
5.4.1 El problema de los trasplantes de órganos en México	138
5.4.1.1 Consentimiento.....	139
5.4.1.2 Políticas públicas	140
5.4.1.3 Colaboración entre organismos e instancias	142
5.4.1.4 Tráfico de órganos.....	146
CONCLUSIONES	157
FUENTES DE CONSULTA.....	163

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos acontecidos a nivel mundial, particularmente, en el campo de la medicina, hoy día existen múltiples alternativas terapéuticas que permiten mejorar las condiciones de salud de personas con diversos padecimientos, sin embargo, en muchas ocasiones esta realidad –relativamente reciente– rebasa la previsión jurídica, en especial, en cuanto al establecimiento de normas y de políticas públicas, y, consecuentemente, se vulnera la dignidad humana de las personas. En el presente trabajo se analiza lo antes señalado, específicamente, en materia de trasplantes de órganos, a fin de precisar la importancia de una correcta regulación en nuestro país.

Los grandes progresos de la medicina en materia de trasplantes de órganos han tenido un enorme impacto social, ético y jurídico, ocasionando, a su vez, problemas de diversas índoles para las sociedades, mismas que derivan en la necesidad de crear políticas públicas y regulaciones que establezcan pautas a fin de brindar protección a la vida y a la dignidad de las personas al momento de llevar a cabo los procesos correspondientes a dichos tratamientos.

La dignidad humana es la base que fundamenta los derechos humanos, como ha sido reconocido tanto doctrinariamente como en el ámbito normativo y jurisprudencial. En consecuencia, resulta indispensable que, desde su análisis y observancia, nuestra regulación la tome en consideración al momento de dar respuesta y solución a los problemas de trasplantes de órganos.

Nuestra Ley General de Salud comprende un capítulo específico relativo a la donación y los trasplantes, cuyo objeto radica en brindar certidumbre respecto de los procesos de donación, obtención y distribución de órganos a todos los sujetos que en ellos intervienen, sin embargo, en aras de evitar que los avances tecnológicos rebasen al Derecho, es necesario que en el marco jurídico de nuestro país se encuentren reguladas diversas cuestiones no contempladas en la legislación vigente o que, en su caso, se plantean, pero a través de normas ineficaces o insuficientes. Como ejemplo de lo anterior encontramos algunos problemas en cuanto a los diversos mecanismos creados para llevar registro de las

decisiones asumidas por las personas, referentes a la donación de sus órganos, como lo son: **(i)** el Registro de donadores voluntarios del Centro Nacional de Trasplantes; **(ii)** las bases de datos creadas con fundamento en diversas leyes locales de voluntad anticipada; así como **(iii)** las anotaciones que derivan de los procesos administrativos relacionados con trámites y servicios relativo a movilidad y vialidad –expedición de licencias de conducir–.

Este trabajo tiene por objeto determinar de manera clara y precisa qué problemas se presentan en nuestro país respecto de los trasplantes de órganos, así como las razones por las cuales es de suma importancia que los procesos de donación, obtención y distribución de órganos se encuentren debidamente regulados por el Estado mexicano, protegiendo la vida y la dignidad de las personas. Asimismo, se pretende evidenciar la trascendencia que el discurso jurídico tiene en el marco de la dignidad humana y de la Bioética, respecto de los trasplantes de órganos, con la finalidad de poner de manifiesto la importante tarea que descansa en el Derecho por crear nuevas normas jurídicas y adaptar antiguas.

Se compone de cinco capítulos. En el primer capítulo se abordan los principales conceptos a que se hace alusión en lo que respecta a la práctica de la medicina de trasplante, como son los tipos de trasplantes; la donación y su clasificación; la dignidad humana; y, por supuesto, la Bioética y el denominado Bioderecho.

El segundo capítulo se enfoca en el devenir histórico de los trasplantes de órganos. Se alude a los primeros intentos de trasplante, así como a los primeros trasplantes exitosos. Se analiza el desarrollo del concepto de muerte encefálica y se demuestra la enorme trascendencia que el mismo representa para la práctica de la medicina de trasplante. Por último, se hace referencia de forma breve a la historia de los trasplantes de órganos en México.

En el tercer capítulo se analiza la noción de dignidad humana a lo largo del tiempo, partiendo de las concepciones habidas en diversas etapas históricas desde la Antigüedad clásica hasta la contemporaneidad, para lo cual se examinan las posturas sostenidas en el pensamiento platónico; la filosofía aristotélica; la Antigua

Roma; la Edad Media; el Renacimiento; y la Ilustración. Posteriormente, se analiza la forma y el contexto en que se llevó a cabo la incorporación de la noción de dignidad en diversos textos tanto internacionales como constitucionales. Y, finalmente, se examina la noción de dignidad humana en el ámbito normativo y jurisprudencial de México.

En el cuarto capítulo se estudia el importante papel que tiene la Bioética en materia de trasplantes de órganos, para lo cual son analizados los principios bioéticos. Posteriormente, se examinan las dos principales etapas de los trasplantes, a saber: la obtención y la distribución de órganos, y, entonces, a la luz de la Bioética se estudia el concepto de muerte; los modelos de donación; el consentimiento; y los criterios médicos y normativos de la distribución.

Por último, en el quinto capítulo se detalla el contexto en que México se ubica respecto de los trasplantes de órganos, y para ello se analiza la regulación normativa que existe en nuestro país; el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes; los delitos en materia de trasplantes; así como los mecanismos contemplados en ley que permiten manifestar la voluntad de las personas para ser donantes *post mortem*. Posteriormente, se alude a los instrumentos internacionales por virtud de los cuales ha quedado plasmada la gran preocupación que existe alrededor del mundo por la comercialización de órganos y la trata de personas con fines de extracción de órganos, y que son de observancia para México. También se exponen las cifras que nuestro país reporta respecto de los diversos aspectos que concurren en la práctica de trasplantes, como son defunciones, donaciones y trasplantes realizados. Finalmente, se describen cada uno de los aspectos que configuran el problema de los trasplantes de órganos en México.

Todo lo anterior permite concluir que el marco legal existente en nuestro país en torno a los trasplantes de órganos es limitado y deficiente, lo cual deviene en una problemática fáctica en virtud de la cual, primordialmente, nos encontramos frente a dos inconvenientes: **(i)** escasez de órganos; y –consecuentemente– **(ii)** comercialización ilegal de estos; motivos por los cuales se demuestra la urgente necesidad de regular con eficacia cada uno de los aspectos relativos a los

procedimientos y a las manifestaciones de voluntad de las personas que se someten a dichos tratamientos, para, entonces, elevar las cifras de donación y de trasplantes de órganos exitosos en México y con ello disminuir el número de prácticas clandestinas y acuerdos de voluntades ilegales a los que cientos de personas recurren, todo lo anterior en aras de proteger la vida y la dignidad humana de las personas.

CAPÍTULO I

NOCIONES GENERALES

1.1. MEDICINA DE TRASPLANTE

Los avances tecnológicos, especialmente en el campo de la medicina, han permitido que los intentos del ser humano por mejorar su salud se vean materializados a través del perfeccionamiento de diversos tratamientos terapéuticos e, incluso, de la invención y desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas.

La medicina de trasplantes ha desarrollado métodos quirúrgicos que la han posicionado como una excelente alternativa terapéutica para personas que padecen enfermedades de distintas naturalezas y que, en muchos de los casos, se encuentran en etapa terminal y sin algún otro posible tratamiento. Es un ejemplo de moderna tecnología sanitaria con capacidad excepcional para salvar vidas o mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La palabra “trasplante” es formada por las raíces latinas *trans*, que significa “más allá”; y *plant(are)*, que significa “plantar”, lo que permite comprenderla, en su sentido más literal, como “cambio de lugar de una planta”. En el uso quirúrgico se encuentra documentado, en inglés, la voz *transplantation* desde 1951¹, haciendo referencia a diversos componentes del cuerpo humano.

Los órganos, las células y los tejidos humanos, en algunos casos, son susceptibles de ser transferidos de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro, e integrarse en el organismo.

Los órganos cuya extracción y sustitución es posible, con fines de trasplante, son el corazón, el hígado, el páncreas, el riñón, el pulmón y el intestino. Ya que una persona es capaz de desarrollar una óptima calidad de vida con un solo riñón, este órgano es el que más se dona en vida.²

¹ Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España, España, 2012, https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=trasplante

² Centro Nacional de Trasplantes, *Primer informe semestral 2021 sobre donación y trasplante*, México, 2021, p. 6, <https://www.qob.mx/cms/uploads/attachment/file/656577/1erSemestre2021.pdf>

Hacer referencia a los tejidos alude a la piel, los huesos, las córneas y válvulas cardíacas. Gracias al trasplante de córnea cada año es posible que miles de personas recuperen la vista;³ las válvulas trasplantadas permiten tratar enfermedades cardíacas; la piel se emplea para tratar a pacientes con quemaduras severas; y un trasplante de hueso puede evitar la amputación en pacientes que padecen cáncer de hueso.

Por lo que respecta a las células, se hace referencia a **(i)** las células troncales, también denominadas células madre, que son obtenidas de la médula ósea, la sangre periférica, el cordón umbilical o el hígado fetal, y reemplazan a las células dañadas por quimioterapia o por ciertos tipos de cáncer y enfermedades relacionadas con la sangre, como la leucemia;⁴ y a **(ii)** las células germinales, es decir, los óvulos y los espermatozoides.

1.1.1. Trasplante de órganos

De acuerdo con el Doctor Eduardo Rivera López, un trasplante de órgano es la transposición de un órgano en un cuerpo diferente con el fin de reponer la función perdida o deficiente del que se sustituye.⁵

Algunos autores distinguen entre “trasplante” –si se trata de órganos o células– e “injerto” –si se trata de un tejido o parte de un tejido– sin embargo, en la mayor parte de los casos, ambos términos se utilizan como si fueran sinónimos.⁶

Para los propósitos del presente trabajo, únicamente serán analizados los trasplantes de órganos y, en particular, bastará hacer referencia a los trasplantes de riñón, corazón e hígado, toda vez que los trasplantes de dichos órganos son aquellos que, en nuestro país, se practican de manera habitual y con mayor frecuencia.

³ *Ídem.*

⁴ Células madre, qué son y qué hacen, Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bone-marrow-transplant/in-depth/stem-cells/art-20048117>

⁵ Cfr. Rivera López, Eduardo, *Ética y trasplantes de órganos*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 9.

⁶ Diccionario de Términos Médicos... *op. cit.*, España, 2012, https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=trasplante

1.1.2. Tipos de trasplantes

Los trasplantes se pueden clasificar según la genética, la especie y los individuos en los cuales se realiza la trasposición correspondiente.

En primer lugar, si la trasposición tiene lugar en el mismo individuo, se trata de un trasplante “autólogo”, el cual, únicamente se puede dar respecto de tejidos.⁷

Por su parte, si el trasplante ocurre entre dos individuos, entonces existen tres tipos de trasplante: **(i)** el trasplante isogénico es aquel que ocurre entre dos individuos idénticos genéticamente –entre hermanos gemelos–; **(ii)** el trasplante alogénico es aquel que se lleva a cabo entre individuos de la misma especie; y **(iii)** el trasplante xenogénico es aquel que tiene lugar entre individuos de diferentes especies.⁸

Los trasplantes objeto de la presente investigación, es decir, los trasplantes de riñón, corazón e hígado se ubican dentro de la clasificación de trasplantes alogénicos.

1.2. DONACIÓN DE ÓRGANOS

La donación de órganos constituye la base fundamental de los procedimientos de trasplante de órganos en el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática, cardíaca o renal.

El altruismo y la solidaridad genuina motiva a un gran número de personas, sobre todo en la cultura occidental, a donar sus órganos con el fin de salvar y mejorar vidas. La disposición de los órganos de una persona tras haber fallecido puede salvar hasta 7 vidas, mientras que un donante vivo puede ayudar a salvar y mejorar la calidad de vida de hasta 50 personas.⁹

A fin de adentrarnos en lo que concierne a la ciencia jurídica, cabe hacer mención de que diversos estudios jurídicos relativos a los trasplantes coinciden en

⁷ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 9.

⁸ *Ídem.*

⁹ *Un donante puede salvar 7 vidas*, Instituto Nacional de Salud Pública, <https://www.insp.mx/avisos/un-donante-puede-salvar-7-vidas>

negar el carácter de donación al acto por medio del cual es autorizada la extracción de órganos, tejidos y células para ser implantados en otro individuo, por considerar que a este concepto responde un contrato de naturaleza civil, mediante el cual una persona transfiere a otra una parte o totalidad de sus bienes presentes, los que necesariamente deben encontrarse dentro del comercio; y, en ese sentido, ni las personas ni los cadáveres se encuentran dentro de éste.¹⁰

Por otro lado, existen autores que discrepan de dicha postura al señalar que los órganos, los tejidos y la sangre, a pesar de que no son objeto de comercialización,¹¹ sí son susceptibles de apropiación particular y que la única forma de transmitirlos es mediante la donación.¹²

Por su parte, la Doctora Eréndira Salgado considera que la disposición de nuestro cuerpo en vida para llevar a cabo la extracción de alguna de sus partes con el fin de trasplantarla en el cuerpo de otra persona, efectivamente, reúne características de donación puesto que exige un acuerdo de voluntades, sin embargo, autorizar su disposición con el mismo fin para después de la muerte, tiene naturaleza de acto unilateral¹³ y, por lo tanto, se pone en duda que ésta última deba también ser considerada como donación.

No obstante las problemáticas antes referidas, en la Ley General de Salud, Título Decimocuarto, Capítulo I, se establece que en virtud de que toda persona puede disponer de su cuerpo, es posible donarlo con fines de trasplante mediante la expresión de su consentimiento en vida o para después de la muerte, con sujeción a los requisitos y restricciones previstos en dicho Título Decimocuarto.

Así pues, con base en nuestro marco jurídico y tratándose de la medicina de trasplantes, debe entenderse que hablar de “donación” se refiere a la disposición de los distintos componentes del cuerpo humano –órganos, tejidos y células– con fines

¹⁰ Cfr. Salgado Ledesma, Eréndira, *Órganos de reemplazo: problemática jurídica*, Temas de Derecho Biomédico, México, Porrúa, 2010, p. 171.

¹¹ Art. 327, Ley General de Salud.

¹² Pérez Fernández del Castillo, Bernardo, *Contratos Civiles*, México, Porrúa, 1993, p. 153.

¹³ Salgado Ledesma, Eréndira, *Órganos de reemplazo... op. cit.*, Temas de Derecho Biomédico, México, Porrúa, 2010, p. 172.

de trasplante, con independencia del estado en que se encuentre el dador al momento de la ablación –vivo o muerto–.

1.2.1. Clasificación de las donaciones

Para analizar los tipos de donaciones conviene atender a la condición del individuo del cual se extraen los órganos, tejidos o células respectivas, así como a la expresión del consentimiento que se da para tal efecto.

(i) Por la condición del donante

Para esta clasificación se toma en consideración si el donador se encuentra con vida o no al momento de la ablación y, entonces, existen dos posibilidades: donación *ex vivo* y donación *post mortem*.

Se denomina donación *ex vivo* a la disposición de componentes del cuerpo para fines de trasplante, encontrándose con vida el sujeto de la ablación correspondiente.¹⁴

Por su parte, la donación *post mortem* es aquella que se lleva a cabo con posterioridad a la muerte del sujeto del cual son extraídos los órganos, tejidos o células.¹⁵

(ii) Por el tipo de consentimiento

Tratándose del consentimiento, éste puede ser expreso o tácito.

Es expreso aquel que consta por escrito para la donación *ex vivo*, así como aquel que deriva de la manifestación de la voluntad de una persona para la disposición de sus órganos, tejidos o células con fines de trasplante, una vez que haya perdido la vida.¹⁶

Por otro lado, se considera consentimiento tácito aquel que manifiestan expresamente el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante, siempre y cuando el

¹⁴ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 155.

¹⁵ *Ídem*.

¹⁶ Art. 323, Ley General de Salud.

donante no haya manifestado en vida su negativa respecto de la disposición de sus órganos, tejidos o células con fines de trasplante.¹⁷

Pese a que pueda considerarse una obviedad, conviene en este apartado señalar que el consentimiento tácito únicamente puede tener lugar previa confirmación de la muerte del donador, es decir, nunca, en ninguna circunstancia, en donaciones *ex vivo*.¹⁸

1.3. DIGNIDAD HUMANA

La noción de dignidad humana es invocada en todas las declaraciones de derechos humanos del mundo; está presente en gran parte de las constituciones de Estados democráticos; en resoluciones jurisdiccionales contemporáneas relacionadas con derechos humanos; y, por supuesto, es fundamento de la buena *praxis* médica.

El término “dignidad” deriva del latín *dignitas*, que a su vez deriva de *dignus*, cuyo sentido implica una posición de prestigio o decoro, que corresponde en su sentido griego a *axios* o digno, valioso, apreciado, merecedor.¹⁹

No obstante su constante presencia en diversos instrumentos normativos, como los anteriormente señalados, en el ámbito del Derecho y de la Filosofía, la dignidad humana es uno de los conceptos que presentan mayores problemas para su clara definición, sin embargo, la conceptualización, probablemente, más utilizada en nuestros días, se refiere al trato debido a todas las personas, por su sola condición de seres humanos –sin hacerse señalamiento alguno sobre el fundamento de dicho merecimiento–.²⁰

El significado tácito que se da a la dignidad humana puede comprenderse de forma adecuada si se toma en consideración el sentido que éste ha tenido a lo largo

¹⁷ Art. 324, Ley General de Salud.

¹⁸ Art. 325, Ley General de Salud.

¹⁹ González Valenzuela, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, UNAM-Anthropos, México-Barcelona, 2005, p. 64.

²⁰ Martínez Bullé Goyri, Víctor M. y Olmos Pérez, Alexandra, *Las voluntades anticipadas en México. Vivir la muerte con dignidad*, México, Porrúa, 2015, p. 3.

de la historia de la cultura occidental, lo cual es claramente esquematizado por la Doctora Juliana González de la siguiente manera:

- (i) **Antigüedad grecorromana.** Entiende la *dignitas* como un valor social que poseen solo algunos hombres, en especial aquellos que tienen cargos de superioridad, denominados “dignatarios”;
- (ii) **Tradicón cristiana.** Concibe la dignidad humana de forma universal; coincidiendo con la condición del hombre por ser creado a imagen y semejanza de Dios;
- (iii) **Humanismo renacentista.** Identifica la dignidad con la libertad y la humanidad propia del hombre; y
- (iv) **Modernidad.** Especialmente con Immanuel Kant, en la modernidad se establecen nuevos sentidos del principio de dignidad humana en términos de autonomía; fin intrínseco; respeto a la humanidad de todo hombre; y universalidad.²¹

Para los fines del presente trabajo de investigación, conviene señalar desde ahora –no obstante que posteriormente será analizado con mayor exhaustividad– que Kant reveló el más profundo significado de la dignidad al haberla contrapuesto al concepto de “precio”, al considerar que sólo aquello que no es humano, tiene precio; lo humano no tiene precio, así que tiene dignidad.²²

1.4. BIOÉTICA Y BIODERECHO

Los escritos hipocráticos son un claro ejemplo de que no son recientes las preocupaciones por el impacto y las repercusiones que pueden tener la ciencia y los avances tecnológicos. Tiempo atrás, la ética médica reguló a través de ciertas normas el actuar de los profesionales de la salud en su relación con pacientes, sin embargo, actualmente, no resulta suficiente para desafiar los retos que representan los avances científicos.

²¹ González Valenzuela, Juliana, *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*, México, FCE-UNAM, 2017, p. 179.

²² *Ibidem*, p. 181.

Hoy día nos encontramos frente a múltiples transformaciones consecuencia de las diversas revoluciones científicas y tecnológicas, tanto de aquellas que han tenido lugar a lo largo de algunas décadas, así como de las que logran visualizarse en el presente hacia el futuro.

La Biología, la Medicina y la Biotecnología, entre otras, han logrado un desarrollo significativo en sus respectivos campos de estudio, con especial trascendencia, que, consecuentemente, evidencian dilemas complejos de juicio y de decisión, y sacuden bases morales sobre las cuales se fundamenta la vida humana, exigiendo de todos los miembros de la sociedad un replanteamiento sobre cuestiones relativas a la vida y a la muerte.

Aquel dogma de que todo descubrimiento científico es sinónimo de progreso inquebrantable se ha desmoronado poco a poco con el paso del tiempo, al grado de que la propia comunidad científica ha tomado conciencia de las implicaciones éticas de su trabajo²³ –y, por supuesto, también lo ha hecho la sociedad civil–.

Con independencia de que se esté o no de acuerdo con los avances tecnológicos a que se ha hecho referencia con anterioridad, estos son una realidad, y lo que corresponde es hacernos responsables de los sucesos que acontecen en la actualidad, de sus implicaciones y, consecuentemente, responsabilizarnos de la tarea que en nosotros recae, como seres racionales, de “invertir éticamente” en el proceso –en palabras de la Doctora Juliana González– y humanizarlo.

Hacer valer la razón y la ética frente a los acontecimientos que surgen con motivo de los avances biotecnológicos, puede considerarse como el sentido más profundo de la denominada Bioética;²⁴ y sentar las bases y principios generales que delimiten las normas que surjan respecto de dichos avances²⁵ debe ser el pilar del denominado Bioderecho.

²³ Cfr. Albarellos, Laura, *Bioética con trazos jurídicos*, México, Porrúa, 2007, p. 56.

²⁴ Cfr. González Valenzuela, Juliana, *Bíos. El cuerpo... op. cit.*, México, FCE-UNAM, 2017, p. 108.

²⁵ Pérez Carbajal y Campuzano, Hilda y Rodríguez López, Dina, *Técnicas de reproducción humana asistida*, México, Porrúa, 2015, p. 187.

1.4.1. Bioética

Como es habitual, resulta útil recurrir al origen etimológico de la denominación para analizar y comprender la misma, adecuadamente. Así pues, tenemos que el término bioética es resultado de la conjunción de las voces griegas *bios*, que significa “vida”; y *ethike*, “ética”; pudiendo, en consecuencia, entenderse como “ética de la vida”.

Para algunos autores el término resulta objetable, ya que la voz griega *bios*, efectivamente, significa “vida”, pero sólo se refiere a la vida humana, por lo cual *stricto sensu* el término excluiría de su objeto –lo cual no sucede– cuestiones que derivan de prácticas con animales e, incluso, las relativas al medio ambiente.²⁶

La Bioética encuentra sus orígenes en la década de 1960 –en Estados Unidos– con la aparición de la revolución biológica en la Medicina, época en que también aparecen términos como “hemodiálisis” y “trasplantes de órganos”, al tiempo que surgen movimientos en defensa de derechos civiles de las minorías, entre las que destacan, claro está, los pacientes.²⁷

El concepto fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter, Doctor en Bioquímica y oncólogo de la Universidad de Wisconsin,²⁸ en su artículo “Bioethics: the science of survival”, no obstante, dicho término logró una verdadera divulgación hasta el año de 1971, con su célebre libro *Bioethics: Bridge to the Future*.²⁹ Potter propuso una nueva disciplina que sirviera como un puente –hacia el futuro– entre dos culturas: la científica, en torno a la vida y al medio ambiente; y la humanista, centrada en la ética.³⁰

Antes, en 1969, Daniel Callahan y Willard Gaylin fundaron el *Hastings Center*, en Nueva York, Estados Unidos, institución pionera en el examen de la Ética y los valores en relación con la Medicina y los avances científicos.

²⁶ Albarellos, Laura, *Bioética con trazos... op. cit.*, México, Porrúa, 2007, p. 4.

²⁷ Cfr. *Ibidem*, p. 4

²⁸ *Ibidem*, p. 3.

²⁹ Quintanas, Anna (2009), *Reseña de "Bioethics: Bridge to the Future" de Van Rensselaer Potter*, México, Revista Electrónica Sinéctica, núm.32, p. 1, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99812141010>

³⁰ *Ibidem*, p. 2.

También en el año de 1971, el Doctor Warren Thomas Reich convocó, aproximadamente, a 285 autores a escribir lo que aparecería en 1978 como la *Encyclopedia of Bioethics*, de acuerdo con la cual, la Bioética puede ser definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando diversas metodologías éticas en un marco interdisciplinario.³¹

Por su parte, el Doctor Fernando Cano Valle define la Bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud analizadas a la luz de los valores y principios morales.³²

Existen múltiples intentos por definir la Bioética, así como múltiples son las concepciones que se tienen de ella –desde las postuladas a partir de documentos oficiales de la Iglesia, hasta las que abordan perspectivas fundamentalmente utilitaristas– sin embargo, conviene resaltar el hecho de que, con independencia de la perspectiva que se adopte, la Bioética –a la luz de los valores, criterios morales y principios éticos a que recurre en el desarrollo de su metodología– siempre tendrá como referente el concepto de dignidad humana.

Al igual que cualquier otro campo de conocimiento humano, la Bioética ha ponderado ciertos principios básicos que encierran en sí la esencia de su contenido cognoscitivo, a través de los cuales pretende constituir una ética profesional que oriente la toma de decisiones respecto del desarrollo científico y tecnológico que se aplica en diversos ámbitos de la vida, siendo estos **(i)** beneficencia; **(ii)** no maleficencia; **(iii)** autonomía; y **(iv)** justicia, los cuales serán abordados a detalle más adelante.

1.4.2. Bioderecho

El concepto por sí mismo revela un vínculo entre las ciencias vida y la ciencia jurídica. De acuerdo con el Maestro Omar Becerra-Partida, el Bioderecho es el conjunto de normas jurídicas de interés público cuya tarea es regular la

³¹ Reich, Warren, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Free Press Macmillan, 1978, p. 116.

³² Cano Valle, Fernando, *Bioética*, México, UNAM, 2005, p. 5.

Biotecnología, así como la vida en su inicio y en su final, contemplando siempre la dignidad humana.³³

Cabe decir que existe un vínculo estrecho entre la Bioética y el Derecho, toda vez que, desde sus respectivos ámbitos de estudio y aplicación, ambas tienen como objeto normar la conducta humana.

La Bioética se constituye de diversos elementos normativos que no son únicamente éticos o filosóficos, sino también jurídicos. Por su parte, en el Derecho, cuya finalidad primordial es regular la vida del hombre en sociedad, descansa la tarea de regular cuestiones que derivan del desarrollo biotecnológico de nuestro tiempo.³⁴ De lo anterior surge una clara interacción normativa entre la Bioética y el Derecho que se denomina Bioderecho.

Para algunos autores el término Bioderecho es resultado de la relación sistémica que existe entre la Biología y el Derecho,³⁵ sin embargo, a pesar de que, efectivamente, se relacionan como ciencias, lo cierto es que la Bioética es aquella que constituye la base primordial de su concepción, toda vez que la aplicación de las nuevas tecnologías a la vida puede atentar contra la dignidad humana, lo que deviene en la necesidad de una regulación que sea consecuencia de un estudio multidisciplinario de carácter jurídico y ético.

En este sentido, por medio del Bioderecho se concreta la interacción que existe entre la Bioética y el Derecho, sin que deba ponderarse uno como superior al otro,³⁶ ya que ambas ciencias juegan papeles específicos y de suma relevancia en la regulación de los nuevos avances tecnológicos, y a lo que se debe atender es a los puntos de unión que existen entre ellas.

³³ Becerra Partida, Omar Fernando, *El bioderecho en el contexto mexicano*, México, Persona y Bioética, 2014, p. 45-56, <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n1/v18n1a05.pdf>

³⁴ Pérez Carbajal y Campuzano, Hilda y Rodríguez López, Dina, *Técnicas de reproducción... op. cit*, México, Porrúa, 2015, p. 186.

³⁵ Cfr. Flores Trejo, Fernando, *Bioderecho*, 2ª. ed., México, Porrúa, 2004, p. 168.

³⁶ Brena Sesma, Ingrid, *Salud y Derecho*, México, UNAM, 2005, p. 17.

CAPÍTULO II

HISTORIA DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

2.1. MITOS Y CIVILIZACIONES ANTIGUAS

En diversas manifestaciones artísticas de las civilizaciones antiguas podemos hallar evidencias de visiones idealizadas del cuerpo humano usando partes de animales, –el minotauro; el centauro e, incluso, las sirenas– por lo tanto, el imaginario de los trasplantes y, en este caso, particularmente, de los xenotrasplantes, no es para nada algo novedoso.

Debemos admitir que la capacidad de invento de la humanidad, mezclada con su inmensa curiosidad, encuentra inspiración en relatos que se constituyen hoy día como una combinación entre leyendas y hechos históricos, sirviendo como motivación para lograr múltiples hazañas.

2.1.1. Ganesha, el dios hindú

Un primitivo concepto de trasplante aparece en muchas culturas antiguas mediante formas quiméricas tanto de héroes y dioses como de reyes, ideadas a fin de resaltar las virtudes de estos seres. Quizá el más antiguo ejemplo lo constituya Ganesha, dios hindú de la sabiduría y vencedor de todos los obstáculos, cuya cabeza de elefante trasplantada simboliza sabiduría y fortaleza.³⁷

Ganesha surgió como una deidad inconfundible entre el siglo IV y el siglo V d.C., durante el Imperio Gupta. Su popularidad creció considerablemente y en el siglo IX d.C. fue considerado una de las cinco deidades principales del Smartismo –religión hinduista ortodoxa brahmánica–.³⁸

Existen diversos mitos sobre el nacimiento de Ganesha que explican la razón por la cual tiene cabeza de elefante. Las narraciones contenidas en los *Puranas* –textos antiguos hindúes– coinciden en que la cabeza de Ganesha fue cortada por su padre, el dios Shiva, al poco tiempo de nacer y, al ver la desolación de su esposa,

³⁷ Pattanaik, Devdutt, *Decoding Ganesha: it is difficult to reduce him to a signpost of a single idea*, India, 2017, <https://www.thehindu.com/society/history-and-culture/decoding-ganesha/article19523320.ece>

³⁸ *Ídem*.

la diosa Parvati, Shiva prometió sustituir la cabeza del recién nacido por la del primer ser vivo que pasara por delante de la puerta –y pasó un elefante– por lo que resultó tener cabeza de elefante.³⁹

Actualmente, Ganesha es una de las deidades más adoradas en las diferentes sectas que constituyen el hinduismo y su imagen puede verse en cualquier parte de la India.

2.1.2. San Cosme y San Damián

Con el paso de los siglos, el pensamiento cristiano recogió diversos mitos e historias asombrosas y las calificó de milagros. Indudablemente, dentro de los más grandes ejemplos destaca el famoso “milagro de San Cosme y San Damián”.

Según la tradición cristiana, Cosme y Damián fueron dos hermanos gemelos que en el siglo III d.C. ejercían la Medicina de manera altruista en Cilicia –una ciudad ubicada en el límite entre Turquía y Siria–; ayudaban a los enfermos sin cobrar remuneración alguna a cambio de sus servicios, hasta que fueron perseguidos, capturados, torturados y, posteriormente, decapitados por orden del emperador Diocleciano –emperador que encabezó una de las más grandes persecuciones a los cristianos de las que se tiene registro en la historia–.⁴⁰

En la “Leyenda dorada”, publicación que recopila vidas y milagros de santos, realizada por Jacobo della Vorágine, se relata la historia del Diácono Justiniano, un sacristán que trabajaba en la Basílica de los santos en Roma, enfermo de gravedad debido a la gangrena que le afectaba una de sus piernas. Una noche, luego de haber rezado a los santos implorando por su ayuda, se quedó profundamente dormido y soñó que estos aparecían al lado de su cama y amputaban su pierna enferma. Posteriormente, San Cosme preguntaba: “¿Qué haremos para reemplazar esta pierna enferma?” a lo que San Damián respondía que ese mismo día había

³⁹ Savón, Paula, *¿Quién es Ganesha?*, Argentina, Ministerio de Cultura de Argentina, 2018, https://www.cultura.gob.ar/el-cumpleanos-de-ganesha-por-que-se-celebra-ganesh-chaturthi_6479/

⁴⁰ Wong, Szu Shen, *Saint Cosmas and Damian: the patron saints of pharmacy and medicine*, Londres, The Pharmaceutical Journal, 2016, <https://pharmaceutical-journal.com/article/opinion/saint-cosmas-and-damian-the-patron-saints-of-pharmacy-and-medicine>

muerto un hombre moro y que había sido enterrado en el camposanto de la iglesia de San Pedro ad Víncula, cerca del lugar en que se encontraban, por lo que propuso usar una de sus piernas. Y lo hicieron; cortaron la pierna del moro y la unieron al diácono enfermo.⁴¹

Al día siguiente, cuando Justiniano despertó, sintió que había recobrado fuerza y, por supuesto, salud; por un momento pensó que sólo había sido un sueño, sin embargo, al mirar su pierna, ésta era la pierna de un moro, una completamente sana y sin rastro de enfermedad. Acudió al cementerio donde algunas personas curiosas se encontraban; abrieron la tumba y hallaron el cuerpo de un hombre moro sin una pierna –y a lado de éste la pierna enferma del diácono–. Así pues, supieron que habían presenciado un milagro excepcional.⁴²

Actualmente, San Cosme y San Damián son considerados santos patronos de los médicos y, particularmente, de los cirujanos.

2.2. SIGLO XX

Los grandes avances en el desarrollo científico relacionado con la medicina de trasplante tuvieron lugar a inicios del siglo XX, primeramente, con el progreso que implicó la técnica de la sutura vascular –conexión quirúrgica de los vasos sanguíneos– y, posteriormente, con el consecuente desarrollo de las técnicas quirúrgicas de trasplante de órganos y tejidos, que en un principio se experimentaron en animales para después, a mediados del siglo, emprender la *praxis* en el cuerpo de seres humanos.

2.2.1. Primeros intentos de trasplante

El éxito que hoy día tiene la medicina de trasplantes, indudablemente, es resultado del largo camino recorrido por la investigación científica. Médicos e investigadores,

⁴¹ Rodríguez Romo, Roxana *et al.*, *El milagro de San Cosme y San Damián: el comienzo del trasplante de tejido compuesto*, México, Centro Médico Dalinde, 2011, <https://www.mediagraphic.com/pdfs/cplast/cp-2011/cp112h.pdf>

⁴² Wong, Szu Shen, *Saint Cosmas and Damian:... op. cit.*, Londres, The Pharmaceutical Journal, 2016, <https://pharmaceutical-journal.com/article/opinion/saint-cosmas-and-damian-the-patron-saints-of-pharmacy-and-medicine>

principalmente, de origen europeo y estadounidense, realizaron diversos estudios y experimentos con el objetivo de desarrollar técnicas de trasplante, enfrentándose con dos grandes retos: **(i)** la técnica de implantación en el organismo receptor; y **(ii)** el rechazo de los órganos trasplantados.

2.2.1.1. Alexis Carrel, cirugía vascular

El Doctor Alexis Carrel constituye una figura imprescindible en diversos campos de la Medicina, específicamente, en la cirugía vascular y en la medicina de trasplante; destacó por sus estudios relativos al cultivo de tejidos y desarrolló diversas técnicas que hoy día siguen vigentes en el campo de la Medicina, en especial la técnica para unir vasos sanguíneos –arterias y venas– mediante cirugía.

El Doctor Carrel nació en 1873 y obtuvo el grado de Doctor en 1900 por parte de la Universidad de Lyon. En el año de 1894, el presidente francés Sadi Carnot visitó Lyon y luego de dar un discurso durante la celebración de un banquete, fue acuchillado por un anarquista italiano y murió porque los cirujanos fueron incapaces de suturar la vena porta que se había visto afectada. Esto motivó al, entonces, joven médico y, en 1902, publicó en el *Lyon Medical* una técnica para suturar vasos sanguíneos.⁴³

Durante los años subsecuentes, el Doctor Carrel perfeccionó su técnica. Con anterioridad, las estructuras vasculares se suturaban mediante el uso de cánulas de hueso o de metales preciosos. A partir de su nueva técnica, para realizar las anastomosis –unión de elementos anatómicos– hacía cortes en los extremos de los vasos y “les daba la vuelta” para, posteriormente, utilizar material parafinado y suturas finas con seda.⁴⁴ Con dicho procedimiento se evitan hemorragias postoperatorias, así como la formación de coágulos sanguíneos; y con la sutura de

⁴³ García Herrera, Arístides *et al.*, *Alexis Carrel: the contributions of a great surgeon*, Cuba, Universidad de las Ciencias Médicas de Matanzas, 2016, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500014

⁴⁴ Fresquet Febrer, José L., *Biografía de Alexis Carrel*, España, Universidad de Valencia, <https://www.historiadelamedicina.org/carrel.html>

los extremos hacia fuera, conseguía que no quedaran hilos sueltos en el interior que favorecieran la formación de trombos –coágulos sanguíneos en vasos–.

Además de los trabajos que publicó relativos a la anastomosis y al uso de partes de vena para reparar la pared aórtica, también desarrolló trabajos experimentales con cadáveres y perros, que lo llevaron a realizar diversos estudios referentes a la reimplantación de extremidades, así como al trasplante de riñón, ovario, tiroides y corazón.

El trabajo del Doctor Carrel representó un verdadero avance para la cirugía vascular, así como para la medicina de trasplantes, y su técnica, hoy día, continúa aplicándose con muy pequeñas modificaciones.

2.2.1.2. Mathieu Jaboulay, 1906

El Doctor Mathieu Jaboulay –maestro de Carrel– fue un cirujano francés nacido en la ciudad Saint-Genis-Laval, en 1860, y a él se atribuye la publicación del primer trasplante realizado en un ser humano, en 1906.

La historia del trasplante renal inicia con este primer intento y se llevó a cabo mediante la implantación del riñón de un cerdo en el codo izquierdo de una mujer de 50 años con síndrome nefrótico –insuficiencia renal– en etapa terminal.⁴⁵ La cirugía no fue exitosa, sin embargo, gracias a ella fue posible deducir que el rechazo del órgano implantado se relacionaba directamente con una respuesta por parte del sistema inmune, objetivo en el cual se enfocaron las subsecuentes investigaciones.

2.2.1.3. Yuri Voronoy, 1933

Nacido en 1896 en el pueblo de Zhuravka en Poltava, actualmente Polonia, el Doctor Yuri Y. Voronoy ejerció la Medicina como cirujano e investigador.

El 3 de abril de 1933, el Doctor Voronoy realizó el primer trasplante renal alogénico –entre individuos de la misma especie– humano. El trasplante consistió

⁴⁵ Bahena Carrera, Lucino, *Trasplante cruzado y ABO incompatible. Cambio en el panorama tradicional de trasplante renal en México*, México, Revista de Sanidad Militar, 2018, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000200133

en la implantación del riñón de un hombre de 60 años fallecido a una joven de 26 años diagnosticada con uremia –enfermedad causada por acumulación de toxinas en la sangre– cuyos tipos de sangre coincidían, sin embargo, a pesar de que la cirugía fue exitosa, el riñón trasplantado funcionó únicamente durante dos días y, posteriormente, la paciente murió.⁴⁶

2.2.1.4. Hospital Necker de París, 1952

Según registros oficiales, el 24 de diciembre de 1952, en el Hospital Necker de París se llevó a cabo el primer trasplante renal de donante vivo.

Un joven de 16 años cayó de un andamio sufriendo una rotura de su riñón derecho, por lo cual, éste tuvo que ser extirpado. En el momento que los doctores llevaron a cabo la intervención quirúrgica, se dieron cuenta de que el riñón extraído era el único que tenía el joven.⁴⁷ Por ello, su madre propuso a los médicos le extirparan uno y lo implantaran en el cuerpo de su hijo, habida cuenta de la compatibilidad sanguínea entre ellos. El trasplante se practicó 6 días después, luego de ciertas pruebas realizadas por el equipo de doctores dirigido por el cirujano francés Jean Hamburger; éste funcionó de inmediato y la salud del paciente presentó considerable mejoría, sin embargo, 22 días después el organismo del joven presentó rechazo y a los pocos días murió.⁴⁸

2.2.2. Primeros trasplantes exitosos

A pesar de la corta sobre vida de los pacientes receptores de un órgano trasplantado, los resultados obtenidos durante la primera mitad del siglo XX de lo que en un principio fue considerado una técnica experimental, se convirtieron en la esperanza del desarrollo de una nueva alternativa terapéutica capaz de salvar vidas.

⁴⁶ Matevossian, Edouard *et al.*, *Surgeon Yurii Voronoy (1895-1961) – a pioneer in the history of clinical transplantation: in memoriam at the 75th anniversary of the first human kidney transplantation*, Alemania, European Society of Organ Transplantation, 2009, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1432-2277.2009.00986.x>

⁴⁷ Puig, José María, *Historia del trasplante renal*, España, Hospital de la Esperanza, Barcelona, 1992, https://www.revistaseden.org/files/art655_1.pdf

⁴⁸ Altes Ineva, María Pilar *et al.*, *Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios*, España, Hospital Clínico de Barcelona, 2005, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000600005

La evidencia presentada respecto del fenómeno de rechazo al trasplante estimuló el desarrollo de áreas como la Inmunología con el objetivo de comprender y hacer frente a la respuesta del sistema inmunológico que causaba intolerancia del tejido ajeno, al tiempo que en la comunidad científica crecía, considerablemente, la curiosidad y el deseo por desarrollar nuevas técnicas quirúrgicas de trasplante.

Fue entonces cuando se aceleró la ya iniciada carrera entre médicos e investigadores de diversas partes del mundo por hacer historia en la medicina de trasplante.

2.2.2.1. Primer trasplante renal, 1954

Hace casi 70 años, en la Navidad de 1954, el equipo del Doctor Murray realizó el primer trasplante renal de donante vivo con éxito, en el Hospital Peter Bent Brigham de Boston.

El equipo médico que llevó a cabo la cirugía estuvo dirigido por el Doctor Joseph Murray, quien sirvió en la unidad de cirugía plástica de un Hospital en Pennsylvania que atendió a miles de soldados heridos durante la Segunda Guerra Mundial, reconstruyendo sus manos y rostros desfigurados mediante el injerto de piel, lo cual despertó su interés por los trasplantes de órganos.

El trasplante de riñón se realizó en una pareja de gemelos de 23 años, genéticamente idénticos. Al tratarse de un órgano genéticamente idéntico, éste no fue rechazado por el sistema inmune; funcionó de inmediato con una mejora drástica en el estado renal y cardiopulmonar del paciente receptor.⁴⁹

El receptor, Richard Kerrick, quien padecía insuficiencia renal en etapa terminal, vivió 8 años con el riñón que le fue trasplantado, donado por su hermano gemelo, Ronald.

2.2.2.2. Primer trasplante hepático, 1967

Los resultados obtenidos y publicados en diversas partes del mundo, respecto de la, entonces, reciente práctica de trasplantes renales, permitieron a los

⁴⁹ Murray, Joseph E., Discurso al recibir el Premio Nobel de Medicina en 1990.

investigadores lograr importantes avances en el trasplante hepático; primero en perros y después en humanos.

El 1° de marzo de 1963 el Doctor Thomas E. Starzl, conocido como el padre de la “era de los trasplantes”, en Denver, Colorado, realizó el primer trasplante hepático en un niño de 3 años, sin embargo, el pequeño murió a causa de una hemorragia.⁵⁰

Posteriormente, el Doctor Starzl llevó a cabo cuatro trasplantes hepáticos más, cuyos pacientes lograron una supervivencia de días, lo que le permitió obtener datos y, consecuentemente, estudiar y controlar el rechazo, para, entonces, el 23 de julio de 1967, también en Denver, Colorado, lograr el primer trasplante de supervivencia prolongada en una niña de 1 año y medio de edad, que padecía hepatocarcinoma⁵¹ –tumor cancerígeno en el hígado–.

2.2.2.3. Primer trasplante cardíaco, 1967

El 3 de diciembre de 1967, el Doctor sudafricano Christiaan Neethling Barnard realizó el primer trasplante de corazón en el Hospital Groote Schuur, en Ciudad del Cabo.

Cabe decir que los obstáculos para efectuar un trasplante de corazón entre seres humanos, para ese momento, eran inmensos por diversas razones, entre ellas que: **(i)** la técnica quirúrgica era experimental, lo que suponía riesgos sumamente elevados y mortales; **(ii)** sólo podría intentarse en un paciente moribundo por insuficiencia cardíaca; **(iii)** a diferencia de los trasplantes renales y hepáticos –cuya extracción era viable de un cuerpo cadavérico– en el cardíaco, por la propia naturaleza del trasplante, se necesitaba un corazón “vivo” o “casi vivo”, que pudiera pronto volver a funcionar en el cuerpo de otra persona; y **(iv)** el concepto de “muerte

⁵⁰ Cienfuegos, Javier A., *Thomas E. Starzl (Le Mars, Iowa, 1926-2017) “In Memoriam”*, Madrid, Revista Española de Enfermedades Digestivas, 4 de abril de 2017, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000400032

⁵¹ Orozco-Zepeda, Héctor, *Un poco de historia sobre el trasplante hepático*, México, Revista de investigación clínica, vol. 57, núm. 2, marzo-abril 2005, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200003

cerebral” aún no era aceptado.⁵² Así, en la práctica, dos personas tendrían que morir simultáneamente, una por falla cardíaca y la otra con un corazón sano adecuado para una donación. Un escenario complejo, indudablemente.

Con motivo de todos los obstáculos antes señalados, un equipo de la Universidad de Mississippi, liderado por el Doctor James Hardy, decidió utilizar el corazón de un chimpancé para realizar el primer trasplante cardíaco en un ser humano, en enero de 1964.⁵³ Aunque técnicamente la cirugía fue un éxito, el corazón dejó de latir una hora después de haber sido trasplantado en el cuerpo humano, ya que, por su tamaño, fue incapaz de soportar el retorno venoso –flujo sanguíneo que va de vuelta al corazón– del organismo.

Los datos obtenidos de esta cirugía constituyen el antecedente directo del primer trasplante de corazón exitoso de un ser humano a otro ser humano, en el mundo, que tuvo lugar el 3 de diciembre de 1967, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. El receptor llamado Louis Washkansky, era un hombre de 54 años que padecía una grave insuficiencia cardíaca. La donante fue una joven de 25 años llamada Denise Ann Darvall que había sufrido politraumatismo –lesiones consecuencia de un trauma en dos o más órganos– y lesiones cerebrales masivas.⁵⁴

La paciente donante había sido atropellada y, una vez ingresada en el Hospital Groote Schuur, en Ciudad del Cabo, ante su inminente muerte –habiendo donado su padre, en nombre de ella, tanto su corazón como sus riñones– los doctores procedieron a conectarla a un oxigenador, al tiempo que iniciaron el enfriamiento de la joven hasta que su corazón se encontró en una temperatura de 16°C.⁵⁵ Posteriormente, éste fue extraído de su cuerpo y colocado en el del receptor Louis Washkinasky, por el equipo del Doctor Barnard –conformado por más de 30

⁵² Zalaquett, Ricardo, *50 años de trasplante de corazón. La operación que enmudeció al mundo y cambió para siempre el concepto de muerte*, Chile, Revista chilena de cardiología, vol. 36, núm. 3, diciembre 2017, https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300275#B23

⁵³ *Ídem.*

⁵⁴ Reynolds, Jorge et al., *Christiaan Barnard: 40 años del primer trasplante de corazón humano*, Colombia, Revista Colombia Médica, octubre-noviembre 2007, <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4/v38n4a15.pdf>

⁵⁵ *Ídem.*

médicos—⁵⁶ en una cirugía que duró cerca de 5 horas, concluyendo la misma con éxito.

No obstante la meticulosidad de la técnica, así como los cuidados postoperatorios, Washkinasky murió 18 días después de la cirugía debido a una neumonía, sin embargo, esto no desanimó al Doctor Barnard y el 2 de enero de 1968, menos de dos semanas después del deceso de Washkinasky, realizó su segundo trasplante, cuyo receptor llamado Philip Blaiberg vivió por casi 2 años,⁵⁷ con el corazón que le fue trasplantado, convirtiéndose en la primera persona en egresar viva de un hospital tras someterse a un trasplante cardíaco.

La cirugía representó un hito para el mundo entero y tuvo un enorme impacto no sólo en la medicina de trasplante, sino también en la Ética, la Filosofía y, por supuesto, incluso en la Teología.

2.2.3. Muerte encefálica

Christiaan Barnard no sólo llevó a cabo el primer trasplante de corazón humano, sino que también fue el primer cirujano en utilizar el corazón de una persona declarada con “muerte cerebral”,⁵⁸ modificando con ello el concepto de muerte para siempre, puesto que, hasta ese momento, la muerte de un ser humano consistía —únicamente— en la pérdida irreversible de las funciones del corazón y los pulmones.

Podría pensarse que lograr discernir si una persona está viva o muerta, es algo simple e, incluso, hasta obvio para los sentidos, sin embargo —dejando de lado consideraciones de naturaleza religiosa o metafísica— en la práctica, definir el concepto de muerte ha resultado algo bastante complejo.⁵⁹

⁵⁶ Heise, Gudrun, *El primer trasplante de corazón del mundo*, Alemania, Deutsche Welle, 2017, <https://p.dw.com/p/2odpz>

⁵⁷ Zalaquett, Ricardo, *50 años de trasplante de corazón... op. cit.*, Chile, Revista chilena de cardiología, vol. 36, núm. 3, diciembre 2017, https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300275#B23

⁵⁸ *Ídem.*

⁵⁹ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 31.

Muchos fueron los retos que implicó el trasplante de corazón y, sin duda, uno de ellos fue que en la medida que la extracción se llevaba a cabo luego de que el corazón había dejado de latir por cierto tiempo, las probabilidades de éxito disminuían considerablemente, puesto que el órgano comenzaba a descomponerse antes de ser implantado en el paciente receptor.⁶⁰

Entonces, el escenario ideal para que el corazón fuera trasplantado con éxito, era que éste se extrajera de un cuerpo –en palabras del Doctor Fernando Lolas– “en un paradójico estado de muerto-vivo”.⁶¹ La persona debía haber muerto, en lo que respecta a sus funciones cerebrales y, al mismo tiempo, encontrarse vivo el resto de su cuerpo –el corazón, en particular, debería estar activo–.

2.2.3.1. Causas

En el siglo XVII se adoptó el criterio médico y legal para diagnosticar la muerte, como ha quedado dicho, a partir del cese de la actividad cardiovascular, es decir, el cese del flujo de la sangre y del aire en el ser humano. De este modo, comprobar la muerte de una persona no representaba complejidad alguna, sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX tuvo lugar el surgimiento de dos cuestiones que motivaron que este criterio dejara de tener vigencia en la mayor parte del mundo: *(i)* los respiradores artificiales; y *(ii)* la medicina de trasplante, principalmente, el trasplante de corazón.⁶²

2.2.3.1.1 Respiradores artificiales

La epidemia de poliomielitis presentada, principalmente, en Estados Unidos y en Europa, en los años 50 del siglo pasado, marcó el inicio de la Medicina Intensiva. La poliomielitis bulbar provoca lesiones al sistema nervioso, pudiendo ocasionar insuficiencia respiratoria neuromuscular. En ese momento no existían aún los soportes respiratorios, es decir, las unidades de cuidados intensivos. Así, en 1953, el Doctor danés Bjørn Aage Ibsen, desarrolló en el Hospital Municipal de

⁶⁰ *Ibidem*, p. 32.

⁶¹ Lolas, Fernando, *Bioética, el dialogo moral en las ciencias de la vida*, Chile, Editorial Universitaria, 1998, p. 20.

⁶² Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 29-30.

Copenhague la primera unidad de terapia intensiva que permitía mantener las funciones vitales de cualquier organismo de forma independiente:⁶³ los comúnmente llamados “respiradores artificiales”.

De este modo fue posible evitar la muerte de enfermos terminales que se encontraban en una situación de coma, gracias a la asistencia respiratoria que les aportaba el soporte ventilatorio. No obstante, hubo pacientes que se recuperaron del coma en que se hallaban –“despertaban” del coma– y, por su parte, otros que no recobraban la conciencia.⁶⁴

Consecuentemente, la sobrevida de los pacientes aumentó, sin embargo, también aumentó el número de pacientes en terapia intensiva. Estos pacientes eran considerados vivos, puesto que no reunían las condiciones del concepto tradicional de muerte: cese de la circulación y la respiración. Pero ¿debía considerarse que había respiración si ésta dependía de medios artificiales?; ¿retirar el soporte respiratorio implicaba dar muerte al paciente?; ¿cómo saber si ese paciente iba a despertar o no?

2.2.3.1.2 Trasplantes de corazón

De forma simultánea, durante la década de los años 60 del siglo pasado, se practicaron los primeros trasplantes cardiacos. Exitosos, sí, pero sin dejar de lado el gran obstáculo que representaba la afectación al corazón como consecuencia de que éste dejara de latir por cierto tiempo (previo a la extracción), lo cual ocasionaba que la supervivencia de muchos pacientes receptores de órganos fuera de sólo unos días o, cuando mucho, de un par de semanas.⁶⁵

⁶³ Rodríguez, Adriana Gisela, *Historia de la ventilación mecánica*, Argentina, Revista de Medicina Intensiva del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” en Buenos Aires, 2012 – 29 N°. 1, p. 10, <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/302/251/0>

⁶⁴ *Ídem*.

⁶⁵ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 29.

2.2.3.2 Comités

Así pues, concurren estos dos fenómenos: **(i)** la invención de los respiradores artificiales; y **(ii)** el avance de la medicina de trasplante, lo cual trajo como consecuencia el panorama siguiente: por un lado, las salas de cuidados intensivos se encontraban saturadas de pacientes en coma; y, por otro, miles de personas enfermas tenían como única esperanza de vida conseguir un órgano para trasplante.

Al mismo tiempo se dan los primeros diagnósticos del síndrome que da origen a la “muerte cerebral”: el *coma dépassé*, “muerte encefálica” definido así por los neurólogos franceses Mollaret y Goulon, en 1959.⁶⁶ El *coma dépassé* define el estado de coma que sufren los pacientes que presentan el cese de toda función cerebral, a pesar de haberse logrado, por medios artificiales, estabilidad respiratoria y hemodinámica –flujo sanguíneo– caracterizado por: **(i)** coma apneico; **(ii)** ausencia de reflejos tendinosos y de tronco encefálico; y **(iii)** ausencia de actividad bioeléctrica.⁶⁷

Recordemos el primer trasplante de corazón exitoso, aquel practicado por el Doctor Christiaan Barnard en 1967, que se llevó a cabo con el corazón que procedía de una joven que había sufrido lesiones cerebrales masivas, sin embargo, se desconoce si el estado de coma de la paciente cumplía con todos los criterios del *coma dépassé*. No obstante, existen registros en los que consta que el propio Doctor Barnard certificó la muerte de la joven después de que su corazón dejara de funcionar con motivo de la interrupción del respirador automático al que se encontraba sometida.

De frente a dicho contexto surgieron diversas interrogantes, entre ellas: ¿cuándo ha muerto una persona?; ¿la muerte es un proceso que consiste en diversas etapas?; ¿alguna etapa puede implicar irreversibilidad del proceso?; ¿el

⁶⁶ Castañón González, Jorge, *Muerte cerebral*, México, Academia Mexicana de Cirugía, vol. 71, núm. 6, noviembre-diciembre 2003, p. 1, <https://www.mediagraphic.com/pdfs/circir/cc-2003/cc036a.pdf>

⁶⁷ Machado, Calixto *et al.*, *Criterios diagnósticos de la muerte encefálica según la resolución 90 del Ministerio de Salud Pública*, Cuba, Revista Cubana de Medicina, vol. 48, núm 4, octubre-diciembre 2009, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400009

coma dépassé implica muerte de la persona?; ¿se convierte en homicida quien retira el soporte ventilatorio a una persona en estado de *coma dépassé*?; ¿es la muerte determinable por la ciencia o por la ley?

Fue entonces cuando tres organismos se conformaron, respectivamente, con un objetivo principal: establecer un nuevo criterio de “muerte cerebral” a fin de que fuera posible, en un marco legal, la extracción de órganos en óptimas condiciones para su trasplante, al permitir declarar muertas a personas en *coma dépassé* antes de que su corazón dejara de latir, sin que los médicos fueran percibidos como homicidas y sin escandalizar a la sociedad con la idea de que se sacrificaría la vida de pacientes gravemente enfermos para salvar con sus órganos la vida de otros pacientes.

2.2.3.2.1 Colegio de Médicos de Francia

En octubre de 1965 se reunió en París el Colegio de Médicos a fin de exponer en una mesa de diálogo los dilemas planteados con motivo de la extracción de órganos de una persona diagnosticada con *coma dépassé*, sometida a un medio de soporte ventilatorio artificial.

Posteriormente, en enero de 1966, el Colegio solicitó a la Academia Nacional de Medicina Francesa su opinión al respecto. Habiendo analizado el dilema, la Academia propuso al Colegio asumir cualquiera de las siguientes dos posturas: **(i)** extraer órganos de una persona que aún no es considerada muerta, pero de cuyo *coma dépassé* se está absolutamente convencido; o **(ii)** constatar la irreversibilidad del coma en que se encuentra una persona y declarar de ella su muerte, para, luego entonces, extraer sus órganos.⁶⁸ Es decir, se planteaban dos formas de disposición de los órganos que, brevemente, pueden evidenciarse de la siguiente manera: una *pre mortem* y otra *post mortem*.

El Colegio Nacional optó por la segunda de las posturas propuestas por la Academia, primordialmente, por la seguridad jurídica que implicaba extraer órganos

⁶⁸ Rodríguez Aria, David, *Juntas y revueltas. La muerte cerebral fue concebida para facilitar la donación de órganos*, España, Universidad de Granada, 2017, p. 67, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5836133.pdf>

de una persona cuya muerte se encontraba formalmente declarada, puesto que acortaba el espacio de oportunidad a que pudiera considerarse que se practicaba un sacrificio pragmático o utilitarista de la persona en *coma dépassé*. Cabe decir que los alcances de la postura adoptada por el Colegio de Médicos de Francia fueron, exclusivamente, para la práctica médica nacional.

2.2.3.2.2 Comité de Harvard

De nuevo conviene recordar el trasplante de corazón que el Doctor Barnard llevó a cabo en 1967, esta vez, haciendo hincapié en que, si bien se le reconoció como una gran innovación médica, también fue motivo de diversas controversias fundadas en el temor de que se sacrificaran prematuramente algunas vidas en beneficio de terceros. Es en ese momento, en el año de 1968, cuando se constituye el llamado *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death*, cuyo objetivo consistió en explorar y determinar la definición de “muerte cerebral”.

Presidido por Henry Beecher y formado por diez médicos, un historiador, un abogado y un teólogo⁶⁹, el Comité sostuvo diversas reuniones de las cuales surgió un informe de influencia indudable para la aceptación del criterio de muerte neurológica cuyo punto de referencia fue aquel que llevaba tiempo desarrollándose en Europa, específicamente, en Francia, entorno al definido *coma dépassé* y al criterio adoptado por el Colegio Nacional para llevar a cabo la disposición de órganos para trasplante.

El 5 de agosto de 1968, el Comité publicó su informe en la Revista de la Asociación Médica Norteamericana,⁷⁰ y se señaló que el motivo de llevar a cabo la redefinición de muerte se basaba en dos principales razones:⁷¹ **(i)** los avances tecnológicos de las medidas de resucitación y mantenimiento de vida de pacientes a través de soporte ventilatorio artificial, implicaban un peso significativo para dichos

⁶⁹ *Ibidem*, p. 70.

⁷⁰ Machado, Calixto *et al.*, *Criterios diagnósticos... cit.*, Cuba, Revista Cubana de Medicina, 2009, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400009

⁷¹ Beecher, Henry, *et al.*, *Informe del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de Harvard para explorar la definición de muerte cerebral*, 1968, p. 337.

pacientes, para sus familiares, para los hospitales e, incluso, para aquellos pacientes que necesitaban los espacios que se encontraban ocupados por pacientes en coma;⁷² y **(ii)** los criterios anticuados o insuficientes de la definición de muerte conducían a controversias de diversas naturalezas, relacionadas con la obtención de órganos para trasplante.⁷³

En gran medida, el informe establece ciertas pruebas que deben practicarse en el paciente en coma para, entonces, poder determinar su muerte encefálica. Además, plantea la posible necesidad de que se realicen cambios legales que incluyan la definición de muerte cerebral en el orden jurídico y, muy sencillamente, esboza sus causas, sin embargo, el eje toral del informe se ciñe a proponer una nueva definición de muerte consecuencia del cese permanente e irreversible de toda actividad discernible del sistema nervioso central.⁷⁴

2.2.3.2.3 La Declaración de Sídney

El mismo día que fue publicado el informe del Comité de Harvard, es decir, el 5 de agosto de 1968, también tuvo lugar la XXII Reunión Médica Mundial en Sídney, Australia, en la cual fue redactada una declaración que planteó un significativo cambio respecto del concepto de muerte y, no obstante ser omisa en proponer una definición de muerte cerebral, algunos autores consideran que el contenido de esta declaración supera al del emitido por el Comité de Harvard,⁷⁵ puesto que en la Declaración de Sídney quedó establecido que la muerte no debe radicar en el estado de conservación de las células aisladas sino en el destino de una persona.

La Declaración de Sídney, expresamente, subrayó que la necesidad de abordar cuestiones conceptuales sobre la muerte humana derivaba, principalmente, del surgimiento de dos recientes realidades: **(i)** la capacidad de mantener por

⁷² Cfr. Valero, Rosalía, *Controversia en el diagnóstico de la muerte encefálica y la donación de órganos: aspectos éticos, legales y culturales*, España, Hospital Clínico de Barcelona, Revista Especializada en Anestesiología, vol. 51, núm. 9, 2004, p. 1. http://www.scartd.org/arxius/valero_redar.pdf

⁷³ *Ídem*.

⁷⁴ Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 32.

⁷⁵ Machado, Calixto *et al.*, *The declaration of Sydney on human death*, Cuba, Journal of Medical Ethics, vol. 33. Núm. 12, diciembre 2007, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598225/>

medios artificiales el flujo sanguíneo del cuerpo humano; y **(ii)** el uso de órganos de cadáveres con fines de trasplante.

2.3 TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN MÉXICO

Los trasplantes de órganos son una realidad en nuestro país desde 1963, cuando tuvo lugar en el Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social el primer trasplante de riñón.⁷⁶

A partir de ese momento, en nuestro país se dio un considerable impulso a programas de trasplantes de órganos con el objeto de capacitar a los equipos de cirugía, enfermería y personal de la salud en general, obteniendo resultados favorables,⁷⁷ sin embargo, actualmente se considera bajo el número de trasplantes que se realizan cada año.

2.3.3 Primeros trasplantes

El 22 de octubre de 1963 se llevó a cabo el primer trasplante exitoso en nuestro país: un trasplante de riñón.⁷⁸

Los Doctores Federico Ortiz Quesada, Manuel Quijano Narezo y Manuel Flores Izquierdo, llevaron a cabo el primer trasplante renal exitoso en México, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI –9 años después de haberse realizado el primer trasplante de riñón exitoso en el mundo–. El éxito que tuvieron los cirujanos mexicanos en este procedimiento es admirable, ya que la paciente receptora vivió 25 años con el órgano que le fue implantado⁷⁹ –hoy día, 58 años después, se estima que la sobre vida de un riñón es de 20 años, aproximadamente–.⁸⁰

⁷⁶ *Trasplante de riñón, primera proeza médica realizada en el IMSS*, México, 2019, <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/376>

⁷⁷ *Ídem.*

⁷⁸ *Ídem.*

⁷⁹ *Ídem.*

⁸⁰ *Los trasplantes renales de donante fallecido*, American Kidney Fund, Estados Unidos, 2021, <https://www.kidneyfund.org/es/la-donacion-de-un-rinon/los-trasplantes-renales-de-donante-fallecido#:~:text=Aproximadamente%206%20de%20cada%2010,a%2020%20a%C3%B1os%20en%20promedio>

En 1985, un equipo dirigido por el Doctor Héctor Diliz, realizó el primer trasplante de hígado en nuestro país, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.⁸¹

El 21 de julio de 1988, el Doctor Rubén Argüero Sánchez lideró el equipo que realizó el primer trasplante de corazón exitoso en nuestro país, en el Centro Médico Nacional “La Raza”.⁸²

2.3.4 Práctica contemporánea

La medicina de trasplante constituye uno de los progresos terapéuticos más importantes de las últimas décadas y, afortunadamente, México no es ajeno a los avances ocurridos en esta área de la medicina moderna. Los resultados obtenidos desde 1963 han creado grandes expectativas.

Actualmente, en nuestro país existen diversos programas de donación y trasplante que impulsan y promueven esta práctica; tanto a nivel nacional como estatal se suman esfuerzos para sensibilizar a la sociedad sobre los procesos de donación y trasplante de órganos.⁸³ Uno de los principales retos a los que se enfrenta la medicina de trasplante en México, es la elevada demanda de órganos y tejidos en contraste con la reducida oferta de estos.

La práctica de trasplantes y donaciones de órganos y tejidos se ha incrementado con el paso de los años; de 1963 a finales de 2015, de acuerdo con datos del Registro Nacional de Trasplantes se realizaron 95,400 trasplantes, habiendo sido el de córnea el mayormente practicado, con un índice de 42.3%, seguido por el trasplante de riñón con un 45.4%. Por su parte, el trasplante de

⁸¹ Diliz-Pérez, Héctor, *Reporte del primer caso de trasplante hepático ortotópico en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”*, México, Revista Médica del Hospital General de México, 2013, vol. 76, núm. 1, p. 35.

⁸² Argüero-Sánchez, Rubén, *Trasplante de corazón*, México, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Revista de Investigación Clínica, marzo-abril 2005, p.333.

⁸³ *Acciones y Programas*, Centro Nacional de Trasplantes, México, 2022, https://www.gob.mx/cenatra/es/archivo/acciones_y_programas

hígado ocupó el tercer lugar con un total de 1,662 procedimientos, seguido del trasplante de corazón con 475,⁸⁴ dentro del mismo periodo.

Sin duda desde 1963 ha sido bastante activa la práctica de la medicina de trasplante en nuestro país; la tasa de donación de personas fallecidas fue de 3.8 por millón de habitantes en 2019, sin embargo, tomando en consideración las tasas de otros países, por ejemplo, España –líder a nivel mundial– con una tasa de 47 por millón de habitantes; y Uruguay –líder en América Latina– cuya tasa es de 16.8 por millón, es evidente que en México aún hay mucho por hacer.⁸⁵

⁸⁴ Boletín estadístico – informativo, Centro Nacional de Trasplantes, México, enero-junio 2016.

⁸⁵ International Report on Organ Donation and Transplantation Activities, Global Observatory on Donation and Transplantation, Executive Summary, 2019.

CAPÍTULO III

DIGNIDAD HUMANA

Abordar el tema de dignidad humana puede partir de análisis que se desenvuelven desde distintas perspectivas, en distintos aspectos, dimensiones y áreas de la vida; ninguna de dichas posibilidades supone una tarea sencilla, en especial, por las tan variadas concepciones que se tienen de ella.

La noción de dignidad humana ha estado presente por muchos siglos a lo largo de la historia de la humanidad y se ha sostenido de ideas muy diversas e, incluso, en algunos casos, discrepantes entre sí –sobre todo si se contrastan concepciones que fueron desarrolladas en épocas distantes–. Se trata de un concepto con larga historia que va desde la Antigüedad hasta los debates ético-jurídicos actuales. La literatura al respecto es sumamente extensa, sin embargo, se estima útil realizar un análisis sucinto de dicha noción, que permita evidenciar la trascendencia que ha implicado el desarrollo y estudio de ésta; la importancia de sus alcances y del respeto a ella; así como la relevancia que tiene en la fundamentación de los derechos humanos y de la Bioética.

3.1. DESARROLLO HISTÓRICO EN EL PENSAMIENTO FILOSÓFICO

A lo largo de la historia del pensamiento filosófico, se desarrollaron diversas posturas de frente a la noción de dignidad humana, cuya reflexión ha permitido que poco a poco se alcance un consenso respecto de ella. En palabras del Doctor Margadant, la visión histórica forma parte integral de la cultura contemporánea,⁸⁶ por lo cual, se exponen a continuación las principales y más relevantes concepciones que se han sostenido de la dignidad humana como consecuencia de su estudio.

3.1.1. El pensamiento clásico

Sin lugar a duda, la noción de dignidad humana sostenida en la Antigüedad clásica no sería útil hoy día para dar sustento a los derechos humanos, especialmente si

⁸⁶ Margadant, Guillermo F., *El derecho privado romano*, 26ª. ed., México, Esfinge, 2011, p. 11.

tomamos en cuenta que cuestiones como el concepto de ciudadanía; la división de clases; y la esclavitud –reconocida como institución jurídica– hacen patente que el reconocimiento jurídico de la igualdad de las personas no constituía propósito alguno de la reflexión en la época. Sin embargo, es innegable que el análisis del pensamiento griego permite identificar el proceso de individualización que –siglos después– abrió camino al humanismo de la persona. Por ello, analizar los postulados tanto de Platón como de Aristóteles cobra suma trascendencia para la reflexión contemporánea.

La filosofía platónica.

Si bien es cierto que en el pensamiento de Platón existen planteamientos que limitan el concepto de dignidad humana,⁸⁷ también es cierto que existen otros que han contribuido en el establecimiento de las bases de la noción moderna. A saber, respecto de la primera premisa cabe decir que Platón reconoce valor al ser humano, pero exclusivamente a una minoría privilegiada de individuos;⁸⁸ justifica la división de clases,⁸⁹ considera que es ésta la única organización social con capacidad para lograr la justicia y, precisamente, en dicha división de clases fundamenta diversas diferencias que distinguen las dignidades que corresponden a los individuos, es decir, plantea una jerarquización de dignidades⁹⁰ de acuerdo con el grado de racionalidad de la persona.

No obstante, estableció que la dignidad del individuo no es innata a su calidad de ser humano, precisamente al reconocer sólo en algunos de ellos su valor: consideró que ese valor deviene del uso de su razón, esto es, la calidad de digno de un individuo no es consecuencia de su calidad de ser humano, sino del uso de su racionalidad, de su capacidad de cuestionamiento.⁹¹ En Platón, la dignidad del hombre demanda introspección del sujeto para despertar una conciencia individual y, entonces, conseguir su autonomía. Estos dos elementos, autonomía y

⁸⁷ Pele, Antonio, *La dignidad humana. Sus orígenes en el pensamiento clásico*, España, Dykinson, p. 79.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 71.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 82.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 85.

⁹¹ *Ibidem*, p. 164.

racionalidad, constituyen bases de notable trascendencia para la construcción moderna de la noción de dignidad humana.

La filosofía aristotélica.

Aristóteles identifica rasgos que señalan las particularidades de la naturaleza humana que sirven como base del discurso moderno de la noción de dignidad humana. Definió la naturaleza humana: consideró que existe una latente compatibilidad entre el cuerpo y el alma que deviene en la capacidad de éste para expresar su razón y su libertad. Efectivamente, el hombre es considerado un animal, pero la función racional de su alma es lo que muestra su singularidad. De este modo se evidencia que el ser humano es un ser que busca su felicidad, teniendo aquí lugar su concepto de “vida buena”⁹² que, posteriormente, es retomado por el pensamiento moderno.

Al igual que Platón, Aristóteles considera que sólo una minoría tiene la capacidad para disfrutar de la “vida buena”, y que depende del desarrollo de las capacidades del individuo el ser digno de disfrutarla. Sin embargo, a diferencia de Platón plantea que llevar a cabo la “vida buena” sólo es dable en el ámbito político, pues la satisfacción de la felicidad humana es, precisamente, el objetivo de la política.

El fundamento de la dignidad del hombre en Aristóteles deriva del tipo de vida que lleva; el hombre debe encontrarse en específicas circunstancias para demostrar su dignidad.⁹³ Hoy día, a la luz de la noción moderna de la dignidad humana resulta cuestionable y criticable la elitista postura de Aristóteles, sin embargo, marca un importante antecedente al plantear la interrogante de ¿qué vida está a la altura del hombre?⁹⁴ Tiene peculiar trascendencia el pensamiento aristotélico puesto que, actualmente, se pretende valorar al individuo como persona –precisamente por tener esa calidad– y no como consecuencia de los actos que realiza.

⁹² Aristóteles, *Ética Nicomaquea*, 24^a. ed., México, Porrúa, 2016, p. 103.

⁹³ Pele, Antonio, *La dignidad humana... op cit.*, España, Dykinson, p. 270.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 269.

3.1.2. La *dignitas* y los romanos

Los aportes de la cultura romana, así como del sistema jurídico que en ella se desarrolló, son de innegable relevancia para muchas sociedades posteriores y, al analizar los postulados romanistas respecto del estatus que tenían las personas, encontramos uno de los orígenes de la noción de dignidad.

En Roma la sociedad también estaba dividida por clases, los patricios eran los económicamente favorecidos, con posibilidad de ocupar cargos públicos, en contraste con los plebeyos que, prácticamente, carecían de derechos y, por ende, de oportunidades para formar parte de la política.⁹⁵ La *dignitas*⁹⁶ es un concepto romano ligado, principalmente, a la vida política, constreñido a una fuerte e indudable naturaleza moral. En Roma, las condiciones esenciales para adquirir dignidad eran la acción política, la pertenencia al Senado y la integridad moral. Esta distinción pone en evidencia la forma en que se entendían los derechos del ser humano, atendiendo al carácter o estatuto social al que pertenecían.

3.1.3. Las posturas de la Edad Media

El cristianismo, una de las instituciones con mayor influencia y trascendencia en la historia de la humanidad, tuvo lugar durante el último periodo del Imperio Romano. Sabido es que al inicio de la Edad Media el conocimiento se encontraba restringido a unos pocos pertenecientes de una élite dominante: la Iglesia; y, precisamente, con base en los fundamentos teológicos aportados por el cristianismo, comenzó a desarrollarse la noción de dignidad humana.

Cabe decir que las estructuras eclesiásticas fomentaron una visión un tanto pesimista del ser humano, con el objetivo de asentar el poder y la autoridad en la Iglesia.⁹⁷ Habida cuenta del análisis respectivo, es dable concluir que el cristianismo medieval miró al ser humano tanto desde una perspectiva positiva como desde una

⁹⁵ Bernal Gómez, Beatriz, *Historia del derecho*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010, p. 64.

⁹⁶ Garelli, Marta, *Populli romani dignitas*, Argentina, Revista de Estudios Clásicos de la Universidad de Cuyo, 2003, p. 70.

⁹⁷ Pele, Antonio, *Modelos de la dignidad del ser humano en la Edad Media*, España, Revista Derechos y Libertades, núm. 21, época II, junio 2009, p. 185.

negativa. Se advierte que el ser humano es un ser divino creado a semejanza de Dios,⁹⁸ sin embargo, el ser humano es también pecador, tendiente siempre a sucumbir la tentación y a renegar de Dios.⁹⁹

En la primera parte de la Edad Media destacan los postulados de dos autores cuyas propuestas establecen un marco que permite comprender la noción de dignidad humana a que atendió la época. San Agustín confiere al ser humano una dignidad que podría definirse de naturaleza heterónoma:¹⁰⁰ sostiene que la dignidad proviene de un origen externo, pues un hombre digno lo es, en virtud de la sumisión que éste guarda a Dios; no posee ninguna razón autónoma y, en consecuencia, concluye que algunos hombres son más dignos que otros. Por su parte, Gregorio de Nicea, en contraposición a la propuesta de San Agustín, sostiene que la dignidad del ser humano es autónoma:¹⁰¹ el individuo es libre y con capacidad de autodeterminación y libre albedrío para defender su dignidad.

Posteriormente, Tomás de Aquino en la “Suma Teológica” desarrolló un concepto de dignidad del ser humano basado en su libertad de albedrío,¹⁰² afirmando que la dignidad del individuo deviene de su racionalidad, considerándola más como un mérito por su conducta que como valor por su calidad de ser humano, puesto que a los pecadores los asemeja a las bestias y afirma que estos no tienen dignidad.¹⁰³

Queda, entonces, en evidencia que, no obstante la perspectiva que mira con cierto desprecio la identidad terrenal del ser humano, en la Edad Media también surgieron posturas que contribuyeron a la propuesta del humanismo del individuo defendiendo en él una dignidad de naturaleza intrínseca a su calidad de ser humano, apelando a su autonomía de razón y, consecuentemente, estableciendo

⁹⁸ Génesis 1:27, *La biblia*, Estados Unidos, Holman Bible Publishers, 2008, p. 1.

⁹⁹ Génesis 3:6, *La biblia*, Estados Unidos, Holman Bible Publishers, 2008, p. 3.

¹⁰⁰ Pele, Antonio, *Modelos de la dignidad... op cit.*, España, Revista de Derechos y Libertades, núm. 21, época II, junio 2019, p. 152.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 157.

¹⁰² De Aquino, Tomás, *Suma Teológica*, 4ª. ed., España, Biblioteca de Autores Cristianos, 1988, p. 556.

¹⁰³ Pele, Antonio, *Modelos de la dignidad... op cit.*, España, Revista de Derechos y Libertades, núm. 21, época II, junio 20019, p. 166.

con ello importantes bases que luego sirvieron de base para dar forma a una moderna noción de dignidad humana.

3.1.4. Los renacentistas

La caída del Imperio Bizantino en Constantinopla, en el año de 1453, marcó el fin de la Edad Media. Para ese momento la sociedad se encontraba claramente dividida entre los nobles y los campesinos, imponiendo los primeros su poder sobre los segundos, al tiempo que la Iglesia, literalmente, en nombre de Dios, imponía su voluntad.

En el siglo XV, las clases bajas no tenían acceso al conocimiento –de forma contraria a la época clásica anterior, en la cual antiguos griegos y romanos habían desarrollado notablemente cuestiones políticas, científicas y filosóficas– lo cual tambaleó ciertas creencias y motivó que comenzaran a tener lugar una serie de cambios y descubrimientos que daban paso a la modernidad, consolidándose nuevos Estados europeos, llevándose a cabo viajes transoceánicos y dejando atrás el sistema feudal.

La mentalidad teocéntrica de la Edad Media fue convirtiéndose, poco a poco, en una mentalidad antropocéntrica. El inicio a este cambio de pensamiento, más racional y moderno, se atribuye al filósofo Pico della Mirandola. En el núcleo del pensamiento de Pico della Mirandola se dio paso a nuevos conceptos de libertad y dignidad.

En contraste con las ideas impuestas por la Iglesia en la Edad Media, Pico se expresó del hombre como una criatura perfecta y maravillosa, digna de admiración.¹⁰⁴ En su obra “Discurso sobre la dignidad del hombre” sostuvo que el hombre tiene dentro de sí el poder tanto de perfeccionarse como de ascender espiritualmente al reino de Dios.¹⁰⁵ No obstante el hecho de que con Pico sigue encontrándose el concepto de ser humano dentro de lo moral y espiritual de la corriente de pensamiento cristiana, éste apela con más fuerza a su libre voluntad y

¹⁰⁴ Dominioni, Stefano, *Renacimiento y naturaleza humana: “la dignidad del hombre” de Pico*, Estados Unidos, Contemporary Philosophy, vol. 18, núm. 2, 1998, p. 1.

¹⁰⁵ Pico della Mirandola, Giovanni, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, UNAM, 2016, p. 18.

autotransformación. La naturaleza del ser humano no es celestial, tampoco terrenal y no es inmortal ni mortal, puesto que Dios “le ha otorgado el germen de cada tipo de vida; el hombre puede ser cualquiera de esas cosas”.¹⁰⁶ Es, precisamente, el hombre mutante –así concebido por Pico– la base de la dignidad humana. Una dignidad que no proviene del hombre en sí, sino de Dios, pero que –se insiste– le brinda la posibilidad de “autotransformarse”.

El manifiesto de Pico fue retomado posteriormente por personajes como Galileo Galilei y René Descartes e, incluso, sirvió como base fundamental para desarrollar la idea de “los derechos inalienables del hombre”, de John Locke.

No se omite mencionar la filosofía cartesiana; por su parte, en Francia –casi 150 años después de haber muerto Pico– René Descartes desarrolló importantes postulados, sobre todo, en torno a la razón del ser humano, definida por él como la capacidad de distinguir lo verdadero de lo falso.¹⁰⁷ El *cogito*¹⁰⁸ cartesiano fue utilizado por Descartes para fundamentar la dignidad del ser humano, articulado, básicamente, en la noción de certeza de dos cuestiones: la certeza de existir y la certeza de ser humano.¹⁰⁹

Descartes definió al ser humano a través del pensamiento, es decir, como cosa pensante. El *cogito ergo sum*¹¹⁰ es la premisa necesariamente verdadera que no puede ser refutada, ello en virtud de que, justamente, prueba de la existencia es pensar. Asimismo, singularizó al ser humano respecto de otras naturalezas –como la naturaleza animal o las artificiales– por su capacidad para razonar; consideró que la libertad y el pensamiento son rasgos propios de la identidad humana.¹¹¹ Por lo tanto, para Descartes la dignidad del hombre se basa en la libertad que el individuo tiene para hacer uso de la razón y, entonces, dar dirección a su existencia.

¹⁰⁶ Dominiononi, Stefano, *Renacimiento y naturaleza humana... op cit.*, Estados Unidos, Contemporary Philosophy, vol. 18, núm. 2, 1998, p. 2.

¹⁰⁷ Descartes, René, *El discurso del método*, 5ª. ed., España, Plutón Ediciones, 2021, p. 29.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 68.

¹⁰⁹ Cfr. Pele, Antonio, *El sujeto humano en el siglo XVII*, España, EAE, 2012, p. 16.

¹¹⁰ Cfr. Descartes, René, *El discurso... op cit.*, 5ª. ed., España, Plutón Ediciones, 2021, p. 69.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 100.

3.1.5. El pensamiento de la Ilustración

Como consecuencia de la crisis ideológica que atravesaba Europa, así como de las tendencias antecesoras que habían considerado al pensamiento humano la fuente de conocimiento de los individuos, en el siglo XVIII se dio gran importancia al análisis y al pensamiento, lo cual motivó que la reflexión de diversos pensadores coincidiera en torno a una cuestión: la razón humana.

Conviene recordar que el periodo transcurrido desde mediados del siglo XVIII hasta principios del siglo XIX es conocido como la Ilustración; sabido es que también suele hacerse referencia al siglo XVIII como el “Siglo de las Luces”. La mayor parte de los pensadores “ilustrados” no se consideró como tal, puesto que el término no se había creado, sin embargo, era común que se hiciera referencia a la necesidad de “ilustrarse”:¹¹² el pensamiento humano y el conocimiento “ilustrarían” al individuo en aras de desarrollar su humanidad y un mundo mejor. Uno de los grandes pensadores de dicha época fue, sin duda, Immanuel Kant, cuyos postulados –una gran mayoría de ellos– hoy día siguen vigentes.

La reflexión –no-religiosa– de Kant sobre la dignidad humana ha sido una de las más destacadas en el pensamiento moderno y tiene influencia en la cultura actual, tanto política como jurídica. Para Kant, la idea de dignidad es una extensión de la idea de libertad; vinculó la noción de dignidad con la de libertad y, consecuentemente, la de autonomía de la voluntad;¹¹³ en Kant el ser humano tiene la libertad y la capacidad para autodeterminarse racionalmente en el plano moral.

“Fundamentación de la metafísica para las costumbres” es considerada una de las obras más destacadas de Kant, especialmente, en el campo de la filosofía moral. En ella desarrolló diversos conceptos, principios y postulados que fundamentan la moralidad del ser humano desde una postura antagónica a las teológicas que fueron desarrolladas en el pasado. Sin lugar a duda su trabajo es merecedor de una extensa reflexión, sin embargo, ello excede el propósito de la presente investigación; por lo tanto, a continuación, sólo se abordan aquellos

¹¹² Mayos, Gonçal, *La Ilustración*, España, UOC-Universidad de Barcelona, 2007, p. 9.

¹¹³ Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, 16ª. ed., México, Porrúa, 2016, p. 52.

conceptos que se estiman indispensables para comprender la noción kantiana de dignidad humana.

Para Kant los seres racionales poseen **voluntad** y tienen la facultad de obrar con base en principios.¹¹⁴ En seguimiento a este pensamiento desarrolló el concepto de **mandato**, entendiendo éste como la representación de un principio constitutivo de una voluntad;¹¹⁵ y a la fórmula de estos –de los mandatos– los denominó **imperativos**.¹¹⁶ De este modo sostuvo que todos los imperativos mandan, algunos hipotéticamente y otros categóricamente. Los **imperativos categóricos** son aquellos que representan una acción en sí misma, sin referencia a ningún otro fin –a diferencia de los hipotéticos que representan una acción como medio para conseguir una cosa que se quiere–.¹¹⁷

Respecto de los imperativos categóricos, Kant desarrolló diversas fórmulas, entre las cuales encontramos las siguientes: **(i)** “Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal”;¹¹⁸ **(ii)** “Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza”;¹¹⁹ y **(iii)** “Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”.¹²⁰ Éste último lo denominó **principio de la humanidad**¹²¹ –la humanidad personificada, en cada uno de sus miembros, es el freno de toda acción mala– y lleva consigo el postulado de la **autolegislación**¹²² –la autonomía del individuo para dar forma a su conducta–.

Posteriormente, partiendo del concepto de autolegislación desarrolló la idea del **reino de los fines**, a saber, el enlace sistemático de distintos seres racionales

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 8.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 36.

¹¹⁶ *Ídem*.

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 37.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 43.

¹¹⁹ *Ídem*.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 49.

¹²¹ *Ibidem*, p. 50.

¹²² *Ibidem*, p. 51.

que se rigen por leyes comunes;¹²³ y, precisamente, en el desarrollo de esta idea sostuvo que en el reino de los fines todo tiene ya sea un **precio** o ya sea una **dignidad**.¹²⁴

Así, Kant sostuvo que aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; y aquello que no encuentre equivalente, no puede considerarse sujeto de un precio y, por tanto, le corresponde una dignidad.¹²⁵ Fue entonces como concluyó que un ser racional sólo puede ser **fin en sí mismo**, es decir, un ser racional nunca debe tratarse como medio y nunca puede estar sometido a la voluntad de otro.¹²⁶

En consecuencia, en tanto el ser humano es un ser racional; dotado de libertad y autonomía de la voluntad; fin en sí mismo; y sujeto sin equivalente, para Kant, es la **humanidad** lo único que posee dignidad.

Kant y la medicina de trasplante

En este punto conviene hacer mención que también de la lectura de Fundamentación de la metafísica para las costumbres, se desprende que, según el desarrollo de sus argumentos, en la posición kantiana los trasplantes son inaceptables. A su juicio, se trata de un supuesto que hace las veces de un suicidio, lo cual es inmoral e inaceptable. Estableció que “dar o vender un diente para implantarlo en la encía de otra persona, constituiría suicidio parcial”;¹²⁷ en este sentido, para Kant los trasplantes de órganos no encontrarían una justificación moral.

Para Kant la muerte por la privación de vida podía llevarse a cabo de dos maneras: total o parcialmente.¹²⁸ La muerte parcial corresponde a una mutilación de dos posibles tipos: **(i)** la mutilación formal, la que se presenta si se priva a una persona del uso físico de su fuerza; y **(ii)** la mutilación material, aquella que se da

¹²³ *Ibidem*, p. 52.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 53.

¹²⁵ *Ídem*.

¹²⁶ *Ídem*.

¹²⁷ *Ibidem*, p. 84.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 86.

cuando una persona se priva a sí misma de alguna o algunas partes de su cuerpo.¹²⁹ En esa tesitura, extraer un órgano para implantarlo en otro sujeto, significaría que esta persona dispusiera de sí misma como un simple medio para un fin determinado, lo cual, de acuerdo con el principio de humanidad que se ha analizado previamente, desvirtuaría la humanidad de la propia persona.

La posición kantiana, de frente a lo que es hoy la medicina de trasplantes, no cobra especial relevancia en su aplicación y, por el contrario, principalmente, con base en la teoría ética del utilitarismo los trasplantes encuentran justificación. El utilitarismo se enfoca en los resultados de las acciones.¹³⁰ En ese sentido, Jeremy Bentham y John Stuart Mill, considerados los principales precursores del utilitarismo, sostuvieron que toda obligación moral es consecuencia directa del principio de utilidad, el cual establece que los sujetos están obligados a elegir, de entre una gama de posibilidades, por aquella que proporcione mayor beneficio a un mayor número de personas.¹³¹ Bajo este enfoque, es indispensable ser sumamente cuidadoso en estimar el costo-beneficio de la decisión que se toma y, particularmente, por cuanto hace a la medicina de trasplante, respecto de los resultados que se obtienen de su aplicación.¹³² Es oportuno mencionar que el desarrollo del presente trabajo de investigación se basa, precisamente, en dicha teoría ética utilitarista.

3.2. CONSTITUCIONALIZACIÓN: PRIMEROS PRECEDENTES

El proceso por el cual el concepto “dignidad humana” se incorporó al texto de diversas constituciones, no puede desvincularse del análisis de la incorporación constitucional de los derechos humanos.¹³³ Sin pretensiones exhaustivas al respecto, conviene dejar de manifiesto que los derechos fundamentales son derechos humanos constitucionalizados: derechos subjetivos –previamente

¹²⁹ *Ibidem*, p. 87.

¹³⁰ Cfr. Mill, John, *El utilitarismo*, España, Alianza, 2014, p. 32.

¹³¹ *Ibidem*, p. 17.

¹³² Cfr. Albarellos, Laura, *op. cit.*, México, Porrúa, 2007, pp. 16 y 17.

¹³³ Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana y su protección constitucional en México*, México, Porrúa, 2021, p. 1.

identificados– cuyo reconocimiento se encuentra en la Constitución y del cual derivan diversas consecuencias jurídicas.

Sabido es que la historia de los derechos fundamentales da inicio en 1776, en los Estados Unidos de América, con la “Declaración de derechos del buen pueblo de Virginia”.¹³⁴ No se omite mencionar que un importante antecedente a esta Declaración lo constituye el documento inglés denominado *Bill of Rights* de 1689, elaborado como consecuencia de las revoluciones inglesas que tuvieron lugar en Reino Unido en el siglo XVII, y cuyo contenido es, comúnmente, asemejado a declaraciones modernas de derechos, por encontrarse dirigido a la generalidad del pueblo y consagrar garantías protectoras de derechos individuales.¹³⁵

Además de la “Declaración de derechos del buen pueblo de Virginia”, cabe mencionar que, posteriormente, como consecuencia del régimen absolutista que mantuvo una sociedad desigual en Francia en el siglo XVIII, a mediados de 1789 fue aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente la “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789”,¹³⁶ de cuyo contenido destaca el reconocimiento de diversos derechos inherentes a la persona humana.

Si bien éstas dos declaraciones son omisas en incorporar expresamente el vocablo “dignidad”, también es cierto que constituyen importantes antecedentes de la incorporación de éste a textos constitucionales, puesto que la noción de dignidad humana es entendida como fundamento de los derechos humanos y, consecuentemente, como fundamento de los derechos fundamentales, sin embargo, tuvo que pasar más de un siglo para que el vocablo “dignidad” formara parte –expresa– de algunos textos constitucionales.¹³⁷

No obstante existir cierto consenso en el sentido de que la dignidad humana debe entenderse como fundamento de diversos derechos, las primeras

¹³⁴ Peces-Barba Martínez, Gregorio *et. al.*, *Derecho Positivo de los Derechos Humanos*, Editorial Debate, Madrid, 1987, p. 101.

¹³⁵ *Cfr.* Batista Jiménez, Fernando, *op. cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 3.

¹³⁶ *Ibidem*, p. 6.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 8 y 10.

incorporaciones que se llevaron a cabo en los textos constitucionales obedecieron a ideologías de naturaleza distinta como se evidencia a continuación.

3.2.1. Constitución de Weimar, 1919

Como consecuencia de las ideas del denominado Estado Social de Derecho –en el cual, entre otras cuestiones, se busca mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora–¹³⁸ la noción de dignidad fue tomada como fundamento de la “procura existencial” de las personas –concepto sociológico, normalmente, atribuido a prestaciones de la Administración Pública,¹³⁹ entendido como el punto donde convergen necesidades que el gobernado no puede atender por sí, sin la asistencia del Estado–¹⁴⁰ con el objetivo de alcanzar un nivel decoroso de vida. Un claro ejemplo de incorporación de la noción de dignidad humana en el llamado “constitucionalismo social”, lo encontramos en la Constitución de Weimar, del año 1919.

Conviene recordar que la Primera Guerra Mundial, concluida en 1919, dejó una Alemania conmocionada tanto en el aspecto político como social; Alemania se encontraba en un contexto que exigía profundos cambios, los cuales, fueron llevados a cabo, principalmente, a nivel institucional, imperando la tendencia socialdemócrata. Así, en Europa, la Constitución de Weimar fue pionera en introducir diversas normas de corte social, así como en incorporar en su texto la noción de dignidad.

En su artículo 151 se estableció lo siguiente: “La organización de la vida económica debe responder a principios de justicia con la aspiración de asegurar a todos una existencia digna del hombre...”.¹⁴¹ Fue así como se plasmó por primera vez a nivel constitucional, la noción de dignidad como fundamento de diversos

¹³⁸ Hernández Martínez, María del Pilar, *Mecanismos de tutela de los intereses difusos y colectivos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 1997, p. 19.

¹³⁹ Magaldi, Nuria, *The concept of daseinsvorsorge in Ernst Forsthoff and the transformations of public administration*, España, Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, Revista de Derecho Público de la Universidad de la Rioja, vol. I, 2020, p. 171.

¹⁴⁰ Cfr. Martínez Anzures, Luis Miguel (coord.), *Antología sobre teoría de la administración pública*, México, Instituto Nacional de la Administración Pública-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017, p. 210.

¹⁴¹ *Textos constitucionales y extranjeros*, España, Athenaeum, 1930, p. 139.

derechos, estableciendo con ello que los gobernados tienen derecho a una existencia digna –que el Estado tiene obligación de garantizar, en este caso, con fundamento en el concepto de procura existencial–.

3.2.2. Constitución de Irlanda, 1937

Luego de haber concluido la Segunda Guerra Mundial, la noción de dignidad humana –una noción moderna, desvinculada de la noción a la cual hizo referencia el constitucionalismo social– fue adoptada por un gran número de las constituciones que se encuentran hoy día en vigor, y fue invocada como fuente de derechos y del orden público y social que exigía el contexto de la época. Por ello suele considerarse que el origen de la noción moderna de dignidad es, precisamente, la segunda posguerra, sin embargo, dicha noción tiene un importante precedente, a menudo ignorado: la Constitución de Irlanda, de 1937.¹⁴²

Además de haber tenido lugar con anterioridad a la culminación de la Segunda Guerra Mundial, lo interesante de la incorporación de la noción de dignidad que Irlanda hizo en su constitución es que no deviene de ideologías relacionadas con las del Estado Social, por el contrario, es el resultado de una ideología de corte cristiano-católica,¹⁴³ tal como se puede apreciar en el preámbulo del propio texto constitucional, el cual, reza lo siguiente:

En nombre de la Santísima Trinidad, de quien procede toda autoridad y a quien, como destino último, deben referirse todas las acciones de los hombres y de los Estados, nosotros, el pueblo de Irlanda, en reconocimiento humilde de todas nuestras obligaciones con Nuestro Señor, Jesucristo, quien mantuvo a nuestros padres durante siglos de pruebas, en recuerdo agradecido de su heroica e incesante lucha por recobrar la legítima independencia de nuestra Nación, y buscando promover el bien común, con la debida observancia de la Prudencia, la Justicia y la Caridad, **a fin de garantizar la dignidad y la libertad del individuo**, atender el verdadero

¹⁴² Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana y su protección constitucional en México*, México, Porrúa, 2021, p. 15.

¹⁴³ *Ídem*.

orden social, restaurar la unidad de nuestro país y establecer la concordia con otras naciones, adoptamos, promulgamos y nos otorgamos esta Constitución.¹⁴⁴

Como puede observarse, el enfoque del constitucionalista irlandés atiende al reconocimiento de la dignidad del ser humano, como valor intrínseco al individuo, para dar fundamento a diversos derechos, desde una perspectiva de naturaleza ontológica, que, se insiste, no es producto de ideales del constitucionalismo social y tampoco es consecuencia de los estragos que causó la Segunda Guerra Mundial.

3.3. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Como se señaló en los párrafos que preceden, luego de haber concluido la Segunda Guerra Mundial, tuvo lugar la incorporación de la noción de dignidad humana en diversos textos constitucionales y, precisamente, por el contexto que se vivía, fue adoptada por las naciones en un sentido humanista¹⁴⁵ apelando por el respeto del hombre por el simple hecho de serlo. Dicha incorporación atendió a su reconocimiento en algunos casos como valor constitucional y en otros como derecho fundamental, no obstante, era bastante claro el consenso de la mayoría de los pueblos respecto de la necesidad de asumir responsabilidad y acción para lograr un verdadero cambio en cuanto al respeto de todos los individuos por igual.

Al mismo tiempo, esta necesidad se vio reflejada en el ámbito normativo internacional, pues también tuvo lugar la incorporación de la noción de dignidad en diversos instrumentos internacionales. Por lo general, la dignidad se reconoce como un atributo del hombre en el cual descansa la esencia de los derechos humanos, pero también se ha incluido como referencia directa de derechos específicos contenidos en algunos de estos instrumentos, por ejemplo, en instrumentos internacionales relacionados con los trasplantes de órganos.

¹⁴⁴ *Constitución de Irlanda, 1937, con enmiendas hasta 2015*, Proyecto de Constituciones Comparadas, Congreso de Diputados de España, https://www.constituteproject.org/constitution/Ireland_2015.pdf?lang=es

¹⁴⁵ Cfr. Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 35 y 38.

3.3.1. Carta de Naciones Unidas, 1945

Concluida la Segunda Guerra Mundial y, precisamente, como resultado de la irracional y masiva violación a derechos que significó dicho conflicto, en el año de 1945, poco más de 50 países formalizaron su compromiso de mantener la paz y la seguridad internacionales, firmando la Carta de las Naciones Unidas, en virtud de la cual fue fundada la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Siendo que uno de los principales ejes rectores de la Organización es mantener la paz mundial promoviendo el respeto a los derechos humanos, no es causa de asombro que en el preámbulo de la Carta se haya hecho referencia a la dignidad humana, como se establece a continuación:

Nosotros los pueblos de las Naciones Unidas resueltos a preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles, a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, **en la dignidad y el valor de la persona humana**, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, a crear condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia y el respeto a las obligaciones emanadas de los tratados y de otras fuentes del derecho internacional a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad y con tales finalidades a practicar la tolerancia y a convivir en paz como buenos vecinos, a unir nuestras fuerzas para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, a asegurar, mediante la aceptación de principios y la adopción de métodos, que no se usará la fuerza armada sino en servicio del interés común y a emplear un mecanismo internacional para promover el progreso económico y social de todos los pueblos, hemos decidido unir nuestros esfuerzos para realizar designios.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Preámbulo, Carta de Naciones Unidas, <https://www.un.org/es/about-us/un-charter/full-text>

3.3.2. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948

Al tiempo que se firmó la Carta de Naciones Unidas, también se estableció la necesidad y el compromiso de los Estados miembros de elaborar una Declaración de Derechos Humanos, sin embargo, fueron diversas las dificultades planteadas en la redacción del texto, principalmente, por discrepancias de naturaleza política, religiosa y, claro, filosófica, puesto que la noción de derechos humanos concebida por países orientales no resultaba del todo coincidente con aquella en la cultura de occidente.

El principal reto de la redacción de la Declaración fue encontrar un terreno común donde pudieran converger tanto el bloque oriental como el bloque occidental; el mundo estaba claramente dividido. No omitamos tomar en cuenta el contexto global: la crisis en el Medio Oriente por los conflictos que tuvieron lugar en virtud del nacimiento de Israel como Estado; el conflicto en China entre Mao Tse-tung y Chiang Kai-shek; además de la inminente crisis bélica de Corea. Por el desafío que implicaba, la entonces Comisión de Derechos Humanos –Consejo actualmente– conformó un Comité de Redacción para lograr el objetivo de elaborar la Declaración Universal, el cual fue presidido por Eleanor Roosevelt, quien, respecto a esto, en sus memorias recordó:

El Dr. Chang era un pluralista y mantenía de una manera encantadora que existía más de un tipo de realidad concluyente. La Declaración, decía, debería reflejar ideas que no se identificaran únicamente con el pensamiento occidental y el Dr. Humphrey tendría que saber aplicar un criterio ecléctico. Su comentario, aunque dirigido al Dr. Humphrey, en realidad estaba dirigido al Dr. Malik, quien no tardó en replicar explicando detenidamente la filosofía de Tomás de Aquino. El Dr. Humphrey se sumó con entusiasmo al debate, y recuerdo que en un momento dado el Dr. Chang sugirió que tal vez convendría que la Secretaría dedicara algunos meses a estudiar ¡los fundamentos del confucianismo!¹⁴⁷

¹⁴⁷ *Historia de la Declaración*, Naciones Unidas, <https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration>

Por los motivos previamente señalados, tomó más de dos años lograr una versión definitiva de la Declaración; el proyecto se envió a todos los Estados miembros para su revisión y comentarios, y, puesto que la Comisión se encontraba sesionando en Ginebra cuando el Comité hizo la respectiva entrega, a este documento se le conoció como el “Borrador de Ginebra”. Luego de la participación de más de 50 Estados miembros, se consiguió un consenso respecto de la versión final del documento, por lo cual, el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estando reunida en París.

Por lo que a este trabajo corresponde, mención especial debe hacerse respecto de las cinco referencias que contiene la Declaración, de la noción de dignidad. La primera de ellas se encuentra en el primer considerando del Preámbulo de la Declaración y a la letra establece que: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el **reconocimiento de la dignidad intrínseca** y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana...”.¹⁴⁸ De este modo la Declaración: **(i)** considera que la dignidad le pertenece a toda persona por el siempre hecho de serlo; y **(ii)** reconoce la preexistencia de la dignidad a todo acto jurídico.

El segundo punto en el cual se hace alusión a la dignidad es en el quinto considerando, nuevamente, reconociendo la dignidad como una característica intrínseca del ser humano:

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, **en la dignidad y el valor de la persona humana** y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;¹⁴⁹

¹⁴⁸ Preámbulo, Declaración Universal de los Derechos Humanos, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

¹⁴⁹ *Ídem.*

En ambos considerandos, además de haberse hecho referencia a la noción de dignidad, se hizo referencia también a derechos fundamentales, lo cual, en palabras del Doctor Batista, permite inferir que el redactor quiso dejar manifiesta una clara distinción entre la noción de dignidad y la noción de derechos.¹⁵⁰

Las otras tres referencias que hace la Declaración respecto de la noción de dignidad se encuentran en el articulado, específicamente, en los numerales 1°, 22 y 23.3. Por lo que hace al primer artículo, de nuevo se hace una distinción entre la noción de dignidad y los derechos, al establecer que “todos los seres humanos nacen libres e **iguales en dignidad y derechos** y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.¹⁵¹

Como también lo sostiene el Doctor Batista, de la lectura de los últimos dos preceptos que hacen referencia a la noción de dignidad, puede inferirse cierta relación con la idea de “procura existencial”,¹⁵² por lo que podría considerarse que en la redacción de estos apartados tuvieron mayor injerencia países de ideología socialista. Por su parte, el artículo 22 establece que:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, **indispensables a su dignidad** y al libre desarrollo de su personalidad.¹⁵³

Y, por último, el artículo 23.3 reza lo siguiente: “Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la **dignidad humana y que será**

¹⁵⁰ Cfr. Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 22.

¹⁵¹ Art. 1°, Declaración Universal de Derechos Humanos, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

¹⁵² Cfr. Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 22.

¹⁵³ Art. 22, Declaración Universal de Derechos Humanos, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social”.¹⁵⁴

A pesar de que la Declaración¹⁵⁵ no es un tratado internacional¹⁵⁶ sino un documento de carácter declarativo enunciado de manera propositiva por la Asamblea General, cuya naturaleza corresponde a la de una resolución y, como toda resolución de cualquier asamblea, carece por sí misma de fuerza legal –a diferencia de los pactos, las convenciones y los tratados– es incuestionable su relevancia y trascendencia, puesto que en ella –como no se hace en ningún otro documento– se fundamenta el reconocimiento global de los derechos humanos, indudablemente, a partir de la dignidad de la persona.

3.3.3. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948

También como consecuencia de la segunda posguerra, en el ámbito de los Estados Americanos, el 30 de abril de 1948 se aprobó la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre –ocho meses antes que la Declaración Universal– constituyendo el primer catálogo internacional contemporáneo de derechos humanos, cuya trascendencia radica en señalar las prerrogativas que los Estados integrantes de la Organización de los Estados Americanos (OEA) han de considerar como derechos humanos.¹⁵⁷

En el Preámbulo de la Declaración, se hace referencia a la noción de dignidad en dos momentos: primero, señala que “todos los hombres **nacen libres e iguales en dignidad y derechos** y, dotados como están por naturaleza de razón

¹⁵⁴ Art. 23.3, *Ibidem*.

¹⁵⁵ “Se puede definir una declaración como un instrumento oficial y solemne, que se justifica en ciertas ocasiones cuando se enuncian principios que tienen gran importancia y valor perdurable.” Memorandum elaborado por el Servicio Jurídico de la Secretaría de la Organización de las Naciones Unidas, 34 UNESCOR 15, documento ONU E/CN.4/L.610 (1962)

¹⁵⁶ En un principio, la intención fue redactar un tratado vinculante, cuya idea fue impulsada, principalmente, por los representantes del Reino Unido –Lord Dukeston– y Australia –William Roy Hodgson– sin embargo, ello no pudo suceder en virtud de las profundas diferencias ideológicas, políticas e incluso religiosas tanto de los bloques de oriente y occidente como de países islámicos y también latinoamericanos. *Cfr.* Glendon, Mary Ann, *Un mundo nuevo, Eleanor Roosevelt y la Declaración Universal de los Derechos Humanos*, México, FCE-CDHDF-UP, 2011, p. 31-37.

¹⁵⁷ *Cfr.* Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 24.

y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros”;¹⁵⁸ y, posteriormente, establece que “si los derechos exaltan la libertad individual, **los deberes expresan la dignidad de esa libertad**”.¹⁵⁹ Por último, en el artículo 23 de la Declaración, se hace referencia, nuevamente, a la dignidad humana, esta ocasión en relación con el derecho a la propiedad, estableciéndose que “toda persona tiene derecho a la propiedad privada correspondiente a las necesidades esenciales de una vida decorosa, que contribuya **a mantener la dignidad de la persona** y del hogar”.¹⁶⁰ De este modo, queda evidenciado que la OEA: **(i)** también reconoce la dignidad humana como un atributo intrínseco de la persona humana, y que **(ii)** advierte que la dignidad detenta un estatus distinto al de los derechos.

3.3.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966

Luego de haberse firmado la Declaración Universal de los Derechos Humanos, desde 1948 y hasta 1966,¹⁶¹ la Comisión de Derechos Humanos de la ONU elaboró diversas convenciones y declaraciones en materias específicas, teniendo una especial trascendencia dos de ellas: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Por medio de estos dos pactos, los Estados firmantes adquirieron el compromiso de garantizar el debido respeto de los derechos humanos –en sus respectivos aspectos– en sus correspondientes jurisdicciones.

Ambos pactos hacen referencia a la noción de dignidad humana en sus preámbulos, de forma idéntica y, sobre todo, reconociendo que el ser humano goza de dicho atributo, precisamente, por el simple hecho de ser persona.¹⁶²

¹⁵⁸ Preámbulo, Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre, Organización de los Estados Americanos, <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

¹⁵⁹ *Ídem*.

¹⁶⁰ Art. 23, Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre, Organización de los Estados Americanos, <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

¹⁶¹ Cfr. Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 23.

¹⁶² Ambos pactos rezan, en la primera parte de sus preámbulos, lo siguiente: “Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el **reconocimiento de la dignidad inherente** a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables. Reconociendo que estos derechos se desprenden de **la dignidad inherente a**

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

En resolución de fecha 16 de diciembre de 1966, la Asamblea General de la ONU adoptó y declaró abierto a firma, ratificación y adhesión el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo objetivo es propiciar la existencia de condiciones que permitan a todas las personas gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales.¹⁶³

Respecto de la noción de dignidad humana, el Pacto –además de las referencias contenidas en su preámbulo– la contempla y vincula con los fines de la educación y el libre desarrollo de la personalidad, estableciendo en su artículo 13 lo siguiente:

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que **la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad**, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz.¹⁶⁴

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos –adoptado en la resolución de la Asamblea General, anteriormente referida– establece en su artículo 10 que “toda persona privada de libertad será tratada

la persona humana...”, Preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Organización de las Naciones Unidas, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx> y <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

¹⁶³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

¹⁶⁴ Art. 13, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”,¹⁶⁵ nuevamente, aludiendo a una noción que reconoce a la dignidad humana como atributo intrínseco del ser humano.

3.3.5. Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969

El 22 de noviembre de 1969 fue suscrita la Convención Americana sobre Derechos Humanos –también llamada Pacto de San José– en la Ciudad de San José, Costa Rica, como consecuencia de la convocatoria que para dicho fin realizó la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Son tres las referencias que contiene la Convención respecto de la noción de dignidad humana, específicamente, en el artículo 5° al establecer que “toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la **dignidad inherente al ser humano**”;¹⁶⁶ en el artículo 6° que a la letra señala que “**el trabajo forzoso no debe afectar a la dignidad** ni a la capacidad física e intelectual del recluso”;¹⁶⁷ y, por último, en el artículo 11, precisamente, vinculado con la protección de la honra y de la dignidad, al determinar que “toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al **reconocimiento de su dignidad**”.¹⁶⁸

3.4. ÁMBITO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL EN MÉXICO

La incorporación de la noción de dignidad humana en el sistema jurídico de nuestro país está estrechamente vinculado al reconocimiento de los derechos humanos, por lo cual es importante observar tanto la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos, como la interpretación jurisprudencial que se ha realizado de diversas normas cuyo resultado es tocante a la dignidad humana.

¹⁶⁵ Art. 10, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Organización de las Naciones Unidas, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

¹⁶⁶ Art. 5°, Convención Americana sobre Derechos Humanos, https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

¹⁶⁷ Art. 6°, Convención Americana sobre Derechos Humanos, https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

¹⁶⁸ Art. 11, Convención Americana sobre Derechos Humanos, https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

3.4.1. Constitucionalización

La incorporación de la noción de dignidad humana, en diversos textos constitucionales –como ya se señaló en apartados previos– en la mayoría de las constituciones se encuentra vinculada a la recepción constitucional de los derechos humanos; justo en esa tesitura fue llevada a cabo dicha constitucionalización en México.

La reforma constitucional de 2011, en materia de derechos humanos, de manera implícita, privilegia el respeto a la dignidad humana. Con la reforma se reconocen los derechos humanos de todas las personas y, consecuentemente, se reconoce que estos son inherentes a la dignidad del ser humano.

De acuerdo con los diversos documentos que contienen las discusiones que tuvieron lugar durante el proceso de reforma entre los años 2009 y 2011, se demuestra que la base en la que cual se fundamenta dicha reforma es, precisamente, el reconocimiento de la dignidad humana.

Al discutirse el dictamen de 7 de abril de 2010 de las Comisiones Unidas de Puntos Constitucionales y de Estudios Legislativos, relacionado con la Minuta del Proyecto de Decreto que modificó la denominación del Capítulo I del Título Primero y reformó diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tuvieron lugar algunas intervenciones, tanto por parte de senadores como de diputados, en las cuales se hizo mención expresa de la noción de dignidad humana.¹⁶⁹

El senador Tomás Torres Mercado señaló que “discutir los derechos humanos sin poner en el centro la dignidad humana no deja materia”¹⁷⁰ y que “la condición de extranjero, credo, color no pueden convertirse en muro para el control de esa dignidad humana”.¹⁷¹ Por su parte, los diputados Oscar Martín Arce Paniagua y Beatriz Elena Paredes Rangel, manifestaron que con la reforma, México

¹⁶⁹ Cfr. Discusión de 8 de abril de 2010, Cámara de Senadores, versión estenográfica, https://www.senado.gob.mx/64/version_estenografica/2010_4_8/930

¹⁷⁰ *Ídem.*

¹⁷¹ *Ídem.*

se posiciona como un país garantista que aprecia la vida, la dignidad y al ser humano;¹⁷² y que las relaciones entre los individuos deben darse en un marco de respeto a la dignidad humana,¹⁷³ respectivamente.

De este modo, la reforma constitucional en materia de derechos humanos –se reitera– reflejó un avance de suma trascendencia al concebir la noción de dignidad humana como parámetro de los derechos humanos, reconociendo constitucionalmente su protección.

Previo a concluir este apartado, cabe hacer mención, brevemente, de las cuatro ocasiones en que nuestra Constitución hace referencia al concepto de dignidad humana.

En el artículo 1º respecto de la prohibición de discriminación, se establece que:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra **la dignidad humana** y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.¹⁷⁴

Posteriormente, en el artículo 2º al referirse a las mujeres indígenas, se señala que:

Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

[...]

Aplicar sus propios sistemas normativos en la regulación y solución de sus conflictos internos, sujetándose a los principios generales de esta

¹⁷² Cfr. Sesión de 15 de diciembre de 2010, Cámara de Diputados, versión estenográfica, <http://pot.diputados.gob.mx/Obligaciones-de-Ley/Articulo-72/V.-Versiones-estenograficas>

¹⁷³ Cfr. *Ídem*.

¹⁷⁴ Art. 1º, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Constitución, respetando las garantías individuales, los derechos humanos y, de manera relevante, **la dignidad** e integridad de las mujeres. La ley establecerá los casos y procedimientos de validación por los jueces o tribunales correspondientes.¹⁷⁵

Luego, en su artículo 3º, al referirse al derecho a la educación, se establece, en su parte conducente, lo siguiente:

La educación se basará en el respeto irrestricto de **la dignidad** de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva. Tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto a todos los derechos, las libertades, la cultura de paz y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia; promoverá la honestidad, los valores y la mejora continua del proceso de enseñanza aprendizaje.

[...]

II. El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios.

[...]

c) Contribuirá a la mejor convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y respeto por la naturaleza, la diversidad cultural, **la dignidad** de la persona, la integridad de las familias, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos;¹⁷⁶

Y, por último, en el artículo 25, en relación con la política económica del estado, se establece que:

¹⁷⁵ Art. 2º, *Ídem*.

¹⁷⁶ Art. 3º, *Ídem*.

Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y **la dignidad** de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución. La competitividad se entenderá como el conjunto de condiciones necesarias para generar un mayor crecimiento económico, promoviendo la inversión y la generación de empleo.¹⁷⁷

De lo antes transcrito, se advierte que si bien el texto constitucional no atribuye de manera explícita una condición normativa al concepto de dignidad –*como sí ocurre en otros ordenamientos, por ejemplo, la Constitución Española*– y, universalmente, no hay consenso en cuanto a su naturaleza jurídica, en nuestro texto constitucional es, indudablemente, fundamento de los derechos humanos.¹⁷⁸

3.4.2. Suprema Corte de Justicia de la Nación

Resulta indispensable analizar también lo que nuestro Máximo Tribunal Constitucional ha establecido respecto de la noción de dignidad humana, derivado de la interpretación que al efecto ha realizado de ella en los asuntos sometidos a su estudio y resolución.

A lo largo de las épocas que conforman la jurisprudencia aplicable, es decir, la jurisprudencia que se ubica en el periodo que va de 1917 –a partir de la Quinta Época del Semanario Judicial de la Federación– a la fecha, han sido emitidos diversos criterios que aluden a la idea de dignidad humana, sin embargo, destaca el notable incremento del uso de la misma durante la Décima Época, la cual dio

¹⁷⁷ Art. 25, *Ídem*.

¹⁷⁸ Cfr. Batista Jiménez, Fernando, *La dignidad humana... op cit.*, México, Porrúa, 2021, p. 94.

inicio el 4 de octubre de 2011, precisamente, en el marco de la reforma constitucional en materia de derechos humanos.¹⁷⁹

Al respecto sería admisible –y por demás interesante– realizar un minucioso análisis del tratamiento que ha dado la Suprema Corte de Justicia de la Nación a la noción en cuestión, ya sea desde una perspectiva cualitativa o, bien, cuantitativa, sin embargo, para los fines de la presente investigación, se estima suficiente analizar aquellos criterios por medio de los cuales queda manifiesta la trascendencia de la dignidad humana en nuestro orden constitucional a la luz de su interpretación.

No existe claridad respecto de la condición normativa que la Suprema Corte atribuye a la dignidad humana, en tanto que le ha adjudicado, tanto tácita como implícitamente, la naturaleza de bien jurídico; de principio jurídico; e, incluso, de derecho fundamental. En relación con esto, conviene revisar el criterio que se sostiene por medio de la tesis jurisprudencial 1a./J.37/2006,¹⁸⁰ emitida por la Primera Sala, que resulta de un intento por dar definición a la dignidad humana y que se transcribe a continuación:

DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA. La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un **bien jurídico circunstancial al ser humano**, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1o., último párrafo; 2o., apartado A, fracción II; 3o., fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un **principio jurídico que permea en todo el ordenamiento**, pero también

¹⁷⁹ Acuerdo General Número 9/2011, de veintinueve de agosto de dos mil once, del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por el que se determina el Inicio de la Décima Época del Semanario Judicial de la Federación.

¹⁸⁰ Tesis 1ª./J.37/2016 (10ª.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. II, agosto de 2016, p. 633.

como un **derecho fundamental** que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una **norma jurídica que consagra un derecho fundamental** a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta -en su núcleo más esencial- como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.

En términos de la jurisprudencia de mérito, la dignidad es bien jurídico, principio jurídico, derecho humano, pero, sobre todo, un valor inherente a toda persona, que sirve de fundamento de los derechos humanos y que, además, permea la totalidad de nuestro ordenamiento jurídico.

Por otra parte, en la tesis aislada del Pleno número P.LXV/2009,¹⁸¹ se da lectura de la dignidad humana como un valor superior e, igualmente, se establece que es concepto base de los derechos fundamentales, tal como se aprecia a continuación:

DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES. El artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razones étnicas o de nacionalidad, raza, sexo, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social que atente contra la dignidad humana y que, junto con los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México, reconocen el **valor superior** de la dignidad humana, es decir, que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso,

¹⁸¹ Tesis P.LXV/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 8.

constituyéndose como un **derecho absolutamente fundamental**, base y condición de todos los demás, el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad de la persona humana, y del cual se desprenden todos los demás derechos, en cuanto son necesarios para que los individuos desarrollen integralmente su personalidad, dentro de los que se encuentran, entre otros, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal. Además, aun cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución General de la República, están implícitos en los tratados internacionales suscritos por México y, en todo caso, deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad.

Tal y como puede advertirse de la lectura de este criterio, además de la naturaleza variada que la Suprema Corte le atribuye a la dignidad, ésta también debe ser entendida como un valor jurídico en el cual, de la misma forma que en los otros supuestos, descansa la base y fundamento de los derechos humanos.

Como se ha evidenciado a lo largo del presente capítulo, es indudable lo trascendente de la noción de dignidad humana y, en especial, por lo que hace al momento actual de la vida jurídico-política de nuestro país, también es indudable que el reconocimiento, respeto y consideración a dicha noción –con independencia de que se encuentre o no definida su naturaleza jurídica– le da sentido y dirección a nuestro sistema jurídico, así como, en general, a la vida en sociedad, motivo por el cual se comparte lo sostenido por el Doctor Raúl Pantoja, en el sentido de que el Estado debe reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, los cuales deben regir las actividades y funciones de los poderes públicos¹⁸² y, desde

¹⁸² Cfr. Pantoja Baranda, Raúl, *La dignidad humana. Base de la ética judicial*, Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Tabasco, año 3, núm. 9, octubre-noviembre de 2009, p. 12.

esta perspectiva, mirar a la dignidad también como un principio de la política constitucional.¹⁸³

3.4.3. Corte Interamericana de Derechos Humanos

Derivado de la reforma constitucional de 2011 y, en particular, como consecuencia de la reforma al artículo primero, primer párrafo, de nuestra Carta Magna, hoy día existe un bloque de constitucionalidad de normas conformado tanto por los derechos humanos contemplados en la Constitución como por aquellos que se hallan en los tratados de los cuales sea parte el Estado mexicano.

Conviene recordar que en marzo de 1981, México se adhirió a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, también conocida como Pacto de San José, cuya labor de aplicación e interpretación corresponde a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, respecto de la cual nuestro país ratificó su competencia contenciosa el 16 de diciembre de 1989.

Por lo anterior, previo a realizar un breve análisis de lo que la jurisprudencia de la Corte ha establecido al respecto, se estima oportuno destacar lo dispuesto en la Convención en relación con la noción de dignidad humana y, en obvio de repeticiones innecesarias, de conformidad con la lectura dada a las tres referencias explícitas que han sido transcritas en el punto 3.3.5 anterior, contenido en el presente capítulo, puede advertirse que, no obstante la Convención es omisa en definir la condición normativa de la dignidad humana, en cada una de dichas referencias, aparentemente, la concibe como un concepto de naturaleza distinta a la de los derechos humanos y, en cambio, la reconoce como algo superior a los propios derechos.

Ahora bien, de la totalidad de las sentencias que han sido emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, alrededor de 50 de ellas hacen alusión a la noción de dignidad humana. Al igual que respecto de los criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la jurisprudencia de la Corte

¹⁸³ Lefranc Weegan, Federico C., *Sobre la dignidad humana. Los Tribunales, la filosofía y la experiencia atroz*, México, Ubijus, 2011, p. 87.

es merecedora de un análisis exhaustivo, sin embargo, para los fines del presente trabajo de investigación, resulta suficiente analizar sólo algunos criterios por medio de los cuales es posible advertir los alcances de la interpretación realizada respecto de la noción de dignidad humana.

En el Caso Contreras y Otros vs. El Salvador,¹⁸⁴ la Corte estableció que tratar a niños y niñas como objetos susceptibles de apropiación, derivado de haber sido separados de sus familias, en medio de conflictos armados, atenta contra su dignidad e integridad personal, siendo que el Estado debería velar por su protección y supervivencia.¹⁸⁵

Por lo que hace al derecho a la vida, en el Caso Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay,¹⁸⁶ quedó determinado que el derecho a la vida implica evitar que se generen condiciones que obstaculicen el acceso a una existencia digna y que una de las obligaciones de los Estados con el objeto de proteger y garantizar el ejercicio de este derecho, es generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad humana.¹⁸⁷

Tratándose del derecho a la integridad personal, la Corte al resolver el Caso Bueno Alves vs. Argentina,¹⁸⁸ estableció que el derecho a la integridad física, psíquica y moral de toda persona privada de la libertad y la obligación estatal de que sean tratadas con el debido respeto a la dignidad inherente al ser humano, implica la prevención razonable de situaciones que puedan derivar en lesivas de sus derechos.¹⁸⁹

¹⁸⁴ Caso Contreras y Otros vs. El Salvador, Sentencia de 31 de agosto de 2011, Corte Interamericana de Derechos Humanos, https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_232_esp.pdf

¹⁸⁵ *Ídem*, p. 33.

¹⁸⁶ Caso Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay, Sentencia de 2 de septiembre de 2004, Corte Interamericana de Derechos Humanos, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_112_esp.pdf

¹⁸⁷ *Ídem*, p. 96.

¹⁸⁸ Caso Baldeón García vs. Perú, Sentencia de 6 de abril de 2006, Corte Interamericana de Derechos Humanos, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_147_esp1.pdf

¹⁸⁹ *Ídem*, p. 35.

Y, por último, en relación con el tratamiento de salud de personas con discapacidad mental, en el Caso Ximenes Lopes vs. Brasil,¹⁹⁰ la Corte estableció que dichos tratamientos deben tener como objetivo el bienestar del paciente¹⁹¹ y la preservación de su dignidad.¹⁹²

De las resoluciones anteriormente referidas es posible señalar que, al igual que sucede respecto de los criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la Corte Interamericana de Derechos Humanos no define la condición normativa de la noción de dignidad humana, sin embargo, no queda lugar a dudas de que **(i)** también la reconoce como una característica inherente al ser humano y que **(ii)** alude a ella a fin de emplearla como parámetro para determinar los alcances de ciertos derechos, evidenciando con ello la trascendencia de la misma.

Gracias a todo lo que ha quedado expuesto a lo largo del presente capítulo, es dable sostener que la noción de dignidad humana reviste especial trascendencia en lo relativo a la medicina de trasplante, puesto que llevar a cabo su práctica sin el debido respeto y observancia de la dignidad de las personas que se someten a dichos procedimientos, implicaría violentar tanto derechos humanos como valores –de diversas naturalezas– de profundo arraigo en sus vidas, lo cual sería a todas luces reprochable y, por supuesto, sancionable. La relevancia que tiene la dignidad humana en cuanto a la práctica de trasplantes es tan especial que incluso es de mayor magnitud a la que tienen los principios bioéticos, ello porque, precisamente, la dignidad, al igual que ocurre con respecto a los derechos humanos, es el eje que guía y la base que fundamenta a estos.

Por último, se reitera que la teoría ética en la que se basa el presente trabajo, es el utilitarismo, y en esa tesitura debe decirse que una cuestión de suma trascendencia en la noción de dignidad humana radica en la capacidad que tienen las personas para dar dirección a sus vidas de acuerdo con ideas propias de

¹⁹⁰ Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, Corte Interamericana de Derechos Humanos, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

¹⁹¹ *Ídem*, p. 57.

¹⁹² *Ídem*, p. 31.

bienestar y felicidad.¹⁹³ Bajo dicha premisa respetar la autodeterminación de los individuos implica respetar su dignidad. Lo anterior constituye un aspecto importante en la reflexión filosófica de la cual deriva uno de los principios bioéticos que se aborda en el siguiente capítulo: el respeto a la autonomía.

¹⁹³ Cfr. Iracheta Fernández, Francisco, *Sobre Dignidad y Eutanasia Voluntaria: Tres Aproximaciones Morales (I Parte)*, Chile, Universidad de Taparacá, Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, vol. 6, núm. 24, 2011, p. 32, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83622474003>

CAPÍTULO IV

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS DESDE LA BIOÉTICA

4.1. BIOÉTICA Y TRASPLANTES

El desarrollo de las ciencias de la salud dio lugar desde su origen a la reflexión ética respecto del sentido del conocimiento biológico con fines médicos. Por ello es dable afirmar que la reflexión ética sobre la práctica de la Medicina no es, en lo absoluto, de surgimiento reciente, sin embargo, la Bioética como disciplina sí es considerada de reciente construcción y es gracias a ella que hoy día se cuenta con sólidas bases y principios rectores que permiten orientar el desarrollo y la actividad en el campo de las ciencias de la vida y la salud.

Los trasplantes de órganos son procedimientos éticamente válidos puesto que constituyen una práctica médica que supone el uso de la tecnología en beneficio de personas que padecen enfermedades cuya única alternativa de tratamiento e, incluso, supervivencia, es el sometimiento a dicha técnica quirúrgica, no obstante, constituyen una alternativa terapéutica que aún se encuentra en desarrollo –lo cual trae consigo, por ejemplo, que se realicen todavía algunos experimentos éticamente cuestionables–¹⁹⁴ y cuya práctica se enfrenta a problemas fácticos, como lo son el existente déficit de órganos frente a la elevada demanda de estos –lo cual abre la puerta, entre otras, a las siguientes interrogantes: ¿quién debe decidir?; ¿qué daño o qué beneficio se puede causar?; ¿cómo debe tratarse al individuo en relación con los demás?–¹⁹⁵ motivos por los cuales son una práctica médica objeto de constante reflexión ética.

¹⁹⁴ Al respecto, puede hacerse mención del reciente trasplante de corazón –en enero de 2022– llevado a cabo en el Centro Médico de la Universidad de Maryland, por el cirujano Bartley Griffith, al paciente David Bennett, quien recibió el corazón de un cerdo modificado genéticamente; suceso que produjo diversos cuestionamientos en la comunidad internacional, por señalar sólo algunas: ¿es ético modificar los genes de los animales para fines de trasplante? o ¿el daño que causado al animal se justifica con el beneficio recibido por el ser humano receptor del trasplante?

¹⁹⁵ Se retoman algunos de los cuestionamientos a que hizo alusión Manuel Atienza respecto de las cuestiones a las cuales los denominados “Principios de Bioética” pueden ofrecer una respuesta, en el artículo “*Isonomía*. *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*”, número 8, México, ITAM-Fontamara, abril de 1998.

4.1.1. Fundamentos históricos del pensamiento bioético

Durante muchos siglos, en el mundo occidental, el distinguido Juramento Hipocrático¹⁹⁶ (siglo V a.C.), sirvió como referente para la práctica profesional de las ciencias médicas y normó la relación médico-paciente. De forma muy sintetizada y sin mayor abundamiento al respecto, puede afirmarse que de la lectura de dicho texto se permitía deducir fácilmente en él principios de “Beneficencia” –hacer el bien– y de “No Maleficencia” –no hacer daño–.

La guía ética que encerraba el juramento de Hipócrates tuvo vigencia hasta que, en 1803, con motivo de un conflicto por impuestos, se creó un feudo conformado por médicos, cirujanos y farmacéuticos, que solicitó al reconocido médico inglés Sir Thomas Percival la elaboración de un esquema de conducta ética profesional para personal médico.¹⁹⁷ Consecuentemente, el reconocido médico anglosajón publicó su código denominado “Medical Ethics” en el cual sostuvo que el personal de la salud y, en particular, los médicos, además de lo contenido en la tradición hipocrática, debían reproducir la ética de un caballero –atendiendo a la

¹⁹⁶ Ya que en la presente investigación se ha hecho mención, en reiteradas ocasiones, de este juramento y, toda vez que en este apartado se hace referencia a él por ser antecedente de los principios de la Bioética, se estima pertinente transcribir, a continuación, el mismo: Juramento Hipocrático. Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas. Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa. No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos. Guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas. Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro. Fuente: Conamed.

¹⁹⁷ Martínez Jiménez, Patricio (coord.), *La relación médico paciente*, t. I: *La transición hacia un nuevo modelo de relación médico-paciente*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2017, p. 18.

noción de “*gentleman*” presente en la cultura anglosajona– y ser “compasivos con mesura” y “condescendientes con autoridad”.¹⁹⁸

En la primera mitad del siglo XX se priorizó la investigación y el desarrollo tecnológico con fines militares –con motivo, evidentemente, de las dos guerras mundiales– que también se aplicó al campo de la Medicina. Durante la Segunda Guerra Mundial, la Alemania nazi llevó a cabo experimentos brutales con seres humanos en aras de la eugenesia de la raza aria, que dieron lugar, posteriormente, a los juicios realizados en Nüremberg en contra de los responsables. Como consecuencia de estos juicios, los tribunales establecieron un conjunto de normas con el objeto de regular la investigación y experimentación que involucra seres humanos, al cual se le denominó “Código de Nüremberg”. El Código de Nüremberg, publicado el 20 de agosto de 1947, constituye el primer código de ética pública para guiar la práctica médica; contempla los principios formulados por la tradición hipocrática de beneficencia y no maleficencia, y retoma la fórmula del principio de humanidad de los imperativos categóricos de Kant –cuyo análisis quedó desarrollado en el punto 3.1.5. del presente trabajo– de acuerdo con el cual el ser humano deber ser tratado siempre como un fin en sí mismo y nunca como un medio, prohibiendo la investigación, experimentación e intervención médica sin el consentimiento del sujeto, previa y debidamente informado.¹⁹⁹ De este modo se incluyeron las bases de un principio adicional a los de la tradición hipocrática: el principio de “Autonomía”.

Con el paso de los años y al tiempo que se desarrollaron nuevas técnicas en el campo de las ciencias de la vida y la salud, se crearon comisiones e instituciones con el objeto de abordar, debatir e, incluso, regular, interdisciplinariamente, los temas suscitados con motivo de dichos avances tecnológicos.²⁰⁰ En dicho contexto se realizaron diversos trabajos, entre los cuales encontramos que, en el año de

¹⁹⁸ Cfr. Veatch, Robert W., *Medical Ethics*, Michigan, Jones and Bartlett, 1997, p. 84.

¹⁹⁹ Código de Nüremberg, Tribunal Internacional de Nüremberg, 1947, Traducción castellana de Gonzalo Herranz, Navarra, Universidad de Navarra, 2007, consultado en <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg>

²⁰⁰ Cfr. Ruiz de Chávez, Manuel (coord.), *Temas selectos de Conbioética. Actualidades y perspectivas*, p. II: *El pensamiento bioético en las ciencias de la salud*, México, Fontamara-Conbioética, 2018, p. 52.

1979, se publicó un informe de especial trascendencia, puesto que constituye un antecedente directo de los principios bioéticos: el “Informe Belmont” –al cual se hace referencia en el apartado siguiente–.²⁰¹

4.1.2. Principios bioéticos

Por medio de la reflexión filosófica y, particularmente, a través de la Bioética, se intenta humanizar el desarrollo de la ciencia y la tecnología sobre la base de las ciencias de la vida, la Filosofía y la Teología, a fin de orientar la solución de casos prácticos: concretamente, por medio de la Bioética se han establecido los principios que rigen, casi universalmente, la práctica de las ciencias de la vida y la atención de la salud, cuya aplicación incumbe, por supuesto, a la medicina de trasplante.

Como se sostuvo en el punto 1.4.2. del primer capítulo de la presente investigación, la Bioética ha ponderado cuatro principios básicos que encierran en sí la esencia de su contenido cognoscitivo. Este enfoque principialista, actualmente, es el enfoque de mayor aplicación para tratar y dar solución a problemas bioéticos.

El debate sobre estos principios inició en 1974, año en el que el Congreso de Estados Unidos creó la “Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica del Comportamiento”, a fin de identificar los principios éticos básicos que debían regir la investigación con seres humanos en la medicina. Cuatro años más tarde los comisionados publicaron el denominado “Informe Belmont”, por medio del cual se distinguieron tres principios éticos básicos: respeto por las personas; beneficencia; y justicia.²⁰²

Toda vez que el “Informe Belmont” sólo se refería a cuestiones surgidas en el ámbito de la experimentación con seres humanos, Tom L. Beauchamp –miembro de la Comisión Nacional– y James F. Childress, posteriormente, reformularon estos principios para que pudieran ser aplicados con mayor generalidad en otro tipo de

²⁰¹ The Belmont Report, Office of the Secretary, Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979, https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

²⁰² *Ídem.*

prácticas.²⁰³ De este modo, en su obra “Principios de Ética Biomédica” distinguieron cuatro principios, hoy día considerados universales: no maleficencia; beneficencia; respeto a la autonomía; y justicia.²⁰⁴

No maleficencia.

El principio de no maleficencia implica abstenerse, intencionadamente, de realizar acciones que puedan causar daño.²⁰⁵ A la luz de este principio se debe evitar todo acto que busque, cause o permita la muerte o exponga al riesgo de muerte.²⁰⁶

A fin de orientar su debida comprensión, para Beauchamp y Childress este principio trae consigo las siguientes reglas específicas:²⁰⁷

1. No matarás.
2. No causarás dolor o harás sufrir a otros.
3. No incapacitarás a otros.
4. No ofenderás.
5. No privarás a los demás de los bienes de la vida.

Cabe señalar que este principio es conocido de tiempo atrás, puesto que fue formulado por Hipócrates y se hizo referencia a él como *primum non nocere*. Desde aquella época hasta la actualidad, todos los códigos de ética médica han contemplado, de una u otra manera, el principio de no maleficencia. Esta noción acepta las siguientes formas,²⁰⁸ con sutiles diferencias entre ellas: **(i)** primero no hacer daño”; **(ii)** “sobre todo no hacer daño”; y **(iii)** “ante todo no hacer daño”, entre otras.

²⁰³ Cfr. Gracia Guillén, Diego, *Fundamentos de Bioética*, 3ª. ed., Madrid, Triacastela, 2008, p. 36.

²⁰⁴ Cfr. Beauchamp, Tom y Childress, James, *Principios de Ética Biomédica*, 4ª. ed., Barcelona, Masson, 2002, p. 102.

²⁰⁵ Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, 4ª. ed., Barcelona, Masson, 2002, p. 181.

²⁰⁶ Cfr. *Ibidem*, p. 183

²⁰⁷ *Ídem*.

²⁰⁸ Lifschitz, Alberto, *El significado actual de “primum non nocere”*, México, Facultad de Medicina, 2001, p. 1, http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf

Se asume que los médicos no tienen la intención de dañar a los pacientes, sin embargo, el daño involuntario puede traer consigo responsabilidad ética en el supuesto de que medie, por ejemplo, negligencia, ignorancia injustificable o fraude. Interpretar en el sentido más literal el *primum non nocere* provocaría una parálisis operativa puesto que obligaría a evitar cualquier acción médica en virtud de que producir daño es una probabilidad en todas ellas.²⁰⁹

Específicamente hablando del principio de no maleficencia y su injerencia en la técnica de trasplantes de órganos, cabe decir que éste debe ser elemento rector de la práctica, sin embargo, es importante resaltar que el simple sometimiento a un procedimiento quirúrgico supone un daño para el paciente, no obstante, como todo principio, se trata de un deber *prima facie* que, en caso de presentarse un conflicto ético, es con base en las circunstancias del caso en concreto que se deberá establecer un orden de prioridad.

Beneficencia.

Beauchamp y Childress definieron el principio de beneficencia como la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar en beneficio de los demás.²¹⁰ Es necesario hacer diferencia entre la obligación negativa de no hacer daño –no maleficencia– y la obligación positiva de ayudar a los demás –beneficencia– mediante la concesión de beneficios, protección de intereses y promoción del bienestar.

Los autores plantearon dos principios de beneficencia,²¹¹ a saber:

- (i) **Beneficencia positiva.** Obliga a aportar beneficios a los demás; y
- (ii) **Principio de utilidad.** Exige que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. Tratándose del campo de la medicina, esto no se refiere a una utilidad económica, sino a una utilidad en términos de salud.

²⁰⁹ Cfr. *Ibidem*, p. 2.

²¹⁰ Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, 4ª. ed., Barcelona, Masson, 2002, p. 94.

²¹¹ Cfr. *Ibidem*, p. 98.

Hoy día, el respeto al principio de beneficencia exige que las acciones sean percibidas como benéficas por la persona que las recibe, puesto que, lo que para unos es “bueno”, para muchos otros no necesariamente lo es.

Ante situaciones complejas, es necesario recurrir a la ponderación. Ponderar implica deliberar y calcular la importancia de los principios establecidos. Especialmente, por lo que hace a los dos principios que han sido previamente señalados, debe atenderse a la realidad, contexto y circunstancias en las que se presenten estas situaciones, éticamente, complicadas. En el caso de la medicina de trasplante, por ejemplo, es claro que se causa un daño, refiriéndonos tan sólo a lo que implica el sometimiento del paciente a un procedimiento quirúrgico –basta pensar en el uso del bisturí para cortar la piel del paciente, ya sea éste donador (vivo) o receptor– sin embargo, las consecuencias producidas traen consigo un beneficio que permite dar justificación al daño causado, puesto que supone la cura o tratamiento del padecimiento de quien recibe el órgano trasplantado.

Respeto a la autonomía.

La palabra autonomía está formada por las voces griegas αὐτός (autos) y νόμος (nomos), que significan “por sí mismo” y “regla”, respectivamente, así como por el sufijo ια (ía) que significa “cualidad”. De este modo puede interpretarse como “capacidad de autorregulación”. Los griegos utilizaron por primera vez este concepto, relacionándolo con la libertad en un sentido político, sin embargo, con el paso del tiempo dicho concepto se ha sostenido en múltiples y variadas acepciones, distinguiéndola de la autorregulación política.

Para Beauchamp y Childress, la autonomía debe ser entendida como la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar y sin limitaciones personales.²¹² Entonces, una persona autónoma “actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción”.²¹³

²¹² *Ibidem*, p. 113.

²¹³ *Ibidem*, p. 115.

Muchas veces suele hacerse referencia a este principio simplemente como “principio de la autonomía”, sin embargo, de acuerdo con Beauchamp y Childress, el principio versa sobre el respeto a la autonomía, tal y como los autores afirman al establecer que “ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo”;²¹⁴ a más abundamiento señalan que este respeto no sólo implica la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que la elección que tome la persona, efectivamente, sea autónoma.²¹⁵ En consecuencia, respetar la autonomía obliga a los profesionales a informar, buscar y asegurar la comprensión y la voluntariedad, así como a fomentar la toma de decisiones adecuada.²¹⁶

Por lo tanto, el principio de respeto a la autonomía, aplicado a la medicina de trasplantes, exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y al derecho a que se respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a dicha alternativa terapéutica, especialmente, en lo tocante a la donación, obtención y recepción de los órganos.

Justicia.

Justicia es la realización de lo que intuimos como justo y se manifiesta en la *constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi*,²¹⁷ es decir, en la constante y perpetua voluntad de atribuir a cada uno su derecho. Esto supone igualdad en el tratamiento, sin embargo, ello no implica que deba darse igual trato a aquello que es desigual; por el contrario, en ese caso, exige un trato proporcionalmente igual.²¹⁸

Desde la tradición romana, la justicia se ha distinguido entre justicia conmutativa y justicia distributiva. Al analizar qué tipo de justicia domina tratándose de la materia sanitaria, es posible concluir que ésta encuadra en la distributiva,

²¹⁴ *Ibidem*, p. 117.

²¹⁵ *Cfr. Ibidem*, p. 118.

²¹⁶ *Cfr. Ibidem*, p. 119.

²¹⁷ Margadant, Guillermo F., *op. cit.*, 26ª. ed., México, Esfinge, 2011, p. 90.

²¹⁸ *Cfr. Ídem*.

puesto que, por la naturaleza de la propia disciplina, se encuentra estrechamente vinculada a la asignación de recursos y a la demanda de estos.²¹⁹

En Bioética, particularmente, de acuerdo con Beauchamp y Childress, la justicia es entendida como como el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que le corresponde ser dado a una persona²²⁰ y, en especial, consideran que el concepto de justicia distributiva se refiere a la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que dan estructura a los términos de la cooperación social.²²¹

Este principio cobra un papel relevante tratándose de la medicina de trasplante, ya que, en virtud del importante déficit que existe en la obtención de órganos para trasplante, así como la elevada demanda de estos, se han desarrollado y establecido diversos criterios –tanto éticos como médicos y legales– para llevar a cabo la asignación de órganos, con estricto apego al sentido de justicia, cuidando siempre la imparcialidad del proceso y brindando la adecuada atención a las diferencias que presentan los involucrados.

Habiendo mencionado la esencia de los cuatro principios de la Bioética, es posible afirmar que, para realizar una valoración íntegra y completa, siempre es necesario analizar los cuatro principios en conjunto, puesto que, como ya se ha mencionado, el valor que deberá darse a cada uno depende del caso particular ante el cual nos enfrentemos. En este punto conviene aludir al ejemplo que refieren múltiples autores, consistente en el caso de un paciente Testigo de Jehová²²² que

²¹⁹ Cfr. Albarellos, Laura, *op. cit.*, México, Porrúa, 2007, p. 20.

²²⁰ Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, 4ª. ed., Barcelona, Masson, 2002, p. 73.

²²¹ Cfr. *Ibidem*, p. 75.

²²² En México, ante la presencia de casos de esta naturaleza, se realizó un trabajo colegiado por parte de la Comisión de Arbitraje Médico; la Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud; la Dirección General de Asociaciones Religiosas de la Secretaría de Gobernación; el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea; la Comisión Nacional de Derechos Humanos; la Academia Mexicana de Cirugía; la Comisión Nacional de Bioética; y la Academia Nacional Mexicana de Bioética, en virtud del cual se emitieron, por consenso, las denominadas “Recomendaciones para la atención de pacientes Testigos de Jehová”, mediante las cuales, entre otras cuestiones, se establece que cuando el paciente se encuentre en ausencia de urgencia vital o estado de necesidad y se niegue a recibir una transfusión por motivos religiosos, se debe canalizar al paciente a una unidad médica con recursos mayores o a instituciones especializadas para brindar servicio y guía a estos pacientes y, además, se debe contactar a los médicos de la asociación religiosa puesto que ellos cuentan con recursos alternativos a la terapia

por creencias religiosas rechaza una transfusión sanguínea cuyo objeto es salvarle la vida. Si el médico lo transfunde en contra de su voluntad, viola el principio de respeto a la autonomía, sin embargo, si no lo transfunde, puede perder la vida, con lo cual se faltaría tanto al principio de no maleficencia como al principio de beneficencia.

Los miembros de distintas culturas interpretan estos principios de maneras diferentes; los armonizan, aplican o priorizan de formas diferentes, sin embargo, es indudable que constituyen un marco para analizar los dilemas éticos que se presentan en la práctica de las ciencias de la vida y la salud.

Algunos autores estiman que existe un paralelismo entre los principios de la Bioética determinados por Beauchamp y Childress y los valores que constituyen y fundamentan a los derechos humanos, lo cual pone de manifiesto también la importancia de su debida observancia. En palabras de la Doctora María Casado “los derechos humanos están llamados a ser el criterio regulador de las nuevas formas de control y de las posibilidades científicas y tecnológicas emergentes, propugnando, propiciando y garantizando el respeto a la libertad, a la igualdad y a la dignidad de todos y cada uno de los seres humanos”.²²³

4.2. OBTENCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

Actualmente, los trasplantes se han convertido en una práctica habitual de tratamiento, sobre todo, en los países desarrollados. Sin embargo, a medida que se ha perfeccionado la técnica, se ha incrementado también la demanda de órganos, cuya escasez es bastante notoria. De este modo, obtener y asignar órganos para trasplante representa diversos problemas en ámbitos tanto éticos como médicos y jurídicos.

transfusional. Lo más importante es que nunca se abandone al paciente; siempre se debe brindar la atención médica solicitada y respetar su autonomía.

²²³ Casado González, María, *Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética*, España, Comares, 1998, p. 118.

Un trasplante *ex vivo* es aquel que se realiza entre seres humanos y, en el cual, el dador del órgano se encuentra vivo al momento de la ablación.²²⁴ La reflexión relativa a la extracción de órganos para trasplante en seres humanos contempla tres alternativas: **(i)** la ablación forzosa; **(ii)** la comercialización; y **(iii)** la donación.²²⁵

En primer término, desde la Bioética, es a todas luces inaceptable la posible ablación forzosa de órganos puesto que, es evidente, con ello se violenta el principio de respeto a la autonomía del sujeto de la extracción. Existen diversas discusiones al respecto que son tratadas, especialmente, en el ámbito de la filosofía moral, sin embargo, para los fines de la presente investigación no es relevante abordarlas.

Por lo que respecta a la segunda alternativa, debe decirse que no existe una razón ética específica que impida o rechace la comercialización de órganos, sin embargo –en términos generales– ésta suele ser rechazada con base en el argumento de que, en un mercado libre, sólo aquellos que puedan pagar el costo de los órganos se encontrarían en condiciones de recibirlos.²²⁶

Por su parte, la donación constituye la alternativa, éticamente aceptada, que se practica en todos los países con regulación y políticas públicas de trasplante de órganos –con sus debidas restricciones– sin embargo, no se encuentra exenta de enfrentarse a múltiples problemas éticos que pueden evidenciarse, sólo a modo de introducción, por medio de las siguientes interrogantes: ¿quién tiene derecho a decidir de qué persona es permisible extraer (donar) sus órganos? y ¿en qué condiciones se pueden extraer (donar) órganos de una persona? Por lo que hace a la primera de estas preguntas, en principio, parece sencillo afirmar que el titular de ese derecho es el propio individuo sujeto de la ablación, sin embargo, ¿qué pasa si su estado de salud le impide externar su voluntad? o, incluso, ¿qué pasa si la persona ya no lo es –propia y jurídicamente hablando– pues ha perdido la vida?; lo cual nos lleva a profundizar respecto de la segunda interrogante: ¿se pueden

²²⁴ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 155.

²²⁵ Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 156.

²²⁶ Cfr. *Ibidem*, p. 78.

extraer (donar) órganos de una persona luego de su muerte? si es así, ¿quién lo decide?

Para dar respuesta a todo lo anterior, a continuación, se presentan diversos conceptos relativos, exclusivamente, a la donación, que, desde la Bioética, han sido objeto de profundo análisis y, en consecuencia, han establecido modelos éticamente aceptados para la obtención de órganos con fines de trasplante –cuyas particularidades son reguladas por el orden jurídico de los Estados que prevén la práctica, lo cual, en el caso de México se aborda en el último capítulo–.

4.2.1. Donación *ex vivo*

Es donante *ex vivo* o donante vivo el individuo cuya disposición de los componentes de su cuerpo, ya sean estos órganos, tejidos o células, se realiza encontrándose él con vida –en casos en que no es previsible la muerte o un daño grave para el donante– siempre a la luz de las siguientes dos condiciones: sin retribución por dicha disposición y ante la total ausencia de vicios en su consentimiento. El caso más extendido tratándose de este tipo de donantes es el trasplante de riñón.

La donación en vida puede dividirse en dos tipos: directa e indirecta.²²⁷ En el caso de la primera, el donante puede ser un familiar o una persona sin parentesco biológico con o sin relación con el receptor –bajo las condiciones que establece cada política pública que lo prevé–. Por su parte, estamos frente a una donación indirecta –también conocida como donación no dirigida²²⁸ cuando el donante desconoce a la persona receptora de su donación.

Los requisitos necesarios para que sea posible llevar a cabo la donación de un dador vivo, dependen de la regulación que cada Estado establezca, sin embargo, a la luz de la Bioética es indispensable –acorde con el principio de respeto a la autonomía– que el donante otorgue su consentimiento. Asimismo, no debe causarse perjuicio a la salud del donador más allá del daño temporal generado con

²²⁷ *Trasplante de donante vivo*, Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/living-donor-transplant/about/pac-20384787>

²²⁸ *Trasplante de donante vivo no dirigido*, Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/nondirected-living-donor/pyc-20384850>

motivo del sometimiento al procedimiento de ablación –esto a la luz de los principios de beneficencia y no maleficencia–.

4.2.2. Donación *post mortem*

La definición de muerte es una tarea preponderantemente filosófica, sin embargo, bien puede afirmarse que es un fenómeno biológico común a todas las especies, no obstante, varían los criterios que se establecen para determinar, por ejemplo, la muerte de una planta a la muerte de un animal. De ese mismo modo, con motivo de los avances tecnológicos, determinar criterios y establecer pruebas para constatar la muerte de seres humanos, se ha convertido en una labor más compleja de lo que era en el pasado. La muerte suele entenderse como el cese permanente de todas las funciones vitales –actualmente, para determinarla existen dos criterios: muerte cardiovascular y muerte encefálica–.

Así, “donante *post mortem*” es el individuo cuya disposición de los componentes de su cuerpo, ya sean estos órganos, tejidos o células, se realiza encontrándose muerto éste, ya sea porque se ha diagnosticado su muerte a causa del cese de la actividad cardiopulmonar –muerte cardiovascular– o bien, porque se ha constatado el cese irreversible de las funciones encefálicas –muerte encefálica–.

De un donante *post mortem* es factible realizar la ablación de una mayor cantidad de órganos, en comparación con los donantes vivos, sin embargo, la donación *post mortem* implica diversas cuestiones merecedoras de una reflexión ética, principalmente, por lo que respecta a: **(i)** el diagnóstico de muerte y sus criterios; **(ii)** la voluntad manifestada –o no– que haya realizado en vida el donador *post mortem*; y **(iii)** el consentimiento o la voluntad de la familia²²⁹ de este tipo de donador.

²²⁹ El uso del término “familia” es impreciso y se hace alusión a él con la única finalidad de simplificar la explicación, puesto que debe tomarse en cuenta el orden jerárquico –de parentesco– que establecen las normas jurídicas aplicables. Por ejemplo, nuestra Ley General de Salud, en su artículo 324, establece el siguiente orden: *(i)* el o la cónyuge, *(ii)* el concubinario, *(iii)* la concubina, *(iv)* los descendientes, *(v)* los ascendientes, *(vi)* los hermanos, *(vii)* el adoptado o el adoptante.

4.2.2.1. Muerte cardiovascular

El diagnóstico de muerte cardiovascular corresponde a aquel criterio que se basa en el cese de la circulación y la respiración; como consecuencia de este cese, da inicio el proceso de putrefacción.²³⁰

La constatación de este tipo de muerte no representa en sí un desafío técnico o un dilema de naturaleza ética, puesto que, luego de un periodo relativamente breve, los signos de muerte son irrecusables. No obstante, se han establecido diversos protocolos médicos que permiten llevar a cabo un correcto diagnóstico de muerte, desarrollados, principalmente, en el siglo XIX, con motivo del descubrimiento del trastorno del sistema nervioso central denominado “catalepsia” que se caracteriza por la pérdida temporal de movilidad, en aparente muerte y sin signos vitales.²³¹

4.2.2.2. Muerte encefálica

En el apartado 2.2.3. del capítulo segundo del presente trabajo, ya se ha abordado este tema, dejando plasmadas las causas y el contexto bajo el cual se desarrolló, en la segunda mitad del siglo XX, un nuevo criterio de muerte con motivo del cese irreversible de la actividad cerebral, sin embargo, en este apartado, es conveniente mencionar que la definición generalmente aceptada corresponde, simplemente, al cese irreversible de las funciones encefálicas,²³² esto es, sin entrar en detalles de qué porción del encéfalo es el que debe perder irreversiblemente sus funciones, puesto que ello depende de los criterios adoptados para su diagnóstico.

Conviene hacer una distinción entre lo que es morir y lo que es la muerte; mientras que lo primero debe entenderse como un proceso, la muerte corresponde a un estado, el cual se alcanza una vez finalizado el proceso de morir. En este sentido, a lo que puede aspirar la ciencia médica, en la elaboración de los criterios

²³⁰ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 30.

²³¹ Cfr. “Catalepsia”, Diccionario Médico de la Universidad de Salamanca, <https://dicciomed.usal.es/palabra/catalepsia>

²³² Escalante Cobo, José Luis, *Muerte encefálica. Evolución histórica y situación actual*, Madrid, Revista de Medicina Intensiva, vol. 24, núm. 3, 2000, pp. 97-105.

por medio de los cuales se diagnostica la muerte, es a afirmar que ha finalizado el proceso de morir, aunque no pueda determinarse con exactitud el momento de la muerte.²³³ Por lo anterior, más que considerar que existen diversas definiciones de muerte encefálica, es atinado afirmar que existen diversos criterios asociados a esa definición.

Como se menciona en el punto 2.2.3.2.2. del presente trabajo, en el año de 1968 se constituyó el llamado *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death*, conocido como “Comité de Harvard”, con el objeto de explorar y determinar una definición de muerte cerebral, sin embargo, el informe emitido por el Comité se dedicó en mayor medida a establecer pruebas para determinar la muerte encefálica, que, posteriormente, fueron retomadas por diversos foros, tanto dentro como fuera de Estados Unidos, y, en consecuencia, alrededor del mundo se desarrollaron distintos criterios –con diferencias, relativamente, menores– para el diagnóstico de muerte encefálica.

Los criterios clínicos con base en los cuales se diagnostica la muerte encefálica en México²³⁴ fueron publicados en el año de 1995, luego de que, un año antes, la Academia Americana de Neurología comisionara al investigador Eelco Wijdicks para realizar un análisis basado en la evidencia sobre las pruebas para muerte encefálica. El denominado “Reporte de la Academia Americana de Neurología para determinación de muerte encefálica en adultos”,²³⁵ hoy día es una de las principales guías para el diagnóstico de muerte encefálica alrededor del

²³³ *Cfr, Ibidem*, p. 2.

²³⁴ Para mayor abundamiento sobre la guía de diagnóstico de muerte encefálica, puede consultarse la “Guía práctica clínica” elaborada por el Consejo de Salubridad General de México, disponible en la siguiente liga: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/qrr/SS-488-11.pdf>

²³⁵ En síntesis, los criterios son los siguientes: (i) Cese de funciones encefálicas. Ausencia de funciones cerebrales; coma profundo; no respuesta ni receptividad; ausencia de funciones del tronco cerebral; ausencia de reflejos: pupilar a la luz, corneal, oculocefálico, oculo vestibular, orofaríngeo y respiratorio; apnea probada (hasta PCO₂ mayor de 60 mmHg); pueden existir reflejos medulares salvo posturas decorticadas o descerebradas verdaderas o crisis; (ii) Irreversibilidad. Causa conocida del coma; exclusión de posibilidad de recuperación; el cese de las funciones persiste durante un periodo suficiente de observación (12 horas o más en situaciones especiales); es deseable la confirmación EEG o determinación del flujo sanguíneo cerebral (angiografía o gammagrafía cerebral); y (iii) Condiciones especiales. Intoxicación metabólica y fármacos: no es posible determinar la muerte encefálica hasta la corrección metabólica o metabolización de los fármacos, a no ser que se demuestre la ausencia de flujo sanguíneo cerebral; Hipotermia: con menos de 32,2 °C de temperatura corporal y no es posible determinar la muerte sino hasta que se restaure la normotermia.

mundo, no obstante, existen otras de importante trascendencia como lo son los criterios contenidos en el “Código de Reino Unido” o los “Criterios de Minnesota”.²³⁶

4.2.2.3. Deseos *post mortem*

De acuerdo con la legislación civil de un sistema de economía capitalista, una persona tiene potestad suficiente para decidir qué sucederá con sus bienes luego de su muerte. En esa tesitura –y si consideráramos que los individuos gozan de un derecho de propiedad sobre su cuerpo– podría pensarse que también tienen derecho a decidir qué se hace con sus órganos. Sin embargo, esto no es tan sencillo, puesto que, desde una postura totalmente contraria a la antes planteada, también puede pensarse que, toda vez que el objetivo de la disposición de los órganos es salvar vidas, las personas no tienen ningún derecho de propiedad sobre ellos, y que estos deben considerarse un bien común, cuya potestad para su disposición –en aras de salvar la vida de personas– la tiene el Estado.²³⁷

Las dos perspectivas antes mencionadas, constituyen los extremos de las diversas posturas que han llegado a plantearse en la discusión ética, respecto de la trascendencia de los deseos de una persona acerca de lo que sucederá con su cuerpo luego de su muerte.

Por lo que respecta al problema relativo a la propiedad del cuerpo, se hace mención, nuevamente, de que Kant sostuvo que no se puede disponer de uno mismo puesto que sobre uno mismo no se tienen derechos de propiedad,²³⁸ es decir, en virtud de que sólo se tienen derechos de propiedad sobre cosas, sostener que una persona tiene derechos de propiedad sobre sí misma, sería lo mismo que privarla de su humanidad y transformarla en una cosa. No obstante, las reflexiones éticas y filosóficas posteriores han concluido que la reducción a cosas de los objetos sobre los que se pueden tener derechos de propiedad, si bien es convincente y útil cuando se trata de las relaciones interpersonales –ya que es inaceptable pretender

²³⁶ Flores H, Juan Carlos, *et. al.*, *Muerte encefálica, bioética y trasplantes de órganos*, Santiago, Revista Médica de Chile, enero 2004, pp. 109-118, https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100016

²³⁷ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 68.

²³⁸ Cfr. Kant, Manuel, *op. cit.*, 16ª. ed., México, Porrúa, 2016, p. 112.

tener derechos de propiedad sobre una persona, puesto que equivale a querer convertirlo en una cosa— no es suficiente cuando se hace referencia a una relación intrapersonal.²³⁹ En este sentido, cuando se hace referencia, por ejemplo, a que “toda persona es dueña de sí misma”, no se pretende reducirla a una cosa, sino que, por el contrario, debe entenderse que se hace referencia a la expresión de dignidad humana que descansa en el hecho de que toda persona sea “dueña de su propio ser”.²⁴⁰

Por otro lado, cabe mencionar que existen diversos argumentos que refutan la existencia de una obligación respecto de los deseos que, en vida, tuvo una persona para después de su muerte, dentro de los cuales encontramos los siguientes: **(i)** si una persona está muerta, no existe ni existirá como tal; **(ii)** si no existe ni existirá, no puede ser dañada ni beneficiada; **(iii)** sólo se tienen obligaciones respecto de personas —no respecto de cadáveres— y, en consecuencia, **(iv)** no puede tenerse ninguna obligación respecto de los muertos.²⁴¹

Hoy día, dichas premisas han sido, por mucho, superadas y no tienen suficiente relevancia en la discusión ética actual (para evidenciarlo, basta observar el simple hecho de que, en nuestro contexto, existen normas que prevén y regulan las sucesiones), y, particularmente, en la reflexión bioética, tampoco son suficientemente trascendentes, en esencia porque se ha concluido que no satisfacer los intereses *post mortem* implica una afectación directa a los intereses póstumos de las personas vivas,²⁴² es decir, no debemos satisfacer los deseos de los muertos por ellos, propiamente, sino para crear confianza entre los vivos de que sus deseos póstumos serán satisfechos, sobre todo, a la luz del respeto a su dignidad humana.

²³⁹ Garzón Valdés, Ernesto, *Algunas consideraciones éticas sobre el trasplante de órganos*, Alicante, Universidad de Alicante, Revista de Teoría y Filosofía del Derecho, núm. 10, abril 1999, p. 157, <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/isonomia-revista-de-teoria-y-filosofia-del-derecho-3/html/p0000011.htm>

²⁴⁰ Cfr. *Ibidem*, p. 158.

²⁴¹ Cfr. *Ídem*.

²⁴² Cfr. *Ibidem*, p. 69.

4.2.2.4. Consentimiento

Respecto de las donaciones *post mortem*, una de las cuestiones de mayor importancia es la relativa al consentimiento, precisamente, porque las decisiones respecto de la disposición –o no– de su cuerpo y sus órganos, se debe llevar a cabo a la luz del respeto de su dignidad humana.

En la reflexión bioética se han desarrollado y establecido diversos modelos para la obtención de órganos, y, especialmente, el Doctor Eduardo Rivera López ha postulado ocho modelos principales, los cuales son integrados según la combinación de tres variables: **(i)** si el consentimiento exigido para donar es explícito o tácito; **(ii)** si la donación es universal o puede condicionarse; y **(iii)** si el consentimiento para la donación tiene validez absoluta o no, es decir, si interviene sólo el donante o si también tiene influencia la decisión de la familia. Para mayor referencia, el contenido de dichas variantes se detalla a continuación.²⁴³

Consentimiento expreso o consentimiento tácito

- (i) Expreso.** Se presupone que una persona no es donante, salvo que conste su consentimiento expreso de serlo; o
- (ii) Tácito.** Se presupone que una persona es donante, salvo que conste su rechazo explícito.

Consentimiento universal o consentimiento condicionado

- (i) Universal.** El donante no puede establecer condiciones adicionales al hecho de que otra persona necesite la implantación del órgano; o
- (ii) Condicionado.** El donante consiente serlo, sólo respecto de personas que también lo sean.

Consentimiento absoluto o consentimiento restringido

- (i) Absoluto.** La voluntad de una persona de ser donante o no, no puede modificarse en ningún sentido por otra persona luego de su muerte; o

²⁴³ Cfr. *Ibidem*, pp. 69-71.

- (ii) **Restringido.** La decisión de ser donante o no puede ser modificada por persona diversa luego de su muerte

A partir de estas variantes pueden construirse los ocho modelos principales,²⁴⁴ postulados por el Doctor Eduardo Rivera López, a saber:

1. Consentimiento explícito-universal-absoluto: ninguna persona es donante, salvo que exprese su deseo en forma explícita; no puede establecer condiciones de reciprocidad. La familia no puede modificar la condición de donante o no donante de una persona muerta.

Este modelo prácticamente no tiene aplicación, por ser el más estricto de todos, lo cual, en la realidad imposibilita casi totalmente cualquier política de trasplantes. No obstante, la excepción la constituye Japón, país especialmente exigente respecto de la donación: exige el acuerdo de la familia, siempre, incluso si consta la voluntad de donar por parte de la persona fallecida; y no contempla la posibilidad de que la familia consienta la donación, si no hubo manifestación expresa al respecto por parte del muerto.

2. Consentimiento explícito-universal-restringido: ninguna persona es donante, salvo que exprese su deseo en forma explícita; no puede establecer condiciones de reciprocidad. La familia puede donar los órganos de la persona muerta, aun cuando no exista un consentimiento explícito de la misma. Si la persona se manifestó antes de su muerte expresamente como no donante, entonces la familia no puede donar sus órganos.

Con base en este modelo, conviene señalar que no sólo se rechaza la idea de la obligatoriedad de la donación –lo cual es visto a la luz de la Bioética como una grave violación al respeto de la autonomía de las personas– sino que también rechaza la idea del consentimiento implícito o presunto. Este modelo se aplica en países como Estados Unidos, Alemania y México.

²⁴⁴ Cfr. *Ibidem*, pp. 71-111.

3. Consentimiento explícito-condicionado-absoluto: ninguna persona es donante, salvo que exprese su deseo en forma explícita; puede establecer condiciones de reciprocidad, estableciendo que sólo dona sus órganos a quienes también consienten explícitamente en hacerlo. La familia no puede modificar la condición de no donante de la persona, ni anular la condición de reciprocidad.

En la reflexión filosófica, a este modelo suele conocerse también como “modelo del club”,²⁴⁵ cuya idea central se basa en un principio de reciprocidad y consiste en que la donación de órganos funcione como una sociedad de beneficio mutuo, es decir, aquellos dispuestos a donar constituyen una especie de club, del cual, las personas pueden formar parte, siempre y cuando, evidentemente, estén dispuestas a donar.

La particularidad de mayor relevancia de este modelo es la naturaleza condicionada del consentimiento, cuyo problema ético principal lo constituye la discriminación.

4. Consentimiento explícito-condicionado-restringido: ninguna persona es donante, salvo que exprese su deseo en forma explícita; puede establecer condiciones de reciprocidad, estableciendo que sólo dona sus órganos a quienes también consienten explícitamente en hacerlo. La familia puede modificar la condición de no donante, salvo que la persona se hubiera manifestado explícitamente en contra de la donación.

Es un modelo con una pequeña variación respecto del anterior, cuya diferencia consiste en que, si la persona fallecida no manifestó su voluntad de unirse al “club”, la familia, una vez fallecida la persona, puede consentir la donación a algún miembro de dicho “club”.

5. Consentimiento tácito-universal-absoluto: toda persona es donante, salvo que se niegue explícitamente; no puede establecer condiciones de

²⁴⁵ Garzón Valdés, Ernesto, *op. cit.*, Alicante, Universidad de Alicante, Revista de Teoría y Filosofía del Derecho, núm. 10, abril 1999, p. 157, <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/isonomia-revista-de-teoria-y-filosofia-del-derecho-3/html/p0000011.htm>

reciprocidad. La familia no puede modificar la condición de donante o no donante de la persona.

Este modelo se aplica en las legislaciones de países como Suecia, Finlandia, Austria y Bélgica, entre otros. Admite la presunción de donación y ésta no puede revocarse por la familia luego de la muerte, es decir, sólo podría revocarse por la persona, evidentemente, en vida. A pesar de que se prevé el carácter absoluto del consentimiento, en la realidad, sí suele apelarse al consentimiento de la familia.

6. Consentimiento tácito-universal-restringido: toda persona es donante, salvo que se niegue explícitamente; no puede establecer condiciones de reciprocidad. La familia puede negarse explícitamente a donar los órganos, salvo que ésta se hubiera manifestado explícitamente a favor de la donación.

Este modelo ha sido adoptado por Argentina, por ejemplo, cuya regulación prevé que la presunción de que toda persona mayor de edad que no haya manifestado su voluntad de forma negativa ha conferido su autorización, siempre y cuando la familia no se oponga a la ablación respectiva.²⁴⁶

7. Consentimiento tácito-condicionado-absoluto: toda persona es donante, salvo que se niegue explícitamente; si una persona se niega explícitamente a ser donante, pierde su derecho a recibir órganos. La familia no puede modificar la condición de donante o no donante de la persona.

La esencia de este modelo es recogida por el sistema jurídico aplicable en Singapur, cuyas normas prevén el consentimiento tácito para la donación de riñones, únicamente, sin que se requiera el consentimiento de la familia; y, además, se establece que los donantes tienen prioridad para recibir riñones, sobre aquellos que no lo son.

8. Consentimiento tácito-condicionado-restringido: toda persona es donante, salvo que se niegue explícitamente; si una persona se niega explícitamente a ser donante, pierde su derecho a recibir órganos. La familia puede

²⁴⁶ Ley 24.193. De Trasplante de Órganos y Tejidos. Congreso de la República de Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01-ley-24193.pdf>

negarse explícitamente a donar los órganos de la persona, salvo que ésta hubiera manifestado explícitamente su voluntad de donar.

El problema que presenta este modelo es lo complejo que puede ser el garantizar que una persona que ha recibido órganos donará los suyos luego de su muerte puesto que existe la posibilidad de que la familia –al tratarse de un consentimiento restringido– se niegue a ello.

Estos modelos son sólo orientadores y a través de ellos se materializa, en parte, la discusión y reflexión bioética que ha tenido lugar con motivo de las cuestiones relativas al consentimiento, tratándose de obtención de órganos para trasplante, sin embargo, de ninguna manera pueden considerarse modelos tajantes o definitivos, sobre todo, porque su aplicación y adopción en los diversos marcos jurídicos es muy variante.

4.3. DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

Los problemas que existen de frente a la obtención de órganos para trasplante, involucran a su vez diversos problemas para llevar a cabo su respectiva distribución. Los dilemas no se encuentran limitados a determinar a quién se le realizará la ablación de un órgano, sino también a determinar a quiénes serán los destinatarios de dichos órganos.²⁴⁷

A fin de dar solución a dichos problemas, desde la reflexión bioética, se han discutido y establecido diversos criterios, relativos a las dos etapas en las que se divide el proceso de distribución de los órganos,²⁴⁸ lo cual es analizado a continuación.

4.3.1. Etapas de la distribución

Con el objeto de que la distribución de órganos para trasplante pueda llevarse a cabo con total respeto a los principios bioéticos, a la dignidad de las personas y a

²⁴⁷ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 115.

²⁴⁸ Cfr. *Ibidem*, p. 117.

los derechos humanos, ésta se ha dividido, metodológicamente, en dos instancias: *(i)* de aceptación; y *(ii)* de asignación final.

4.3.1.1. Aceptación

La etapa de aceptación consiste en definir dentro del conjunto total de personas, el subconjunto de candidatos serios a recibir un trasplante.²⁴⁹

En la práctica, esta etapa se materializa en la aceptación –o no– de un paciente a una lista de espera para recibir un órgano u órganos para trasplante.

4.3.1.1.1. Criterios médicos

Los criterios que se toman en cuenta en la etapa de aceptación son denominados “criterios médicos”, los cuales han generado diversos debates, especialmente, por cuanto hace a qué tan puramente médicos son. Tanto en las legislaciones de algunos países como en las declaraciones de algunas organizaciones no gubernamentales relacionadas con temas relativos a la distribución de órganos para trasplante, se ha sostenido que estos criterios deben atender, exclusivamente, a cuestiones médicas, sin embargo, en muchos de los casos, estos también atienden a cuestiones éticas o de eficiencia.

No obstante, para los fines del presente trabajo debe entenderse que un criterio médico se trata de información terapéutica que tiene como objeto ser utilizada con vistas a adoptar una medida sanitaria o médica que, previsiblemente, beneficie al paciente. Quizá puede comprenderse mejor si se analiza en sentido negativo: un paciente no podrá ser elegido para recibir dicha medida, desde una perspectiva médica, en caso de que su aplicación, previsiblemente, cause más daño que beneficio al paciente.

Los criterios médicos son referidos a un paciente en particular, y la evaluación médica debe consistir en un balance de costo-beneficio de la medida terapéutica –se insiste– sólo en referencia a un paciente y no en referencia a una comparación entre varios pacientes.

²⁴⁹ Cfr. *Ibidem*, p. 118.

En el caso de los trasplantes de órganos, los criterios médicos sirven para evaluar la conveniencia de que un paciente sea sometido a un procedimiento quirúrgico de trasplante –en general–; así como la conveniencia de que un paciente reciba determinado órgano –particular–. Esta evaluación trae consigo, consecuentemente, el ingreso o, en su caso, la inadmisión del paciente a una lista de espera.

Son seis los principales criterios médicos que se toman en cuenta para llevar a cabo una evaluación del paciente y, entonces, poder tomar la decisión respecto de su aceptación, o no, a una lista de espera: **(i)** indicación médica; **(ii)** ausencia de contraindicaciones; **(iii)** la edad; **(iv)** la urgencia; **(v)** la compatibilidad; y **(vi)** la probabilidad de obediencia postrasplante, los cuales, con base en los postulados del Doctor Rivera López, son analizados a continuación:

Indicación médica

En la comunidad médica no existe total acuerdo acerca de cuándo un trasplante representa, previsiblemente, un beneficio para el paciente, ya que no existen estudios definitivos que comparen, objetivamente, los resultados de las alternativas terapéuticas con las que se puede tratar a un paciente. Por lo tanto, a menudo, tanto pacientes como médicos, deben tomar una decisión, esencialmente, subjetiva.

En el caso del riñón, el trasplante se indica como alternativa terapéutica en el momento en que se produce un cese definitivo de la función renal y ésta es reemplazada por la hemodiálisis. A pesar de que el cese de la función renal no implica la muerte del paciente –el cual puede sobrevivir llevando el tratamiento de diálisis– lo que determina la conveniencia del procedimiento quirúrgico de trasplante es, preponderantemente, la calidad de vida.

En los casos del hígado y el corazón no puede indicarse el trasplante con motivo del cese de sus funciones –como en el caso del riñón– puesto que ello implicaría la muerte del paciente. En estos casos, por lo regular, se indica el

trasplante cuando se prevé que el paciente morirá en un lapso aproximado de dos años; o cuando el deterioro de su calidad de vida justifica el riesgo de la cirugía.

Ausencia de contraindicaciones

Una contraindicación es una situación o circunstancia específica bajo la cual no se debe utilizar un fármaco o practicar un procedimiento, por ser éste dañino para el paciente. Para los fines de esta investigación, las contraindicaciones están dirigidas a la práctica de un procedimiento quirúrgico de trasplante.²⁵⁰

Existen dos tipos de contraindicaciones: absolutas y relativas.

Las contraindicaciones absolutas implican que el trasplante podría ocasionar una situación, potencialmente, mortal.²⁵¹ El ejemplo más destacado de contraindicación absoluta lo constituye el caso de los pacientes con VIH.²⁵²

Por su parte, las contraindicaciones relativas se encuentran sujetas a una evaluación integral del paciente, las cuales, podrán ser aceptadas, siempre y cuando, los posibles beneficios para el paciente sean mayores que los riesgos.²⁵³ Entre ellas se encuentran algunos tumores malignos; enfermedades arteriales; la insuficiencia coronaria; o la insuficiencia hepática aguda, entre otras.²⁵⁴

Edad

Desde una perspectiva estrictamente médica, la edad se ha establecido como una contraindicación. A mayor edad del paciente, mayor riesgo de la cirugía y mayor riesgo de que se presenten complicaciones postrasplantes. Por lo anterior, la edad tiene especial relevancia tratándose de la indicación de trasplante como alternativa terapéutica, sin embargo, ésta debe siempre tomarse en consideración

²⁵⁰ Contraindication. National Library of Medicine, Washington, https://www.nlm.nih.gov/?_gl=1*_pojq3y*_ga*Nzl3MDQyMTUuMTY0Njk1Mjg0MQ..*_ga_7147EPK006*MTY0Njk1Mjg0MC4xLjEuMTY0Njk1MzQxOC4w&_ga=2.2114416.116794772.1646952841-72704215.1646952841

²⁵¹ *Ídem.*

²⁵² Excepto en países como Estados Unidos y Sudáfrica.

²⁵³ *Contraindication.* National Library of Medicine, Washington, https://www.nlm.nih.gov/?_gl=1*_pojq3y*_ga*Nzl3MDQyMTUuMTY0Njk1Mjg0MQ..*_ga_7147EPK006*MTY0Njk1Mjg0MC4xLjEuMTY0Njk1MzQxOC4w&_ga=2.2114416.116794772.1646952841-72704215.1646952841

²⁵⁴ *Cfr.* Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 122.

y ser evaluada, de manera integral y en conjunto con las demás condiciones médicas del paciente.

Urgencia

La evaluación del grado de urgencia sirve como guía para determinar los cursos de acción beneficiosos para el paciente. La urgencia es entendida como el riesgo inminente de muerte o daño muy grave de la persona.

La urgencia suele ser un contrapeso frente a otros criterios, por ejemplo, frente a las contraindicaciones y, especialmente, frente a las contraindicaciones relativas; un paciente que, en principio, no sería beneficiado con un trasplante por la presencia de éstas, podría ser igualmente aconsejado a someterse a un procedimiento de trasplante en situación de urgencia.

Compatibilidad

Aun cuando exista una clara indicación médica y haya ausencia de contraindicaciones, determinar –en la medida de lo posible– si un trasplante será, previsiblemente, beneficioso o no para el paciente, depende de la compatibilidad entre el órgano disponible y el organismo receptor.

En los casos de trasplantes de corazón e hígado, sólo se toman en consideración las características anatómicas y la compatibilidad sanguínea –compatibilidad entre grupos sanguíneos–.

En el caso del trasplante de riñón juega un papel muy importante la compatibilidad inmunológica. Se trata de una evaluación que se realiza de proteínas llamadas antígenos leucocitarios humanos (*human leukocyte antigens*, “HLA” por sus siglas en inglés), los cuales se encuentran en la superficie de casi todas las células del cuerpo humano.²⁵⁵ Existe una gran cantidad de antígenos, identificados estos, regularmente, por medio de letras. Por ejemplo, hay 24 tipos de antígenos

²⁵⁵ Histocompatibility antigen test. National Library of Medicine, Washington, https://www.nlm.nih.gov/?ql=1*pojg3y*qa*Nzl3MDQyMTUuMTY0Njk1Mjg0MQ..*qa_7147EPK006*MTY0Njk1Mjg0MC4xLjEuMTY0Njk1MzQxOC4w&qa=2.2114416.116794772.1646952841-72704215.1646952841

“A”; 52 tipos de antígenos “B”; 11 tipos de antígenos “C”, etcétera.²⁵⁶ De este modo, el número de posibles combinaciones es inmensa, por lo que salvo en el caso de hermanos gemelos, y, en menor medida, padres e hijos o hermanos no gemelos, la coincidencia de los antígenos es muy improbable. La particular combinación de antígenos que posee cada persona identifica las células de su organismo, de forma que, cuando el cuerpo del paciente receptor identifica células con antígenos distintos de los propios, genera anticuerpos que procuran destruir el cuerpo extraño: esto es incompatibilidad inmunológica.

El problema de este criterio y, especialmente, en lo relativo a la compatibilidad inmunológica –sólo necesaria para el caso de los trasplantes de riñón– es que, si bien existe acuerdo en la comunidad médica acerca de que la compatibilidad inmunológica aumenta sustancialmente la probabilidad de no sufrir reacciones de rechazo del órgano implantado; y en que, cuanto mayor es el grado de compatibilidad, más recomendable es el órgano que se pretende implantar; no existe acuerdo respecto de la relevancia que se debe dar a este último factor, lo cual puede tener como consecuencia que para un médico sea recomendable un órgano, y para otro médico no lo sea, pues éste prefiera tratar al paciente con hemodiálisis hasta en tanto no se encuentre un órgano “más” compatible.²⁵⁷

Probabilidad de obediencia postrasplante

El éxito de un trasplante depende en gran medida de la obediencia del paciente en el tratamiento posterior a la implantación del órgano u órganos. En la mayoría de los casos deben tomarse fármacos inmunosupresores; cumplir con controles médicos regulares, como lo son la práctica de diversos tipos de análisis; cumplir con autocontroles, como llevar un registro de la presión arterial, la temperatura o el peso; y, en caso de desobediencia, desafortunadamente, por lo regular, implica la muerte del paciente o la pérdida del órgano u órganos trasplantados.

²⁵⁶ Cfr. Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 124.

²⁵⁷ Cfr. *Ídem*, p. 127.

En este sentido, pueden detectarse causas de desobediencia de diversas naturalezas, por ejemplo: **(i)** psicológicas, con motivo de cuadros clínicos de depresión postrasplante o ansiedad por miedo al surgimiento de una inmunorreacción; **(ii)** de contexto socioeconómico, por los costos que el tratamiento postrasplante puede ocasionar; e, incluso, **(iii)** de naturaleza cultural o educacional, las cuales pueden ejercer influencia en el grado de cumplimiento del tratamiento médico.

Sólo en casos muy evidentes se considera válido que el médico tome en cuenta el grado de obediencia como un criterio de decisión, puesto que implica realizar una valoración subjetiva, ciertamente, apartada de la idea de que los criterios deben ser “estrictamente médicos”.

4.3.1.2. Asignación final

La etapa de asignación final consiste en establecer qué paciente de los que se encuentran dentro de una lista de espera, será el próximo en recibir el órgano que necesita.²⁵⁸

4.3.1.2.1. Criterios distributivos

En el caso de la etapa de asignación final de órganos para trasplante, los criterios a los que se atiende son denominados “distributivos”.²⁵⁹ Al igual que los criterios médicos –para el caso de la etapa de aceptación– los criterios distributivos utilizan cierta información de los pacientes, sin embargo, la diferencia radica, principalmente, en el fin para el cual se emplea esa información, que, en esta etapa, es la asignación del órgano para trasplante; y, en el caso de la etapa de aceptación, es el ingreso –o no– del paciente a una lista de espera.

La información que se utiliza en los criterios distributivos coincide en gran medida con la que se utiliza en los criterios médicos –igualmente, se toma en cuenta la indicación médica; la ausencia de contraindicaciones; la edad; la urgencia; y la compatibilidad– no obstante, se reitera, el fin que se le da a esa información es

²⁵⁸ Cfr. *Ídem*, p. 119.

²⁵⁹ *Ídem*, p. 128.

distinto, lo cual será evidenciado a continuación, además de desarrollados algunos criterios que, con base en los postulados del Doctor Rivera López, se adicionan y que son: **(i)** lugar geográfico; **(ii)** tiempo de espera; y **(iii)** nacionalidad.

Indicación médica y ausencia de contraindicaciones

En este apartado se tratan de manera conjunta tanto la indicación médica como la ausencia de contraindicaciones, ya que en ambas el enfoque que se impone en el uso de la información que de ellas deriva, es de naturaleza utilitarista. La idea al respecto puede sintetizarse en el hecho de que no deben “desperdiciarse” órganos en pacientes que no tienen buenas perspectivas de éxito en comparación con otros.

Edad

La edad también se utiliza como criterio distributivo en la etapa de asignación y la diferencia se puede evidenciar de la siguiente manera: por lo regular, en la etapa de aceptación se usa la edad como un criterio de exclusión de pacientes mayores; en cambio, en la etapa de asignación, se le utiliza para priorizar a pacientes menores. Esta perspectiva también obedece a un enfoque utilitarista, puesto que su objetivo es obtener una distribución que maximice las expectativas de vida del paciente.

Cabe señalar que, desde el punto de vista de una pretendida maximización del bienestar, se suele tomar en consideración la “edad biológica” en lugar de la “edad cronológica”. La edad biológica, si bien está relacionada estrechamente con la cronológica, no depende de forma absoluta de ella; consiste en una evaluación íntegra y general del pronóstico de vida de un paciente. Lo anterior es así ya que, en muchos casos, pacientes con una edad cronológica más avanzada, poseen una edad biológica menor a la de otros.

Urgencia

Un paciente de urgencia es aquel que se encuentra en circunstancias de mayor riesgo de muerte inminente. Existen dos posturas en la reflexión bioética respecto de la urgencia como criterio distributivo: utilitarista y deontológica.

El enfoque utilitarista se inclina por asistir primero a los pacientes más necesitados, es decir, con estatus de urgencia de trasplante de un órgano u órganos.²⁶⁰ Por su parte, los argumentos deontológicos sostienen que lo correcto es no priorizar a los pacientes más urgentes para, entonces, poder maximizar la cantidad de vidas salvadas, ya que los pacientes urgentes tienen bajas posibilidades de sobrevivir sin un segundo o, incluso, un tercer trasplante, lo que implica que menos órganos se encuentren disponibles y, con el tiempo, menos vidas se salven.²⁶¹

Compatibilidad

La información acerca del grado de compatibilidad se maneja desde un enfoque utilitarista, en virtud del cual se determina asignar los órganos para trasplante a aquellos que tienen mayor grado de compatibilidad –a pesar de que también beneficiaría a otros–.

Lugar geográfico

La información acerca del lugar geográfico en que se encuentra un potencial receptor y un órgano procurado, es utilizada con base en una justificación utilitarista, enfocada en establecer métodos que permitan realizar más trasplantes y salvar más vidas.

Por un lado, los pacientes que residen en lugares poco poblados, alejados de centros médicos que cuenten con programas de trasplante, es evidente que tienen menos probabilidad de encontrar un donante adecuado cerca del lugar donde viven. Por otro, el tiempo que toma trasladar un órgano, desde el donante hasta el paciente receptor, incide drásticamente en la calidad de éste y, consecuentemente, el éxito previsible del trasplante se reduce.

Por lo anterior, se han creado dos principales modelos mediante los cuales se lleva a cabo la distribución de órganos: un sistema nacional y un sistema

²⁶⁰ México, por ejemplo, atiende a este enfoque en su regulación.

²⁶¹ Entre otros, esta es la postura de UNOS (*United Network for Organ Sharing*, “UNOS” por sus siglas en inglés), organización privada que administra la red de adquisición y trasplante de órganos en Estados Unidos.

estratificado. El sistema nacional propone elaborar una lista única nacional; y, por su parte, el sistema estratificado propone llevar a cabo primero la distribución a nivel local, luego a nivel regional y, finalmente, a nivel nacional. En la práctica, el sistema mayormente adoptado en los sistemas de distribución, alrededor del mundo, es el estratificado, puesto que se ha comprobado, estadísticamente, que presenta mayor eficiencia y mejores resultados cuantitativos en comparación con el sistema nacional.²⁶²

Tiempo de espera

El único sentido que tiene el orden de “llegada” a la lista de espera, es comparativo, motivo por el cual, este criterio es en su totalidad distributivo. Sin duda, éste es el criterio distributivo más aceptado.

El tiempo de espera funciona como un dato que concede derechos a los pacientes, con independencia de aspectos de mayor o menor éxito respecto del trasplante.

Nacionalidad

El acceso a un trasplante es muy variado dependiendo de los países de que se trate, puesto que las posibilidades económicas y las tecnologías con que se cuenta son diversas. Por ello, es una realidad que hay pacientes con un patente interés en someterse a trasplantes de órgano u órganos en países más favorecidos.

²⁶² En México el sistema de distribución y asignación de órganos y tejidos tiene varios niveles de enlace: El primero es el conjunto de hospitales pertenecientes a una misma institución de salud que a través de los comités internos definen la distribución hacia los hospitales a los que envían a sus pacientes para que reciban un trasplante. Así se organiza con claridad la red de hospitales de cada institución social, pública y privada. Estas redes pueden interactuar también entre sí para la distribución, aunque en consideración a que la aportación de los recursos físicos y económicos para la obtención la hace cada institución, se privilegia antes a los hospitales que pertenecen a la misma. Luego, el segundo nivel inicia cuando no es posible identificar a un receptor en la red institucional y se abren los canales hacia las otras redes; para ello se consideran primero las redes de otras instituciones similares (por ejemplo, si en la red de hospitales del IMSS no hay un receptor adecuado, la distribución se dirige hacia la red de hospitales del ISSSTE o de la Secretaría de Salud, de acuerdo con los acuerdos establecidos previamente por los comités internos). Por último, las redes de hospitales procuradores del sector privado realizan el mismo procedimiento: primero se distribuyen los órganos y tejidos en las unidades médicas de la misma institución, y, de no haber receptor adecuado, se dirigen hacia otra red de hospitales privados con los que se tenga un convenio.

Dar prioridad o excluir a los extranjeros de las listas de espera, contraría totalmente la naturaleza humanista de la medicina, ya que ésta no atiende a criterios de sexo, raza o nacionalidad. Sin embargo, la escasez de órganos para trasplante es una cuestión que juega un papel relevante en la discusión al respecto. Por lo anterior, incluso en la reflexión bioética se admite que la nacionalidad sí es un criterio de distribución de órganos, sin embargo, no existen modelos que orienten la forma en que este criterio debe ser atendido —en aras de respetar a cabalidad, sobre todo, la no discriminación de los pacientes—. Consecuentemente, este criterio es regulado de diferentes modos alrededor del mundo.²⁶³

²⁶³ En México, para que pueda realizarse un trasplante en pacientes extranjeros, se debe cumplir, primordialmente, con dos requisitos: *(i)* tener una condición de estancia en el territorio nacional de residente temporal, residente temporal estudiante o residente permanente y acreditar su permanencia ininterrumpida en el país de por lo menos seis meses previos a la realización del trasplante; y *(ii)* contar con resolución favorable del Comité Interno de Trasplantes del Establecimiento de Salud donde se vaya a realizar el trasplante.

CAPÍTULO V

MÉXICO EN EL ÁMBITO DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

5.1. REGULACIÓN INTERNA

En México, el marco jurídico relativo a los trasplantes de órganos tiene su base en el derecho constitucional a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4° de nuestra Constitución Federal, reglamentado por medio de la Ley General de Salud (LGS).

A su vez, en la LGS²⁶⁴ se fundamentan tanto el Sistema Nacional de Salud como del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes –regularmente identificado como Sistema Nacional de Trasplantes–, cuyos objetos son dar cumplimiento a dicha protección constitucional del derecho a la salud, y regular las actividades relacionadas con trasplantes y donación de órganos, tejidos y células, respectivamente.

5.1.1. Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud está constituido tanto por las dependencias y entidades de la Administración Pública –federal y local– como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud.²⁶⁵

El objeto del Sistema Nacional, como ya se mencionó, es dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4° de nuestra Constitución Federal, y la encargada de coordinarlo es la Secretaría de Salud.²⁶⁶

De este modo, son dos los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud que tienen tareas de suma trascendencia en lo relativo a los trasplantes de órganos y a partir de los cuales se desarrolla el objeto del Sistema Nacional de Trasplantes: **(i)** la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios,

²⁶⁴ Se considera importante señalar que, desde su expedición, en 1984, la Ley regula la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, sin embargo, haya mayo del año 2000, se estableció la necesidad de impulsar la cultura de la donación de órganos, tejidos y células.

²⁶⁵ Artículo 5°, Ley General de Salud.

²⁶⁶ Artículo 13, fracción VII, Ley General de Salud.

que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios²⁶⁷ y, particularmente, en materia de trasplantes, se encarga de llevar a cabo el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos;²⁶⁸ y **(ii)** el Centro Nacional de Trasplantes, que a través de diversas atribuciones –las cuales se analizan en apartados siguientes– se encarga de coordinar el Sistema Nacional de Trasplantes.

5.1.2. Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes

El Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes –denominado así en nuestra legislación y referido regularmente como Sistema Nacional Trasplantes (SNT)– tiene por objeto coordinar acciones que faciliten la realización de trasplantes en los pacientes que lo requieran, bajo los principios de confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro, altruismo, factibilidad, transparencia, equidad y eficiencia.²⁶⁹

El SNT lo constituyen: **(i)** las dependencias y entidades de la Administración Pública –tanto federal como de las entidades federativas–; **(ii)** el Centro Nacional de Trasplantes; **(iii)** los Centros Estatales de Trasplantes y el de la Ciudad de México; **(iv)** las personas físicas o morales de sectores público, social y privado que prestan servicios de salud y realizan actividades relacionadas con trasplantes y donación de órganos, tejidos y células; así como **(v)** los programas y los mecanismos de vinculación, coordinación y colaboración de acciones que se establecen entre todas estas entidades.²⁷⁰

El Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, es el encargado de llevar a cabo la coordinación del SNT.²⁷¹

²⁶⁷ Artículo 17 bis, Ley General de Salud.

²⁶⁸ Artículo 3º, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

²⁶⁹ Artículo 68, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

²⁷⁰ Artículo 314 bis 1, Ley General de Salud.

²⁷¹ Artículo 314 bis 2, Ley General de Salud.

5.1.2.1. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Por su parte, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), tiene facultades y atribuciones relacionadas con los trasplantes de órganos, tejidos y células; y coadyuva de múltiples maneras, especialmente con Cenatra, en actividades relacionadas con dicha materia.

De acuerdo con la LGS, Cofepris ejerce el control y la vigilancia de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, y su principal atribución al respecto consiste en proponer –en coordinación con las unidades administrativas competentes– los requisitos y las disposiciones administrativas de carácter general para la operación de establecimientos de servicios de salud en los cuales se realicen actividades relacionadas con la donación y el trasplante de órganos, tejidos, células de seres humanos.²⁷²

5.1.2.2. Centro Nacional de Trasplantes

De conformidad con lo dispuesto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Cenatra es un órgano desconcentrado de ésta,²⁷³ cuya tarea primordial es la coordinación del SNT, para lo cual cuenta con, entre otras, las siguientes funciones: **(i)** establecer programas y campañas orientados a difundir entre los responsables sanitarios y los profesionales de la salud, los requisitos sanitarios que se deben satisfacer en la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante; **(ii)** fomentar en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y los gobiernos de las entidades federativas, acciones para promover la donación, tanto en vida como después de acontecida la pérdida de la misma, con fines de trasplante; **(iii)** fomentar el desarrollo de programas de estudio e investigación relacionados con la disposición de órganos, tejidos y células, en lo que respecta a trasplantes; **(iv)** informar y orientar a la población sobre la donación, así como impulsar la difusión de información relativa a las acciones que impliquen actividades a favor de la cultura de la donación; **(v)** coordinar el SNT; y **(vi)** coordinar

²⁷² Artículo 14, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

²⁷³ Artículo 2°, inciso c, fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

la distribución y asignación de órganos, tejidos y células de donadores con pérdida de vida para trasplante.²⁷⁴

Tratándose de donaciones *post mortem*, Cenatra es responsable de desarrollar y difundir el formato oficial para manifestar consentimiento expreso para donar órganos tejidos y células, después de la muerte, con fines de trasplante,²⁷⁵ así como el formato oficial para manifestar negativa expresa en ser donador después de la muerte,²⁷⁶ de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Además de las funciones antes mencionadas, sin lugar a duda, una de las atribuciones de mayor relevancia que tiene Cenatra es la operación del Registro Nacional de Trasplantes, de conformidad con lo dispuesto por la LGS.

5.1.2.3. Registro Nacional de Trasplantes

De acuerdo con lo dispuesto por la LGS,²⁷⁷ por medio del Registro Nacional de Trasplantes (RNT), se compila la información relativa a lo siguiente: **(i)** establecimientos en los cuales –previa licencia otorgada por Cofepris– se lleva a cabo la extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células; se practican trasplantes de órganos, tejidos y células; y de bancos de órganos, tejidos no hemáticos y células; **(ii)** cirujanos de trasplantes responsables de la extracción y trasplantes, así como los coordinadores hospitalarios de la donación; **(iii)** datos de las donaciones de las personas fallecidas; **(iv)** datos de los trasplantes con excepción de los autotrasplantes y los relativos a células troncales; **(v)** datos de los receptores considerados candidatos a recibir el trasplante de un órgano o tejido, integrados en bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional, y **(vi)** casos de muerte encefálica en los que se haya concretado la donación, así como los órganos y tejidos que fueron trasplantados en su caso.

²⁷⁴ Artículo 4, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

²⁷⁵ Artículo 8, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

²⁷⁶ Artículo 11, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

²⁷⁷ Artículo 338, Ley General de Salud.

Como ha quedado dicho, Cenatra es el encargado de operar el RNT, y para ello colabora con Centros Estatales de Trasplantes.

5.1.2.4. Centros Estatales de Trasplantes

Los gobiernos de las entidades federativas, de acuerdo con lo establecido en la LGS, deben establecer centros de trasplantes, los cuales coadyuvan con Cenatra presentando programas de trasplantes e integrando y actualizando la información del RNT.²⁷⁸

De este modo, los Centros Estatales de Trasplantes son organismos de la administración pública de las entidades federativas, que realizan funciones orientadas a regular la práctica de los trasplantes con fines terapéuticos; coordinan las acciones en la materia en los sectores públicos, sociales y privados; vigilan el cumplimiento del marco jurídico y normativo de su competencia; y establecen políticas, estrategias y acciones que promueven el desarrollo de programas en materia de trasplantes.

5.1.2.5. Consejo Nacional de Trasplantes

Mediante decreto publicado el 19 de enero de 1999 en el Diario Oficial de la Federación, se creó, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 339 de la LGS, el Consejo Nacional de Trasplantes como una comisión intersecretarial de la Administración Pública Federal con el objeto de promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, con el propósito de reducir la morbilidad por padecimientos susceptibles de ser corregidos mediante dichos procedimientos.²⁷⁹

El Consejo Nacional se integra por el Secretario de Salud –quien lo preside–; por los titulares de las Secretarías de Defensa Nacional, de Marina y de Educación Pública; por el Subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud; así como por los Directores Generales del Instituto Mexicano

²⁷⁸ Artículo 314 Bis, Ley General de Salud.

²⁷⁹ Acuerdo publicado el 19 de enero de 1999 en el Diario Oficial de la Federación.

del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.²⁸⁰

Asimismo forman parte del Consejo como vocales institucionales, mediante invitación del presidente del Consejo, un representante de la Fiscalía General de la República; un representante de la Universidad Nacional Autónoma de México; un representante del Instituto Politécnico Nacional; los presidentes de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Academia Mexicana de Ciencias; así como aquellas personas e instituciones que por su experiencia puedan auxiliar al Consejo a llevar a cabo su objeto.²⁸¹

El Consejo tiene dentro de sus funciones: **(i)** proponer políticas, estrategias y acciones para la elaboración y aplicación de un Programa Nacional de Trasplantes; **(ii)** sugerir a las autoridades competentes la realización de actividades educativas, de investigación y difusión para el fomento de la cultura de la donación de órganos, tejidos y células; **(iii)** establecer mecanismos para la sistematización y difusión de la normatividad y de la información científica, técnica y sanitaria en materia de trasplantes; **(iv)** coordinar las acciones de las dependencias y entidades públicas en la instrumentación del Programa Nacional, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con dicho Programa; **(v)** proponer a las autoridades competentes mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, con el objeto de que éstas adopten las medidas necesarias para apoyar las acciones en materia de trasplantes; **(vi)** coordinar sus acciones con el Registro Nacional de Trasplantes; **(vii)** proponer a las autoridades competentes modificaciones a las normas y procedimientos vigentes, a efecto de impulsar su simplificación administrativa y facilitar la obtención de órganos y tejidos para la realización de trasplantes; **(viii)** coadyuvar con las autoridades competentes en la prevención del tráfico ilegal de órganos, tejidos y

²⁸⁰ Artículo 3º, Reglamento interno del Consejo Nacional de Trasplantes.

²⁸¹ *Idem.*

células; **(ix)** promover el desarrollo de investigaciones en la materia; y **(x)** proponer la constitución de los Consejos Estatales de Trasplantes; entre otras.²⁸²

5.1.2.6. Consejos Estatales de Trasplantes

Los Consejos Estatales de Trasplantes se constituyen como organismos públicos de las entidades federativas, que integran el SNT, y que apoyan, promueven y aplican acciones y programas en materia de donación y trasplantes. De acuerdo con lo dispuesto por el Acuerdo de creación del Consejo Nacional de Trasplantes,²⁸³ la constitución de los Consejos Estatales debe ser promovida por el Consejo Nacional.

5.1.3. Delitos en materia de trasplantes de órganos

Como en todo orden jurídico, las normas que lo conforman imponen al Estado y a los particulares diversas obligaciones cuyo cumplimiento es indispensable para satisfacer la necesidad jurídica que determinó la creación y el contenido de dichas normas.

En consecuencia, y de conformidad con el principio de legalidad, nuestra legislación establece normas aplicables para sancionar conductas específicas en materia de trasplantes, las cuales, se encuentran tipificadas tanto en la LGS como en otros ordenamientos, tal y como se detalla a continuación.

Ley General de Salud

En el Capítulo VI del Título Décimo Octavo de la LGS, se encuentra tipificado el tráfico de órganos, consistente en el traslado –así como todo acto tendiente a trasladar– fuera del territorio nacional, órganos, tejidos y sus componentes de seres humanos vivos o de cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud, cuya sanción consiste en prisión de cuatro a quince años, así como la imposición de una multa.²⁸⁴ En este caso, si la persona responsable es profesional, técnico o auxiliar de

²⁸² Artículo 2°, Acuerdo publicado el 19 de enero de 1999 en el Diario Oficial de la Federación.

²⁸³ Artículo 2°, Acuerdo publicado el 19 de enero de 1999 en el Diario Oficial de la Federación.

²⁸⁴ Artículo 461, Ley General de Salud.

disciplinas sanitarias, se le suspende –hasta por siete años– del ejercicio de su profesión u oficio.

Además del tráfico de órganos, tejidos y componentes de seres vivos o cadáveres, en la misma LGS se prevé la imposición de prisión –de seis a diecisiete años– así como de una multa para aquella persona que:

- (i)** ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos y sus componentes, cadáveres o fetos de seres humanos;
- (ii)** comercie o realice actos de simulación jurídica que tengan por objeto la intermediación onerosa de órganos, tejidos, incluyendo la sangre, cadáveres, fetos o restos de seres humanos;
- (iii)** trasplante un órgano o tejido, sin atender las preferencias y el orden establecido en las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional;
- (iv)** promueva, favorezca, facilite o publicite la obtención o la procuración ilegal de órganos, tejidos y células o de trasplantes;
- (v)** consienta la realización de un trasplante –siendo paciente receptor– a sabiendas del origen ilícito del órgano; y
- (vi)** trasplante un órgano o tejido cuando el receptor y/o donador sean extranjeros, sin seguir el procedimiento establecido para ello.²⁸⁵

Por último, en la LGS se prevé la imposición de cuatro a nueve años de prisión, así como de una multa, para el responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permita alguno de los actos a que se refieren las conductas señaladas en los incisos **(i)**, **(ii)**, **(iii)**, **(iv)** y **(v)** antes mencionados. En este caso, también, si intervienen profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les debe suspender –de dos a cuatro años– en el ejercicio de su profesión u oficio.

²⁸⁵ Artículo 461, Ley General de Salud.

Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos

En la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos (Ley General para Prevenir la Trata de Personas), se establecen los tipos penales en materia de trata de personas, así como sus sanciones.

De este modo, se encuentra tipificada la conducta consistente en cualquier acción u omisión dolosa de una o varias personas para captar, enganchar, transportar, transferir, retener, entregar, recibir o alojar a una o varias personas con fines de explotación.²⁸⁶

De acuerdo con la propia Ley para Prevenir la Trata de Personas, se entiende como explotación de una persona, entre otras cuestiones, el tráfico de órganos, tejidos y células de seres humanos vivos,²⁸⁷ y se prevé la imposición de prisión –de quince a veinticinco años– para quien realice la extracción, remoción u obtención de un órgano, tejido o células de seres humanos vivos, a cambio de un beneficio o a través de una transacción comercial, sin que se lleven a cabo los procedimientos médicos lícitos para los cuales se ha obtenido el debido consentimiento, en términos de lo dispuesto por la LGS.²⁸⁸

Código Penal Federal

Con fundamento en lo dispuesto por el Código Penal Federal²⁸⁹ –de conformidad con lo previsto por el Capítulo II del Título X del Código Nacional de Procedimientos Penales–²⁹⁰ las personas jurídicas son penalmente responsables de los delitos antes señalados –tipificados tanto en la LGS como en la Ley para

²⁸⁶ Artículo 10, Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

²⁸⁷ Artículo 10, fracción X, Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

²⁸⁸ Artículo 30, Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

²⁸⁹ Artículo 11 Bis, Código Penal Federal.

²⁹⁰ Artículo 421, Código Nacional de Procedimientos Penales.

Prevenir la Trata de Personas– cometidos a su nombre, por su cuenta, en su beneficio o a través de los medios que ellas proporcionen, cuando se haya determinado que además existió inobservancia del debido control en su organización, con independencia de la responsabilidad penal en que puedan incurrir sus representantes o administradores.

Código Penal para el Distrito Federal (hoy Ciudad de México)

Por lo que hace a las legislaciones locales, cabe mencionar que no todos los códigos penales de las entidades federativas prevén sanciones por la comisión de delitos en materia de trasplantes, no obstante, para los fines del presente trabajo, se estima suficiente aludir al caso de la Ciudad de México, cuyo orden jurídico sí prevé penas relacionadas con dichos delitos, específicamente, con los relacionados al tráfico de órganos, tratándose tanto de la retención y sustracción de menores o incapaces como de la trata de personas.

En este sentido, en el Código Penal para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, se establece que aquel que retenga a un menor de edad o incapaz –sin tener con él relación de parentesco o de tutela– sin el consentimiento de quien ejerza su custodia legítima o su guarda, se le impondrá prisión, así como una multa.²⁹¹ Y si dicha sustracción tiene como propósito traficar con sus órganos, las penas serán incrementadas²⁹² de acuerdo con lo dispuesto en el propio Código.

Por su parte, en lo que respecta a la trata de personas, se prevé la imposición de prisión a quien promueva, facilite, solicite, ofrezca, consiga, traslade, entregue o reciba para sí o para un tercero a una persona para que le sea extirpado cualquiera de sus órganos, tejidos o sus componentes.²⁹³

5.1.4. Voluntad anticipada

Como consecuencia de los avances de la medicina en los últimos años, en la doctrina contemporánea tuvo lugar el reconocimiento de diversos derechos de los

²⁹¹ Artículo 171, Código Penal para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

²⁹² Artículo 172, Código Penal para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

²⁹³ Artículo 188 BIS, Código Penal para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

pacientes, entre ellos, el derecho a tomar decisiones con respecto a su atención médica no sólo a lo largo de la vida, sino también al final de ésta. Con el ejercicio de este derecho se buscaba que las personas pudieran vivir el proceso de su muerte de manera acorde a su condición de seres humanos –dignidad– y con pleno respeto a sus derechos fundamentales, tomando en cuenta la importante intervención del médico a fin de que ésta orientara al paciente para la toma de decisiones respecto de la atención que deseara recibir, de acuerdo con sus convicciones y su sistema de valores, y con pleno respeto a su autonomía.²⁹⁴

Así, una vez aceptado que el respeto a la autonomía y dignidad del paciente debe reconocerse también en relación con las personas que se encuentran al final de su vida, y reconociendo su derecho para determinar la atención médica que desean recibir,²⁹⁵ debía encontrarse el medio más adecuado para que esa voluntad pudiera expresarse de manera clara y precisa, a fin de que su acatamiento por parte del médico y de los familiares del enfermo no causaran conflictos de ningún tipo ni un indebido fincamiento de responsabilidades, no obstante, tanto en la discusión filosófica como en la doctrina jurídica, se presentó la siguiente cuestión: si el enfermo tiene derecho, en ejercicio de su autonomía, de adoptar decisiones respecto del tipo de atención y los tratamientos que desea recibir cuando se acerca el momento de su muerte, ¿qué pasa si se presenta el caso de que, llegado el momento en que sea necesario tomar una decisión crítica, el enfermo ya no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad? Entonces, precisamente, para dar respuesta a esto se desarrolló lo que en el mundo anglosajón se denomina *Living will*, traducido como “testamento de vida” o “testamento vital”, y que en nuestro país se conoce como “voluntad anticipada”.²⁹⁶

²⁹⁴ Martínez Bullé, Víctor y Olmos Pérez, Alexandra, *Las voluntades anticipadas en México*, México, Porrúa, 2015, p. 100.

²⁹⁵ No se trata de eutanasia –conocida y practicada como un medio para evitar sufrimientos a los desahuciados y agonizantes, mediante acciones que causen directamente la muerte o adelanten su desenlace–; y tampoco se alude al suicidio asistido –acción por medio de la cual se proporcionan a una persona los medios para terminar con su vida–. Este caso se trata de que quien se ve en una condición tal en la que considere que se está lastimando su dignidad, pueda decidir cómo debe ser tratado y atendido, en ejercicio de su autonomía.

²⁹⁶ Martínez Bullé, Víctor y Olmos Pérez, Alexandra, *Las voluntades anticipadas... op. cit.*, México, Porrúa, 2015, p. 102.

La figura de voluntad anticipada es la declaración de voluntad que se refiere a instrucciones específicas, elaboradas con anticipación, con la intención de guiar la atención médica que se recibe en caso de que, en algún momento futuro, la persona pierda la capacidad de expresar sus deseos al respecto.²⁹⁷ Lo que se materializa a través de la voluntad anticipada corresponde a aquello que en Bioética se denomina “ortotanasia” –derivado del griego *ortus* que significa “correcto” o “nacimiento” (natural); y *thanatos* que significa muerte– y que se refiere a permitir que la muerte ocurra cuando deba ocurrir.²⁹⁸ Estas instrucciones están dirigidas al personal médico, aunque su elaboración contempla que la voluntad y disposiciones del enfermo sean respetadas por todos los que se encuentran en su entorno, como pueden ser –además del personal sanitario– familiares y amigos.

La institución jurídica de las voluntades anticipadas –surgida y desarrollada en los Estados Unidos bajo el nombre de *Living will*, como ya se mencionó– tuvo lugar en la legislación mexicana, el 7 de enero de 2008, mediante la publicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (LVA), en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Voluntad anticipada en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México

Desde su publicación, la LVA del 2008, fue muy criticada por diversas cuestiones, entre ellas: **(i)** el exceso de requerimientos formales para su otorgamiento; **(ii)** la exagerada –e injustificada– defensa del enfermo frente al “abuso” del personal sanitario; e, incluso, **(iii)** problemas de carácter jurídico, como que permitía que menores de edad pudieran suscribir documentos en calidad de testigos o en calidad de representantes, lo cual era, evidentemente, contrario a lo dispuesto por las normas civiles respecto de la capacidad de ejercicio.

Por lo anterior, a fin de mejorar el contenido de la Ley, el 27 de julio de 2012 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal un decreto por medio del cual se

²⁹⁷ *Ibidem*, p. 101.

²⁹⁸ Batista Santana, Julio César, *et. al.*, *Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos*, Revista Bioética, Brasil, núm. 25, enero-abril de 2017, <https://www.scielo.br/j/bioet/a/C75vZP7jkCqV5qjfxZYxq8Q/?lang=pt>

reformaron, derogaron y adicionaron disposiciones de la LVA. No obstante, posteriormente, mediante decreto publicado el 9 de agosto de 2021 en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, se expidió la Ley de Salud de la Ciudad de México y, en consecuencia, se abrogó la LVA.

De este modo, las disposiciones que hoy día se encuentran en vigor en la Ciudad de México, respecto de las voluntades anticipadas, son las contenidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México, en cuyo capítulo XXIX se regula el otorgamiento de voluntad anticipada, y se establece que dicha figura consiste en la expresión de la decisión de una persona con capacidad de ejercicio, de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, no sea posible mantener su vida de forma natural, protegiendo en todo momento su dignidad.²⁹⁹

De acuerdo con la Ley, la voluntad anticipada se otorga por medio del denominado “Documento de Voluntad Anticipada”, ante Notario Público; o a través de un “Formato”, consistente en un documento previamente autorizado por la Secretaría de Salud, el cual suscribe un enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos.³⁰⁰

Aspecto relevante, para los fines del presente trabajo, lo constituye lo dispuesto por la fracción III del artículo 151 de la Ley, mediante la cual se establece que el Documento de Voluntad Anticipada o, en su caso, el Formato deben contener la manifestación de voluntad del otorgante respecto de la disposición de órganos susceptibles de ser donados –donación *post mortem*–.

En su momento, las disposiciones contenidas en la LVA contemplaban que, una vez otorgado el Documento de Voluntad Anticipada o, en su caso, el Formato, el Notario Público³⁰¹ o el personal de salud³⁰² ante el cual se hubiere otorgado, debían notificar dicho otorgamiento a una unidad administrativa adscrita a la

²⁹⁹ Artículo 149, Ley de Salud de la Ciudad de México.

³⁰⁰ Artículos 150, Ley de Salud de la Ciudad de México.

³⁰¹ Artículo 8, Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

³⁰² Artículo 9, Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Secretaría de Salud en materia de voluntad anticipada, denominada “Coordinación Especializada” con atribuciones, entre otras, tendientes a coadyuvar en campañas de fomento, promoción y difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos;³⁰³ y a fungir como vínculo con Cenatra y el Centro de Trasplantes local,³⁰⁴ sin embargo, actualmente, la Ley de Salud de la Ciudad de México es omisa en referir dicha obligación.³⁰⁵

Voluntades anticipadas en los estados

Como quedó señalado en líneas precedentes, en el Distrito Federal –hoy Ciudad de México– se reguló, por primera vez en nuestro país, la figura de la voluntad anticipada; consecuentemente, con posterioridad a la expedición de la LVA, los congresos locales de diversas entidades federativas iniciaron el proceso de legislación respectivo para normar dicha cuestión.

De este modo, hoy día, en nuestro país son 18 las entidades federativas que regulan la voluntad anticipada, además de la Ciudad de México –Aguascalientes, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas–,³⁰⁶ sin embargo, sólo 13 prevén la posibilidad de que el

³⁰³ Artículo 40, fracción IX, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

³⁰⁴ Artículo 40, fracción X, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

³⁰⁵ Al respecto, las implicaciones, tanto jurídicas como fácticas, son analizadas más adelante, específicamente, en el apartado 5.3 del presente trabajo.

³⁰⁶ A fin de obtener dicha información fueron consultadas las siguientes leyes: Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, 2009; Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, 2001; Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, 2004; Ley de Salud para el Estado de Campeche, 2008; Ley de Salud del Estado de Chiapas, 1998; Ley Estatal de Salud (Chihuahua), 2012; Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, 2008; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima, 2013; Ley de Salud del Estado de Durango, 2002; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, 2013; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, 2011; Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, 2012; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo, 2011; Ley de Salud del Estado de Jalisco, 2018; Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, 2009; Ley de Salud del Estado de Morelos, 2000; Ley de Salud para el Estado de Nayarit, 1994; Ley Estatal de Salud (Nuevo León), 1988; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca, 2015; Ley Estatal de Salud (Puebla), 2021; Ley de Salud del Estado de Querétaro, 2010; Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, 1998; Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal (San Luis Potosí), 2009; Ley de Salud del Estado de Sinaloa, 2004; Ley de Salud para el Estado de Sonora, 2021; Ley de Salud del Estado de Tabasco, 2009; Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, 2001; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala, 2016; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave, 2018; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, 2016; y Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Zacatecas, 2018.

otorgante manifieste su voluntad respecto de la disposición de sus órganos susceptibles de ser donados –Aguascalientes, Colima, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas–.³⁰⁷

5.1.5. Disposiciones relacionadas con vialidad y tránsito

El 14 de julio de 2014, se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal la Ley de Movilidad, con la cual se abrogó la Ley de Transporte y Vialidad –publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de diciembre de 2002–. Consecuentemente, la entonces Secretaría de Transportes y Vialidad se convirtió en la actual Secretaría de Movilidad, y su transformación trajo consigo nuevas atribuciones, entre ellas, una de especial relevancia para los fines del presente trabajo: el establecimiento de un programa para el fomento de la cultura de donación de órganos y tejidos en la expedición o renovación de la licencia de conducir, para lo cual se determinó que debían diseñarse mecanismos que contemplaran una anotación relativa a la expresión de la voluntad del titular de la licencia, respecto a la donación de sus órganos o tejidos³⁰⁸ –donación *post mortem*–.

Así, por medio de un robusto marco jurídico que contempla disposiciones contenidas en la LGS, la Ley de Salud de la Ciudad de México, la Ley de Protección de Datos Personales e, incluso, en la Ley de Transparencia y en su Reglamento, hoy día, en la Ciudad de México, existe un Sistema de Datos Personales denominado “Expresión de la Voluntad Respecto a la Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante después de la Muerte”, cuya finalidad es llevar a cabo un registro de las personas que deseen ser donadores de órganos y tejidos

³⁰⁷ Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, 2009; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima, 2013; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, 2013; Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, 2012; Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo, 2011; Ley de Salud del Estado de Jalisco, 2018; Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, 2009; Ley de Salud para el Estado de Nayarit, 1994; Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal (San Luis Potosí), 2009; Ley de Salud para el Estado de Sonora, 2021; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala, 2016; Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, 2016; y Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Zacatecas, 2018, respectivamente.

³⁰⁸ Artículo 12, fracción L, Ley de Movilidad del Distrito Federal.

luego de su muerte, para lo cual se desarrollan labores de colaboración con las dependencias competentes en la materia.

A partir de la regulación establecida por el legislador del Distrito Federal, hoy Ciudad de México, diversas entidades federativas comenzaron a incluir en sus respectivos marcos jurídicos disposiciones análogas. Sin embargo, actualmente, además de la Ciudad de México, sólo 10 entidades prevén la posibilidad de que el titular de una licencia para conducir manifieste su voluntad respecto de la disposición de sus órganos susceptibles de ser donados –Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Jalisco, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Yucatán–.³⁰⁹

5.2. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

En gran medida, la regulación interna vigente en México, en materia de trasplantes, se encuentra fuertemente influenciada por instrumentos internacionales, ya sean estos tratados o bien documentos jurídicamente no vinculantes, cuyo contenido ha servido de parámetro para el desarrollo tanto de nuestras normas jurídicas aplicables como de políticas públicas relacionadas.

³⁰⁹ Ley de Vialidad del Estado de Aguascalientes, 1994; Ley de Vialidad y Tránsito para el Estado de Chihuahua, 2006; Ley de Tránsito y Transporte del Estado de Coahuila de Zaragoza, 1996; Ley del Transporte y de la Seguridad Vial para el Estado de Colima, 2006; Ley de Tránsito para los Municipios del Estado de Durango, 1996; Ley de Movilidad y Transporte del Estado de Jalisco, 2013; Ley que regula la expedición de Licencias para Conducir del Estado de Nuevo León, 2005; Ley de Tránsito del Estado de San Luis Potosí, 2005; Ley de Tránsito (Tamaulipas), 1987; y Ley de Tránsito y Vialidad del Estado de Yucatán, 2011, respectivamente. No obstante, también fueron consultadas las siguientes leyes y reglamentos: Ley de Movilidad Sustentable y Transporte del Estado de Baja California, 2020; Ley de Tránsito Terrestre del Estado y Municipios de Baja California Sur, 2005; Ley de Vialidad, Tránsito y Control Vehicular del Estado de Campeche, 2008; Ley de Movilidad y Transporte del Estado de Chiapas, 2020; Ley de Movilidad del Estado de Guanajuato y sus Municipios, 2016; Ley de Transporte y Vialidad del Estado de Guerrero, 1989; Ley de Tránsito y Seguridad Vial para el Estado de Hidalgo, 2020; Ley de Movilidad del Estado de México, 2015; Ley de Tránsito y Vialidad del Estado de Michoacán de Ocampo, 2002; Ley de Tránsito del Estado de Morelos, 2007; Reglamento de Tránsito del Estado de Morelos, 2008; Ley de Movilidad del Estado de Nayarit, 2020; Ley de Tránsito, Movilidad y Vialidad del Estado de Oaxaca, 2016; Ley de Vialidad para el Estado Libre y Soberano de Puebla, 2012; Ley de Tránsito para el Estado de Querétaro, 2017; Ley de Movilidad del Estado de Quintana Roo, 2018; Ley de Tránsito, Transporte y Explotación de Vías y Carreteras del Estado de Quintana Roo, 1996; Reglamento de Tránsito en el Estado de Quintana Roo, 1991; Ley de Tránsito y Transportes del Estado de Sinaloa, 1993; Ley de Tránsito del Estado de Sonora, 1984; Ley General de Tránsito y Vialidad del Estado de Tabasco, 2008; Ley de Comunicaciones y Transportes en el Estado de Tlaxcala, 1983; Ley de Tránsito y Seguridad Vial para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2015; y Ley de Transporte, Tránsito y Vialidad del Estado de Zacatecas, 2013.

Llama la atención que a través de estos instrumentos –no obstante versar sobre distintas cuestiones– se ha puesto de manifiesto la obvia e inminente preocupación suscitada por la comercialización de órganos y la trata de personas con fines de extracción de órganos, tal y como se analiza a continuación.

5.2.1. Principios rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplantes de células, tejidos y órganos humanos, 1991

El 13 de mayo de 1987 se celebró la Cuadragésima Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en ella se puso de manifiesto por primera vez –por parte de la Organización– la preocupación por el comercio de órganos humanos, por lo cual se dio la instrucción de analizar la posibilidad de realizar trabajos cuyo objeto fuera establecer principios que orientaran apropiadamente la práctica de trasplantes de órganos humanos alrededor del mundo.³¹⁰

Dos años después, en la Cuadragésima Segunda Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en 1989, mediante resolución WHA42.5,³¹¹ la OMS solicitó a los Estados Miembros adoptar las medidas que consideraran adecuadas a fin de prevenir la compra y venta de órganos humanos para trasplante, recomendando –en términos generales– la promulgación de normas prohibitivas del tráfico de órganos, al tiempo que continuaban desarrollándose los trabajos solicitados en 1987.

De este modo, en 1991, a través de la resolución WHA44.25,³¹² la OMS estableció diversos principios rectores para llevar a cabo la práctica de trasplantes de órganos, los cuales, hoy día, han servido como parámetro para el desarrollo de múltiples regulaciones en la materia. Posteriormente, en mayo de 2010, durante la

³¹⁰ Resolución WHA40.13, Organización Mundial de la Salud, 1987, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201032/WHA40_R13_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³¹¹ Resolución WHA42.5, Organización Mundial de la Salud, 1989, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202313/WHA42_Div-5_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³¹² Resolución WHA44.25, Organización Mundial de la Salud, 1991, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202649/WHA44_R25_spa.pdf;jsessionid=98F2F6120F00E287135EFEA2C15BB78D?sequence=1

Sexagésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud, estos principios fueron actualizados, tal y como quedó establecido en la resolución WHA63.22.³¹³

La finalidad de los principios es brindar un marco ordenado, ético y aceptable para la adquisición y trasplante de células, tejidos y órganos con fines terapéuticos,³¹⁴ y, consecuentemente, frenar el comercio de órganos y el tráfico de personas con fines de extracción de órganos, tejidos y células para trasplante.

A continuación, se señala, brevemente, la esencia de los 11 principios rectores actuales, mismos que conservan puntos fundamentales de la versión de 1991, al tiempo que incorporan elementos que pretenden dar respuesta a tendencias y problemas actuales.

Principio rector 1

Podrán extraerse células, tejidos y órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si: **(i)** se obtiene el consentimiento previsto en ley; y **(ii)** no hay razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción.

Principio rector 2

Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar directamente en la extracción de células, tejidos u órganos de ese donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores previstos de esas células, tejidos y órganos.

Principio rector 3

Las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con lo dispuesto por las leyes; en términos generales, los donantes vivos deberán estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores.

³¹³ Resolución WHA63.22, Organización Mundial de la Salud, 2010, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R22-sp.pdf

³¹⁴ *Idem.*

La donación de personas vivas es aceptable si se obtiene el consentimiento informado y voluntario del donante, se le garantiza la atención profesional, el seguimiento se organiza debidamente y se aplican y supervisan los criterios de selección de los donantes. Los donantes vivos deberán ser informados de los riesgos, beneficios y consecuencias probables de la donación; deberán ser legalmente competentes y capaces para poder comprender la información y actuar voluntariamente, y deberán estar libres de toda coacción o influencia.

Principio rector 4

No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las contadas ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales. Deberán adoptarse medidas específicas para proteger a los menores, cuyo consentimiento se obtendrá, de ser posible, antes de la donación. Lo aplicable a los menores lo es a toda persona legalmente incapacitada.

Principio rector 5

Las células, tejidos y órganos deberán ser objeto de donación a título gratuito, sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario. Deberá prohibirse la compra, o la oferta de compra, de células, tejidos u órganos para fines de trasplante, así como su venta por personas vivas o por los allegados de personas fallecidas.

La prohibición de vender o comprar células, tejidos y órganos no impide reembolsar los gastos razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos de obtención, procesamiento, conservación y suministro de células, tejidos u órganos para trasplante.

Principio rector 6

Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con lo que dispongan las leyes.

Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de células, tejidos u órganos cuyo fin sea ofrecer un pago a individuos por sus células, tejidos u órganos, o a un pariente cercano en caso de que la persona haya fallecido, o bien recabar un pago por ellos. Deberán prohibirse los servicios de intermediación que entrañen el pago a esos individuos o a terceros.

Principio rector 7

Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante, ni los aseguradores sanitarios u otras entidades pagadoras deberán cubrir esos procedimientos, si las células, tejidos u órganos en cuestión se han obtenido mediante explotación o coacción del donante o del familiar más cercano de un donante fallecido, o bien si estos han recibido una remuneración.

Principio rector 8

Los centros y profesionales de la salud que participen en procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado recibir por los servicios prestados.

Principio rector 9

La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas y transparentes.

Principio rector 10

Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse tanto en el donante vivo como en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos.

Principio rector 11

La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores.

Como puede observarse, si bien las particularidades deben ser reguladas y definidas por la legislación de cada Estado, existen diversas cuestiones a las cuales es imprescindible atender, de acuerdo con los Principios Rectores de la OMS, entre ellas, tenemos que: **(i)** el consentimiento es piedra angular ética de cualquier intervención médica con fines de trasplante; **(ii)** la donación de órganos debe ser siempre un acto altruista, voluntario y no remunerado; y que **(iii)** el desarrollo y la creación de programas de donación es esencial para atender la elevada demanda de órganos y, consecuentemente, frenar su comercio ilegal, así como la trata de personas.

5.2.2. Protocolo de Palermo, 2000

En diciembre de 2000, en Palermo, Italia, se aprobaron **(i)** la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, con el propósito de promover la cooperación para prevenir y combatir eficazmente la delincuencia organizada transnacional;³¹⁵ así como **(ii)** el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, comúnmente denominado Protocolo de Palermo.

El Protocolo de Palermo complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y se interpreta, precisamente, a la luz de dicha Convención.³¹⁶ Su objeto es prevenir y combatir la trata de personas, así como proteger y ayudar a las víctimas de dicha trata, a través de la cooperación entre los Estados Parte.

De acuerdo con lo dispuesto en el Protocolo, se debe entender por trata de personas, la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de

³¹⁵ Artículo 1º, Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 2000.

³¹⁶ Artículo 1º, Protocolo de Palermo, 2000.

personas, por medio de cualquier tipo de coacción; al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad; o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. A su vez, esa explotación se refiere tanto a la prostitución ajena como a otras formas de explotación sexual; a los trabajos o servicios forzados; a la esclavitud; a la servidumbre o la extracción de órganos.³¹⁷

En esa tesitura, comete el delito de trata de personas quien promueva, solicite, ofrezca, facilite, consiga, traslade, entregue o reciba, para sí o para un tercero, a una persona, por medio de la violencia física o moral, engaño o el abuso de poder para someterla a explotación sexual, trabajos o servicios forzados, servidumbre o la extirpación de un órgano, tejido o sus componentes. Con base en esta definición se ha tipificado la trata de personas en diversas entidades federativas de nuestro país.

México firmó el Protocolo de Palermo el 13 de diciembre de 2000, mismo que fue ratificado el 25 de diciembre de 2003. Esta adhesión impulsó diversas acciones relacionadas con el combate al delito de trata de personas, como lo es la publicación de la anteriormente mencionada Ley para Prevenir la Trata de Personas.

5.2.3. La Declaración de Estambul, 2008

Con el objetivo de frenar crecientes problemas ocasionados con motivo de la venta ilegal de órganos, el tráfico de órganos y el turismo de trasplante, la Sociedad Internacional de Nefrología y la Sociedad de Trasplantes de Turquía, en 2008, convocaron una reunión en Estambul, Turquía, a la cual acudieron más de 150 personas –representantes de entidades científicas y médicas, oficiales de gobierno, sociólogos y filósofos– y desarrollaron una guía ética para profesionales y creadores de políticas públicas relacionadas con los trasplantes de órganos, conocida como la Declaración de Estambul.³¹⁸ Posteriormente, en el año 2018, la Declaración se

³¹⁷ Artículo 3, Protocolo de Palermo, 2000.

³¹⁸ The Declaration of Estambul on Organ Trafficking and Trasplant Tourism, Estambul, Edición 2018, <https://www.declarationofistanbul.org/the-declaration>

revisó y actualizó para mejorar la guía que brinda tanto a los gobiernos como a la comunidad médica cuya labor se relaciona con la donación y los trasplantes de órganos.

La Declaración –en su versión más reciente– establece las definiciones y los principios que, de forma breve, se abordan a continuación.

Definiciones

1. Tráfico de órganos. Se trata de la obtención, transporte, transferencia, encubrimiento o recepción de personas vivas o fallecidas o sus órganos mediante una amenaza, uso de la fuerza u otras formas de coacción, secuestro, fraude, engaño o abuso de poder o de posición vulnerable, o la entrega o recepción de pagos o beneficios por parte un tercero para obtener el traspaso de control sobre el donante potencial, dirigido a la explotación mediante la extracción de órganos para trasplante.

2. Comercialización de trasplantes. Es la práctica en la que se da trato de mercancía a un órgano humano, incluida la compra, venta o utilización para conseguir beneficios materiales.

3. Viaje para trasplantes. Traslado de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante fuera de fronteras jurisdiccionales dirigido a realizar un trasplante.

4. Turismo de trasplantes. El viaje para trasplantes se convierte en turismo de trasplantes si implica el tráfico de órganos o la comercialización de trasplantes, o si los recursos (ya sean estos órganos humanos, servicios profesionales o centros de trasplantes) dedicados a la práctica de trasplantes a pacientes de otro país debilitan la capacidad del país de origen de ofrecer servicios de trasplantes a su propia población.

Principios

Los principios establecidos en la Declaración son directrices generales que constituyen la base de las recomendaciones que, con mayor detalle, la propia

Declaración hace a los Estados con posterioridad. Brevemente, a continuación, se señalan algunos de dichos principios:

1. Los gobiernos nacionales que trabajan en colaboración con organizaciones internacionales y no gubernamentales, deben desarrollar e implementar programas para la revisión, prevención y tratamiento de la insuficiencia orgánica;

2. Cada Estado debe desarrollar e implementar legislación que regule la recuperación de órganos de donantes vivos y fallecidos y la práctica del trasplante;

3. Los órganos para trasplantes se deben repartir equitativamente para los receptores adecuados, independientemente del sexo, grupo étnico, religión o posición social o económica de estos.

4. Los cuidados médicos óptimos a corto y largo plazo deben ser el objetivo principal de las políticas y programas de trasplantes para garantizar la salud de donantes y receptores.

5. Las jurisdicciones, los Estados y las regiones deben conseguir autosuficiencia en la donación de órganos, suministrando un número suficiente de órganos procedentes del país a los residentes que lo necesiten o a través de la cooperación regional.

6. Deben prohibirse expresamente tanto el tráfico de órganos como el turismo de trasplantes, ya que violan los principios de igualdad, justicia y respeto de la dignidad humana, así como la comercialización puesto que los donantes con menos recursos económicos o más vulnerables son el blanco de dicha práctica, lo cual genera injusticias sociales.

Como ya se mencionó, con base en estos principios, la Declaración –en su versión de 2008, no así en la de 2018–³¹⁹ incluyó algunas propuestas enfocadas en dos objetivos principales: **(i)** para responder a la necesidad de una mayor donación de personas fallecidas; y **(ii)** para garantizar la protección y seguridad de donantes

³¹⁹ *Ídem.*

vivos, luchando contra el tráfico de órganos, la comercialización y el turismo de trasplantes; entre las cuales, se encuentran las siguientes:

Para elevar índices de donación *post mortem*:

1. Los gobiernos, en colaboración con instituciones sanitarias, profesionales y organizaciones no gubernamentales, deben tomar medidas necesarias y desarrollar políticas públicas que aumenten la donación de órganos de personas fallecidas;

2. Luchar por eliminar obstáculos y la falta de incentivos en la donación de órganos de fallecidos.

Para evitar el tráfico de órganos, la comercialización y el turismo de trasplantes:

1. Tanto los gobiernos como organizaciones de la sociedad civil deben considerar y reconocer como heroico y honroso el acto de la donación de órganos;

2. El cuidado de los donantes de órganos, contemplando a las víctimas del tráfico de órganos, la comercialización de trasplantes y el turismo de trasplantes, debe ser responsabilidad fundamental de todas las jurisdicciones que permiten la práctica de la medicina de trasplante;

3. Los sistemas y estructuras deben garantizar la normalización, transparencia y responsabilidad del apoyo a la donación, estableciendo mecanismos de transparencia en el proceso y con la obtención del respectivo consentimiento.

A pesar de que la Declaración de Estambul no es un documento jurídicamente vinculante, reviste cierta autoridad a través de la adhesión voluntaria a sus principios por parte de organismos profesionales y gubernamentales. En el caso de México, cabe señalar que, desde su primera versión, en 2008, participaron activamente en su creación miembros de la comunidad médica de nuestro país,

entre ellos, la Doctora Josefina Alberú Gómez, actual Presidenta de la Sociedad Mexicana de Trasplantes.³²⁰

5.2.4. El Documento de Aguascalientes, 2011

Como resultado de las consecuencias que genera la desproporción existente entre la creciente demanda y la limitada oferta de órganos para trasplante –entre ellas, el tráfico de seres humanos que se utilizan para extraer órganos y el comercio ilegal de estos– a nivel regional, por parte de la Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe, surgió la idea de realizar un Foro de Bioética en Trasplante con el propósito de analizar la problemática que presenta la región; tratar aspectos que atañen a la Bioética; y evaluar los fundamentos, que en materia de legislación en trasplante y distribución de órganos, se aplican en cada Estado, reconociendo sus virtudes y proponiendo soluciones a sus deficiencias.

De este modo, en septiembre de 2010, se llevó a cabo el Primer Foro de Bioética en Trasplante, en Aguascalientes, México, cuyo propósito fue lograr un documento de influencia en la región, para que las actividades de trasplante se realicen en un ámbito de justicia y equidad. Se convocó la participación de médicos involucrados en la práctica de trasplante y especialistas en Bioética de América Latina y del Caribe; por logística y organización se formaron cuatro mesas de trabajo; por asignación de los temas, estos se estudiaron y, posteriormente, se propusieron soluciones. Concluidas las discusiones individuales de cada mesa, se llevó a cabo una sesión plenaria en la que fueron presentados los resultados y propuestas de cada tema y consensuadas las opiniones generales. Con el producto de dicho trabajo se generó un documento borrador que fue enviado a todos los participantes para su evaluación y comentarios finales, lo cual derivó en la versión final del Documento de Aguascalientes,³²¹ publicado a principios de 2011, por la Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe.

³²⁰ La Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, Gaceta Médica, México, vol. 145, núm. 3, 2009.

³²¹ El Documento de Aguascalientes, México, Revista de Investigación Clínica, vol. 63, núm. 2, marzo-abril 2011, pp. 187-197, <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41204>

Los cuatro temas seleccionados para ser discutidos en el Foro fueron: **(i)** donante vivo; **(ii)** turismo y comercio de trasplante; **(iii)** papel del Estado en legislación, distribución y cobertura para trasplante; y **(iv)** acceso y calidad de inmunosupresión.

Donante vivo

Al respecto en el Documento se establece que cada programa de trasplante debe establecer un sistema que asegure al donante una evaluación minuciosa que permita minimizar los riesgos adicionales a los inherentes a la intervención quirúrgica, de modo que se estima indispensable la creación de un comité de trasplante interdisciplinario que evalúe y asista en la toma de esta decisión.

Además, realiza algunas recomendaciones para la aceptación del donante vivo, considerando aceptables las donaciones de donantes vivos relacionados por consanguinidad y de donantes vivos emocionalmente relacionados; e inaceptables las donaciones de donantes vivos no relacionados, con la única excepción de que la donación no sea dirigida, es decir, el donante no puede solicitar destinar su donación a un paciente determinado.

En este apartado, también se precisan principios generales, cuya esencia, en gran medida, se retoma del contenido de los principios bioéticos –previamente abordados, específicamente, en el apartado 4.1.2. de la presente investigación– y que, al efecto, presentan mínimas variaciones, a saber: **(i)** dignidad y beneficencia; **(ii)** integridad y no maleficencia; **(iii)** autonomía; **(iv)** responsabilidad –entendida como la obligación de todos aquellos que acceden a la ciencia y la tecnología a tener conciencia de sus propias acciones, las cuales deben ir acorde con el respeto a la vida humana y a su preservación–; y **(v)** justicia distributiva. Por último, se establece que, en la práctica de la medicina de trasplante, debe asumirse y favorecerse el principio de no maleficencia sobre los demás principios bioéticos.

Turismo y comercio de trasplante

En este apartado los participantes dejaron de manifiesto que la polarización de la distribución de la riqueza en países de la región, el alto índice de pobreza y el

bajo grado de escolaridad, condicionan a América Latina a tomar medidas necesarias para proteger a la población vulnerable de las diversas formas de explotación humana relacionadas con la medicina de trasplante, como lo son el tráfico de personas y la comercialización de órganos.

Por ello, pese a que en la discusión filosófica contemporánea existen argumentos fundamentados en la autonomía para justificar el derecho que tienen las personas para vender sus órganos, el Documento de Aguascalientes se opone rotundamente a toda idea o mecanismo que tienda a la comercialización de los órganos y tejidos por parte de los individuos o de los Estados, puesto que se considera que no serían los pobres quienes se beneficiarían con la venta de sus órganos, sino los intermediarios, además de que serían las personas pobres las que más se arriesgarían a participar en estos procedimientos por la condición de vulnerabilidad en la cual se encuentran.

Papel del Estado en legislación, distribución y cobertura de trasplante

Al respecto se establece que la creciente demanda de órganos exige a los países el desarrollo ordenado de sistemas de donación y trasplante, así como de políticas específicas enmarcadas en un contexto ético y legal que contemple el bien común en un carácter de acceso universal. De este modo, la decisión política de impulsar dichos sistemas debe darse bajo el desarrollo de políticas de donación y trasplante que, verdaderamente, atiendan los problemas de acceso y equidad, cobertura y atención integral de los pacientes.

Acceso y calidad de inmunosupresión

Tomando en cuenta que el uso de inmunosupresores es indispensable en la práctica de la medicina de trasplante, en el Documento de Aguascalientes quedó establecida la importancia de garantizar la salud de los pacientes con el uso de medicamentos con calidad y eficacia comprobada, a través de un proceso definido y avalado por una institución científica-académica. Lo anterior no aprueba ni desaprueba el uso de los medicamentos genéricos, sino que exige se cumplan con las condiciones de calidad y eficacia antes mencionadas.

En ese sentido, argumentar costos en la adquisición –a valores más bajos– de genéricos de inmunosupresores, no resulta válido en el marco de los principios bioéticos –especialmente los de beneficencia y no maleficencia–, y, además, considerando que la llamada “farmacoeconomía” no sólo incluye costos de adquisición, sino también costos asociados a la falta de eficacia y seguridad de un medicamento, es decir, si el uso de genéricos resulta en una mayor tasa de rechazo de trasplante, los ahorros generados por el precio del medicamento serán superados por los costos asociados al fracaso terapéutico.

Así, a través del Documento de Aguascalientes, la comunidad médica de la región reafirmó su compromiso con la dignidad, el respeto a la vida y el deber de ayudar a quien sufre, asumiendo que cada país y cada centro de trasplante tiene derecho a definir sus propias prácticas, pero, siempre, instándolos a que se lleven a cabo dentro del marco de lo establecido en el Documento.

5.3. ESTADÍSTICAS

Se estima indispensable observar las cifras que reporta nuestro país respecto de los diversos aspectos que concurren en la práctica de los trasplantes de órganos, a fin de ubicar el contexto en que se halla México.

Al respecto cabe señalar que las cifras que se exponen en este apartado son anteriores al año 2020, ya que analizar los datos reportados en 2020 y 2021 sería poco acertado debido tanto al confinamiento como a las muertes que tuvieron lugar durante dichos años con motivo de la pandemia provocada por la enfermedad denominada COVID-19 generada por el coronavirus SARS-Cov-2.

5.3.1. Defunciones registradas

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), correspondientes al año 2019, en México se contabilizaron, mediante los registros administrativos generados a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficialías del Registro Civil, los Servicios Médicos

Forenses y de los cuadernos estadísticos suministrados por las Agencias del Ministerio Público, un total de 747,784 muertes.³²²

I. Muertes a causa de problemas de salud

De las 747,784 muertes de las cuales se tuvo registro, 663,902 (88.8%) se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud.

Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres fueron: **(i)** enfermedades del corazón, 156,041 (23.5%); **(ii)** diabetes mellitus, 104,354 (15.7%); y **(iii)** tumores malignos, 88,680 (13.4%).

Además, aun cuando no se encuentran dentro de las principales causas de muerte, se estima conveniente mencionar los datos que arrojan las siguientes:

- a) Enfermedades del hígado, 40,578 (%);
- b) Enfermedades cerebrovasculares, 35,303 (%); e
- c) Insuficiencia renal, 14,630 (%).

II. Muertes a causa de accidentes de tránsito

De las 747,784 muertes de las cuales se tuvo registro, 15,156 tuvieron lugar a causa de accidentes de tránsito; de ese total, 12,216 casos correspondieron a hombres y 2,935 casos a mujeres.

Tratándose de las defunciones de hombre, los grupos de edad en los que se concentra el mayor número de accidentes de tránsito son: **(i)** de 25 a 34 años con 2,698 casos; **(ii)** de 15 a 24 años con 2,686 casos; y **(iii)** de 35 a 44 años con 2,012 casos –es decir, 7396 muertes tuvieron lugar en hombres cuyo rango de edad fue de los 15 a los 44 años–. En el caso de las mujeres, estos se ubican, principalmente, en el grupo de los 25 a 34 años, con 510 casos.

³²² Comunicado de prensa número 480/2020 “Características de las defunciones registradas en México durante 2019”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2020.

5.3.2. Donaciones y trasplantes

Por lo que se refiere a cifras relativas a donaciones de órganos y a la práctica de trasplantes en México, anualmente, Cenatra elabora un reporte que contempla diversos datos, principalmente, en relación con el número de personas en lista de espera; trasplantes realizados; y donaciones de personas fallecidas.³²³

Del reporte relativo al año 2019, se desprende la información siguiente:

(i) Receptores en espera

La mayor demanda se encuentra respecto del riñón, cuya cifra de personas en lista de espera de este órgano ascendió a 17,069; por su parte, en espera de hígado hubo 317 personas; y de corazón 43.

(ii) Trasplantes practicados

En este apartado, la información se divide por órgano de cuyo trasplante realizado se trate: trasplante de riñón; trasplante de hígado; y trasplante de corazón.

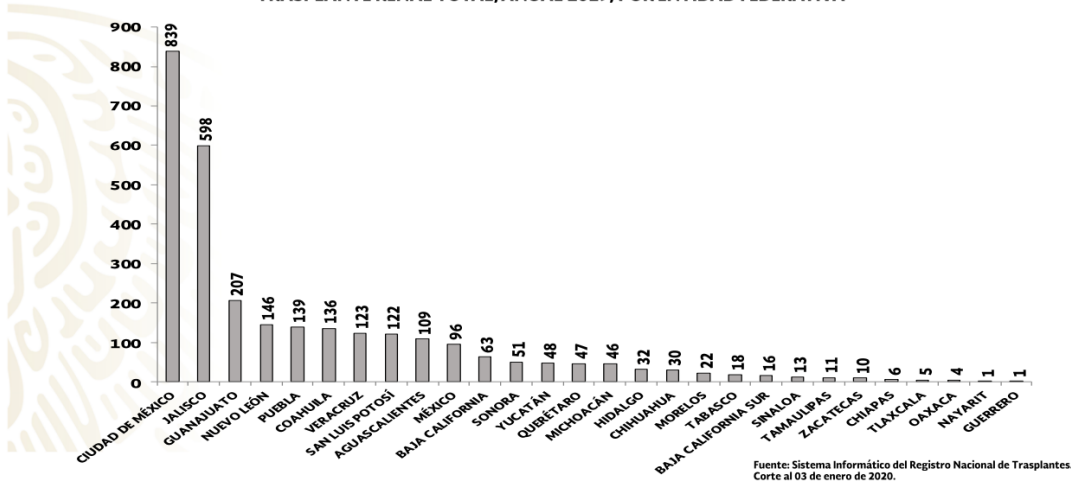
a) Trasplante renal

Por lo que hace a la práctica de trasplantes renales, cabe decir que se concretaron 2,939, de los cuales 2,016 fueron posibles gracias a donación de vivo y 923 gracias a donación *post mortem*.

Por medio de la siguiente gráfica, se reflejan las cifras de los trasplantes renales practicados en cada una de las entidades federativas:

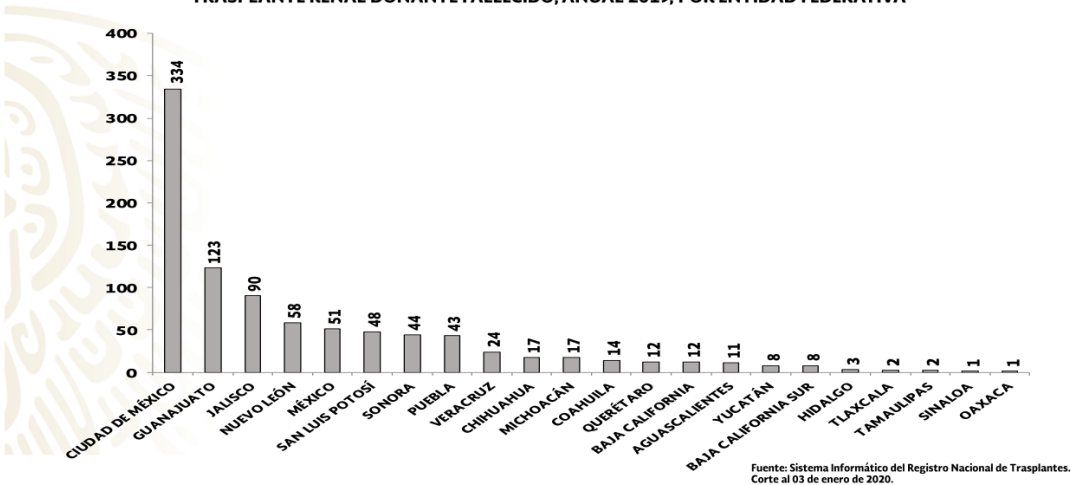
³²³ Reporte anual 2019 de donación y trasplantes en México, México, Cenatra, 2020, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/528301/Presentacion_anual_2019.pdf

TRASPLANTE RENAL TOTAL, ANUAL 2019, POR ENTIDAD FEDERATIVA



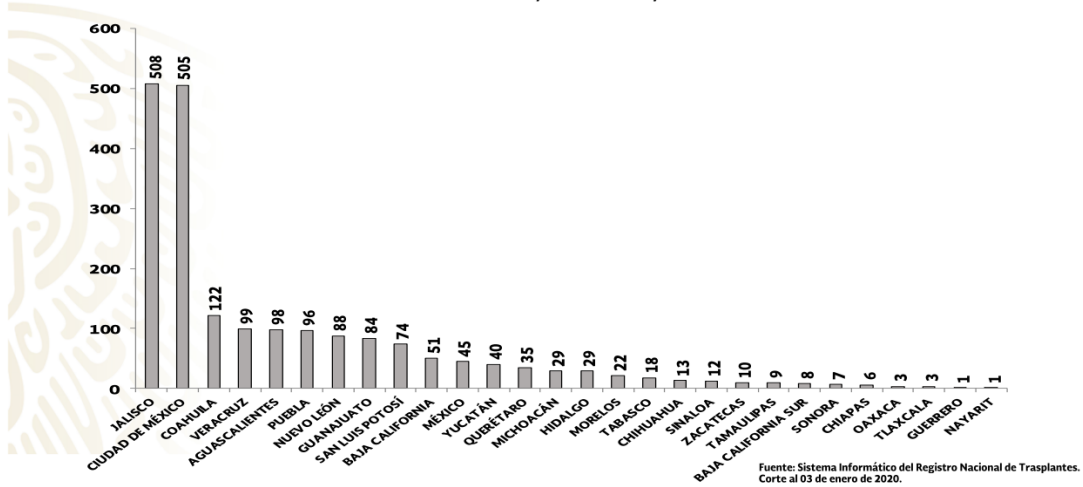
A continuación, se reflejan las cifras de los trasplantes renales que fueron posibles gracias a la donación *post mortem*, en cada una de las entidades federativas:

TRASPLANTE RENAL DONANTE FALLECIDO, ANUAL 2019, POR ENTIDAD FEDERATIVA



Por último, se reflejan las cifras de los trasplantes renales que fueron posibles gracias a la donación de vivo, en cada una de las entidades federativas:

TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO, ANUAL 2019, POR ENTIDAD FEDERATIVA

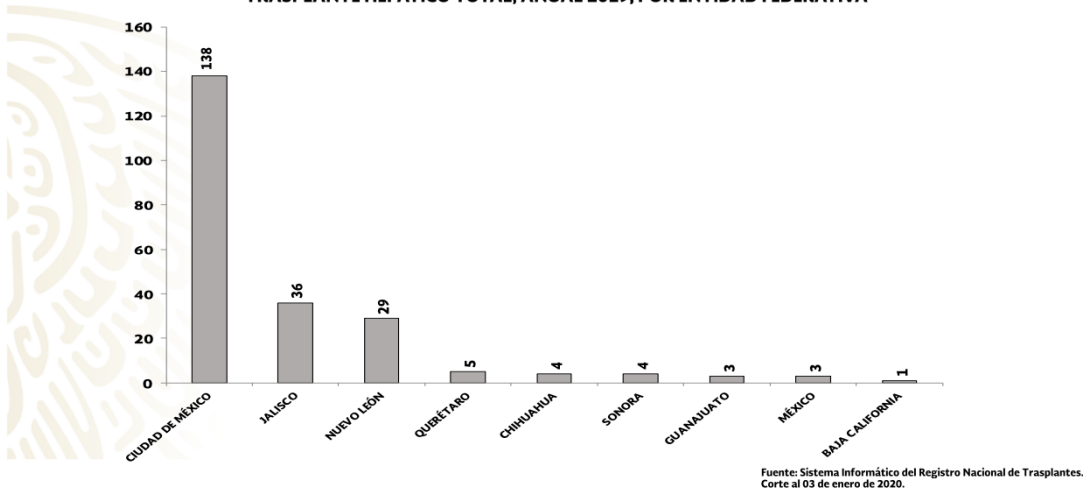


b) Trasplante hepático

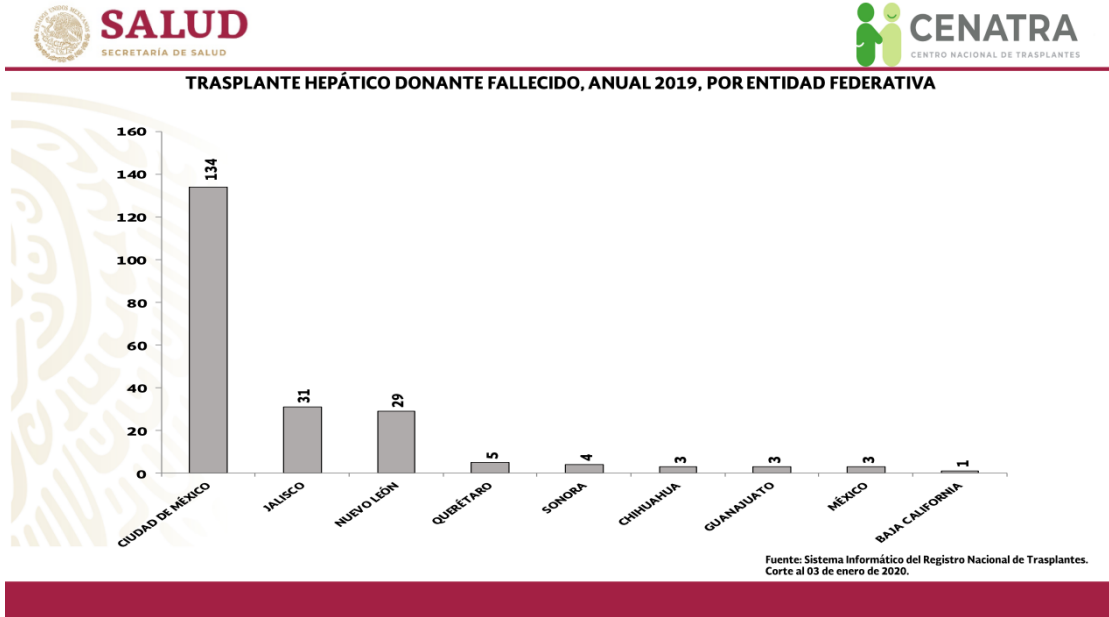
En cuanto a la práctica de trasplantes de hígado, se concretaron 223, de los cuales 10 fueron posibles gracias a donación de vivo y 213 gracias a donación *post mortem*.

En la siguiente gráfica, se reflejan las cifras de los trasplantes de hígado practicados en las entidades federativas:

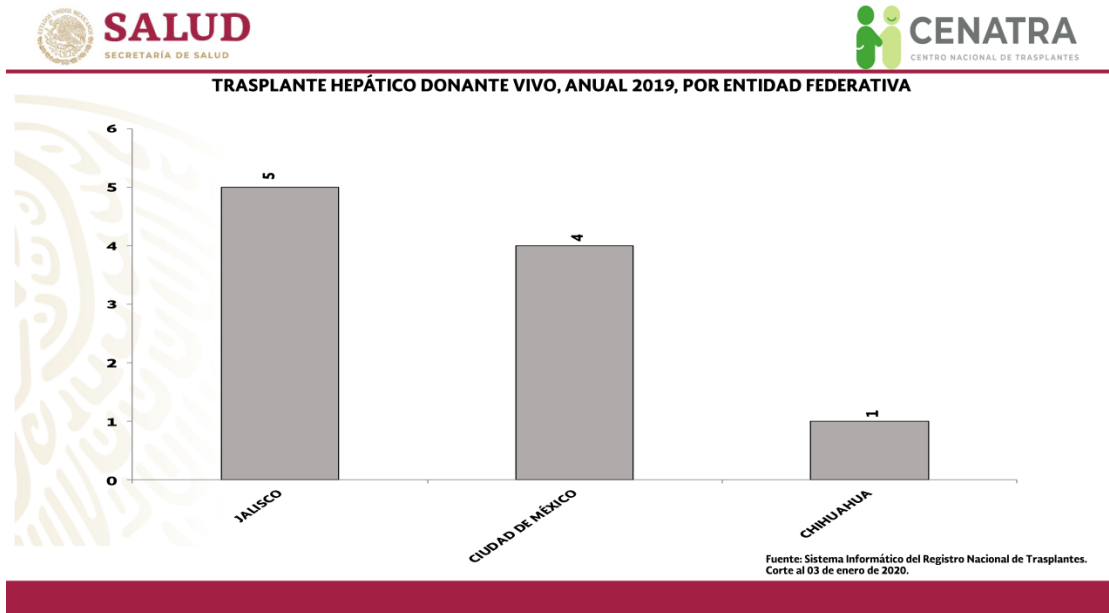
TRASPLANTE HEPÁTICO TOTAL, ANUAL 2019, POR ENTIDAD FEDERATIVA



A continuación, se reflejan las cifras de los trasplantes de hígado que fueron posibles gracias a la donación *post mortem*, en cada una de las entidades federativas:



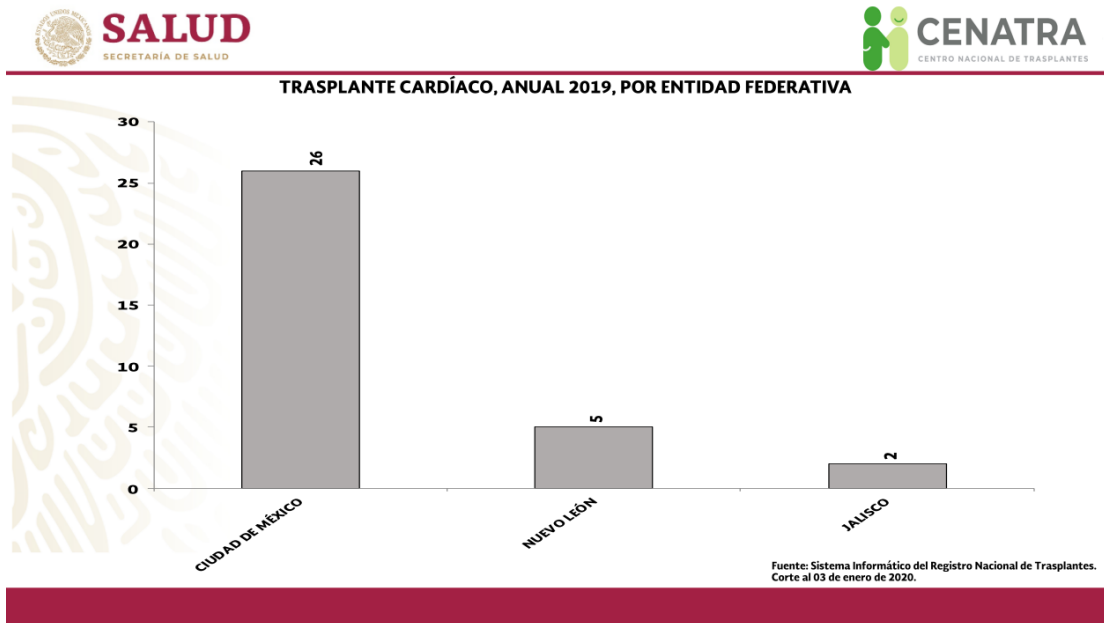
Y, por último, se reflejan las cifras de los trasplantes de hígado que fueron posibles gracias a la donación de vivo, en cada una de las entidades federativas:



c) Trasplante de corazón

Por último, se advierte que se llevó a cabo un total de 33 trasplantes de corazón –todos, por supuesto, gracias a donación *post mortem*–.

A través de la siguiente gráfica, se reflejan las entidades federativas y sus respectivas cifras de los trasplantes de corazón realizados en nuestro país:



(iii) **Donaciones de personas fallecidas**

En total, en 2019 fueron concretadas 1,169 donaciones *post mortem* de órganos, únicamente relativas a riñón, hígado y corazón.

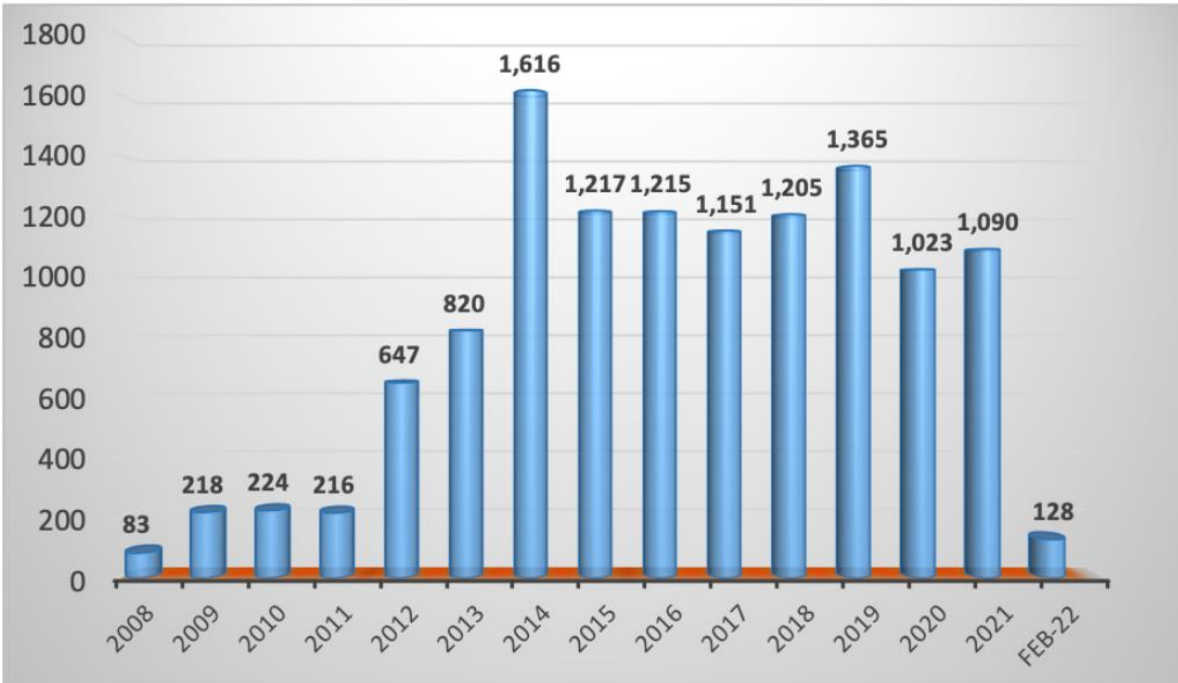
5.3.3. Voluntad anticipada

En 2018 cumplió 10 años la primera regulación que se expidió en México relativa a la figura de voluntad anticipada –la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal– motivo por el cual, tanto la Secretaría de Salud como el Colegio de Notarios, ambos de la Ciudad de México, publicaron algunos datos para evidenciar el desarrollo de su implementación. De este modo, se obtuvo que de enero de 2008 a diciembre de 2017 se otorgó un total de 9,991 voluntades anticipadas, de las cuales 7,407 se llevaron a cabo a través de Documentos de Voluntad Anticipada

(DVA) ante Notario Público; y 2,584 por medio del Formato previsto en la Ley, otorgado ante personal de la salud.

En lo relativo a la manifestación de voluntad de los otorgantes para donar órganos *post mortem*, se señala que 50.29% de los otorgantes del DVA declaró su voluntad de sí ser donador de órganos; y 92% de los firmantes del Formato se negó a serlo.

Por último, se reproduce una gráfica que representa las cifras de DVA otorgados en la Ciudad de México, desde 2008 que fue expedida la LVA hasta el pasado mes de febrero.³²⁴



* Datos proporcionados por la Secretaría de Salud, Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos, al 28 de febrero de 2022.

Lamentablemente, por cuanto hace al otorgamiento de voluntades anticipadas en el resto de las entidades federativas que la regulan, no se cuenta con información estadística referente.

³²⁴ ¿Qué es el Documento de Voluntad Anticipada?, Colegio de Notarios de la Ciudad de México, México, 2022, <https://colegiodenotarios.org.mx/?articulo=34>

5.3.4. Trata de personas y tráfico de órganos

Como quedó plasmado en el apartado 5.2.2. del presente trabajo, en el año 2003 México ratificó el Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, obligándose a realizar las reformas legislativas correspondientes para la debida implementación de una política integral al respecto.

Así, en el marco del décimo quinto aniversario de dicha ratificación, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) inició, en el año 2017, la elaboración del denominado “Diagnóstico Nacional sobre la Situación de la Trata de Personas”, publicado en 2019, cuyo objetivo consistió en analizar la situación que guarda el combate a la trata de personas, por parte del Estado mexicano, durante el periodo comprendido entre el 15 de junio de 2012 y el 31 de julio de 2017 –se tomó como punto de partida la entrada en vigor de la Ley General para Prevenir la Trata de Personas– aportando una reflexión tanto cuantitativa como cualitativa al respecto.

A pesar de los esfuerzos realizados, es un hecho que contar con cifras exactas sobre las víctimas de los delitos en materia de trata de personas en México es una tarea de especial complejidad debido a diversos factores, entre ellos, que: **(i)** las autoridades no identifican cada uno de los delitos que contiene la Ley General para Prevenir la Trata de Personas y, en consecuencia, a sus víctimas; **(ii)** los datos varían de acuerdo con la autoridad consultada, e, incluso, **(iii)** estos discrepan de los datos con los que cuentan organizaciones nacionales e internacionales, la academia y los medios de comunicación.

No obstante, de acuerdo con los datos contenidos en el Diagnóstico, durante el periodo antes señalado, las Procuradurías, Fiscalías Generales y Comisiones Ejecutivas de Atención a Víctimas, tanto en los ámbitos federal como estatal, identificaron a nivel nacional a 5,245 víctimas de los delitos en materia de trata de personas; con excepción de Colima y Yucatán en todas las entidades federativas se identificó al menos una víctima de estos delitos; de este total se desprende que el 42% corresponde a explotación sexual; el 6% a explotación en los trabajos o servicios forzados; 4% a mendicidad forzosa y el 1% a matrimonio forzoso o servil.

Cabe señalar que, a nivel nacional, no se reportó ninguna víctima que fuera explotada con fines de esclavitud, servidumbre o extracción de órganos, sin embargo, el 47% restante corresponde a casos en los que no fue identificado el tipo de explotación.³²⁵

Lo anterior no puede ni debe interpretarse como una ausencia de víctimas del tráfico de órganos, sino como una falta de identificación de víctimas en este ámbito. Incluso, como se desprende del propio documento elaborado por la CNDH, aun cuando no se cuenta con datos oficiales respecto de víctimas identificadas por trata de personas relacionada con el tráfico de órganos, sí se tiene registro de averiguaciones o carpetas iniciadas por este delito.

Por su parte, la red trasnacional denominada “*Hispanics in Philanthropy*” –una organización que reúne tanto a investigadores como a organizaciones de la sociedad civil para atender diversas problemáticas sociales– en 2018, elaboró un trabajo que fue publicado por el Senado de República, titulado “Una mirada desde las organizaciones de la sociedad civil a la trata de personas en México”, del cual se desprende, entre otras cuestiones, que en Puebla se han documentado casos de secuestro de jóvenes –principalmente, de entre 16 y 19 años– para estudios de compatibilidad y extracción de órganos.³²⁶

5.4. PERSPECTIVAS

5.4.1. El problema de los trasplantes de órganos en México

Sin lugar a duda, los trasplantes de órganos representan una alternativa médica que ha permitido salvar la vida de miles de pacientes a lo largo de las últimas décadas, sin embargo, en diversas partes del mundo y, especialmente, en nuestro país, entorno a esta práctica se han presentado ciertos problemas que lastiman la dignidad de las personas y violentan los postulados de la Bioética.

³²⁵ Diagnóstico sobre la Situación de la Trata de Personas en México 2019, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2019.

³²⁶ Una mirada desde las organizaciones de la sociedad civil a la trata de personas en México, *Hispanics in Philanthropy*, México, 2018, https://www.senado.gob.mx/comisiones/trata_personas/docs/trata.pdf

Al respecto, la falta de órganos para trasplante constituye el origen de la problemática que se presenta en México entorno a dicha práctica, la cual, con base en todo lo que se ha abordado en el presente trabajo, se expone a continuación.

5.4.1.1. Consentimiento

En primer lugar, tratándose de donaciones *post mortem*, la forma en que se aplica el modelo de consentimiento adoptado en México representa un obstáculo para la obtención de órganos viables para trasplante, principalmente, por la trascendencia que implica el poder de decisión de la familia.

Recordemos que el modelo que nuestro país aplica es el de consentimiento explícito–universal–restringido (apartado 4.2.2.4. del presente trabajo), con base en el cual: **(i)** ninguna persona es donante, salvo que exprese su deseo en forma explícita; **(ii)** el donante no puede establecer condiciones de reciprocidad; y **(iii)** la familia puede donar los órganos de la persona muerta, aun cuando no haya manifestado en vida su consentimiento explícito, pero si la persona se manifestó antes de su muerte, expresamente, por no ser donante, entonces la familia no puede donar sus órganos.

No obstante, la práctica que prevalece en el país excede las pautas antes señaladas, puesto que el modelo sólo admite la idea de que el consentimiento sea expreso, sin embargo, a pesar de que así haya quedado manifiesto por parte de la persona fallecida, su consentimiento sólo se ejecuta si la familia está de acuerdo.³²⁷ En otras palabras, se defiende a toda costa la voluntad de la persona fallecida en caso de que su deseo sea no ser donante, pero no se defiende de la misma manera la voluntad de aquellos que manifiestan su deseo de sí ser donantes *post mortem*.

Lo anterior encuentra justificación en la actitud proteccionista de las autoridades sanitarias frente a diversos factores, por mencionar algunos: el duelo; diversas ideologías; las creencias religiosas; la falta de comprensión del concepto de muerte encefálica; e, incluso, por desconocimiento del procedimiento de

³²⁷ Cfr. Alta demanda de trasplantes de órganos, vinculada con prevalencia de diabetes, Boletín UNAM-DGCS-161, México, Ciudad Universitaria, febrero 2022, https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_161.html

extracción de órganos –algunas personas niegan la donación por creer que el cuerpo del donante *post mortem* quedará desfigurado luego de la extracción–.

Así, desafortunadamente, se reduce muchísimo la obtención de órganos, pues a pesar de que la persona muerta haya tenido en vida la intención –y lo hubiere manifestado por cualquier medio idóneo– de que las autoridades sanitarias dispusieran de sus órganos para asignarlos a pacientes que los necesitan, esto no se lleva a cabo porque es la familia la que tiene la última palabra al respecto.

Esto sucede con mayor frecuencia en supuestos en los cuales quienes deben decidir son los padres, abuelos o familiares de edad mayor, ya que en ellos es más fácil encontrar influencia de la idea de que abrir el cuerpo para retirar los órganos es indigno, o, incluso, que representa un impedimento para que el alma de su ser querido reencarne o llegue al cielo –o “paraíso” o concepto que corresponda de acuerdo con la ideología o religión de que se trate– así como la falta de conocimiento de la forma en que se extraen los órganos.

En este punto convergen dos problemas: primero, la forma en que se ejecuta el modelo de consentimiento en México, seguido por la falta de políticas públicas realmente eficaces. En principio, lo ideal sería dejar de solicitar el consentimiento de la familia si se cuenta con el consentimiento expreso del donante *post mortem*, sin embargo, no se debe pasar por alto el hecho de que precisamente porque las políticas públicas no han sido eficaces, la población no suele cuestionarse qué postura desea adoptar para sí y cuáles son los deseos de sus seres queridos al respecto.

5.4.1.2. Políticas públicas

En esa tesitura, estamos frente a otro obstáculo: las políticas públicas. Es sumamente importante que los gobiernos desarrollen de forma adecuada políticas públicas de donación de órganos, con base en las cuales no sólo se promueva la donación sino también la reflexión y la conversación al respecto. Esto no debe malinterpretarse en el sentido de que el Estado ha de convencer a las personas de donar sus órganos, no, por supuesto que no. Lo cierto es que toda reflexión

despierta en las personas la intención de compartir ideas con aquellos con quienes se tiene cercanía, así como de investigar la forma en que se llevan a cabo los procesos al respecto y, entonces, con esto se solidificarían las posturas de la población y, consecuentemente, la familia se resistiría menos a materializar la intención de quienes sí quieren donar sus órganos luego de su muerte.

La promoción de la cultura de donación de órganos merece tener un verdadero impacto en la sociedad, y, por ello, el discurso que se emplee para difundirla debe procurar que el mensaje que reciban las personas se soporte en la solidaridad y la dignidad humana, y no en la utilidad que deviene del lamentable evento que implica la muerte. En palabras de la Doctora Juliana González “la dignidad humana remite tanto a la autonomía como a la solidaridad y, más hondamente, a la justicia”.³²⁸ En el caso de los trasplantes y concretamente en el caso de la donación *post mortem*, tomar la decisión de donar con base en la libertad individual no es algo excluyente, por el contrario, es compatible con la responsabilidad para con otros. Donar órganos representa un beneficio para la sociedad a la que pertenecemos.

Aunado a lo anterior, las políticas públicas de donación son ineficientes, en especial, porque no se desarrollan de igual forma ni con el mismo impacto en todas las entidades federativas. Existen entidades cuya población es más renuente a admitir la donación de órganos, que otras. Esto se refleja, incluso, en el desarrollo de sus legislaciones. Por ejemplo, estados como Coahuila, Guanajuato, Oaxaca, Tabasco y Veracruz, no contemplan en sus respectivos marcos jurídicos la posibilidad de que la población se manifieste al respecto en el otorgamiento de voluntad anticipada y, mucho menos, al momento de realizar el trámite para obtener la licencia para conducir.

Si bien los congresos locales están facultados para legislar con independencia y autonomía al respecto, también es cierto que Cenatra puede propiciar un acercamiento con los diversos entes nacionales cuya labor repercute,

³²⁸ González Valenzuela, Juliana, *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*, México, FCE-UNAM, 2017, p. 181.

de una u otra manera, en la obtención de órganos para trasplante. De hecho, en estricto sentido, debe tomarse en consideración que Cenatra no sólo está facultado para ello, sino que esto constituye en gran medida el propósito de su creación.

5.4.1.3. Colaboración entre organismos e instancias

En ese orden de ideas, es posible arribar al siguiente problema: la falta de cooperación y colaboración efectiva entre Cenatra y otras instancias. Cenatra ha firmado múltiples convenios de colaboración con organismos e instancias, con lo cual ha refrendado su compromiso de fortalecer e impulsar la procuración de órganos, sin embargo, aún hay mucho por hacer en ámbitos que no han sido explorados.

Es innegable que con los convenios celebrados por Cenatra se promueve la obtención de órganos, así como la cultura de donación, pero también es innegable que México está por debajo de los índices internacionales, sobre todo, en comparación con países que presentan un contexto socioeconómico similar y, particularmente, con la media que se reporta en América Latina: en 2019, en nuestro país, la donación *post mortem* fue de 3.8 por millón de habitantes, mientras que el promedio en Latinoamérica fue de 9.5.³²⁹ Entonces, resulta indispensable que se revalúen los programas y las medidas adoptadas para la consecución de su propósito.

Cenatra debe encabezar esta reevaluación, puesto que del análisis realizado se advierten diversas coyunturas en las cuales puede generarse la reflexión y la toma de decisiones tendientes a elevar las cifras de donantes de órganos en México, ya sea porque se trata de ámbitos en los que no se han ejecutado acciones al respecto o porque la regulación o las políticas empleadas no son eficaces.

A este respecto, mención especial –desafortunadamente por su ineficacia– merece el caso de la Ciudad de México, pues, a pesar de que sí contempla en su marco jurídico la posibilidad de que la población manifieste su deseo de ser donador

³²⁹ International Report on Organ Donation and Transplantation Activities, Global Observatory on Donation and Transplantation, Executive Summary 2019.

de órganos, al momento de realizar el trámite para obtener la licencia para conducir, en la práctica se advierte un enorme obstáculo para la materialización de dicho propósito, a saber: para tramitar la expedición de la licencia de conducir ante la Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México, la persona interesada debe generar una cita en el portal habilitado para dicho fin en la página web del Gobierno de la Ciudad de México; habiéndose realizado lo anterior, el sistema genera automáticamente un comprobante en el cual se especifican fecha y hora en que la persona debe acudir al Centro de Servicio Tesorería correspondiente, así como los documentos que debe presentar; posteriormente, una vez que tiene lugar la cita respectiva, se solicita a la persona interesada el llenado de una hoja/formato con sus datos personales, el cual contempla un apartado para que el titular de la licencia manifieste si es o no su deseo ser donador de órganos; en caso de negativa, no existe cuestión alguna que examinarse, sin embargo, en caso de que la persona sí desee ser donador de órganos, la autoridad requiere la presentación del denominado “Formato Oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte”, elaborado por Cenatra y disponible en su página web; he aquí el problema: si la persona interesada no presenta dicho formato al personal de la Secretaría de Movilidad, la única opción que puede marcar en la hoja/formato que se le proporcionó, es aquella que enuncia “no deseo ser donador de órganos”.

En las relatadas circunstancias conviene cuestionar lo siguiente; ¿cómo pueden las personas estar en posibilidad de presentar el Formato Oficial elaborado por Cenatra si en ningún momento, previo a la cita para expedición de la licencia, se les informa sobre dicho requerimiento?; ¿no es un sinsentido que la persona tenga que manifestar que no es su deseo ser donadora *post mortem* a pesar de que sí tiene intención de serlo?; e, incluso, bajo la hipótesis de que se trate de una persona cuya comunicación al respecto con sus familiares no es suficiente, ¿esto no podría generar que ellos se opongan a la disposición de sus órganos, al darse cuenta que en su licencia manifestó dicha negativa?

Esto es grave, pues con ello no sólo el Estado está incumpliendo con su labor de ejecutar acciones que fomenten la cultura de donación de órganos, sino que está obstaculizando la obtención de estos al propiciar que se realicen manifestaciones de voluntad totalmente contrarias a la intención de las personas.

Imaginemos que, en el caso de un accidente vial, una persona ingresa con vida a un hospital, sin embargo, es diagnosticada con muerte encefálica, entonces, la familia solicita suspender la ventilación artificial; el personal médico plantea a los familiares la posibilidad de obtener su consentimiento para disponer de los órganos factibles de trasplantar, pero ellos, al desconocer cuál era la voluntad de su familiar y al advertir que en la licencia consta la negativa respectiva, consecuentemente, se niegan. Esto es lamentable. Se insiste, la disposición de los órganos de una persona tras haber fallecido puede salvar hasta 7 vidas.³³⁰

Como quedó dicho en el apartado 5.3.1. del presente trabajo, del total de muertes registradas en 2019, en México, 15,156 tuvieron lugar a causa de accidentes de tránsito –y más de la mitad correspondió a personas de entre 15 y 44 años–. Por supuesto, no todas esas defunciones hubieran podido traducirse en disposición de órganos para trasplante, sin embargo, no se trata de un número menor y por ello debe tomarse en consideración la relevancia y trascendencia que implica contar con medios idóneos para reducir en nuestro país la falta de órganos para trasplante.

Los trasplantes de órganos en España

En este punto resulta oportuno señalar que, desde hace casi 30 años, España es líder mundial en donación y trasplantes; a lo largo de las últimas tres décadas se han realizado más de 130,000 trasplantes y en 2019 presentó una tasa de 49,6 donantes por millón de habitantes.³³¹ En España los pacientes que necesitan un órgano para poder salvar su vida, estadísticamente, tienen un 94% de

³³⁰ “Un donante puede salvar 7 vidas”, Instituto Nacional de Salud Pública, <https://www.insp.mx/avisos/un-donante-puede-salvar-7-vidas>

³³¹ International Report on Organ Donation and Transplantation Activities, Global Observatory on Donation and Transplantation, Executive Summary, 2019.

probabilidades de obtenerlo. Se estima que el éxito de España deriva de dos factores primordiales: un modelo de obtención de órganos realmente efectivo, liderado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT); y la solidaridad del pueblo español.³³²

A diferencia de México –y de muchos países– en España el organismo responsable de impulsar y coordinar los procesos de trasplante juega un papel sumamente importante, puesto que la ONT, además de promover la cultura de donación, se encarga de operar toda la estructura logística relativa a trasplantes, a saber: una vez que se puede disponer de un órgano para trasplante, las autoridades sanitarias dan aviso a la ONT y, consecuentemente, su personal se pone en contacto con el hospital de la primera persona compatible más urgente y cercana; si el órgano del que se dispone no pudiera utilizarse para el caso que se previó, entonces, en el lapso de una hora, máximo, se redirige a otro hospital para evitar que éste se deteriore. Al tiempo que hay personal en contacto con autoridades sanitarias, hay personal en contacto con la persona que será receptora, a fin de que, en el menor tiempo posible, se traslade e ingrese al hospital correspondiente.³³³

Lo anterior se narra de forma sucinta e, incluso, como si el resultado sólo dependiera de la celeridad en las llamadas, sin embargo, para llevarlo a cabo adecuadamente concurren una serie de factores de suma trascendencia, por ejemplo, la ONT se ha encargado de: contar con personal capacitado y suficiente para atender la demanda y urgencia; llevar un impecable control de las listas de espera; tener una comunicación eficiente con los pacientes receptores; y, claro, previamente, de haber empleado acciones que favorecieron la obtención del consentimiento requerido.

En México, desafortunadamente, no contamos con un modelo operativo de esta naturaleza y, a pesar de que Cenatra puede considerarse homólogo de la ONT

³³² *El éxito español en trasplantes, explicado por sus responsables*, El País, Murcia, 2019, https://elpais.com/elpais/2019/09/29/ciencia/1569785617_651529.html#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20se%20registraron%20el,redujeron%20la%20disponibilidad%20de%20%C3%B3rganos.

³³³ *El Modelo Español*, Organización Nacional de Trasplantes, 2022, <http://www.ont.es/home/Paginas/ElModeloEspanol.aspx>

puesto que se encarga de coordinar el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes, los resultados obtenidos en nuestro país distan mucho de aquellos alcanzados por España. Al respecto, varios países han reproducido el modelo español, sin embargo, México no sólo se ha abstenido de replicarlo, sino que tampoco ha desarrollado uno que pueda considerarse exitoso.

Son muchas las razones por las cuales México no puede permitirse presentar índices tan bajos de donación de órganos, pero una de las que surge, precisamente, como consecuencia de analizar el contexto de nuestro país respecto de otros, es la relativa al tráfico de órganos.

5.4.1.4. Tráfico de órganos

Con todo lo antes referido, se ha expuesto en gran medida el problema actual que se presenta en México entorno a los trasplantes de órganos y que se traduce en una importante falta de órganos. El análisis de sus consecuencias permite concluir que este problema es de naturaleza ambivalente, pues, si bien cada aspecto señalado deriva en que la falta de órganos es un problema *per se* para los pacientes cuya única alternativa para salvar sus vidas es el trasplante, también se deduce que estos aspectos derivan en un problema que afecta la vida y la dignidad de personas que no necesitan un trasplante, como consecuencia de una lamentable realidad: el tráfico de órganos.

Como quedó apuntado en el apartado 5.3.4. del presente trabajo, es complejo contar con cifras exactas sobre víctimas de delitos en materia de trata de personas y, particularmente, lo es respecto de víctimas de trata de personas con fines de extracción de órganos. En 2019, a nivel nacional, no se reportó ninguna víctima de este delito, sin embargo, dicho crimen es una realidad tanto en nuestro país como alrededor del mundo; basta observar cómo se han materializado diversos esfuerzos en el ámbito convencional, así como en los entornos médico y académico, principalmente, a través del Protocolo de Palermo, la Declaración de Estambul y el Documento de Aguascalientes. El hecho de que no haya datos de víctimas no significa que no haya víctimas. Como se desprende del documento elaborado por

la CNDH, referido en el mismo apartado 5.3.4., aun cuando no hay datos oficiales de víctimas, sí hay registro de averiguaciones o carpetas iniciadas por este delito.

Por medio de la trata de personas se pretende comercializar a una persona, ya sea laboral o sexualmente, o a través de la “venta” del cuerpo, como es el caso del tráfico de órganos. En reiteradas ocasiones, diversas figuras han afirmado que en México no existe un problema de tráfico de órganos. En su momento, Guillermina Cabrera, titular de la Unidad de Investigación de Tráfico de Menores, Indocumentados y de Órganos, de la, entonces, Procuraduría General de la República, aseguró que en México no existía tráfico de órganos, ya que no había denuncia ni evidencia de la comisión de dicho ilícito.³³⁴ Por su parte, el Doctor Arturo Dib Kuri, anterior Director de Cenatra, manifestó que por la complejidad que implican los procedimientos respectivos, es imposible que el tráfico de órganos pueda darse sin que la autoridad tenga conocimiento e, incluso, criticó mensajes difundidos por la CNDH que advertían sobre el riesgo de tráfico de órganos, manifestando que estos afectan programas de donación y desalientan a las personas a ser donadores.³³⁵

En el mismo sentido se han pronunciado tanto el Doctor José Salvador Aburto Morales, actual Director de Cenatra, como la Doctora Josefina Alberú Gómez, Presidenta de la Sociedad Nacional de Trasplantes e integrante del Departamento de Trasplantes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Al respecto, el Dr. Aburto, en 2016, negó la existencia del tráfico de órganos como un problema en México, con base en que “no hay ninguna denuncia o caso que permita verificarlo”.³³⁶ Por su parte, la Dra. Alberú ha dicho que el comercio de órganos sí existe, pero que deben olvidarse “aquellas historias sobre personas que amanecen en la tina del baño de un hotel, sumergidas en hielos

³³⁴ “Niegan que en México haya tráfico de órganos”, México, La Jornada, 2010, <https://www.jornada.com.mx/2010/01/28/sociedad/042n1soc>

³³⁵ *Ídem*.

³³⁶ “En México no hay denuncias de tráfico de órganos, tampoco existe turismo de trasplantes: especialista”, México, MVS Noticias, 2016, <https://mvsnoticias.com/nacional/2016/3/14/en-mexico-no-hay-denuncias-de-traffic-de-organos-tampoco-existe-turismo-de-trasplantes-especialista-288204.html>

y con un órgano menos” ya que eso no es viable y, únicamente, alarma a la población.³³⁷

A pesar de que estas declaraciones son precisas, por lo que hace a que, efectivamente, no se cuenta con datos que permitan identificar víctimas de este delito, no nos debemos permitir ser insensibles e ignorar la evidente factibilidad de la comisión del mismo. No puede ni debe minimizarse la capacidad de las organizaciones criminales en nuestro país, concluyendo que el problema de tráfico de órganos no existe, por el hecho de que los procedimientos que deben llevarse a cabo para realizar con éxito un trasplante son complejos e implican la observancia de diversas cuestiones, antes y después de la cirugía. Por supuesto que pensar en encontrar una tina llena de sangre como consecuencia de haber retirado en ella los órganos a una persona para trasplantarlos en otra, puede considerarse insensato. Sin embargo, el problema no se limita a esa extravagante concepción.

En primer lugar, se insiste, vale la pena reflexionar respecto de la trata de personas con fines de extracción de órganos, principalmente, por dos cuestiones básicas: **(i)** materialmente, es factible; y **(ii)** diversos documentos internacionales –a los que se hizo referencia en el apartado 5.2. de este trabajo– concretan esfuerzos tanto por prevenirlo como por erradicarlo. En segundo lugar, no sólo reflexionar, sino atender y tomar acciones al respecto, vale la pena cuando se advierten casos –aunque sea de forma muy superficial– en los cuales podría actualizarse la comisión de este delito. Algunos de los casos que llaman la atención, se narran a continuación.

(i) El caso de la niña fallecida en San Luis Potosí

En 2010, tuvo lugar, en San Luis Potosí, el caso de una niña que murió a pocas horas de haber ingresado a un hospital, respecto de la cual, posteriormente, personal de la funeraria que arregló su cuerpo, informó a los padres que posiblemente le habían extraído órganos a su hija, puesto que presentaba cavidades vacías. Los padres presentaron una denuncia respecto de la cual no hubo

³³⁷ “Cuando donar órganos no es voluntario”, México, El Sol de Tulancingo, 2018, <https://www.elsoldetulancingo.com.mx/local/cuando-donar-organos-no-es-voluntario-2277976.html>

ejercicio de la acción penal, ya que el Ministerio Público concluyó que los médicos actuaron adecuadamente, salvo por la “omisión” de informar a los familiares que la menor presentaba una infección motivo por la cual, para la realización de la necropsia, tuvieron que extraerse algunas partes de su cuerpo.³³⁸

(ii) Denuncias de pacientes en contra del Dr. Rodríguez Sancho

Desde 2008, pacientes del Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, acusaron al jefe de la Unidad de Trasplantes, el Doctor Luis Carlos Rodríguez Sancho, por presunto tráfico de órganos, así como por obtener ganancias ilícitas de trasplantes realizados en dicho hospital.

La situación comenzó cuando la familia de Xóchitl Mestas presentó, el 9 de mayo de 2008, una denuncia ante el Consejo Estatal de Trasplante de Órganos y Tejidos de Jalisco por haberla obligado a pagar ochocientos mil pesos para que el Dr. Rodríguez Sancho le practicara un trasplante de hígado –tomemos en cuenta que el Hospital Civil de Guadalajara pertenece al Sector Salud–. De las investigaciones se obtuvo información de la que se desprendió que uno de los requisitos para recibir el órgano era depositar cuatrocientos mil pesos en una cuenta a nombre del padre del Dr. Rodríguez Sancho, así como firmar cuatro pagarés por cien mil pesos cada uno.³³⁹ Adicionalmente, se supo que en otros casos pidió a los pacientes hasta un millón de pesos en efectivo como anticipo para conseguir un hígado y, consecuentemente, realizar el trasplante. También se tuvo dato de que el Dr. Rodríguez Sancho alteraba la lista de espera (del hospital), para favorecer a quienes sí contaban con posibilidades de pagar por un trasplante.³⁴⁰

Otro de los casos que llaman la atención, es el de Rafael Cruz Chávez, un niño que murió a causa de una intervención por trasplante de riñón; su madre comentó que luego de tres años de espera, consiguieron un donador, Demetrio

³³⁸ “Niegan que en México...” *op. cit.*, México, La Jornada, 2010, <https://www.jornada.com.mx/2010/01/28/sociedad/042n1soc>

³³⁹ “El escándalo de los trasplantes de Rodríguez Sancho”, México, El Informador, 2013, <https://www.informador.mx/Jalisco/El-escandalo-en-los-trasplantes-de-Rodriguez-Sancho-20130607-0058.html>

³⁴⁰ “Denuncian tráfico de órganos en hospital de Jalisco”, México, W Radio, 2008, https://wradio.com.mx/m/radio/2008/08/05/nacional/1217960160_646113.html

Chávez, tío del niño de quince años, sin embargo, la operación fracaso. Los médicos le explicaron que el riñón se encontraba perforado, pero se negaron a practicar una necropsia al cuerpo del joven, no obstante, se comprobó que a su tío sí le habían quitado el riñón.³⁴¹

En 2010 el Dr. Rodríguez Sancho fue inhabilitado para realizar trasplantes por un periodo de tres años.³⁴² En virtud del escándalo, en la entidad federativa se redujeron, considerablemente, los trasplantes de hígado y, desde entonces, los pocos que se practican, se llevan a cabo, por lo regular, en hospitales privados.

En relación con este caso, incluso integrantes de la Fundación Nacional de Niños Robados y Desaparecidos, han documentado y denunciado ante autoridades locales y federales, así como ante medios de comunicación, que el Dr. Rodríguez Sancho encabeza una presunta red delictiva de la que se han beneficiado personajes públicos, empresarios, políticos y artistas que pagan entre doscientos mil y dos millones de pesos por obtener un órgano para trasplante.³⁴³

(iii) El tráfico de córneas en Mexicali

A partir del año 2006, en Mexicali, Baja California, el denominado “Instituto de la Visión Dr. Méndez” comenzó a obtener especial popularidad gracias a que su fundador y dos de sus hijos adquirieron fama de ser capaces de reestablecer la vista a, prácticamente, cualquier persona.

No obstante, los tres médicos fueron investigados por la Agencia Federal de Investigación de los Estados Unidos (FBI), la Organización Internacional de Policía Criminal (Interpol) y por la, entonces, Procuraduría General de la República, por el delito de tráfico de órganos.³⁴⁴ En 2009, tuvieron lugar las denuncias presentadas por algunos pacientes que, con posterioridad a que se sometieron a trasplantes de

³⁴¹ *Ídem.*

³⁴² “Inhabilitan tres años a ex directivo del Hospital Civil de Guadalajara”, México, La Jornada, 2008, <https://www.jornada.com.mx/2008/10/01/index.php?section=estados&article=037n1est>

³⁴³ “Amenazas de muerte contra activistas que documentan tráfico de órganos en Jalisco”, México, La Jornada, 2008, <https://www.jornada.com.mx/2008/08/21/index.php?section=sociedad&article=047n1soc>

³⁴⁴ “FBI e Interpol iban tras tráfico de córneas. Dieron con clínica en Tijuana de médico reconocido”, México, Sin Embargo, 2019, <https://www.sinembargo.mx/23-11-2019/3682442>

córnea en dicha clínica, mostraron diversas complicaciones –por los nulos controles sanitarios empleados–. Por su parte, en 2010, uno de los hijos –no involucrado en el caso– del médico titular de la clínica, presentó una denuncia en contra de su padre y hermanos.³⁴⁵ Luego de casi diez años de investigación, en 2019, las autoridades mexicanas giraron orden de aprehensión en contra de uno de los hijos y éste fue detenido en noviembre del mismo año.

De acuerdo con algunas evidencias, los doctores buscaban personas con diagnóstico reciente de muerte encefálica en unidades de cuidados intensivos en hospitales de San Diego, California; alteraban documentos, pagaban sobornos, adquirían las córneas y, posteriormente, las trasladaban a México para, entonces, trasplantarlas en la clínica de su propiedad, no sólo de forma ilegal, sino también sin atender a las medidas sanitarias respectivas.³⁴⁶ Hoy día se sabe que la clínica no contaba siquiera con permiso por parte de Cofepris para realizar trasplantes de córneas.³⁴⁷ Aparentemente, el proceso penal no ha concluido y, de acuerdo con diversos medios de comunicación, el Dr. Méndez (hijo), fue puesto en libertad bajo caución en 2016.

(iv) El caso del trasplante renal en el Hospital Ángeles del Pedregal

En junio de 2020, se hizo público un caso que tuvo lugar en 2018. En Estados Unidos, un paciente de 81 años requería de un trasplante de riñón para salvar su vida, por lo cual su equipo de médicos hizo lo posible por encontrar un donador vivo, sin embargo, todos sus posibles donantes fueron rechazados. Ante esto, el paciente comentó a su doctor tener la posibilidad de “conseguir” un riñón en la Ciudad de México (aludiendo a comprar el órgano), su médico le sugirió no hacerlo. No

³⁴⁵ “Córneas a la venta: una historia mexicana de tráfico de órganos”, México, El Herald de México, 2020, <https://heraldodemexico.com.mx/opinion/2020/1/7/corneas-la-venta-una-historia-mexicana-de-trafico-de-organos-143463.html>

³⁴⁶ “El correo que expuso una red de tráfico de órganos que opera en México”, México, EMEEQUIS, 2020, <https://www.m-x.com.mx/investigaciones/el-correo-que-expuso-una-red-de-trafico-de-organos-que-opera-en-mexico>

³⁴⁷ “Médico oftalmólogo es detenido en Mexicali por presunto tráfico de órganos”, México, Animal Político, 2019, <https://www.animalpolitico.com/2019/11/medico-oftalmologo-es-detenido-en-mexicali-por-presunto-trafico-de-organos/#:~:text=Autoridades%20judiciales%20confirmaron%20la%20detenci%C3%B3n,de%20partes%20del%20cuerpo%20humano.>

obstante, posteriormente, el médico tuvo conocimiento de que su paciente había recibido el riñón de un donador vivo de 20 años, origen mexicano, y a quien no conocía, en uno de los hospitales ubicados en la Ciudad de México del Hospital Ángeles.³⁴⁸

El médico de este paciente informó sobre la situación a diversas figuras relacionadas con la práctica de la medicina de trasplantes, entre ellos, al Doctor Francis Delmonico, jefe del Centro Médico del Banco de Órganos de Nueva Inglaterra en Massachusetts, Estados Unidos; y a Rafael Reyes, presidente de la Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe. Ambos establecieron, a su vez, comunicación con el Doctor José Salvador Aburto Morales, Director de Cenatra, quien, consecuentemente, dio vista a Cofepris y ésta llevó a cabo una inspección sorpresa al Hospital Ángeles del Pedregal, respecto de la cual, en un primer momento, manifestó que habiéndose examinado los registros médicos, el trasplante se había practicado con apego a los requerimientos legales aplicables;³⁴⁹ y, días después, informó que tanto Cenatra como Cofepris, habían aplicado medidas de seguridad y sanciones económicas al hospital y al programa de trasplantes, sin especificar los motivos.³⁵⁰

A pesar del resultado obtenido por Cofepris de la inspección realizada, diversas figuras relacionadas con la práctica de trasplantes manifestaron tener dudas al respecto, así como su preocupación por las irregularidades advertidas de los hechos ocurridos. En especial, el Doctor estadounidense Gabriel Danovitch, médico del paciente que recibió el trasplante en cuestión, posteriormente, declaró tener dudas respecto de cómo se resolvió el problema.

En las relatadas circunstancias, es evidente que el tráfico de órganos es un problema latente en nuestro país. Los cuatro casos a los que se ha hecho referencia

³⁴⁸ “El correo que expuso una red...” *op. cit.*, México, EMEEQUIS, 2020, <https://www.m-x.com.mx/investigaciones/el-correo-que-expuso-una-red-de-trafico-de-organos-que-opera-en-mexico>

³⁴⁹ *Ídem.*

³⁵⁰ “Autoridades sancionaron a Hospital privado por irregularidades en trasplante renal”, México, EMEEQUIS, 2020, <https://www.m-x.com.mx/al-dia/autoridades-sancionaron-a-hospital-privado-por-irregularidades-en-trasplante-renal>

son algunos de los cuales, tristemente, demuestran que –con independencia de si hay o no datos que permitan cifrar a las víctimas de este delito– el problema existe.

Es importante destacar que, en especial, los últimos tres casos mencionados comparten ciertas circunstancias: intervinieron profesionales de la salud; los médicos contaban con los conocimientos y las herramientas necesarias para llevar a cabo los procedimientos requeridos; y, además, hubo un espacio sanitario adecuado para llevar a cabo los trasplantes. Es decir, aquellas circunstancias de difícil consecución que las autoridades han manifestado que deben converger para llevar a cabo cualquier trasplante, se dieron.

No se omite señalar que, si bien es cierto que en ninguno de los casos se demostró –o se ha demostrado aún– la comisión de algún delito, también es cierto que diversas irregularidades se desprenden, claramente, respecto de cada uno de ellos. Se hizo alusión a estos casos por considerar que representan acontecimientos que pueden resultar orientadores al momento de prever conductas ilícitas, lo cual se expone a continuación.

El caso de la niña fallecida en San Luis Potosí se estima relevante pues permite evidenciar lo factible que es que a un paciente le sean extraídos determinados órganos sin consentimiento ni conocimiento de los familiares. Si bien en dicho caso, supuestamente, se realizaron las investigaciones correspondientes y no hubo ejercicio de la acción penal, cabe cuestionar lo siguiente; ¿se hubiera investigado de no ser porque el personal de la funeraria lo informó a los familiares?; ¿no es presumible una falta de ética en el actuar de los médicos?; ¿esa presunción no genera desconfianza e incertidumbre respecto del destino de los órganos extraídos?; y, por supuesto, ¿en cuántos otros pacientes ha sucedido lo mismo sin que se haya advertido –por terceros– ni informado –por los médicos– a los familiares?

Por su parte, el caso del Dr. Rodríguez Sancho, pone en evidencia las conductas incorrectas que pueden llevar a cabo algunos médicos y que, consecuentemente, demuestran la falta de ética con la cual desempeñan el ejercicio de su profesión. Además de ilegal, es inaceptable que un profesional de la salud

altere la lista de espera de los pacientes que requieren órganos para trasplante, a fin de favorecer a quienes cuentan con posibilidades de pagar –ilícitamente– por uno. No obstante, sucede.

El tráfico de córneas en Mexicali refleja tantas cuestiones que pueden ser calificadas igualmente de deplorables como ilegales, y puede sintetizarse aludiendo a dos aspectos esenciales: **(i)** el evidente problema de corrupción que aqueja a nuestro país; y **(ii)** la falta de control y vigilancia por parte de nuestras autoridades sanitarias respecto de establecimientos en los cuales se realizan trasplantes.

Por último, reflexionar sobre la información relacionada con el trasplante renal practicado en el Hospital Ángeles del Pedregal despierta dudas en cuanto a lo que realmente sucedió, así como una gran preocupación por la factible adquisición ilícita de órganos para trasplante. Como se abordó en el apartado 4.2.1. del presente trabajo, en las donaciones directas el donante puede ser un familiar o una persona sin parentesco biológico con o sin relación con el receptor. El tratamiento de este último supuesto –donante sin parentesco biológico con o sin relación con el receptor– es sumamente delicado y por ello el Comité de Trasplantes del hospital donde pretende practicarse el trasplante, debe cumplir con diversos protocolos establecidos para determinar si procede o no llevar a cabo la cirugía, especialmente, a fin de asegurarse de que la donación es completamente altruista y sea descartada la existencia de cualquier tipo de gratificación o retribución por ella.

No podemos ignorar el problema de corrupción que existe en México, así como el hecho de que éste también permea en el sistema de salud de nuestro país. Tampoco podemos asumir que la totalidad de las veces los usuarios de los servicios de salud se conducen recta y honestamente, por ello no resulta insensato concebir los siguientes escenarios: **(i)** que, intencionalmente, se haya eludido el escrutinio realizado por el Comité de Trasplantes del Hospital Ángeles –mintiendo tanto donador como receptor respecto del tipo de relación sostenida entre ellos– y que, efectivamente, como lo manifestó el propio paciente receptor a su médico en Estados Unidos, el donante haya “obsequiado” su riñón a cambio de algún tipo de retribución; **(ii)** que el Comité de Trasplantes del Hospital Ángeles haya llevado a

cabo de forma incorrecta el protocolo respectivo, autorizando, consecuentemente, un trasplante respecto del cual la donación del riñón era ilícita por encontrarse motivada en causas contrarias al altruismo y la gratuidad; **(iii)** que el Comité de Trasplantes del Hospital Ángeles, deliberadamente, haya pasado por alto que la relación existente entre donador y receptor era consecuencia de la compraventa del riñón; y **(iv)** que cualquiera de los supuestos anteriores ocurra con frecuencia en los diversos establecimientos donde se practican trasplantes en nuestro país.

Con el contenido de estas líneas de ninguna manera se pretende desacreditar tan noble profesión como lo es la Medicina. No obstante, el evidente corte humanista que conlleva el ejercicio profesional de los médicos no implica que éste no pueda ser corrompido o desempeñado con deshonor. Muestras de ello hay muchas, tanto en nuestro país como fuera de él, y si bien la labor del médico consiste en actuar siempre en beneficio del paciente, también es cierto que hay médicos que anteponen diversas cuestiones a su ética y profesionalismo. El ideal es que la rectitud y probidad de los profesionistas –de la materia de que se trate– permee siempre su ejercicio, pero, lamentablemente, la realidad muchas veces es otra, por ello vale la pena tomar acción en aras de prevenir cualquiera de los ilícitos antes señalados.

Por último, cabe mencionar que, desafortunadamente, México atraviesa por momentos de suma inestabilidad e incertidumbre en materia de seguridad y uno de los problemas actuales de mayor trascendencia lo constituye el relativo a las desapariciones forzadas. Efectivamente, como han manifestado diversas autoridades, es complejo el proceso de trasplante, y sí, se requiere de todo un equipo de recursos humanos, profesionales y materiales para poder llevarlo a cabo, sin embargo, dicho argumento no es suficiente para descartar ni mucho menos minimizar la capacidad que puede tener y desarrollar la delincuencia organizada. No debemos ni podemos esperar a tener datos con cifras elevadas de ilícitos que impliquen violaciones a derechos humanos y, por supuesto, violaciones a la dignidad de las personas, para entonces tomar acciones que reduzcan la demanda de órganos.

En esa tesitura, atender al problema de trasplantes de órganos en México no se trata sólo de salvar la vida de los pacientes que requieren de un trasplante; ni se trata de elevar las cifras de donación y trasplante sólo por el hecho de que éstas son, considerablemente, menores a las de nuestros homólogos; se trata de atender a la escasez de órganos en virtud de que ésta vulnera y pone en riesgo la vida y la dignidad de todas las personas. El tráfico de órganos es un mercado ilegal con valor incalculable por los pocos datos certeros que se tienen al respecto, sin embargo, se insiste, su existencia es una realidad.

Al ser el problema de los trasplantes de órganos uno de oferta y demanda, lo que se debe hacer, indudablemente, es crear oferta; se deben promover sistemas de donación que proporcionen donantes, así como desarrollar verdaderos soportes legislativos, operativos y técnicos para crear programas de trasplantes que realmente funcionen. En palabras del Doctor José Ramón Núñez, ex coordinador del programa de trasplantes de la OMS, “el tráfico ilegal es difícil de atajar: es mejor trabajar en lo legal para que haya órganos que colmen las necesidades”.³⁵¹

³⁵¹ “Uno de cada diez trasplantes en el mundo procede del tráfico ilegal”, Madrid, El País, 2014, https://elpais.com/sociedad/2014/03/12/actualidad/1394658467_751231.html

CONCLUSIONES

PRIMERA. Los avances tecnológicos en el campo de la medicina han desarrollado y perfeccionado técnicas en aras de salvar vidas y de mejorar la calidad de vida de los pacientes. En ese sentido, la medicina de trasplantes es una alternativa terapéutica excepcional para personas que se encuentran en etapa terminal y sin otro posible tratamiento.

SEGUNDA. Un trasplante de órgano es la transposición de un órgano en un cuerpo diferente con el fin de reponer la función perdida o deficiente del que se sustituye. Los trasplantes de órganos que se practican con mayor frecuencia y de manera habitual, alrededor del mundo, son los trasplantes de riñón, corazón e hígado.

TERCERA. Los trasplantes de órganos son una realidad en México desde 1963, cuando tuvo lugar el primer trasplante de riñón en el Hospital General, momento a partir del cual se impulsan programas de trasplantes de órganos con el objeto de capacitar a los equipos de cirugía, así como para promover la donación.

CUARTA. La comercialización de órganos se encuentra prohibida en México, así como en la mayoría de las legislaciones del mundo. Por ello, la donación de órganos es la piedra angular de todo procedimiento de trasplante. Con base en el marco jurídico interno, tratándose de la medicina de trasplantes, “donación” se refiere a la disposición de los distintos componentes del cuerpo humano –órganos, tejidos y células– con fines de trasplante.

QUINTA. La clasificación principal a que atienden las donaciones, se divide en dos tipos: donación *ex vivo* –disposición de componente del cuerpo para fines de trasplante, encontrándose con vida el sujeto de la ablación– y donación *post mortem* –la que se lleva a cabo con posterioridad a la muerte del sujeto del cual son extraídos los órgano, tejidos o células–. La donación *post mortem* juega un papel sumamente importante respecto de los trasplantes, puesto que de un donante *post mortem* puede realizarse la ablación de una mayor cantidad de órganos en comparación con la donación de una persona que se encuentra con vida.

SEXTA. Actualmente, las revoluciones científicas y tecnológicas habidas –dentro de las cuales se halla la medicina de trasplantes– generan dilemas complejos de juicio y decisión que sacuden bases morales sobre las cuales se fundamenta la vida humana. Consecuentemente, la noción de dignidad humana resulta orientadora al momento de reflexionar, tomar y ejecutar decisiones entorno a la medicina, a la biología y a la biotecnología.

SÉPTIMA. La noción de dignidad humana, pese a la complejidad que ha implicado a lo largo del tiempo conceptualizarla, es la base que fundamenta tanto los derechos humanos como los principios de la Bioética. Hoy día la noción moderna de dignidad humana, atribuida a Immanuel Kant, es la más aceptada en el mundo occidental y, consecuentemente, es la que se ha incorporado al texto de las diversas constituciones de Estados democráticos, entre ellos, por supuesto, México. En nuestro país la dignidad humana se reconoce tanto en el ámbito doctrinal como en el normativo y jurisprudencial, haciendo alusión a que se trata de un valor supremo en virtud del cual se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo, que la hace merecedora de respeto, así como sujeto de prerrogativas que le aseguren una existencia plena y compatible con su propia naturaleza.

OCTAVA. De acuerdo con la postura kantiana, los trasplantes de órganos no encuentran justificación moral puesto que la extracción de un órgano para implantarlo en otro sujeto implicaría que esta persona dispusiera de sí misma como un simple medio para un fin determinado, lo cual, de acuerdo con el principio de humanidad, desvirtuaría la humanidad de la propia persona. No obstante, los trasplantes encuentran justificación en la teoría ética del utilitarismo desarrollada por Jeremy Bentham y John Stuart Mill, la cual establece que los sujetos están obligados a elegir, de entre una gama de posibilidades, por aquella que proporcione mayor beneficio a un mayor número de personas.

NOVENA. La noción de dignidad humana es de especial trascendencia en lo relativo a la medicina de trasplante, toda vez que llevar a cabo su práctica sin el debido respeto y observancia de la dignidad de las personas que se someten a dichos

procedimientos, implicaría violentar tanto derechos humanos como valores de profundo arraigo en sus vidas. Incluso es válido considerar que la dignidad humana tiene un mayor alcance e importancia de lo que tienen los principios bioéticos porque, precisamente, la dignidad, es el eje que guía y la base que fundamenta a estos.

DÉCIMA. Los trasplantes de órganos son procedimientos éticamente válidos puesto que constituyen una práctica médica que supone el uso de la tecnología en beneficio de personas que padecen enfermedades cuya única alternativa de tratamiento e, incluso, supervivencia, es el sometimiento a dicha técnica quirúrgica, sin embargo, al ser una especialidad médica que aún se encuentra en desarrollo, se encuentra sometida constantemente a escrutinio y reflexión de naturaleza ética y jurídica.

DÉCIMA PRIMERA. La Bioética es definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. La Bioética siempre tiene como referente la noción de dignidad humana; hace frente a los acontecimientos que surgen con motivo de los avances biotecnológicos; sienta bases y establece principios generales que delimitan y orientan el actuar de los diversos sujetos implicados.

DÉCIMA SEGUNDA. La práctica de los trasplantes de órganos, así como todo aquello que deriva o deviene de dicha práctica, por ejemplo, lo relativo a la donación, se encuentra sujeto a los cuatro principios bioéticos: no maleficencia; beneficencia; respeto a la autonomía; y justicia.

DÉCIMA TERCERA. A fin de respetar cabalmente la dignidad humana de todo individuo, así como los principios bioéticos, es indispensable tratar con suma cautela la cuestión relativa a la decisión de las personas respecto de la disposición de su cuerpo y de sus órganos con fines de trasplante, lo cual se lleva a cabo por medio del otorgamiento de su consentimiento, especialmente, por lo que hace a la donación *post mortem*. Con base en la doctrina, el consentimiento puede ser expreso o tácito; universal o condicionado; y absoluto o restringido. De acuerdo con el marco jurídico en México, el consentimiento debe otorgarse de forma explícita, universal –sin establecer condiciones de reciprocidad– y restringida –la familia

puede donar los órganos de la persona muerta, incluso si no existe consentimiento explícito de la misma—.

DÉCIMA CUARTA. México tiene una amplia regulación respecto de la práctica de trasplantes de órganos. Dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud existe un Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes coordinado por Cenatra. Nuestro país cuenta con múltiples dependencias de los gobiernos, tanto estatales como federales, para capacitar, promover y practicar la medicina de trasplante, así como para fomentar en la sociedad la cultura de donación de órganos.

DÉCIMA QUINTA. Los documentos de voluntad anticipada, así como los trámites para la expedición de licencias de conducir, constituyen importantes alternativas para que las personas manifiesten su postura frente a la posibilidad de ser donadoras de órganos y, en su caso, puedan dejar plasmado en un documento veraz su consentimiento.

DÉCIMA SEXTA. En México, el principal problema en torno a los trasplantes de órganos lo constituye la escasez de órganos que existe de frente a la elevada demanda de estos. La donación de órganos en nuestro país registra tasas preocupantemente bajas en comparación con Estados cuyas condiciones socioeconómicas son similares a las de México y con la media que se reporta en América Latina.

DÉCIMA SÉPTIMA. El modelo de consentimiento adoptado en México representa un obstáculo para la obtención de órganos viables para trasplante, por la trascendencia que implica el poder de decisión que tiene la familia. A pesar de que la persona muerta hubiere manifestado en vida su deseo de donar sus órganos luego de su muerte, si en el momento del deceso —y de la posible y viable extracción— la familia no está de acuerdo, ésta no se lleva a cabo.

DÉCIMA OCTAVA. Son ineficientes las políticas públicas implementadas en México para promover la donación de órganos; éstas se han desarrollado en medidas y calidades desiguales en cada una de las entidades federativas; hace falta una correcta y suficiente coordinación por parte de Cenatra para que los programas

generen un impacto que realmente se materialice en elevar la tasa de donación y de trasplantes. Urgen programas de calidad en nuestro país.

DÉCIMA NOVENA. El orden jurídico nacional prevé normas aplicables para sancionar conductas específicas en materia de trasplantes, mismas que se encuentran tipificadas en diversos ordenamientos. Los principales delitos son el tráfico, el turismo y la comercialización de órganos, tejidos y células de seres humanos o de cadáveres.

VIGÉSIMA. Instrumentos internacionales como son los Principios rectores de la OMS sobre trasplantes de células, tejidos y órganos humanos; el Protocolo de Palermo; la Declaración de Estambul; y el Documento de Aguascalientes, han puesto de manifiesto la inminente preocupación que existe, alrededor del mundo, por la comercialización de órganos y la trata de personas con fines de extracción de órganos, en virtud de que dichos delitos son una realidad.

VIGÉSIMA PRIMERA. A pesar de que, de acuerdo con informes oficiales, en México no existen víctimas de delitos relacionados con la trata de personas con fines de extracción de órganos, ni con tráfico y comercialización de órganos, estos delitos representan un problema latente en nuestro país, principalmente, por la escasez de órganos que existe. Al respecto, en los últimos años han tenido lugar diversos casos que dejan al descubierto lo factible que es la comisión de los delitos en cuestión.

VIGÉSIMA SEGUNDA. Fomentar una cultura de donación es importante, en especial, para generar impacto en la sociedad y dar solución a la parte del problema que es relativa y atribuible a la respuesta de la familia frente a la solicitud de donación, sin embargo, la otra parte del problema corresponde, totalmente, a la falta de estructura, coordinación y organización del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes para crear, atender y ejecutar eficientemente los programas de donación y trasplantes.

VIGÉSIMA TERCERA. El problema ambivalente que representan los trasplantes de órganos en México debe atenderse con especial urgencia, pues, de lo contrario, se

acrecentará la coyuntura que vulnera gravemente la dignidad, no sólo de los pacientes que requieren un trasplante, sino de todas y cada una de las personas que integran la sociedad, al ser éstas sujetas de ser víctimas de los delitos respectivos.

FUENTES DE CONSULTA

BIBLIOGRAFÍA

- ALBARELLOS, Laura, *Bioética con trazos jurídicos*, México, Porrúa, 2007.
- ARISTÓTELES, *Ética Nicomaquea*, 24ª. ed., México, Porrúa, 2016.
- BATISTA JIMÉNEZ, Fernando, *La dignidad humana y su protección constitucional en México*, México, Porrúa, 2021.
- BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James, *Principios de Ética Biomédica*, 4ª. ed., Barcelona, Masson, 2002.
- BERNAL GÓMEZ, Beatriz, *Historia del derecho*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010.
- BRENA SESMA, Ingrid, *Salud y Derecho*, México, UNAM, 2005.
- CANO VALLE, Fernando, *Bioética*, México, UNAM, 2005.
- CASADO GONZÁLEZ, María, *Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética*, España, Comares, 1998.
- DE AQUINO, Tomás, *Suma Teológica*, 4ª. ed., España, Biblioteca de Autores Cristianos, 1988.
- DESCARTES, René, *El discurso del método*, 5ª. ed., España, Plutón Ediciones, 2021.
- FLORES TREJO, Fernando, *Bioderecho*, 2ª. ed., México, Porrúa, 2004.
- GLENDON, Mary Ann, *Un mundo nuevo, Eleanor Roosevelt y la Declaración Universal de los Derechos Humanos*, México, FCE-CDHDF-UP.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, *Fundamentos de Bioética*, 3ª. ed., Madrid, Triacastela, 2008.
- GONZÁLEZ VALENZUELA, Juliana, *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*, México, FCE-UNAM, 2017.

- GONZÁLEZ VALENZUELA, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, UNAM-Anthropos, México-Barcelona, 2005.
- HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, María del Pilar, *Mecanismos de tutela de los intereses difusos y colectivos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 1997.
- KANT, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, 16ª. ed., México, Porrúa, 2016.
- LEFRANC WEEGAN, Federico C., *Sobre la dignidad humana. Los Tribunales, la filosofía y la experiencia atroz*, México, Ubijus, 2011.
- LOLAS, Fernando, *Bioética, el dialogo moral en las ciencias de la vida*, Chile, Editorial Universitaria, 1998.
- MARGADANT, Guillermo F., *El derecho privado romano*, 26ª. ed., México, Esfinge, 2011.
- MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI, Víctor M. y OLMOS PÉREZ, Alexandra, *Las voluntades anticipadas en México. Vivir la muerte con dignidad*, México, Porrúa, 2015.
- MARTÍNEZ JIMÉNEZ, Patricio (coord.), *La transición hacia un nuevo modelo de relación médico-paciente*, España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2017.
- MAYOS, Gonçal, *La Ilustración*, Barcelona, UOC-Universidad de Barcelona, 2007.
- MILL, John, *El utilitarismo*, España, Alianza, 2014.
- MILL, John, *Sobre la libertad*, España, Tecnos, 2008.
- PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio, *Derecho Positivo de los Derechos Humanos*, Editorial Debate, España, 1987.
- PELE, Antonio, *El sujeto humano en el siglo XVII*, España, EAE, 2012.
- PELE, Antonio, *La dignidad humana. Sus orígenes en el pensamiento clásico*, España, Dykinson.

PÉREZ CARBAJAL Y CAMPUZANO, Hilda y RODRÍGUEZ LÓPEZ, Dina, *Técnicas de reproducción humana asistida*, México, Porrúa, 2015.

PÉREZ FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Bernardo, *Contratos Civiles*, México, Porrúa, 1993.

PICO DELLA MIRANDOLA, Giovanni, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, UNAM, 2016.

REICH, Warren, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Free Press Macmillan, 1978.

RIVERA LÓPEZ, Eduardo, *Ética y trasplantes de órganos*, Universidad Nacional Autónoma de México-Fondo de Cultura Económica, México, 2001.

RUIZ DE CHÁVEZ, Manuel (coord.), *Temas selectos de Conbioética. Actualidades y perspectivas*, México, Fontamara-Conbioética, 2018.

SALGADO LEDESMA, Eréndira, *Órganos de reemplazo: problemática jurídica*, Temas de Derecho Biomédico, México, Porrúa, 2010.

VEATCH, Robert W., *Medical Ethics*, Michigan, Jones and Bartlett, 1997.

La biblia, Estados Unidos, Holman Bible Publishers, 2008.

DICCIONARIOS

Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España, <<https://dtme.ranm.es/index.aspx>>

Diccionario Médico de la Universidad de Salamanca, <<https://dicciomed.usal.es/>>

Diccionario de la Biblioteca Nacional de Medicina, Estados Unidos, <<https://www.nlm.nih.gov/>>

HEMEROGRAFÍA

ARGÜERO SÁNCHEZ, Rubén, *Trasplante de corazón*, México, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Revista de Investigación Clínica, marzo-abril 2005.

ALTES INEVA, María Pilar *et. al.*, *Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios*, España, Hospital Clínico de Barcelona, 2005, <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000600005>

ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel, *Isonomía. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, número 8, México, ITAM-Fontamara, abril de 1998.

BAHENA CARRERA, Lucino, *Trasplante cruzado y ABO incompatible. Cambio en el panorama tradicional de trasplante renal en México*, México, Revista de Sanidad Militar, 2018, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000200133>

BATISTA SANTANA, Julio César, *et. al.*, *Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos*, Revista Bioética, Brasil, núm. 25, enero-abril 2017, <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/C75yZP7jkCqV5gjfxZYxg8Q/?lang=pt>>

BECERRA PARTIDA, Omar Fernando, *El bioderecho en el contexto mexicano*, México, Persona y Bioética, enero-junio 2014, <<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n1/v18n1a05.pdf>>

CASTAÑÓN GONZÁLEZ, Jorge, *Muerte cerebral*, México, Academia Mexicana de Cirugía, vol. 71, núm. 6, noviembre-diciembre 2003, <<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2003/cc036a.pdf>>

- CIENFUEGOS, Javier A., *Thomas E. Starzl (Le Mars, Iowa, 1926-2017) "In Memoriam"*, Madrid, *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 4 de abril de 2017, <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000400032>
- DILIZ PÉREZ, Héctor, *Reporte del primer caso de trasplante hepático ortotópico en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"*, México, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 76, núm. 1, enero 2013.
- DOMINIONI, Stefano, *Renacimiento y naturaleza humana: "la dignidad del hombre" de Pico*, Estados Unidos, *Contemporary Philosophy*, vol. 18, núm. 2, 1998.
- ESCALANTE COBO, José Luis, *Muerte encefálica. Evolución histórica y situación actual*, Madrid, *Revista de Medicina Intensiva*, vol. 24, núm. 3, 2000.
- FLORES, Juan Carlos, *et. al., Muerte encefálica, bioética y trasplantes de órganos*, Santiago, *Revista Médica de Chile*, enero 2004, <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100016>
- GARCÍA HERRERA, Arístides *et. al., Alexis Carrel: the contributions of a great surgeon*, Cuba, Universidad de las Ciencias Médicas de Matanzas, 2016, <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500014>
- GARELLI, Marta, *Populli romani dignitas*, Argentina, *Revista de Estudios Clásicos de la Universidad de Cuyo*, 2003.
- GARZÓN VALDÉS, Ernesto, *Algunas consideraciones éticas sobre el trasplante de órganos*, Alicante, Universidad de Alicante, *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, núm. 10, abril 1999, <<https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/isonomia-revista-de-teoria-y-filosofia-del-derecho-3/html/p0000011.htm>>

- IRACHETA FERNÁNDEZ, Francisco, *Sobre Dignidad y Eutanasia Voluntaria: Tres Aproximaciones Morales (I Parte)*, Chile, Universidad de Taparacá, Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, vol. 6, núm. 24, 2011, <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83622474003>>
- MACHADO, Calixto *et. al.*, *Criterios diagnósticos de la muerte encefálica según la resolución 90 del Ministerio de Salud Pública*, Cuba, Revista Cubana de Medicina, vol. 48, núm. 4, octubre-diciembre 2009, <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400009>
- MACHADO, Calixto *et. al.*, *The declaration of Sydney on human death*, Cuba, Journal of Medical Ethics, vol. 33, núm. 12, diciembre 2007, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598225/>>
- MAGALDI, Nuria, *The concept of daseinsvorsorge in Ernst Forsthoff and the transformations of public administration*, España, Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, Revista de Derecho Público de la Universidad de la Rioja, vol. I, 2020.
- MATEVOSSIAN, Edouard *et. al.*, *Surgeon Yurii Voronoy (1895-1961) – a pioneer in the history of clinical transplantation: in memoriam at the 75th anniversary of the first human kidney transplantation*, Alemania, European Society of Organ Transplantation, 2009, <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1432-2277.2009.00986.x>>
- OROZCO ZEPEDA, Héctor, *Un poco de historia sobre el trasplante hepático*, México, Revista de investigación clínica, vol. 57, núm. 2, marzo-abril 2005, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200003>
- PELE, Antonio, *Modelos de la dignidad del ser humano en la Edad Media*, España, Revista Derechos y Libertades, núm. 21, época II, junio 2009.

- PUIG, José María, *Historia del trasplante renal*, España, Hospital de la Esperanza, Barcelona, 1992, <https://www.revistaseden.org/files/art655_1.pdf>
- QUINTANAS, Anna (2009), *Reseña de "Bioethics: Bridge to the Future" de Van Rensselaer Potter*, México, Revista Electrónica Sinéctica, núm. 32, <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99812141010>>
- REYNOLDS, Jorge et. al., *Christiaan Barnard: 40 años del primer trasplante de corazón humano*, Colombia, Revista Colombia Médica, octubre-noviembre 2007, <<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4/v38n4a15.pdf>>
- RODRÍGUEZ, Adriana Gisela, *Historia de la ventilación mecánica*, Argentina, Revista de Medicina Intensiva del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" en Buenos Aires, 2012 – 29 N°. 1, <<https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/302/251/0>>
- RODRÍGUEZ ROMO, Roxana et. al., *El milagro de San Cosme y San Damián: el comienzo del trasplante de tejido compuesto*, México, Centro Médico Dalinde, 2011, <<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2011/cp112h.pdf>>
- VALERO, Rosalía, *Controversia en el diagnóstico de la muerte encefálica y la donación de órganos: aspectos éticos, legales y culturales*, España, Hospital Clínico de Barcelona, Revista Especializada en Anestesiología, vol. 51, núm. 9, 2004, <http://www.scartd.org/arxius/valero__redar.pdf>
- WONG, Szu Shen, *Saint Cosmas and Damian: the patron saints of pharmacy and medicine*, Londres, The Pharmaceutical Journal, 2016, <<https://pharmaceutical-journal.com/article/opinion/saint-cosmas-and-damian-the-patron-saints-of-pharmacy-and-medicine>>
- ZALAUQUETT, Ricardo, *50 años de trasplante de corazón. La operación que enmudeció al mundo y cambió para siempre el concepto de muerte*, Chile, Revista chilena de cardiología, vol. 36, núm. 3, diciembre 2017, <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300275#B23>

LEGISLACIÓN

CÓDIGO NACIONAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 5 de marzo de 2014.

CÓDIGO PENAL FEDERAL, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de agosto de 1931.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MÉXICO, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 16 de julio de 2002.

CONSTITUCIÓN DE IRLANDA, 1937, Proyecto de constituciones comparadas, <https://www.constituteproject.org/constitution/Ireland_2015.pdf?lang=es>

CONSTITUCIÓN DE WEIMAR, 1919, Textos constitucionales españoles, <<https://ezequielsingman.files.wordpress.com/2016/03/constitucion-de-weimar-alemania-19191.pdf>>

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1917, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.

LEY 24.193, Congreso de la República de Argentina, <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/01-ley-24193.pdf>>

LEY DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES EN EL ESTADO DE TLAXCALA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tlaxcala, el 15 de junio de 1983.

LEY DE MOVILIDAD DEL DISTRITO FEDERAL, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 14 de julio de 2014.

LEY DE MOVILIDAD DEL ESTADO DE GUANAJUATO Y SUS MUNICIPIOS, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, el 18 de marzo de 2016.

LEY DE MOVILIDAD DEL ESTADO DE MÉXICO, publicada en el Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, el 12 de agosto de 2015.

LEY DE MOVILIDAD DEL ESTADO DE NAYARIT, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit, el 7 de enero de 2020.

LEY DE MOVILIDAD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el 14 de junio de 2018.

LEY DE MOVILIDAD SUSTENTABLE Y TRANSPORTE DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, publicada en Periódico Oficial del Estado de Baja California, el 27 de marzo de 2020.

LEY DE MOVILIDAD Y TRANSPORTE DEL ESTADO DE CHIAPAS, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Chiapas, el 28 de octubre de 2020.

LEY DE MOVILIDAD Y TRANSPORTE DEL ESTADO DE JALISCO, publicada en el Periódico Oficial “El Estado de Jalisco”, el 10 de agosto de 2013.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Chiapas, el 6 de agosto de 1998.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE DURANGO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Durango, el 11 de julio de 2002.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO, publicada en el Periódico Oficial “El Estado de Jalisco”, el 5 de diciembre de 2018.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS, publicada en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”, el 19 de enero de 2000.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga”, el 30 de enero de 2010.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el 30 de abril de 1998.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa, el 3 de septiembre de 2004.

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tabasco, el 12 de diciembre de 2009.

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, el 9 de agosto de 2021.

LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, publicada en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur, el 31 de diciembre de 2004.

LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE CAMPECHE, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Campeche, el 13 de mayo de 2008.

LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE NAYARIT, publicada en la Segunda Sección del Periódico Oficial del Estado de Nayarit, el 30 de abril de 1994.

LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE SONORA, publicada en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora, el 28 de mayo de 2021.

LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas, el 27 de noviembre de 2001.

LEY DE SALUD PÚBLICA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, publicada en el Periódico Oficial No. 49, Sección III, Tomo CVIII, el 9 de noviembre de 2001.

LEY DE TRÁNSITO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas, el 30 de noviembre de 1987.

LEY DE TRÁNSITO DEL ESTADO DE MORELOS, publicada en el Periódico Oficial "Tierra y Libertad", el 12 de diciembre de 2007.

LEY DE TRÁNSITO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI, publicada en el Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí, el 24 de diciembre de 2005.

LEY DE TRÁNSITO DEL ESTADO DE SONORA, publicada en el Boletín Oficial del Estado de Sonora, el 27 de febrero de 1984.

LEY DE TRÁNSITO, MOVILIDAD Y VIALIDAD DEL ESTADO DE OAXACA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el 19 de febrero de 2016.

LEY DE TRÁNSITO PARA EL ESTADO DE QUERÉTARO, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado “La Sombra de Arteaga”, el 11 de octubre de 2017.

LEY DE TRÁNSITO PARA LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE DURANGO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Durango, el 22 de diciembre de 1996.

LEY DE TRÁNSITO TERRESTRE DEL ESTADO Y MUNICIPIOS DE BAJA CALIFORNIA SUR, publicada en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur, el 20 de marzo de 2005.

LEY DE TRÁNSITO, TRANSPORTE Y EXPLOTACIÓN DE VÍAS Y CARRETERAS DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el 16 de diciembre de 1996.

LEY DE TRÁNSITO Y SEGURIDAD VIAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, el 20 de julio de 2020.

LEY DE TRÁNSITO Y SEGURIDAD VIAL PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, publicada en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el 13 de abril de 2015.

LEY DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE DEL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA, publicada en el Periódico Oficial de Coahuila de Zaragoza, el 19 de enero de 1996.

LEY DE TRÁNSITO Y TRANSPORTES DEL ESTADO DE SINALOA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa, el viernes 9 de abril de 1993.

LEY DE TRÁNSITO Y VIALIDAD DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 24 de septiembre de 2002.

LEY DE TRÁNSITO Y VIALIDAD DEL ESTADO DE YUCATÁN, publicada en el Diario Oficial del Estado de Yucatán, el 22 de febrero de 2011.

LEY DE TRANSPORTE, TRÁNSITO Y VIALIDAD DEL ESTADO DE ZACATECAS, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 20 de noviembre de 2013.

LEY DEL TRANSPORTE Y DE LA SEGURIDAD VIAL PARA EL ESTADO DE COLIMA, publicada en el Periódico Oficial “El Estado de Colima”, el 23 de septiembre de 2006.

LEY DE TRANSPORTE Y VIALIDAD DEL ESTADO DE GUERRERO, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, el 6 de junio de 1989.

LEY DE VIALIDAD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, el 29 de mayo de 1994.

LEY DE VIALIDAD PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Puebla, el 31 de diciembre de 2012.

LEY DE VIALIDAD, TRÁNSITO Y CONTROL VEHICULAR DEL ESTADO DE CAMPECHE, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Campeche, el 9 de junio de 2008.

LEY DE VIALIDAD Y TRÁNSITO PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Chihuahua, el 20 de septiembre del 2006.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ESTADO DE MÉXICO, publicada en el Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, el 3 de mayo de 2013.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ESTADO DE TLAXCALA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tlaxcala, el 27 de diciembre de 2016.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ESTADO DE YUCATÁN, publicada en el Diario Oficial del Estado de Yucatán, el 18 de junio de 2016.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ESTADO DE ZACATECAS, publicada en el Suplemento del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 7 de julio de 2018.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL, Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 7 de enero de 2008.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES, publicada en la Primera Sección del Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, el 6 de abril de 2009.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE COLIMA, publicada en el Periódico Oficial "El Estado de Colima", el 3 de agosto de 2013.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, el 3 de junio de 2011.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE HIDALGO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, el 14 de febrero de 2011.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE OAXACA, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, el 9 de octubre de 2015.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, publicada en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el 16 de noviembre de 2018.

LEY DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán de Ocampo, el 21 de septiembre de 2009.

LEY ESTATAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS EN FASE TERMINAL, publicada en el Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí, el 7 de julio de 2009.

LEY ESTATAL DE SALUD, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Chihuahua, el 14 de abril de 2012.

LEY ESTATAL DE SALUD, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nuevo León, el 12 de diciembre de 1988.

LEY ESTATAL DE SALUD, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Puebla, el 4 de noviembre de 2021.

LEY GENERAL DE SALUD, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984.

LEY GENERAL DE TRÁNSITO Y VIALIDAD DEL ESTADO DE TABASCO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Tabasco, el 17 de diciembre de 2008.

LEY GENERAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LOS DELITOS EN MATERIA DE TRATA DE PERSONAS Y PARA LA PROTECCIÓN Y ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE ESTOS DELITOS, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de junio de 2012.

LEY NÚMERO 1173 DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUERRERO, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, el 20 de julio de 2012.

LEY PROTECTORA DE LA DIGNIDAD DEL ENFERMO TERMINAL PARA EL ESTADO DE COAHUILA, publicada en el Periódico Oficial, el 18 de julio de 2008.

LEY QUE REGULA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS PARA CONDUCIR DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nuevo León, el 30 de diciembre de 2005.

REGLAMENTO DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 13 de abril de 2004.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE TRASPLANTES, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014.

REGLAMENTO DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 4 de abril del 2008.

REGLAMENTO DE TRÁNSITO DEL ESTADO DE MORELOS, publicado en el Periódico Oficial "Tierra y Libertad", el 13 de agosto de 2008.

REGLAMENTO DE TRÁNSITO EN EL ESTADO DE QUINTANA ROO, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, el 18 de enero de 1991.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de agosto de 1997.

REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO NACIONAL DE TRASPLANTES, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 29 de mayo de 2000.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Organización de las Naciones Unidas, *Carta de Naciones Unidas*, 1945.

Organización de las Naciones Unidas, *Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional*, 2000.

Organización de las Naciones Unidas, *Protocolo de Palermo*, 2000.

Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948.

Organización de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 1966.

Organización de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966.

Organización de los Estados Americanos, *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, 1969.

Organización de los Estados Americanos, *Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre*, 1948.

Organización Mundial de la Salud, *Cuadragésima Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*, Resolución WHA40.13, 1987, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201032/WHA40_R13_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud, *Cuadragésima Segunda Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*, Resolución WHA42.5, 1989, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202313/WHA42_Div-5_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud, *Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplantes de células, tejidos y órganos humanos*, Resolución WHA44.25, 1991, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202649/WHA44_R25_spa.pdf;jsessionid=98F2F6120F00E287135EFEA2C15BB78D?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud, *Sexagésima Tercera Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud*, Resolución WHA63.22, 2010, <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R22-sp.pdf>

Sociedad Internacional de Nefrología *et. al.*, *La Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes*, 2008.

Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe, *El Documento de Aguascalientes*, 2011.

SENTENCIAS

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Contreras y Otros vs. El Salvador*, 31 de agosto de 2011, <https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_232_esp.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay*, 2 de septiembre de 2004, <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_112_esp.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Baldeón García vs. Perú*, 6 de abril de 2006, <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_147_esp1.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 4 de julio de 2006, <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf>

CRITERIOS JURISPRUDENCIALES

Tesis 1ª./J.37/2016 (10ª.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. II, agosto de 2016, p. 633.

Tesis P.LXV/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 8.

OTRAS FUENTES

Animal Político, *Médico oftalmólogo es detenido en Mexicali por presunto tráfico de órganos*, México, 2019, <<https://www.animalpolitico.com/2019/11/medico-oftalmologo-es-detenido-en-mexicali-por-presunto-traffic-de-organos/#:~:text=Autoridades%20judiciales%20confirmaron%20la%20detenci%C3%B3n,de%20partes%20del%20cuerpo%20humano>>

- Beecher, Henry, *et. al.*, *Informe del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de Harvard para explorar la definición de muerte cerebral*, Estados Unidos, 1968.
- Cámara de Diputados, Sesión de 15 de diciembre de 2010, versión estenográfica, <<http://pot.diputados.gob.mx/Obligaciones-de-Ley/Articulo-72/V.-Versiones-estenograficas>>
- Cámara de Senadores, Discusión de 8 de abril de 2010, versión estenográfica, <https://www.senado.gob.mx/64/version_estenografica/2010_4_8/930>
- Centro Nacional de Trasplantes, Boletín estadístico – informativo, México, enero-junio 2016.
- Centro Nacional de Trasplantes, Primer informe semestral 2021 sobre donación y trasplante, México, 2021.
- Centro Nacional de Trasplantes, Reporte anual 2019 de donación y trasplantes en México, México, 2020.
- Clínica Mayo, *Células madre: qué son y qué hacen*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bone-marrow-transplant/in-depth/stem-cells/art-20048117>>
- Clínica Mayo, *Trasplante de donante vivo*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/living-donor-transplant/about/pac-20384787>>
- Clínica Mayo, *Trasplante de donante vivo no dirigido*, <<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/nondirected-living-donor/pyc-20384850>>
- Colegio de Notarios de la Ciudad de México, *¿Qué es el Documento de Voluntad Anticipada?*, México, 2020, <<https://colegiodenotarios.org.mx/?articulo=34>>
- Comisión de Arbitraje Médico *et. al.*, *Recomendaciones para la atención de pacientes Testigos de Jehová*, México, 2005.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Diagnóstico sobre la Situación de la Trata de Personas en México 2019*, México, 2019.

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica del Comportamiento, *El Informe Belmont*, Congreso de Estados Unidos, 1979, <https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf>

Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal, *Guía de referencia rápida para el diagnóstico de muerte encefálica*, México, <<http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/SS-488-11.pdf>>

El Heraldo de México, *Córneas a la venta: una historia mexicana de tráfico de órganos*, México, 2020, <<https://heraldodemexico.com.mx/opinion/2020/1/7/corneas-la-venta-una-historia-mexicana-de-traffic-de-organos-143463.html>>

El Informador, *El escándalo de los trasplantes de Rodríguez Sancho*, México, 2013, <<https://www.informador.mx/Jalisco/El-escandalo-en-los-trasplantes-de-Rodriguez-Sancho-20130607-0058.html>>

El País, *El éxito español en trasplantes, explicado por sus responsables*, Murcia, 2019, <https://elpais.com/elpais/2019/09/29/ciencia/1569785617_651529.html#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20se%20registraron%20el,redujeron%20la%20disponibilidad%20de%20%C3%B3rganos>

El País, *Uno de cada diez trasplantes en el mundo procede del tráfico ilegal*, Madrid, 2014, <https://elpais.com/sociedad/2014/03/12/actualidad/1394658467_751231.html>

El Sol de Tulancingo, *Cuando donar órganos no es voluntario*, México, 2018, <<https://www.elsoldetulancingo.com.mx/local/cuando-donar-organos-no-es-voluntario-2277976.html>>

EMEEQUIS, *El correo que expuso una red de tráfico de órganos que opera en México*, México, 2020, <<https://www.m-x.com.mx/investigaciones/el-correo-que-expuso-una-red-de-trafico-de-organos-que-opera-en-mexico>>

EMEEQUIS, *Autoridades sancionaron a Hospital privado por irregularidades en trasplante renal*, México, 2020, <<https://www.m-x.com.mx/al-dia/autoridades-sancionaron-a-hospital-privado-por-irregularidades-en-trasplante-renal>>

FRESQUET FEBRER, José L., *Biografía de Alexis Carrel*, España, Universidad de Valencia, <<https://www.historiadelamedicina.org/carrel.html>>

Global Observatory on Donation and Transplantation, *International Report on Organ Donation and Transplantation Activities*, Executive Summary, 2019.

HEISE, Gudrun, *El primer trasplante de corazón del mundo*, Alemania, Deutsche Welle, 2017, <<https://p.dw.com/p/2odpz>>

HIPOCRÁTES, Juramento hipocrático, <<http://www.conamed.gob.mx>>

Hispanics in Philanthropy, *Una mirada desde las organizaciones de la sociedad civil a la trata de personas en México*, México, 2018, <https://www.senado.gob.mx/comisiones/trata_personas/docs/trata.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social, *Trasplante de riñón, primera proeza médica realizada en el IMSS*, México, 2019, <<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/376>>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Características de las defunciones registradas en México durante 2019*, Comunicado de prensa número 480/2020, México, 2020.

Instituto Nacional de Salud Pública, *Un donante puede salvar 7 vidas*, <<https://www.insp.mx/avisos/un-donante-puede-salvar-7-vidas>>

La Jornada, *Amenazas de muerte contra activistas que documentan tráfico de órganos en Jalisco*, México, 2008, <<https://www.jornada.com.mx/2008/08/21/index.php?section=sociedad&article=047n1soc>>

La Jornada, *Inhabilitan tres años a ex directivo del Hospital Civil de Guadalajara*, México, 2008, <<https://www.jornada.com.mx/2008/10/01/index.php?section=estados&article=037n1est>>

La Jornada, *Niegan que en México haya tráfico de órganos*, México, 2010, <<https://www.jornada.com.mx/2010/01/28/sociedad/042n1soc>>

LIFSCHITZ, Alberto, *El significado actual de “primum non nocere”*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 2001, <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf>

MURRAY, Joseph E., Discurso al recibir el Premio Nobel de Medicina en 1990.

MVS Noticias, *En México no hay denuncias de tráfico de órganos, tampoco existe turismo de trasplantes: especialista*, México, 2016, <<https://mvsnoticias.com/nacional/2016/3/14/en-mexico-no-hay-denuncias-de-trafico-de-organos-tampoco-existe-turismo-de-trasplantes-especialista-288204.html>>

Organización de las Naciones Unidas, *Historia de la Declaración*, <<https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration>>

Organización Nacional de Trasplantes, *El Modelo Español*, Madrid, 2022, <<http://www.ont.es/home/Paginas/EIModeloEspanol.aspx>>

PATTANAİK, Devdutt, *Decoding Ganesha: it is difficult to reduce him to a signpost of a single idea*, India, 2017, <<https://www.thehindu.com/society/history-and-culture/decoding-ganesha/article19523320.ece>>

Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acuerdo General número 9/2011, 29 de agosto de 2011.

RODRÍGUEZ ARIA, David, *Juntas y revueltas. La muerte cerebral fue concebida para facilitar la donación de órganos*, España, Universidad de Granada, 2017, <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5836133.pdf>>

SAVÓN, Paula, *¿Quién es Ganesha?*, Argentina, Ministerio de Cultura de Argentina, 2018, <https://www.cultura.gob.ar/el-cumpleanos-de-ganesha-por-que-se-celebra-ganesh-chaturthi_6479/>

Sin Embargo, *FBI e Interpol iban tras tráfico de córneas. Dieron con clínica en Tijuana de médico reconocido*, México, 2019, <<https://www.sinembargo.mx/23-11-2019/3682442>>

Tribunal Internacional de Nüremberg, *Código de Nüremberg, 1947*, Traducción castellana de Gonzalo Herranz, Navarra, Universidad de Navarra, 2007, consultado en <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg>>

Universidad Nacional Autónoma de México, *Alta demanda de trasplantes de órganos, vinculada con prevalencia de diabetes*, Boletín UNAM-DGCS-161, México, Ciudad Universitaria, febrero 2022, <https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_161.html>

W Radio, *Denuncian tráfico de órganos en hospital de Jalisco*, México, 2008, <https://wradio.com.mx/m/radio/2008/08/05/nacional/1217960160_646113.html>