



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRO EN DERECHO

TÍTULO:
**“REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES”**

MAESTRÍA EN DERECHO

PRESENTA

LIC. CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO.

ASESOR

DR. EDUARDO OLIVA GOMEZ

PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO-UAEM SNI-1



Tabla de contenido

Introducción.....	6
CAPITULO I.....	8
<i>La donación y trasplante de órganos: conceptos y consideraciones generales.</i>	8
<i>La vida: Concepto, reflexiones y óptica jurídica</i>	8
La vida digna su concepto	11
Vida artificial/ vida sostenida, concepto	16
La muerte; concepto, reflexiones y óptica jurídica.....	22
Muerte encefálica	23
Muerte digna	24
Trasplante, Concepto.....	25
Órganos que se pueden donar	27
Concepto de niña, niño y adolescente	27
Capacidad y capacidad progresiva concepto.....	30
Interés superior del niño	31
Cultura de la donación de órganos, concepto.	32
Donación, concepto	33
Donación expresa, concepto	37
Donación tácita.....	37



Características de los donadores 40

CAPITULO II 41

Breve Estudio Histórico De La Donación De La Donación Y Trasplante De Órganos..... 41

Antecedentes de la donación y trasplante de órganos en el mundo 41

Referencias Internacionales 42

Antecedentes de la donación y trasplante de Órganos en México..... 47

CAPITULO III 52

El niño como sujeto de derechos fundamentales 52

Conceptualizaciones generales de niñas, niños y adolescentes..... 52

El niño como parte integrante del núcleo familiar 65

Fuentes y principios rectores de los derechos de infantes..... 70

Interés superior del niño, concepto 73

El trasplante de órganos como un derecho a la vida digna 78

Extracción y trasplante de órganos y minoría de edad..... 88

El trasplante y donación en el modelo español 102

Trasplantes de órganos en Colombia..... 123

La donación de órganos como acto de comercio..... 127

Experiencias sobre la comercialización 137

Experiencias sobre las regulaciones legales 138



Tráfico de órganos, realidad o utopía.....	142
Obtención Criminal de Órganos.....	148
<i>CAPITULO IV.....</i>	155
<i>Propuesta proyecto de investigación</i>	155
Conclusiones	170
<i>Fuentes bibliográficas consultadas</i>	171

A Dios por acompañarme y guiarme cada día

Al Doctor Eduardo Oliva Gómez por su confianza, enseñanzas y ayuda en el desarrollo del este trabajo.

*A mi familia. Ray, Mary, Isra, Are, Joel, Gael y Pablo, por su apoyo, ayuda y confianza en los momentos difíciles
A Lalo y Ayael por regalarme vida
A Naye, por acompañarme en estos casi 7 años juntos a pesar de las adversidades.*

A la familia González Cianci Pérez. Dr. Víctor, Sra. Noemi (+), Mtro. Omar, Mtro. Anuar, Mtro. Mansur, por su apoyo e impulso en mi vida personal y profesional.

*A Pablo Villegas Flores (+)
María de Jesús Martínez (+)
Epifanio Escobedo Ruiz (+)
María Venegas (+)
Pablo Fabian Marías Villegas (+)
Fidel Escobedo Venegas (+)*

A mis distinguidos profesores de la maestría, Dr. Víctor Manuel Castrillón y Luna, Dr. Ricardo Tapia Vega, Dr. Francisco Xavier García Jiménez, Dr. Juan Manuel Ortega Maldonado, Dr. Juan Manuel Gómez Rodríguez. Dr. Julio Cabrera Dircio, Dr. Esteban Amado Bueno, Dra. Graciela Quiñones Bahena.

A todas las personas, que se encuentran luchando contra la insuficiencia orgánica crónica, a los que sen encuentra batallando con la depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales, mi solidaridad con ustedes.



Introducción

En la actualidad transitamos por una época en la que conocimos una pandemia mundial generada por el virus del SARS-COV2 (Covid19), aprendimos que la salud es prioritaria frente a cualquier situación, ya sea económica, ya sea social. En recientes épocas no habíamos oído o vivido nada parecido a esta enfermedad. Nos dimos cuenta como sociedad mexicana de que gran parte de la población se encontraba dentro de los grupos llamados como *vulnerables* que podían tener mayores complicaciones e incluso perder la vida por tener padecimientos en la salud, tales como diabetes, hipertensión, o enfermedades crónico-degenerativas. La pandemia generó la suspensión de servicios tales como económicos, académicos, e incluso de salud, la prioridad fue atender todo lo relacionado con el virus del SARS-COV2 (Covid19).

En México habitan aproximadamente 130 millones de persona, de las cuales casi 40 millones son niños, niñas y adolescentes, que representan aproximadamente el 35% de la población total de habitantes en nuestro país¹. De los 130 millones de personas, 23,000 se encuentra en lista de espera de recibir un trasplante por una falla orgánica crónica degenerativa. Tristemente cerca de 8 mil son niñas niños y adolescentes.²

El presente trabajo de investigación a pesar de ser multidisciplinario, por abordarse temas de la ciencia de la medicina, la sociología, la psicológico entre otras materias, su naturaleza como campo de estudio es la ciencia jurídica. Sirviendo las otras ciencias como auxiliares en el desarrollo de este trabajo. La esencia de esta tesis radica en el hecho de que las niñas, niños y adolescentes sean sujetos y no objetos de derecho. Y nace una pregunta que es la base para iniciar con el desarrollo del presente estudio de investigación ¿Poque los niños no pueden donar?

¹ Consultable en <https://www.gob.mx/segob/prensa/31-4-por-ciento-de-la-poblacion-en-mexico-son-ninas-ninos-y-adolescentes-de-0-a-17-anos-conapo>. Consultado el 7 de marzo de 2021

² Visible en www.gob.mx/cenatra día de consulta 28 de Noviembre 2018.



Las respuestas a dicha pregunta la iremos desarrollando a lo largo del capitulado de este trabajo, concluyendo con una propuesta jurídica para abrir las puertas a que la sociedad participe en la donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes.

En lo personal, escribo esta tesis desde la experiencia de haber vivido 2 trasplantes renales, el primero el 6 de junio de 2011 y, el segundo el 27 de septiembre de 2017, ambos de donantes vivos que no tenían ningún lazo familiar conmigo, pero que a la postre los veo como mi hermano y mi hermana. Fue en una consulta para recibir medicamento en el Instituto Mexicano del Seguro Social que me encontré con una señora y sus dos hijas gemelas de 7 años, comentándome la señora que a una de sus hijas ya la habían trasplantado riñón, pero que la otra estaba en diálisis peritoneal.

La niña trasplantada se veía con mucha energía y feliz, mientras que la niña con insuficiencia renal crónica (IRC), se veía apagada, triste, pensativa, y en ocasiones uno por tratar de animar a alguien puede caer en la imprudencia de las palabras. Le dije a la señora y a su hija que no perdieran la fe, que ya llegaría un riñón para ella, a lo que la niña con una frialdad me contestó *“No creo, yo ya me quiero morir, yo no puedo ser una niña normal, yo no puedo correr, yo no puedo nadar, no puedo jugar en cualquier lado, tengo que conectarme a una maquina todas las noches para poder vivir esto no es vida para una niña, y los niños no pueden donar sus órganos, sus papás no los dejan”*

CAPITULO I

La donación y trasplante de órganos: conceptos y consideraciones generales.

La vida: Concepto, reflexiones y óptica jurídica

La Real Academia Española, nos dice que la palabra vida (*vita*) proviene del latín *vita*, la cual significa entre otras cosas, “fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee” y/o “Energía de los seres vivos”.³ El concepto de la vida es tan amplio que resulta muy difícil de definir, ya que dependiendo de la disciplina en la que nos situemos, hemos de encontrar diversas respuestas, que en ocasiones pueden resultar hasta antagónicas entre sí. Sin embargo, la óptica con la que abordaremos el concepto de la vida será desde la ciencia jurídica.

La vida, desde la ciencia de la biología se define como una serie de procesos, que comienza con nacer, respirar, desarrollarse, procrear, evolucionar y morir. Además, para que se considere que haya vida desde esta óptica, es necesario que haya un intercambio de materia y energía.

La vida, vista desde el estudio de la filosofía, resulta más compleja de definir, esto debido a la amplitud con la que se aborde dicho concepto, ya que dependiendo del filósofo o la teoría filosófica con la que se analice, la respuesta que se obtendrá puede variar. Podemos encontrarnos con algunos filósofos en contra de la distinción hecha entre “cuerpo y alma” o “razón y cuerpo”. Para algunos otros, la vida es más un conjunto de experiencias. es por ello que no puede ser definida a ciencia exacta.

Uno de los pensadores que reflexionó al respecto fue Aristóteles, quien afirma que para poder considerar la vida humana se precisaban requisitos, entre

³ <https://dle.rae.es/vida>



ellos, la autonomía, la libertad, la búsqueda de la belleza, la política, la filosofía, entre otros⁴.

En términos médicos, se habla de vida humana desde que esta comienza hasta cuando finaliza la misma. Algunas posturas consideran que la vida se puede dar por iniciada en el momento que el óvulo es fecundado⁵. Otras teorías consideran que la vida, comienza con el nacimiento, es decir, que hasta el momento previo del parto es considerado como un feto⁶.

Por otro parte, la fertilización se consideraría el inicio de una nueva vida humana, Algunos científicos definen a la fertilización como “La secuencia de eventos que comienzan cuando el espermatozoide hace contacto con un oocito/ovocito secundario o sus envolturas y termina con la mezcla de los cromosomas materno y paterno en la metafase de la primera división-mitótica⁷ del cigoto. El cigoto es la última etapa de la fertilización.⁸

Para Molina Suarez, quien toma la teoría de Keith Moore y T.V.N. Persaud citando que, “El desarrollo humano comienza en la fertilización, el proceso durante el cual un gameto masculino o espermatozoide [...] se une a un gameto femenino u ovulo [...] para formar una célula llamada cigoto. Esta célula altamente especializada y totipotente⁹ marca el inicio de cada uno de nosotros como individuo único.

⁴ Véase Aristóteles, *La política...*, cit., p. 79.

⁵ <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/29.pdf>, consultada 25 de octubre 2019

⁶ <https://www.docsity.com/es/derecho-del-nino-en-la-sociedad/4337514/> consultada el 25 de octubre de 2019

⁷ La división mitótica. Tipo de división celular en el que a partir de una célula madre se originan dos células hijas con el mismo número de cromosomas y la misma información genética con el fin de mantener constante la dotación cromosómica de las células resultantes

⁸ O'Rahilly R., Muller F., *Human Embryology and Teratology* New York: Wiley Liss, 1994, p 19

⁹ Célula totipotente f. Biol. célula embrionaria con capacidad para generar un organismo completo.

De la fusión del gameto masculino constante de 23 cromosomas con el gameto femenino constante de 23 cromosomas en la fertilización da como resultado un cigoto humano unicelular con 46 cromosomas, numero de cromosomas que caracteriza a la especie humano.

Así mismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se ha pronunciado, mediante criterios que trascienden en el Derecho a la Vida como un derecho humano, un ejemplo de ello es la acción de inconstitucionalidad 62/2009, relativa al artículo 16 de la Constitución de San Luis Potosí, pues en el voto particular que presenta el Ministro José Fernando Franco González Salas en relación a la acción de inconstitucionalidad mencionada, resuelta por el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión pública del jueves 29 de septiembre de 2011, expresó lo siguiente:

“...En el ámbito de la protección de los derechos fundamentales por los tratados y convenciones internacionales suscritos por México, el único instrumento que reconoce que el derecho a la vida de toda persona se encuentra protegido, por lo general, desde el momento de la concepción, es la Convención Americana de Derechos Humanos...”

Por otra parte, el criterio jurisprudencial No. Registro: 187,816, establece lo siguiente:

No. Registro: 187,816

Jurisprudencia Materia(s): Constitucional

Novena Época

Instancia: Pleno Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XV, Febrero de 2002

Tesis: P./J. 13/2002

Página: 589



DERECHO A LA VIDA. SU PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL. *Del análisis integral de lo dispuesto en los artículos 1º, 14 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se desprende que al establecer, respectivamente, el principio de igualdad de todos los individuos que se encuentren en el territorio nacional, por el que se les otorga el goce de los derechos que la propia Constitución consagra, prohibiendo la esclavitud y todo tipo de discriminación; que nadie podrá ser privado, entre otros derechos, de la vida, sin cumplir con la garantía de audiencia, esto es, mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos en el que se sigan las formalidades esenciales del procedimiento; y que la pena de muerte sólo podrá imponerse contra los sujetos que la propia norma constitucional señala, protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues lo contempla como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos.*

La vida digna su concepto

Torralba Roselló refiere que la dignidad puede considerarse como el fundamento sobre el que se sustentan los derechos humanos, pues cuando se afirma que el ser humano debe ser tratado dignamente o que es un ser digno de respeto, se está afirmando que se deben respetar sus derechos fundamentales.¹⁰

El artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos y uno de ellos es el de la autodeterminación personal que permite poder ejercer plenamente las capacidades para vivir con dignidad.

En la esfera jurisprudencial puede hacerse referencia a diversos criterios sostenidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que, a manera de ejemplo, se reproduce a continuación:

¹⁰ Torralba Roselló, Francesc, ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhard y John Harris, Herder, 2006, pp. 55-56, cit. por Becerril González, José Antonio, op. cit., pp. 46-47.

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, 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.¹¹

La dignidad de una persona puede distinguirse, posiblemente, como un derecho humano general cuyo medio de reconocimiento y garantía son los derechos humanos específicos,¹² lo que implica que aquélla se materializa y hace efectiva a

¹¹ Tesis P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 8. Reg. IUS. 165813.

¹² Campos Monge, Jerry, op. cit., p. 27; y, Spaemann, R., "Sobre el concepto de dignidad humana", Massini, C.I. y Serna, P. (eds.), op. cit., p. 84.



través de estos derechos,¹³ que no son sino "las prerrogativas inherentes a la persona humana cuya realización efectiva resulta indispensable para su desarrollo integral".¹⁴

Para Sastoque, el respeto a la dignidad humana se hace presente en el reconocimiento y aceptación de ciertas propiedades del hombre como personas, que se denominan comúnmente 'derechos' y 'deberes'. De esta forma, el respeto absoluto que reclama la dignidad de la persona humana es real y se hace evidente cuando se da el respeto de los 'derechos' y 'deberes' del hombre que emanan de la misma dignidad de la persona humana.¹⁵

En consecuencia, dada la dignidad de la persona, el Estado debe reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, derechos que deben regir todas las actividades y funciones de los poderes públicos,¹⁶ de manera que, como lo establece Landa, la dignidad humana puede verse también como un principio rector de la política constitucional,¹⁷ "en la medida que dirige y orienta positiva y negativamente la acción legislativa, jurisprudencial y gubernamental del Estado.

¹³ Villabella Armengol refiere que "la dignidad humana no es un concepto autónomo, ni una definición realizable per se", sino "un término que necesita traducción jurídica y material", y agrega que "la primera se logra a través de un espectro de derechos y libertades, la segunda a partir de la existencia de condiciones que hagan posible efectivamente los derechos". Villabella Armengol, Carlos Manuel, op. cit., p. 121; y, cfr. Mier y Terán, Salvador, "Noción ontológica, jurídica y formal de la persona humana y el derecho a la vida", Revista de investigaciones jurídicas, México, Escuela Libre de Derecho, año 15, núm. 15, 1991, p. 401.

¹⁴ Becerril González, José Antonio, op. cit., p. 47.

¹⁵ Sastoque P., Luis Francisco, op. cit., p. 161.

¹⁶ Pantoja, Raúl, "La dignidad humana. Base de la ética judicial", Nexos jurídico. Locus Regit Actu, Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Tabasco, año 3, núm. 9, octubre-diciembre de 2009, p. 12.

¹⁷ En opinión de Lefranc Weegan, a la dignidad humana se le atribuye un triple carácter: la dignidad es la base y la razón de ser de los derechos inviolables e inherentes a la persona. Funciona como un fin del reconocimiento de los derechos y de la previsión de garantías para la protección de su ejercicio, y se convierte en un límite en la medida en que la dignidad ajena actúa como límite de los derechos propios. Lefranc Weegan, Federico César, op. cit., pp. 32-36.



Positivamente, en la medida que todos los poderes y organismos públicos deben asegurar el desarrollo de la dignidad humana en los ámbitos del proceso legislativo, judicial y administrativo. Negativamente, en cuanto deben evitar afectar la dignidad humana a través de las leyes, resoluciones y actos administrativos que emitan; ya que todos los poderes públicos están vinculados directamente a la Constitución en un sentido formal y material".¹⁸

En el Senado de la República se presentó una reforma en materia de Salud, argumentando en el apartado de Objeto y Descripción de la Iniciativa lo siguiente:

“La presente iniciativa refiere que las políticas públicas en materia de salud deben estar destinadas a ejecutar acciones para alcanzar mayor calidad de vida e integración de las personas en sus entornos, por lo cual, en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde establece que todas las personas gozan de los derechos humanos y uno de ellos es la autodeterminación personal, la cual consiste en ejercer capacidades para vivir con dignidad”.¹⁹

No pudiéramos considerar una vida digna aquella que se encuentre por ejemplo en esclavitud, pues la persona no gozaría de la capacidad para determinar su ideal de vida buena, y, por el contrario, le sería impuesto contra su voluntad. Tampoco se estaría ante una vida digna cuando una persona soporta carencias en el acceso a cubrir sus necesidades humanas básicas.

¹⁸ Landa, César, op. cit., p. 123.

¹⁹http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf consultada el 1 de Agosto de 2019

El ser humano, por naturaleza, es un ente individual, racional, libre y con voluntad²⁰, atributos²¹, que le dan un carácter de superioridad respecto de los demás seres²².

Se dice que el origen del concepto de dignidad humana encuentra sus raíces actuales en la necesidad universal de establecer el respeto de la persona humana. Por tanto, por su propia naturaleza, y con independencia de aspectos como su edad, sexo, raza, situación económica, estado de conciencia, capacidad intelectual, o cualesquiera otras condiciones semejantes, merece ser respetado²³ y visto como un fin en sí mismo, y no como un instrumento o medio para un fin²⁴.

²⁰ Es un ser individual en virtud de que constituye una unidad física, psíquica y espiritual; que es racional toda vez que tiene la capacidad de reflexionar y de entender, y de que tiene conciencia; y, que es libre y tiene voluntad en cuanto que puede tomar decisiones y elegir lo que su razón le presenta como bueno, esto es, porque tiene potestad propia. Cfr. Villabella Armengol, Carlos Manuel, "La axiología constitucional y la dignidad humana", Revista del Centro de Investigaciones y Consultoría Jurídica del ICJP, Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, año VI, núm. 11, abril-septiembre de 2002, p. 120.

²¹ En opinión de Giuseppe de Rosa, las características de la persona constitutivas de su dignidad son: racionalidad, unidad-identidad, ser en sí mismo, ser para sí, libertad y responsabilidad, e individualidad. Cfr. Giuseppe de Rosa, SJ, La dignidad de la persona humana, México, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, 2005, colección Doctrina social cristiana, núm. 45, pp. 12-16.

²² Cfr. Campos Monge, Jerry, "El concepto de 'dignidad de la persona humana' a la luz de la teoría de los derechos humanos", Pro humanitas. Revista especializada de la Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias, Parlamento Latinoamericano, año 1, no. 1, II semestre de 2007, p. 31; Villabella Armengol, Carlos Manuel, op. cit., p. 120; Becerril González, José Antonio, "El reconocimiento en el artículo primero de nuestra Constitución de la dignidad humana como fundamento de los derechos humanos y como principio y fin del Estado Mexicano", El Foro, Barra Mexicana Colegio de Abogados, 16a. época, t. 22, no. 1, enero-julio de 2009, pp. 43 y 46; y, Sastoque P., Luis Francisco, Dignidad de la persona humana, Bogotá, Colombia, Universidad Santo Tomás, 2010, p. 141.

²³ Landa, César, "Dignidad de la persona humana", Cuestiones constitucionales. Revista mexicana de derecho constitucional, México, IIJ, juliodiciembre de 2002, p. 117.

²⁴ Cfr. Campos Monge, Jerry, op. cit., p. 31.

Sastoque señala que "ningún hombre puede nunca tratarse a sí mismo o tratar a uno de sus semejantes como un medio o instrumento; no se puede nunca instrumentalizar, manipular, 'cosificar', a la persona humana, cuya valoración no es de medio, sino que siempre debe tratarse y tratar a los demás como fines en sí"²⁵. En la teoría de Emmanuel Kant acerca de la dignidad humana establece como principio, la exigencia enunciada como segunda fórmula del imperativo categórico, que dice: "obra de manera de tratar a la humanidad tanto en tu persona como en la persona de otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca sólo como un medio"²⁶

Vida artificial/ vida sostenida, concepto

Conectar a un paciente a una máquina permite a un enfermo sobrevivir a un accidente o en una enfermedad terminal, sirve para mantener en vida a un paciente cuando la vida depende de la función que corrige.

Cuando la utilidad de este artificio es discutible o no tiene otro objetivo que alargar la vida de una persona en fase terminal, se está autorizado a interrogarse sobre el carácter proporcional de este recurso.

¿Qué se sabe del estado de inconsciencia? Se dan casos de personas recuperadas de un coma que explican que escuchaban y comprendían lo que se decía a su alrededor, pero no podían comunicarse con el exterior.

²⁵ Sastoque P., Luis Francisco, *op. cit.*, pp. 138-139.

²⁶ Becerril González, José Antonio, *op. cit.*, p. 44; cfr. Lefranc Weegan, Federico César, *Sobre la dignidad humana. Los Tribunales, la filosofía y la experiencia atroz*, México, Ubijus, 2011, pp. 87-124; y, López Sánchez, Jorge, "El tardío desarrollo de la dignidad humana y el libre desarrollo a la personalidad en el Estado constitucional mexicano", *Derecho en libertad. Revista del Centro de Investigaciones Jurídicas de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey*, año 2, núm. 3, julio-diciembre de 2009, p. 139.

El cuidado intensivo es probablemente la especialidad médica que encierra la mayor cantidad de decisiones complejas para los médicos y demás profesionales que trabajan en este tipo de unidades. La dificultad de dichas decisiones está en que de ellas muchas veces depende la vida misma de los enfermos, en la cantidad de variables biológicas y alternativas terapéuticas, así como también en sus aspectos éticos y jurídicos. Entre las situaciones más problemáticas están las relacionadas con la limitación de tratamientos en pacientes terminales, decisiones que cambian en cada cultura y en los diferentes países.²⁷

Pero no limitar tratamientos puede generar mayor sufrimiento, tanto para el enfermo que prolonga innecesariamente su proceso de morir como para su familia, llegándose a lo que hoy se conoce como "obstinación terapéutica"²⁸. A lo anterior se suma que los tratamientos ilimitados tienen costos altos, que finalmente tiene que sufragar la familia, el seguro de salud o el estado, lo cual constituye un problema ético de justicia al cual no siempre se le da la debida atención.

La limitación de esfuerzos terapéuticos, que algunos prefieren llamar adecuación, no se refiere a una sola decisión, sino a una amplia gama de tratamientos y procedimientos médicos que se pueden iniciar o no, y que una vez iniciados se pueden continuar o suspender cuando el enfermo está ante una muerte inminente²⁹.

Lo más difícil no es la suspensión de tratamientos complementarios o de dudosa utilidad, sino el retiro de medidas de soporte vital, por cuanto a esta acción probablemente se seguirá de la muerte del enfermo. Entre las diferentes medidas

²⁷Sheldon T. Doctors "end of life" decisions vary across Europe. *BMJ* 3003; 327: 414.

²⁸Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, 2005. Disponible en <http://biblio.upmx.mx/download/cebdoc/Dossiersdistanasia0312.asp/>

²⁹ Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo trabajo SEMI-CYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva* 2002; 26: 304-11.



de soporte vital la que mayor dificultad produce a familiares, a médicos y otros miembros del equipo profesional es el retiro de la ventilación mecánica³⁰.

Las incertidumbres y temores son diversos, combinándose de diferente manera entre ellas. Frente a este tipo de decisiones, muchas personas presentan una evidente angustia, algunos tienen dudas o prejuicios morales, mientras otros manifiestan interrogantes legales o inseguridad acerca de cómo resolver los aspectos prácticos.

El tema del retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales no ha sido suficientemente analizado entre especialistas y está abierto a diferentes opiniones. Con el propósito de contribuir a clarificar conceptos, en este apartado de la presente tesis se presenta una observación de esta decisión clínica, expresando algunas de las dudas y argumentos más frecuentes a modo de aseveraciones o *mitos* que se argumentan como aseveraciones incorrectas.

La muerte del enfermo no se produce necesariamente después del retiro de la ventilación mecánica y, cuando ocurre, los plazos entre la suspensión y la muerte varían entre dos minutos y nueve días³¹. La causa de muerte no es la suspensión de medidas de soporte vital que, en esta situación, sólo prolongan la agonía, sino la enfermedad de base que ha llegado a una etapa final y ya no puede ser revertida. Desde el punto de vista ético, más bien se puede considerar que no suspender la VM en estas condiciones atenta contra el bienestar y la dignidad del enfermo, lo cual estaría contraindicado³².

³⁰Rev Med Chile 2010; 138: 639-644, visible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500016, consultada el 8 de agosto de 2020

³¹ Campbell ML. How to Withdraw Mechanical Ventilation. AACN Advanced Critical Care 2007; 18: 397-403.

³²Reynolds S, Cooper AB, McKnealy M. Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethical Considerations. Surg Clin N Am 2007; 87: 919-36.

La suspensión o retiro de la ventilación mecánica constituye una manera de permitir la muerte del enfermo y no de producirla. La intención del acto es evitar la prolongación del sufrimiento o agonía del enfermo y no acelerar su muerte que, a causa de la evolución de la enfermedad, ha llegado a ser inevitable³³.

El término *eutanasia* recibe variadas interpretaciones, definidas como eutanasia activa o pasiva según la acción u omisión que se realice, y como eutanasia voluntaria, no voluntaria o involuntaria según la voluntad del paciente. Aun cuando existen discrepancias, resulta clarificadora la propuesta de llamar eutanasia sólo a la acción médica destinada a quitar intencionadamente la vida de un enfermo terminal, en fase cercana a la muerte, quien lo ha solicitado y presenta un sufrimiento insoportable e imposible de mitigar³⁴.

De acuerdo con esta definición, el retiro de la ventilación mecánica no es eutanasia porque no es un acto médico cuyo propósito sea producir la muerte del enfermo. Incluso en Holanda, país que despenaliza la eutanasia en casos calificados, el retiro de la VM queda fuera de su definición³⁵.

Desde el punto de vista moral se reconoce la diferencia entre quitar la vida y permitir la muerte³⁶. El retiro de la VM, al igual que la suspensión de otras medidas de soporte vital en pacientes terminales, se realiza con el fin de evitar la obstinación terapéutica. Se respeta así el deber de no dañar, aun cuando se pueda predecir que

³³ Sociedad Médica de Santiago *versión impresa* ISSN 0034-9887, Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales Bernarda Morín 488, Providencia, Casilla 168, Correo 55 Santiago - Chile

³⁴ Declaración del Institut Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull). Hacia una posible despenalización de la Eutanasia. 2005. Disponible en http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf

³⁵ van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Rurup, Mette L, Buiting H, van Delden J, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1911-3.

³⁶ Callahan D. *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*. Georgetown University Press, Washington DC, EE.UU.; 1994, p 221-49.



la muerte muy probablemente ocurrirá poco tiempo después de retirar el ventilador³⁷.

La limitación de esfuerzo terapéutico incluye decisiones de no iniciar o de suspender tratamientos de soporte vital. Aunque las repercusiones psicológicas o emocionales son diferentes, se considera que desde el punto de vista ético no hay diferencia entre la abstención y la suspensión de tratamientos³⁸.

Ambas decisiones se fundamentan en un juicio de proporcionalidad y una estimación de futilidad del tratamiento con relación al posible beneficio para el enfermo. Desde el punto de vista clínico es frecuente que la suspensión de tratamientos de soporte vital se realice después de haber demostrado su fracaso, de manera que puede haber mayor fundamento que para no iniciarlo. Más aun resulta lógico considerar que cada vez que se inicia un tratamiento se debería estar preparado para suspenderlo si no se logra su objetivo³⁹.

Por otra parte, desconocer que retirar la ventilación mecánica es moralmente equivalente a no iniciarla, puede llevar a no ventilar a algunos enfermos por temor a no poder suspender la ventilación mecánica, o a prolongar excesivamente su sufrimiento y/o agonía.

Los enfermos deben ser considerados agentes claves en la toma de decisión acerca de sus tratamientos, de acuerdo con la doctrina del consentimiento informado y al principio de Autonomía⁴⁰. Si bien hay casos de pacientes

³⁷ Beca J P, Ortiz A, Solar S. Derecho a morir: un debate actual. Rev Med Chile 2005; 133: 601-6.

³⁸ Rydvall A, Lynde N. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. Crit Care 2008; 12: R13 Disponible en <http://ccforum.com/content/12/1/R13>.

³⁹ Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica. Conflictos al final de la vida*. Madrid, España. Editorial Triacastela; 202. p. 225-66.

⁴⁰ Henig NR, Faul JL, Raffin TA. Biomedical ethics and the withdrawal of advanced life support. Annu Rev Med 2001; 52: 79-92.



dependientes de ventilación mecánica que han solicitado su retiro, se trata de casos excepcionales cuya aceptación depende de la evaluación de su capacidad y del contexto de la solicitud.

También hay casos de enfermos que han firmado documentos de voluntades anticipadas en los cuales expresan formalmente su voluntad de no ser tratados con medidas extraordinarias o invasivas como la ventilación mecánica⁴¹. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones en las cuales se plantea el retiro de la ventilación mecánica la decisión se toma conjuntamente por los médicos tratantes y los familiares del enfermo, quienes lo representan en base al conocimiento de sus criterios, sus valores o expresiones verbales de voluntad. A pesar de las dificultades emocionales, la subrogación familiar para la decisión de retirar la ventilación mecánica se acepta como válida ante la ausencia de directrices anticipadas explícitas⁴².

Como referencia, en Chile, muchos médicos chilenos que creen que la suspensión de la ventilación no está legalmente permitida. Aun cuando todo acto médico está necesariamente sujeto al ordenamiento jurídico, la realidad es que no hay ninguna ley chilena que se refiera explícitamente al retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. El tema se relaciona con la ley 19.451 de trasplantes y donación de órganos y con el proyecto de ley de derechos del paciente. La ley de trasplantes establece que, para efectos de dicha ley, la muerte se certificará por un equipo de médicos, uno de cuyos integrantes, al menos, deberá desempeñarse en el campo de la neurología o la neurocirugía⁴³.

⁴¹ Simon P, Barrio IM. *¿Quién decidirá por mí?*. Triacastela. Madrid, España; 2004, p 117-44.

⁴² Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA* 2000; 284: 2495-501.

⁴³ Ley 19451 Establece normas sobre Trasplante y Donación de Órganos. Disponible en <http://cl.vlex.com/vid/establece-trasplante-donacion-organos-467814>.

Resulta evidente que en casos de enfermos que son donantes se procede a mantener la ventilación mecánica hasta la preservación de los órganos, después de certificada la muerte encefálica. Pero de lo anterior no se puede deducir nada respecto al retiro de tratamientos en casos de enfermos que no sean donantes de órganos. En estos casos el retiro de la VM, así como el de otras medidas de soporte vital, se fundamentan en la futilidad y proporcionalidad, considerando la enfermedad de base, la condición global y el pronóstico del paciente. Por otra parte, el proyecto de ley de derechos del paciente⁴⁴, consensuado, pero aún en trámite legislativo, establece el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida.

Nada dice esa ley sobre el retiro de la ventilación mecánica en casos en los cuales no se haya diagnosticado la muerte encefálica y de ninguna manera contradice la decisión clínica de suspender medidas de soporte vital cuando ellas se consideren fútiles o desproporcionadas. Esta es una decisión que toma un grupo médico, en acuerdo con el enfermo o quien lo represente, ante la prolongación excesiva del proceso de morir.

La muerte; concepto, reflexiones y óptica jurídica

Los organismos multicelulares existen gracias a las múltiples reacción químicas y biológicas que realizan, si se produce un daño, ya sea generado naturalmente o por otro tipo de patología, este puede ocasionar un fallo multisistémico por lo que el daño puede provocar daño agudo o crónico en un órgano, y posteriormente en más, ocasionando la muerte. El cuerpo humano cuenta con cinco órganos vitales: cerebro, corazón, pulmones, riñones, hígado Si alguno de estos órganos falla de manera irreversible provoca la muerte de la persona y dependiendo del órgano, se estaría ante una muerte segura.

⁴⁴ Proyecto ley 4398-11. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2006. Disponible en http://sil.senado.cl/cgi-bin/index_eleg.pl?4398-

Las enfermedades son una de las principales causas de muerte en México, en el 2017 el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) reportó 703,047 defunciones⁴⁵.

- De las defunciones registradas, el 56.1% fueron hombres y el 43.8% mujeres
- Del total de defunciones, el 88.6% se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que el 11.4% fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios
- Las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades del corazón, la diabetes *mellitus* y los tumores malignos.

La muerte como el fin natural de la vida no solo tiene consecuencias en el ámbito sentimental, religioso o familiar, también tiene una relevancia misma que produce cambios en el ámbito del derecho. Podemos afirmar que la muerte es el fin biológico de un cuerpo, es decir la pérdida misma de la vida, de igual forma, podemos resumir la muerte, en el aspecto legal, como aquella ausencia de proceso respiratorio, no contracción cardíaca y falta de impulsos electroencefalográficos.

Muerte encefálica

Como hemos visto los conceptos de muerte y de vida han evolucionado casi al mismo tiempo que las técnicas para el soporte artificial de la vida es indudable que el principal motor del desarrollo de este concepto es la necesidad de obtener órganos viables para trasplante.

El Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS) considera que se está frente a una muerte encefálica cuando hay un cese irreversible de las funciones de las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como

⁴⁵<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf> consultado el 10 de agosto de 2019



del tronco encéfalo.⁴⁶ Muerte cerebral es la expresión con la que se designa la pérdida de todas las funciones del encéfalo. Se declara muerte cerebral cuando los reflejos del tronco cerebral, las respuestas motoras y la actividad respiratoria están ausentes en un individuo, con lesión cerebral masiva e irreversible.

La muerte cerebral implica siempre la lesión estructural del encéfalo, que en la mayoría de los casos suele ser primaria, inicialmente localizada y supratentorial, por ejemplo: hemorragia intracerebral espontánea, traumatismo cerebral, infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea y tumores cerebrales. Un porcentaje menor al 15% de las lesiones encefálicas son globales, supratentoriales e infratentoriales, casi siempre secundarias a un paro cardiaco o respiratorio que provoca anoxia encefálica, y con menor frecuencia debidas a infección del sistema nervioso central y edema celular ocasionado por tóxicos o trastornos hidroelectrolíticos La fisiopatología evolutiva que lleva a la muerte cerebral es común a todas las lesiones estructurales encefálicas.⁴⁷

Muerte digna

Resulta confuso un concepto como lo es el de la muerte digna, ante la necesidad de una aceptación a del respeto a los derechos humanos, se dice que un ser humano tiene derecho a una muerte digna, pero muerte digna no es solo una muerte sin sufrimiento, es decir, que la persona que fallece lo haga de una manera tranquila, de tal manera que, morir con dignidad sea una oportunidad de acceso a un derecho humano.

De acuerdo con los derechos humanos, el derecho a morir con dignidad es parte constitutivo del derecho a la vida. Sabemos que nuestra legislación no contempla a favor de la eutanasia o el suicidio asistido. Esto quiere decir que el

⁴⁶http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/850/1404 consultada el 01 de Agosto 2019.

⁴⁷<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/MuerteCerebral.pdf>



significado que se otorga al concepto “morir con dignidad” se distingue del concepto propuesto por los que defienden la eutanasia. Lo que aquí se entiende por “derecho a una muerte digna” es el derecho a vivir humanamente la propia muerte. “Esta afirmación lleva implícita la idea que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos —por así decirlo— impotentes (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida. Sin embargo, es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Por tanto, en relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a la libertad es la actitud que adoptemos ante ella. En este sentido, la descripción de los diferentes tipos de reacciones emocionales observadas por la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross en los pacientes moribundos resulta”⁴⁸

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva, a encontramos, por ejemplo, en la cultura griega. esto poéticamente expresado en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la “mortalidad”, después de que, en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable.

Trasplante, Concepto.

Un trasplante consiste en trasladar un órgano, tejido o un conjunto de células de una persona (donante) a otra (receptor), o bien de una parte del cuerpo a otra en un mismo paciente. Existen muchas razones por las cuales un paciente deba someterse a un trasplante; sin embargo, una de las razones más comunes es tratar de reemplazar algún órgano o tejido enfermo o lesionado y sustituirlo por uno sano⁴⁹.

⁴⁸ <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>

⁴⁹ <http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/trasplante.html>

En un mundo moderno y globalizado, y ante las grandes expectativas que los avances en la ciencia y la tecnología prometen día a día en el contexto de la salud, nuestro país enfrenta el reto de lograr soluciones justas y equitativas para los problemas de salud que se presentan cada día con mayor frecuencia en la población.

Las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades de larga duración y deterioro en la calidad de vida. Son la principal causa de muerte e incapacidad, representan un problema de salud pública por su elevada prevalencia y mortalidad, afecta fundamentalmente a la población en cualquier edad, por lo que genera un problema para la sociedad y el gobierno, por los altos costos que representan. El Centro nacional de Trasplantes en su reporte correspondiente al primer semestre de 2019 arrojó que existen más de 20,000 personas en lista de espera⁵⁰:

ÓRGANO	PACIENTES
Riñón	15,939
Córnea	5,988
Hígado	311
Corazón	37
Riñón-Riñón	7
Pulmón	2
Corazón-Riñón	2
Riñón-Páncreas	2
Hígado-Riñón	2

⁵⁰ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/476798/1erSemestre2019.pdf> consultado el 10 de Agosto de 2019

Ante esta situación, es importante mencionar, que, ante una falla orgánica crónica, el sostén artificial de la vida suele ser costoso, y los beneficios son relativos, por lo que la mejor opción terapéutica para poder garantizar una dignidad en la vida de los pacientes es el trasplante.

Órganos que se pueden donar

A continuación, se precisan las circunstancias que la Ley permite para poder donar:

- Por paro cardiaco se pueden donar tejidos como: hueso, piel, córneas, tendones, válvulas cardiacas, cartílago y vasos sanguíneos arteriales y venosos.
- Por muerte cerebral se pueden donar: corazón, pulmón, hígado, riñones, intestino, páncreas y los tejidos mencionados anteriormente.
- En vida se puede donar segmento de pulmón, de hígado, de páncreas e intestino; además de riñón y médula ósea.
- En 2014, se añadieron manos y rostros a la lista de trasplante de órganos.

La información pública consolidada del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) indica que actualmente en México prevalecen los donadores vivos con mientras que las personas fallecidas representan 2021 por paro cardiaco irreversible, y 579 donaciones por muerte encefálica.

Concepto de niña, niño y adolescente

Como en muchos temas de derechos humanos, los tratados internacionales han transformado y detonado importantes cambios en el reconocimiento de los derechos humanos en el derecho mexicano. La Organización de las Naciones Unidas define a los derechos humanos como “derechos inherentes a todos los seres



humanos, sin distinción de alguna nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión o cualquier otra condición”⁵¹, en esta última característica agregaría puntualmente, la edad.

Por otra parte, el profesor Peces-Barba, considera que los Derechos Humanos son:

*“una facultad que la norma atribuye de protección a la persona en lo referente a su vida, a su libertad, a su participación política y social, o a cualquier otro aspecto fundamental que afecte a su desarrollo integral como persona, en una comunidad de hombres libres, exigiendo el respeto de los demás hombres, de los demás grupos sociales y del Estado, y con posibilidad de poner en marca el aparato coactivo del Estado en caso de infracción...”*⁵²

“...Eusebio Fernández, sostiene que toda persona posee unos derechos morales que por el hecho de serlo y que estos deben ser reconocidos y garantizados por la sociedad, el derecho y el poder político, sin ningún tipo de discriminación social, económica, jurídica, política, ideológica, cultural o sexual, pues estos derechos son fundamentales, es decir, se hallan estrechamente conectados con la idea de dignidad humana y son al mismo tiempo las condiciones del desarrollo de esa idea de dignidad...”⁵³

La lucha por los derechos de los niños aparece históricamente con carácter de utopía social. Cuando nos referimos a los derechos de un sector determinado, tendríamos que comenzar por definir sus integrantes y las razones por las cuales se justifica la existencia de un tratamiento jurídico diferenciado del resto de las personas.

⁵¹ Visible en Organización de las Naciones Unidas, <http://www.un.org/es/sections/what-we-do/protect-human-rights/>

⁵² Peces-Barba, Gregorio. Derechos Fundamentales. Editorial Latina Universitaria. Madrid. Pág. 27

⁵³ Fernandez Eusebio. “El Problema del fundamento de los Derechos Humanos”. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Pagina 76

La palabra “niño” se utiliza con mucha frecuencia, y en el lenguaje coloquial pareciera fácil identificar a los/las “niños y niñas” hasta una edad que ronda los doce años, en ese sentido no resulta claro que a las personas mayores de esa edad y menores de dieciocho no se les identifique como niños sino utilizando el término “adolescente”. La convención sobre los Derechos del niño, de las Naciones Unidas, establece en su artículo 1° que “Se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de que la ley le sea aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad”⁵⁴.

Podemos entender que los derechos específicos contenidos en ese tratado internacional están dirigidos a las personas menores de dieciocho años de edad, aunque se deja un margen de decisión a los Estados firmantes, para que determinen el momento en el que se alcanza la mayoría de edad

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “Son ciudadanos mexicanos los varones y mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos reúnan además los siguientes requisitos: haber cumplido los dieciocho años...”⁵⁵. Es importante en este momento aclarar, que los conceptos niños y niñas, adolescentes, mayoría de edad, y ciudadanía son distintos; la ciudadanía se atañe a una cuestión de participación política, convivencia social, derechos y obligaciones, la mayoría de edad solo se expresa que se ha alcanzado la mayoría de edad.

La figura del adolescente se contempla en el artículo 18 de la Constitución “...La Federación y las entidades federativas establecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, un sistema integral de justicia para los adolescentes...” comprendiendo a las personas se doce a diecisiete años, otorgándoles cierto grado de responsabilidad en la comisión de conductas tipificadas como delitos, es preciso aclarar que aunque la ley los contempla como adolescentes no excluye a este grupo de la aplicación de los derechos contenidos en la Convención y otros tratados internacionales.

⁵⁴ Convención sobre los Derechos del Niño

⁵⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Oliva Gómez, afirma que: "...el Derecho familiar, así como muchas otras áreas y disciplinas de la ciencia jurídica, se encuentran en constante transformación, los comportamientos sociales y procesos ideológicos generan dichos cambios y, la norma jurídica, requiere atender las nuevas circunstancias sociales, lo que impone materialmente su modificación y adecuación a los nuevos modelos de organización familiar, proceso de transformación que han sido más significativos, sobre todo, en las dos últimas décadas del siglo pasado y en la ya transcurrida del presente siglo⁵⁶."

Podemos destacar por una parte, la determinante influencia que generan los nuevos conocimientos desarrollados por la ciencia y la tecnología, *"la ciencia afecta al derecho y le impone modificaciones"*⁵⁷, *la ciencia y la tecnología crean hechos y situaciones reales que anteriormente era impensable su existencia, la ciencia "puede condicionar o determinar el horizonte o la gama de problemas, en un sector de la vida social, o en su conjunto; vuelve necesarias las soluciones a los problemas jurídicos que emerjan o deriven de los hechos"*⁵⁸ *"La ciencia es el medio a través del cual nuestra civilización se está transformando rápida y totalmente"*⁵⁹.

Capacidad y capacidad progresiva concepto

La capacidad natural se pudiera definir como la capacidad de entender, en ese sentido la minoría de edad no es cusa de incapacidad, y en el tema que nos atañe el consentimiento en menores está sujeto a la voluntad de sus tutores, es decir, por un "consentimiento por representación". "Si la titularidad de los derechos dependía de la capacidad jurídica, su ejercicio depende de la capacidad de obrar.

⁵⁶ OLIVA GÓMEZ, Eduardo. Los Nuevos Retos del Derecho Familiar en el Sistema Jurídico Mexicano en el Siglo XXI.

⁵⁷ KAPLAN, Marcos. Ciencia, Estado y derecho en la tercera Revolución. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2000. p. 206.

⁵⁸ Ídem.

⁵⁹ D. BERNAL, John. La ciencia en la Historia. Nueva Imagen, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2001. p. 37.



La capacidad de obrar es definida como la aptitud o idoneidad del sujeto para realizar actos jurídicos eficaces”⁶⁰

El artículo 5° de la Convención de los Derechos del Niño contempla el principio de autonomía progresiva del niño al establecer que los tutores tienen la responsabilidad *“de impartirle, en consecuencia, con la evolución de sus facultades, dirección, y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención”*.⁶¹ Cillero Buñol afirma que *“Ser niños no es ser menos adulto, la niñez no es una etapa de preparación para la vida adulta. La infancia y la adolescencia son formas de ser personas y que tienen igual valor que otra etapa de la vida”*⁶²

Interés superior del niño

Su aplicación exige adoptar un enfoque basado en derechos que permita garantizar el respeto y protección a su dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual. El interés superior debe ser la consideración primordial en la toma de decisiones relativas a niñas, niños y adolescentes. De lo anterior, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes señala que Todos los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos (federal y locales) tienen la obligación de tomar en cuenta el interés superior como una consideración primordial⁶³ de igual manera la Constitución en su artículo 4° señala que se deberá promover, respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas menores de edad de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”. El Comité de los Derechos del Niño ha señalado que el principio del interés superior tiene un concepto triple:

⁶⁰ Asencio, Sánchez Miguel Ángel. Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud, Editorial DYKINSON, S.L. Madrid, España P. 23-24 236 Pp.

⁶¹ Convención Sobre los Derechos del Niño. Visible en <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

⁶² Cillero Buñol, Miguel “Infancia, Autonomía y Derechos: una Cuestión de Principios disponible en www.iin.oea.org/Infancia_autonomia_derechos.pdf

⁶³ Artículo 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes



Derecho sustantivo. Al ser la consideración primordial, se deberá evaluar y tener en cuenta al valorar distintos intereses, para tomar una decisión sobre una cuestión debatida que afecte a una niña o niño, o a un grupo de ellas(os).

Principio Jurídico interpretativo. Cuando una disposición jurídica admita más de una interpretación, se elegirá aquella que satisfaga el interés superior de la niña, niño o adolescente.

Norma de Procedimiento. Cuando se deba tomar una decisión que afecte a una niña, niño, adolescente, o a un grupo de ellas(os), es necesario realizar una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) sobre su vida y explicar por qué se tomó esa decisión.

Cultura de la donación de órganos, concepto.

La mejor manera de construir una cultura de donación es mediante la información y la prevención. Aproximadamente un 90% de las donaciones para trasplantes provienen de un donador vivo y generalmente los donadores no toman la decisión de donar en el momento, sino que mediante un proceso de información han sido sensibilizados, o han estado en contacto con un familiar o amigo que ha necesitado de un órgano o tejido⁶⁴, por lo que sin duda la influencia de la educación es indispensable, es un tema que debe ser abordado desde la infancia.

El ser humano es sin duda parte integrante de una familia, la donación debe ser platicada dentro del núcleo familiar, respetando en todo momento la libre voluntad de cada uno de sus miembros y acordando, en caso de que así sea, el contar con documentos oficiales como la Tarjeta de Donación Voluntaria de Órganos y Tejidos o la autorización o el consentimiento de la familia.

⁶⁴<http://noticias.universia.net.mx/educacion/entrevista/2016/05/16/1139389/mexico-carece-cultura-solida-donacion-organos.html>

Respecto a la religión, la Iglesia Católica, por ejemplo, respalda la donación dentro de un contexto apropiado, al considerarlo un acto “noble y meritorio” siempre y cuando exista el consentimiento explícito del donante o sus legítimos representantes⁶⁵.

Donación, concepto

La palabra donar proviene del latín *Donare*, que entre sus significados la RAE lo define como la “Liberalidad de alguien que transmite gratuitamente algo que le pertenece a favor de otra persona que lo acepta”⁶⁶.

Las donaciones son el acto jurídico por el cual una persona transmite un bien a otra que se denomina donatario. Con la donación se realiza la transmisión de la propiedad de un bien propio de manera gratuita, ya sea de forma instantánea a la celebración del contrato o después de la celebración del mismo. La doctrina ha definido al contrato de donación como el acto jurídico en virtud del cual una persona llamada donante transfiere gratuitamente a otra llamada donatario, la propiedad y usufructo sobre una cosa.⁶⁷

Aunque el concepto de donación no presenta grandes dificultades en su comprensión, presenta diferencias que entorpecen la delimitación de sus contornos de manera precisa, pues no todo acto que se realice a título gratuito es considerado como donación; por lo que podemos aseverar sin lugar a duda, que el contrato de donación es uno de los contratos más *sui generis*.

En el Derecho Romano clásico,⁶⁸ la donación no existía como contrato típico, se determinaba como *donationis*, causa de acuerdo con el propósito liberal que

⁶⁵ <http://es.denvercatholic.org/que-dice-la-iglesia-sobre-la-donacion-de-organos/>

⁶⁶ <https://dej.rae.es/lema/donaci%C3%B3n> consulta el 10 de Agosto 2019

⁶⁷ <http://diccionariojuridico.mx//listado.php/donacion/?para=definicion&titulo=donacion>. Consultado el 10 de Agosto de 2019

⁶⁸ LACRUZ BERDEJO, José Luis, et.al. Derecho de Obligaciones, Contratos y Cuasicontratos. Volumen 3. Segunda Edición. Editorial José María Bosch. 1986. p. 122.



tenían algunas operaciones; la que se protegía dependiendo del negocio jurídico realizado por el donante con la finalidad de la atribución gratuita, negocio que se basaba en el objeto mismo del acto: la *traditio*, *mancipatio* o *in iure cessio* para trasladar la propiedad al donatario,⁶⁹ lo cual se restringió al evolucionar, pues eran vedadas las donaciones que sobrepasaban cierta cantidad de dinero, avalándose las que se hacían entre ascendientes y descendientes.⁷⁰

Inicialmente, la donación no era relevante a los ojos de la ley, transformándose al ponerse en vigor la *Lex Cincia* correspondiente al año 204 A.C. que las eliminaba parcialmente del contexto, obligando a la jurisprudencia a determinar la existencia de la causa *donandi*.⁷¹

Posteriormente se evidencia la importancia de dicho contrato a través de las acciones del emperador Constantino, el cual realizó una constitución que fue integrada al *Fragmenta vaticana*, más tarde transcrita en parte a otras legislaciones como las de Justiniano. Todo lo relatado supuso una transformación en la *exceptio* y la *donatio* perfecta, alcanzando la donación como negocio un carácter típico y un régimen especial.⁷²

En el Derecho Justiniano, los requisitos enunciados para la donación en la legislación anterior decaen, evidenciándose en la totalidad de las codificaciones del

⁶⁹ <>. En: CD Memorias de la IX Jornada Internacional de Derecho de Contratos del 27 al 29 de enero. La Habana. 2010. pp. 2 y 3.

⁷⁰ La donación mayor de doscientos sueldos necesitaba inscribirse en los registros públicos, so pena de nulidad. Justiniano lo establece de igual manera, excepto que aumentó la cifra a quinientos sueldos. Se exceptuaban de ello las realizadas entre determinados parientes y personas afines. Las donaciones en entre ascendientes y descendientes alcanzaban su validez por la redacción de un documento que se entregaría al notario, lo que se denominó pacto legítimo de donación. HERNÁNDEZ BETANCOURT, Yenisbet. << La donación de inmueble ¿contrato solemne o tan solo formal?>> PÉREZ GALLARDO, Leonardo B. et. al. Contratos Gratuitos. Biblioteca Iberoamericana de Derecho. Editorial Temis S.A, Ubijus, Reus y Zavalía. Bogotá, México. 2010. p. 95.

⁷¹ Galiano Marital, Gisel. Trujillo Ribot Yamina. Derecho y Cambio Social. "LA DONACIÓN, PAUTAS TEORICAS QUE NORMAN EN EL CODIGO CIVIL CUBANO". OCTUBRE 2010. ISSN:2224-4131. Pág. 3

⁷² Idem.



Bajo Imperio, lo cual tiene lugar en el último tercio del siglo IV, pues las formalidades constitutivas previamente exigidas van a servir únicamente como medio de prueba.

En la actualidad, la mayoría de los códigos civiles latinoamericanos⁷³ adoptan como postura la de considerar la donación como un contrato, criterio que asumimos, al regularla en el libro dedicado a los tipos contractuales como fuentes de obligaciones, teniendo en cuenta algunos su naturaleza de acto de liberalidad y destacando la gratuidad como elemento intrínseco.

La donación, aun cuando presenta un evidente carácter patrimonial, persigue por sí misma una intención altruista; por lo que no es absurda su calificación como paradigma de las liberalidades. Encuentra justificación este apelativo por su propia etimología, *doni datio*, la que trae a colación el desprendimiento, generosidad, liberalidad que hace una persona con respecto a otra de algo que le pertenece.

Para ESPÍN CÁNOVAS,⁷⁴ la donación constituye un acto a título gratuito que adquiere la forma contractual como vía de realización, tomando además en cuenta que una persona realiza con respecto a otra una liberalidad, introduciendo el elemento de aceptación por esta última.

DE COSSÍO conceptualiza la donación desde tres enfoques diferentes: el primero, considerándolo un acto donde se dispone de bienes, el segundo que reúna los requisitos para ser considerado contrato, pues se observa la exigencia de aceptación del donatario y el último, por supuesto, la causa gratuita del mismo, no limitándose ésta solamente al dar sin recibir, pues puede considerarse también como una beneficencia del donante.⁷⁵

⁷³ Ejemplo de ello lo constituyen los códigos civiles de Bolivia, Uruguay, Guatemala, Perú, Costa Rica, Venezuela, Argentina y Brasil, donde los últimos tres la consideran como contrato gratuito de beneficencia.

⁷⁴ ESPÍN CÁNOVAS, Diego. Manual de Derecho Civil Español, Obligaciones y Contratos. Volumen 3. Cuarta Edición revisada y ampliada. Editorial Revista de Derecho Privado. Madrid. 1975. p. 517.

⁷⁵ DE COSSÍO, Alfonso. Instituciones de Derecho Civil. Tomo I. Alianza Editorial. pp. 337 y 338

Refiere RUGGIERO⁷⁶ la necesidad de que la donación integre elementos como la atribución patrimonial, que origina el acrecentamiento en el donatario y por lo tanto perjuicio en el donante; el propósito de beneficiar o *animus donandi*, que se debe corresponder con la recepción por parte del donatario; la privación que se hace al donante de la cosa; y también la imposibilidad de revocación arbitraria por voluntad del donante.

Al respecto LÓPEZ SANZ aduce que la donación tiene carácter contractual, *adpero*, la analiza también como acto de liberalidad, teniendo en cuenta que una persona dispone de manera gratuita y otra acepta, haciendo especial énfasis en el efecto patrimonial que tiene esta acción para ambas partes.⁷⁷

Según ROCA I TRIAS la donación es un contrato por el cual una parte, denominada donante, atribuye bienes a otra, nombrada donatario, sin contraprestación por parte de este, trayendo consigo el enriquecimiento del patrimonio del donatario a costa del empobrecimiento del donante.⁷⁸

Juan Luis Gonzales Alcántara la palabra donación implica por tanto, un acto de liberalidad en el cual una persona transmite una cosa que le pertenece a favor de otra que lo acepta.⁷⁹ En ese sentido, en materia de salud lo podemos equiparar al acto de ceder voluntariamente sangre o algún órgano, etc., con destino a personas que lo necesitan, de igual manera, al deseo de disponer que algún órgano propio sea utilizado para trasplante después de la muerte, así mismo el acto de Autorizar que se utilicen para trasplante los órganos de un familiar muerto.

El principal problema de una lista tan numerosa de pacientes en espera de un órgano es sin duda la donación, ya que, si en la sociedad no existe una cultura

⁷⁶ DE RUGGIERO, Roberto. Instituciones de Derecho Civil. Volumen 1. Cuarta Edición. Editorial Reus, SA. Madrid. 1929. pp. 145-147.

⁷⁷ LÓPEZ SANZ, Salvador. ob.cit. p. 312

⁷⁸ ROCA I TRIAS. E<>.Derecho Civil. Obligaciones y Contratos. Valpuesta Fernández. Ma. R. et al. Valencia 1998.Tercera Edición. p. 636.

⁷⁹ Diccionario jurídico Básico, Coordinador Miguel Carbonell, tercera edición, quinta reimpression, Editorial Porrúa, 2019, p. 58.



de donación e información sobre la misma, el conflicto de personas en espera de un órgano seguirá aumentando.

En todo trasplante hay una donación, ya que el cuerpo humano está fuera del comercio es un acto altruista que refleja gran solidaridad del donante para con su prójimo.

Donación expresa, concepto

La figura de la donación de órganos en materia de trasplantes en México es posible ante dos situaciones, cuando el donante desea donar un órgano, es decir, “órganos vivos”, y la otra situación es ante una disposición por donación de órganos cadavéricos.

La donación expresa, que la Ley General de Salud reconoce como⁸⁰, la acción de manifestar por escrito o de forma verbal, la voluntad de donar sus órganos en vida o después de su muerte. Será considerada donación amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo, o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

Donación tácita

La Ley general de Salud contempla dos tipos de donación; la donación tácita, que la define,⁸¹ cuando un posible donador o donante no haya manifestado la

⁸⁰ La donación expresa constará por escrito y podrá ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes. En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación. La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

⁸¹ ARTICULO 324. Habrá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los



negativa para que después de su muerte, sus órganos sean utilizados para trasplante –de manera total o parcial-. El citado consentimiento también será necesario obtenerlo de las siguientes personas que se encuentren presentes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante. Si se encontraran presentes más de una de las personas mencionadas, se aplicará la prelación correspondiente de acuerdo con el nivel de parentesco.

En su artículo 326 la ley impone una restricción “...El consentimiento tendrá las siguientes restricciones respecto de las personas que a continuación se indican:

I. El tácito o expreso otorgado por menores de edad, incapaces o por personas que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarlo libremente, no será válido...”⁸²

De lo anterior, se observa una limitante legislativa en la capacidad de una niña niño o adolescente para poder participar en actos de donación de órganos, es decir, se está ante la voluntad de los padres o familiares, sin embargo, no podemos dejar de observar que en una realidad alterna existen menores con la necesidad de un órgano,

Es importante conocer el proceso que sigue la donación de órganos en el caso de pacientes fallecido: El paciente se encuentra dentro de la unidad hospitalaria. Se establece el diagnóstico clínico de la muerte cerebral. Se realizan estudios que confirmen muerte cerebral. Se certifica la pérdida de la vida. Se hace referencia al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) o al Consejo Estatal de Trasplantes (COETRA), según sea el caso.

descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.

⁸² ídem

El probable donador es evaluado y manejado por el coordinador hospitalario en trasplantes. Se ofrece a la familia la opción de donación, en casos de aceptación, se da aviso al CENATRA, o en su caso al COETRA, para la asignación de órganos y tejidos y se inicia el contacto con grupos procuradores. Se procede a la realización del llenado de documentos oficiales, establecidos por el CENATRA. Si la causa de muerte involucra un hecho violento, se informará al Ministerio Público para que sean anexados los documentos de donación a la Carpeta de Investigación.

Una vez concluido el trámite, en ambos casos, se realiza la procuración de órganos y tejidos, en hospitales autorizados, los cuales son enviados a destinos ya establecidos por el CENATRA. Por último, terminada la procuración, el cadáver se pone a disposición de la familia o bien al C. Agente del Ministerio Público, según sea el caso.

En el caso de los pacientes una vez diagnosticados con una insuficiencia orgánica, pasan por un protocolo para ser beneficiados con un órgano:

- Entrada del enfermo en la lista de espera: tienen como objetivo inscribir a los pacientes, para que la asignación de los órganos sea lo más equitativa y justa posible.
- Se crean listas de espera: locales, estatales o nacionales de acuerdo a los índices de donación, los medios de transporte, el apoyo del gobierno y la sociedad, entre otros aspectos.
- Espera: uno de los momentos más difíciles de las personas en las que se indica un trasplante. Significa esperar a que exista un donador con características similares de histocompatibilidad al receptor, además de que deben intentar vivir con la enfermedad que sigue deteriorando su vida.
- Existencia de un donador: es el momento en el cual hay un donador cadavérico, con ciertas características, compatible a alguien que se encuentra en lista de espera. Cabe destacar que el manejo adecuado de los órganos ayudará al éxito del trasplante.



- Asignación de órganos y tejidos: los médicos responsables deberán basarse en la compatibilidad del grupo sanguíneo entre donador y receptor respetando la fecha de ingreso a la lista de espera y la distancia entre el hospital donador y el trasplantador.

Características de los donadores

Todas las personas deberían considerarse como posibles donantes de órganos y tejidos, independientemente de la edad, estado de salud, raza u origen étnico. Nadie es demasiado viejo ni demasiado joven para ser un donante fallecido y la mayoría de las religiones apoya la donación.

Estas son algunas de las preguntas más frecuentes relacionadas con la elegibilidad para la donación de órganos. Incluso si se tiene una enfermedad o una condición de salud, puede ser elegible para donar sus órganos o tejidos después de su muerte. Si al momento de su muerte surge algún problema, los médicos examinarán sus órganos y determinarán si son aptos para ser trasplantados. Solo algunas condiciones impedirían absolutamente que una persona sea donante, como el cáncer activo o una infección sistémica.

En el proceso de donar existen varios aspectos médicos, sociales, psicológicos, tanatólogos, legales, y otros más; dichos procesos se unen estas disciplinas para un solo fin, salvar una vida o varias vidas

Por otro lado, intervienen médicos, enfermeras, técnicos en urgencias médicas y trabajadoras sociales, quienes se ocupan de crear una cultura de donación y así fomentar el número de trasplantes que se requiere en el país.

La donación de órganos y tejidos es dar la posibilidad de continuar con una vida digna a otras personas, y esto sólo es posible con la voluntad de las personas que están dispuestas a donar a quien se encuentran pacientemente en espera la oportunidad de continuar viviendo, evitando así el sufrimiento y la agonía.

Un donante es aquella persona que de manera libre, responsable y voluntaria toma la decisión de donar sus órganos y/o tejidos después de la vida, y sólo en circunstancias especiales donar en vida. La información de este tema es indispensable para quien decide donar, además de tener una asesoría adecuada y haberlo manifestado de forma verbal o escrita.

La decisión de donar es sólo de quien quiere hacerlo, de la misma forma puede revocar su decisión y elegir no hacerlo, sin embargo, tiene que informarlo de inmediato a todas aquellas personas que necesiten saberlo, es importante que la familia lo sepa, pues ellos serán sus portavoces.

CAPITULO II

Breve Estudio Histórico De La Donación De La Donación Y Trasplante De Órganos.

Antecedentes de la donación y trasplante de órganos en el mundo

El trasplante de órganos es un tratamiento relativamente nuevo que ha mostrado una evolución en el área de la salud importante con el propósito de salvar la vida de personas con falla de uno o varios órganos que impiden el goce de la salud, calidad de vida y bienestar.

El deseo del ser humano de mejorar su salud o su aspecto físico parece consustancial a su naturaleza. Civilizaciones tan antiguas como la persa, la griega, la egipcia muestran en su arte diferentes manifestaciones de una visión idealizada del cuerpo humano, utilizando partes de animales, lo que les otorgaría propiedades al alcance solo de los dioses.

Por tanto, el *xenotrasplante*⁸³ se encuentra en el imaginario del hombre desde hace muchos siglos. Un primitivo concepto de trasplante aparece en muchas culturas antiguas a través de formas quiméricas de héroes, reyes y dioses ideadas con el fin de resaltar las virtudes de estos seres. Probablemente el más antiguo y famoso ejemplo lo constituya Ganesha, dios hindú de la sabiduría y vencedor de todos los obstáculos: un dios surgido de un niño Kumar, a quien el rey Shiva trasplantó una cabeza de elefante. esta cabeza de elefante trasplantada explicaba su sabiduría y fortaleza.

Con el paso de los siglos, el pensamiento cristiano recoge estos mitos y los transforma, a través de los milagros. De los ejemplos posibles, hay que destacar el “milagro de San Cosme y San Damián” profusamente recogido en el arte sacro y que muestra el momento en que estos dos médicos de la época romana sustituyen la pierna enferma de Justiniano, por la pierna sana de un esclavo. Sin duda, se trata del primer aloinjerto de la Historia, ocurrido sólo en el imaginario de las personas.

Durante la Edad Media poco más se puede decir del desarrollo científico de los trasplantes. En el área de la cirugía se producen avances y en 1597 Gaspar de Tagliacocci publica un tratado quirúrgico, que recoge la técnica del autotrasplante nasal que aún se realiza en la actualidad.

El primer paso importante para el desarrollo científico de los trasplantes tiene lugar en los inicios del Siglo XX y se relaciona con el descubrimiento de la sutura vascular por parte de un investigador francés, Alexis Carrel. Por tanto, el origen de los trasplantes de órganos está muy ligado al desarrollo de la cirugía vascular. Con este avance, entre los años 1900 y 1915 se realizan los primeros trasplantes en animales. El animal elegido fue el perro y el órgano, el riñón.

Referencias Internacionales

⁸³ Un xenotrasplante (del griego ξένος xenos: 'extranjero'), heterotrasplante o trasplante heterólogo, es el trasplante de células, tejidos u órganos de una especie a otra, idealmente entre especies próximas para evitar rechazo, como de cerdos a humanos.



En 1906, Mathieu Jaboulay publica el primer trasplante realizado en un ser humano. Se trata de un injerto renal de un cerdo, implantado en el codo izquierdo de una mujer de 50 años, en situación de insuficiencia renal terminal. El fracaso del intento, en relación con la incompatibilidad entre especies, no desanimó a los investigadores y, de esta manera, en 1910 Unger, profesor de cirugía en Berlín, comunicó haber realizado más de 100 trasplantes de riñón de perros foxterrier a perros bóxer⁸⁴. Al mismo tiempo, Carrell realizó trasplantes experimentales de riñones, tiroides, paratiroides, corazón y ovario, siendo reconocido su trabajo con el premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1912⁸⁵.

En las décadas siguientes, distintos investigadores rusos, franceses y estadounidenses realizan diferentes experimentos con animales y en 1933 se tiene noticia del primer trasplante de un riñón humano al hombre practicado en Ucrania por parte de Voronoy, realizado con el riñón de un donante grupo sanguíneo 0 en una receptora del grupo sanguíneo B. Tal incompatibilidad determinó el fracaso del intento y el fallecimiento de la receptora a las 48 horas⁸⁶.

En Boston Estados Unidos publicaron en 1953 los resultados de sus primeros 9 casos de riñones trasplantados en el muslo. La escasa experiencia y la pobreza de resultados obligaban a buscar una técnica simple de implantación del injerto y trasplantectomía. A pesar de que no se administraron fármacos inmunosupresores (aparte de algunas dosis de ACTH y esteroides), varios de estos injertos fueron funcionantes algunas semanas.⁸⁷ René Kuss puso a punto en 1951 la técnica del trasplante renal habitualmente empleada desde entonces: riñón situado en la fosa ilíaca por vía retroperitoneal con anastomosis a los vasos ilíacos y reconstrucción urinaria por anastomosis ureterovesical.

⁸⁴ https://mundoanimal.webcindario.com/historia_inconclusa.pdf consultada el 20 de octubre de 2019

⁸⁵ *ídem*

⁸⁶ https://www.revistaseden.org/files/art655_1.pdf Historia Del Trasplante Renal, J. M.^a Puig. Hospital de la Esperanza. Barcelona, consultada el 15 de octubre 2019

⁸⁷ <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobre-los-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>, consultada el 15 octubre de 2019

En el Hospital Necker de París tuvo lugar el 24 de diciembre de 1952 el primer trasplante de riñón entre emparentados: un joven carpintero de 16 años cayó desde un andamio y sufrió una rotura de su riñón derecho, que tuvo que ser extraído. Después de la intervención quedó anúrico y se descubrió que el riñón extraído era único. Seis días después se le trasplantó el riñón izquierdo de su madre. El riñón funcionó inmediatamente y la situación clínica y biológica del receptor mejoró rápidamente. Pero, a los 22 días del trasplante, la función del injerto fracasó por un episodio de rechazo y pocos días después el receptor falleció⁸⁸: no había posibilidades de diálisis y no se conocían tratamientos para solucionar el rechazo.

El primer trasplante renal con supervivencia a largo plazo tiene lugar en el Hospital Brigham de Boston en 1954 de la mano de Murray, Merrill y Harrison. el donante y el receptor son dos gemelos homocigóticos, lo que garantizaba la ausencia de rechazo inmunológico. El trasplante se realizó mediante la técnica de Kuss.⁸⁹

En los años siguientes se realizan en Boston hasta siete trasplantes con similar relación entre donante y receptor, al tiempo que prosiguen las investigaciones en el manejo de fármacos que permitieran el uso de órganos sin tanta semejanza inmunológica. En 1959 Calne demostró que la mercaptopurina⁹⁰

⁸⁸https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXV/2009/T.%20LXV%20n.%203%202009%20sept.-dic/EJ02007.pdf, revista de estudios extremeños año 2009 ~ TOMO LXV NÚMERO III septiembre – diciembre, consultada el 20 de octubre de 2019, 644 pp. p.305

⁸⁹https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300275, 50 años de trasplante de corazón. La operación que enmudeció al mundo y cambió para siempre el concepto de muerte

⁹⁰ La mercaptopurina se usa para tratar solo o con otros medicamentos de quimioterapia la leucemia linfocítica aguda (ALL, por sus siglas en inglés; también llamada leucemia linfoblástica aguda y leucemia linfática aguda; un tipo de cáncer que se origina en los glóbulos blancos). La mercaptopurina pertenece a una clase de medicamentos llamados antagonistas de purinas. Actúa interrumpiendo el crecimiento de las células cancerosas.



prolongaba la supervivencia de los riñones trasplantados a perros y en este mismo año la empleó por vez primera en un trasplante renal humano⁹¹.

A partir del año 1960 se utilizó este fármaco en Boston, París y Londres. Los resultados del trasplante renal, aunque todavía pobres, empezaron a mejorar, especialmente cuando se combinó la mercaptopurina y la irradiación corporal: 2 injertos funcionaron más de un año. Los trabajos de Calne prosiguieron, demostrando que el imidazol derivado de la mercaptopurina, la azatioprina, era más activa.

Desde principios de los años cincuenta se sabía que los glucocorticoides⁹² disminuían la reacción de rechazo de la piel trasplantada en diversos modelos experimentales, pero fue Goodwin (del Departamento de Cirugía de la Universidad de California) quien en 1960 solucionó por vez primera un episodio de rechazo de riñón administrando altas dosis de glucocorticoides. Starzl et al, en 1963, recomiendan el empleo sistemático de azatioprina y glucocorticoides desde el momento del trasplante.

La experiencia obtenida en el trasplante renal ha posibilitado la expansión y el progreso en el trasplante de otros órganos. En 1963 Starzl realizó en Denver un primer intento de trasplante hepático en el hombre, pero no es hasta 1967 cuando tiene lugar el primer trasplante con supervivencia prolongada realizado en la Universidad de Colorado a una niña de un año y medio de edad. Los trabajos realizados por Starzl a partir de este momento, así como los de Calne y Williams

⁹¹<https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/10519/caballer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, tesis doctoral, LA ACTITUD E INTENCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: ANÁLISIS MEDIANTE REGRESIÓN Logística Multinivel Antonio Caballer Miedes, p. 32, consultada el 20 de octubre de 2019

⁹² Los glucocorticoides son hormonas de la familia de los corticosteroides que participan en la regulación del metabolismo de carbohidratos favoreciendo la gluconeogénesis y la glucogenólisis; poseen además actividad inmunosupresora. Su acción reguladora se extiende también al metabolismo intermedio de grasas y proteínas.



permitieron que la mejoría de resultados fuera tal que lo que se consideraba un tratamiento experimental, pasara a ser una alternativa terapéutica.

En 1967 tiene lugar también el primer trasplante cardíaco; se realiza en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) por parte de Barnard en un receptor de 58 años, enfermo de una insuficiencia cardíaca terminal. El éxito del trasplante tiene una gran repercusión científica y mediática y, aunque la supervivencia del paciente fue de 18 días, este trasplante supuso el despegue definitivo de los programas de trasplante.

El primer intento de trasplante pulmonar en el hombre lo llevó a cabo Hardy de la Universidad de Mississippi en 1963; el paciente sobrevivió 18 días. Desde entonces hasta 1980 se realizaron unos 40 trasplantes pulmonares con una mortalidad del 100 % al año. A principios de 1980 Cooper, de la Universidad de Toronto, gracias a los avances técnicos alcanzados y a la posterior introducción de la ciclosporina inició un programa de trasplantes pulmonares, tanto uni como bipulmonares con mejores resultados.

Las primeras décadas de los trasplantes mostraron resultados desalentadores. A finales de los años sesenta el trasplante renal seguía siendo una intervención experimental de elevado riesgo: entre un 30 y un 40 % de los trasplantados con riñón de cadáver fallecían en el primer año, y la sépsis era la primera causa de muerte. El porcentaje de riñones funcionantes al año del trasplante era muy bajo. Similar situación se daba con el trasplante cardíaco y hepático. El descubrimiento de la ciclosporina como base de la inmunosupresión en 1980, la utilización de terapéuticas inmunosupresoras combinadas y el progreso en las técnicas quirúrgicas, fueron produciendo una mejora progresiva de los resultados y de la supervivencia de los pacientes trasplantados hasta la situación actual.

En España se realizó el primer trasplante de órganos con éxito entre humanos en 1965, en Barcelona, por parte del equipo de Gil-Vernet. Fue un trasplante renal obtenido de un cadáver. Desde entonces y hasta el reconocimiento legal de la "muerte cerebral" mediante la ley 30/1979, en todas las extracciones



renales para trasplante procedentes de cadáveres se debía esperar a la asistolia del donante. Durante estos años, los equipos de trasplantes velaban de forma ininterrumpida, a veces durante muchos días, a los pacientes graves sin perspectivas de viabilidad en estado crítico o estado de "muerte cerebral" a la espera de la asistolia, y procedían entonces, previa autorización de la familia del fallecido, a la extracción renal del cadáver para trasplante.

El 22 de enero de 1983 se realizó el primer trasplante de hígado en España, en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), por parte de los Doctores Margarit y Jaurrieta.

El 8 de mayo de 1984, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se realizará el primer trasplante de corazón con éxito, a cargo del equipo dirigido por Josep María Caralps y Josep Oriol Bonín. El paciente del Hospital de Sant Pau sobrevivió nueve meses y falleció aparentemente como consecuencia de una crisis de rechazo. En julio del mismo año, sería el equipo de Ramón Arcas, en la Clínica Universitaria de Navarra, y, en septiembre, Diego Figuera, en el Hospital Puerta de Hierro, quienes se unirían a los centros con capacidad técnica de efectuar estas intervenciones.

El primer trasplante pulmonar en España se realiza en 1990, en el Hospital Gregorio Marañón, por parte del Dr. Arcas.

Antecedentes de la donación y trasplante de Órganos en México⁹³

En México, el 21 de octubre de 1963, los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont, realizaron el primer trasplante renal de donador vivo en el Centro Médico Nacional, del IMSS. Ante este importante avance científico, en 1973 las autoridades se dieron a la tarea de regular la práctica de los trasplantes, en el Título Décimo del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

⁹³ Visible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf>

Los avances siguieron y en 1979 el doctor Ricardo Sosa en el Instituto Nacional de la Nutrición llevó a cabo el primer trasplante de médula ósea. En 1984 se creó el Registro Nacional de Trasplantes, como organismo responsable de: vigilar el apego a la normatividad, la expedición de licencias sanitarias para el funcionamiento de bancos de órganos, tejidos y células, la autorización para el internamiento o salida de órganos, tejidos y células del país, contabilizar las disposiciones hechas y los trasplantes realizados, además de llevar el registro de los pacientes en espera de trasplante de órganos cadavéricos.

En ese mismo año, se estableció en la Ley General de Salud, en el Título Decimocuarto, las disposiciones para el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos y en septiembre de 1985 apareció el Reglamento del mismo. En esta década, gracias a la introducción de la ciclosporina y sus beneficios, tuvo auge la realización de trasplantes a partir de donador cadavérico en todo el mundo.

Así, en 1987 los doctores Héctor Díliz y Héctor Orozco efectuaron el primer trasplante de hígado, en México, en el Instituto Nacional de Nutrición. En el mismo año, los doctores Díliz y Valdés, realizaron el primer trasplante de páncreas y el Dr. Arturo Dib Kuri realizó el primer trasplante de páncreas-riñón; en 1988 el Dr. Rubén Argüero Sánchez realizó el primer trasplante cardíaco, y en el mismo año el grupo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias encabezados por el Dr. Jaime Villalba y el Dr. Patricio Santillán llevaron a cabo el primer trasplante exitoso de pulmón, que fue también el primero en Latinoamérica.

Sin embargo, y a pesar de haber sido los pioneros respecto a Latinoamérica, los últimos años se caracterizaron por un estancamiento en el programa de donación y trasplantes. Con la intención de romper con esta atonía, el 19 de enero de 1999 por Acuerdo Presidencial y con los propósitos de desarrollar un Sistema Nacional de Trasplantes y de fomentar una nueva cultura en materia de donación altruista de órganos y tejidos, se creó el Consejo Nacional de Trasplantes como órgano intersecretarial del Sector Público Federal.

El 26 de mayo del 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud, en su Título XIV, referente a la "Donación, Trasplante y Pérdida de la Vida", creándose así el Centro Nacional de Trasplantes. Esto sin duda, representa la plataforma de proyección, para el desarrollo de un efectivo Sistema Nacional de Trasplantes.

Pese a que desde la década de 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó un marco normativo y ético internacional, con un contenido que privilegia la ética, la seguridad, la equidad y la transparencia en relación con la donación y el trasplante, se identifican prácticas que desbordan los límites impuestos por los marcos jurídicos o que dicta la ética.

El desarrollo de este gran marco jurídico y ético, que encontró su expresión y adaptación en muchos países, alienta a nivel global la erradicación de dichas prácticas inadmisibles, incluso los resultados de asambleas posteriores a los primeros esfuerzos de la OMS acrecientan las bases para diseñar y ejecutar programas internacionales y gubernamentales para mejorar las tasas de donación y trasplante en los propios contextos nacionales, y evitar el tráfico de órganos humanos.

El reconocimiento y estudio empírico de los modelos de donación “expreso” (informado y voluntario) o “presunto”, así como la prevalencia de donación en vida sobre la donación de fallecidos ha abierto desde hace un tercio de siglo un campo valioso para el quehacer gubernamental, para la reflexión e inventiva académica y la práctica profesional en los campos de la medicina, la ética y las soluciones de donación/asignación de órganos.

En el caso de México, si bien la donación y trasplante tienen una historia de más de medio siglo, durante los últimos 10 años el quehacer legislativo trató el tema a través de iniciativas que buscaban adaptarse jurídica y éticamente a los principios rectores de la OMS. La más reciente de estas iniciativas (2017), que Reforma diversos artículos del Título Cuarto de la Ley General de Salud, fue aprobada por el Senado en abril de 2018 y es relativa al consentimiento presunto.

En la presente investigación de carácter documental, además de recoger el trabajo de la OMS en relación con el marco jurídico y ético en materia de donación y trasplante, se expone en concordancia con el Principio rector, que en México las iniciativas legislativas previas y la aprobada por el Senado en este 2018, si bien la definición de su contenido ha sido legalmente de competencia de las autoridades nacionales, éste se apega a las normas éticas internacionales, y también desde hace algunos años hay actividades gubernamentales, de la iniciativa privada y de 4 Documento de trabajo La donación de órganos en México a través del consentimiento presunto: de las cifras a la inacción y la ética Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC'S) de sensibilización para la donación, lo que implica atender el delicado tema de las tradiciones y las prácticas y valores culturales en relación con la vida, el dolor y la muerte.

Asimismo, en México la investigación aplicada en salud ha dado lugar a que nuevas técnicas y algoritmos sean aplicados para mejorar la donación de órganos. Son los casos de la donación renal apareada (como el trasplante dominó que se llevó a cabo en México por primera vez en 2014)⁹⁴ y la aplicación del algoritmo de las asignaciones estables que permite relacionar a donadores y receptores en distintos puntos del planeta impactando en la reducción de la espera de pacientes con insuficiencia renal candidatos a convertirse en pacientes, entre otros. Por ejemplo, con este último algoritmo en Estados Unidos en 2016 se registraron más de 3,100 parejas de donadores/receptores, que se tradujeron en una gran cantidad de trasplantes.⁹⁵

⁹⁴ Esta técnica de “trasplante dominó” fue desarrollada en Portugal; se ha aplicado también en Japón, Francia y España. Véase SS. Se realiza en México, primer trasplante dominó. Disponible en [<https://www.gob.mx/salud/prensa/se-realiza-en-mexico-primer-trasplante-dominio>], consulta: 17 de octubre de 2019.

⁹⁵ Véase Kungl Veteskaps-Academien, Stable matching: Theory, evidence, and practical design. The Prize in Economic Sciences, 2012. Disponible en [https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2012/populareconomicssciences2012.pdf], consulta: 17 de abril de 2018. En México el Centro Pro-Donación Renal utiliza la donación renal apareada o donación cruzada de riñón. Disponible en [<http://www.pro-renal.com/como-funciona/>], consulta: 17 de octubre de 2019

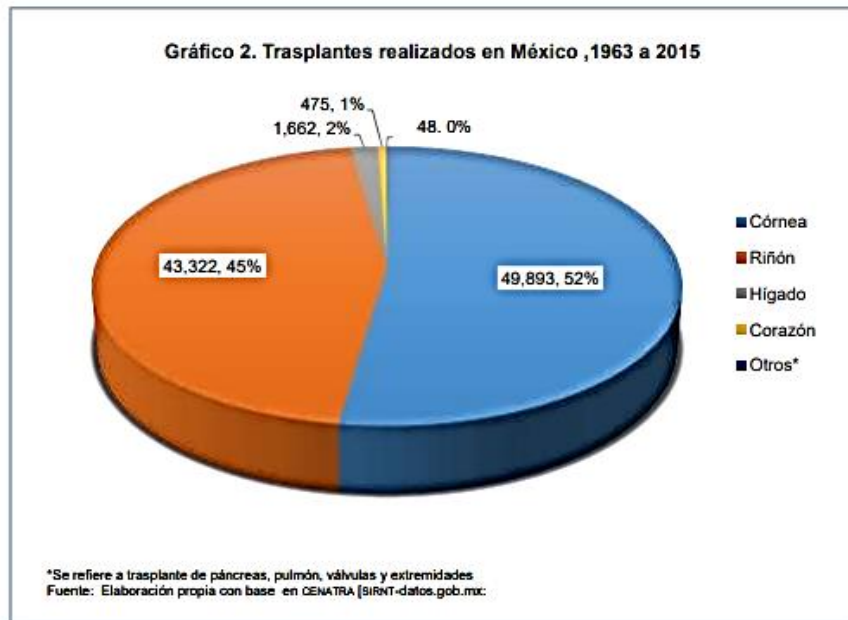
En relación con las cifras de donación, el Observatorio Global de Donación y Trasplantes (GODT, por sus siglas en inglés) informa que en el mundo en 2015 se trasplantaron 126,670 órganos sólidos (18.5% más que en 2010), los cuales cubren un porcentaje cercano al 10% de las necesidades globales.⁹⁶ Dentro de los trasplantes de riñón e hígado a escala mundial, 41.8 y 21% correspondieron a trasplantes de donadores vivos, respectivamente. Para México, el GODT indica que en 2015 se llevaron a cabo cerca de tres mil trasplantes de órganos, de los cuales 70.8 y 2.6% corresponden a trasplantes de riñón e hígado de donadores vivos, respectivamente.⁹⁷

De acuerdo con el CENATRA⁹⁸, en México se hacen trasplantes desde 1963, durante más de medio siglo de esta actividad se han llevado a cabo alrededor de 90 mil, este número tiene como contexto los derechos humanos en este campo, el fortalecimiento de su marco jurídico y normativo, el desarrollo institucional. En este periodo el trasplante de córnea es el más frecuente (52.3%), seguido por el de riñón (45.4%), el trasplante hepático ocupa el tercer lugar con 1,662 y con 475 se halla el de corazón. En este periodo hay registro de 20 trasplantes de válvulas cardíacas, 15 de páncreas, 7 de pulmón y 6 de extremidades.

⁹⁶ Véase Statista, Evolución anual del número de trasplantes de órganos realizados a nivel mundial de 2010 a 2015. Disponible en [<https://es.statista.com/estadisticas/597576/numero-de-trasplantes-de-organos-realizados-a-nivel-mundial/>], consulta: 17 de octubre de 2019.

⁹⁷ 4 La GODT sólo contiene información sobre los siguientes órganos: riñón, hígado, pulmón, páncreas, corazón e intestino delgado. En el caso de México, aunque hay datos para algunos órganos desde 2004, puede considerarse que la actividad de compilación sistemática es relativamente reciente. Pro-Renal indica que en México se llevan a cabo entre 2,600 y 2,800 trasplantes de riñón cada año. Disponible en [<http://www.transplantobservatory.org/data-charts-and-tables/>], consulta: 17 de octubre de 2019

⁹⁸ <https://www.gob.mx/cenatra>



Ser niña o niños no es ser “menos adulta/o, la niñez no es una preparación para la vida adulta. La niñez y la adolescencia son formas de ser persona y tiene igual valor que cualquier otra etapa de la vida; la niñez es concebida como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica.

UICEF

CAPITULO III.

El niño como sujeto de derechos fundamentales

Conceptualizaciones generales de niñas, niños y adolescentes

Los conceptos de infancia y niñez presentan dificultades no solo a nivel social, sino desde la propia etimología de las palabras. Para la Real Academia de



la Lengua Española por sus siglas RAE, la palabra *infancia* deriva del latín *infantia* que alude a la incapacidad de hablar y define al *infans* como aquel que no tiene voz.

Actualmente la RAE delimita a la infancia como; el periodo de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad; el conjunto de niños; el primer estado de una cosa después de su nacimiento o fundación.⁹⁹

De igual manera Real Academia de la Lengua Española, define al infante como “el niño de corta edad”.¹⁰⁰ Asimismo señala que la palabra niña o niño proviene de la voz infantil o la expresión onomatopéyica *niño*, que se refiere “al que está en la niñez, que tiene pocos años, que tiene poca experiencia o que obra de poca reflexión y advertencia”¹⁰¹, entre otras características. Finalmente, “la niñez” se precisa como “el periodo de la vida humana que se extiende desde el nacimiento, a la pubertad, el principio o primer tiempo de cualquier cosa; y la niñería, acción propia de los niños”¹⁰².

Resulta importante el análisis sobre el uso del término *menores o niños* en el contexto de la discusión con relación a los derechos de las personas menores de dieciocho años. Sin embargo, hay algunas posturas que mencionan que se trata de una tarea ociosa, que no tiene consecuencia alguna con lo realmente importante, que es precisamente la garantía de los derechos de este sector social o grupo de personas, independientemente de cómo se les llame.

Lo anterior debe establecer el punto de inicio sobre una reflexión acerca de las formas de identificar, desde el ámbito jurídico, a los seres humanos durante los primeros años de la vida, -o antes-, pues una respuesta negativa tendría que

⁹⁹ Real Academia Española, “infancia”, en Diccionario de la Lengua Española, disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LUbWPI0>, consultado el 20 de Mayo de 2020.

¹⁰⁰ *ibidem*, “Infante”, disponible en: <http://del.rae.es/?id=LUDK6333>

¹⁰¹ *Ibidem*, “niño”, disponible en: <http://del.rae.es/?id=QW5mMVV>

¹⁰² *Ibidem*, “Niñez”, disponible en: <http://del.rae.es/?id=QW1nBSu>



probablemente, conducir a renunciar a un ejercicio argumentativo alrededor de este tema.

La respuesta parece positiva, ello debido a que no sólo es útil la aparente discordancia entre los expertos en torno a este aspecto, sino que además es transcendental por diversos motivos, cuyo desarrollo pretende ser uno de los objetivos del presente trabajo de investigación.

Por las razones que se expondrán, se argumenta la defensa de la postura a favor del uso del concepto niñas, niños y adolescentes para referirnos a las personas que, sin haber cumplido la mayoría de edad, son titulares de ciertos derechos.

Resulta necesario comenzar de la afirmación de que un factor importante del problema es justamente que, pese a un aparente acuerdo motivado por lo “políticamente correcto”, aún no hay un consenso real sobre la titularidad de derechos durante la infancia y adolescencia.¹⁰³

González Contró, acierta al mencionar que *“el lenguaje no es neutral, sino que refleja y al mismo tiempo construye realidades. Es por ello indispensable descubrir lo que describe nuestra forma de referirnos a niñas, niños y adolescentes. A través del lenguaje se construyen relaciones de poder, y en el caso de las personas menores, una condición de incapacidad”*.¹⁰⁴

Para Bonifaz Alonso las referencias etimológicas son el sustento de los conceptos psicológicos, pedagógicos, sociológicos y jurídicos que hoy conocemos, y que tienen influencia no solo en la protección y defensa de los derechos de las niñas y niños, sino también en la forma en que se visualiza o trata a esta población;

¹⁰³ González Contró, Mónica. ¿MENORES O NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES? REFLEXIONES EN EL CONTEXTO DEL DEBATE EN AMÉRICA LATINA, Publicación Electrónica, núm. 5, 2011 Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM

¹⁰⁴ *Ibidem*



por ello, menciona, es indispensable determinar las bases conceptuales del término niñez y de los conceptos de niñas niños y adolescentes en un sentido jurídico.¹⁰⁵

La palabra *menor* refleja una situación relacional en la que siempre habrá un *mayor*, esto, por lo que me parece no recomendable su uso, y es precisamente una de las razones que originan la argumentación a favor de corregir esta denominación naturalizada en el léxico jurídico.

Es necesario mencionar que algunas palabras que se utilizan para distinguir a las personas menores de edad como titulares de derechos no son sinónimos, ello a pesar de que se utilicen sin distinción. Cada concepto hace referencia a distintos contenidos, que además tienen implícitos ciertos elementos de los que no siempre son conscientes las personas, sean juristas o no.

Los conceptos más tradicionales son: menor, menor de edad, niña, niño y adolescente, infancia y adolescencia y niñez. Seguidamente se expresa un breve esclarecimiento de los alcances y características de cada uno.

El vocablo menor, según la Real Academia Española, es un adjetivo comparativo que significa: “Que es inferior a otra cosa en cantidad, intensidad o calidad; menos importante con relación a algo del mismo género”. Sin embargo, en el lenguaje del derecho es utilizado como sustantivo, tanto en la doctrina como en la legislación mexicana.

Esta expresión es la que se usa con mayor frecuencia en el ámbito jurídico, tanto en las normas del derecho como en el medio jurisdiccional. En ocasiones se utiliza también como adjetivo, por ejemplo, al referirse al menor hijo en los juicios de

¹⁰⁵ Bonifaz Alfonso Leticia. La evolución de los derechos de niñas y niños a partir de la Constitución de 1917, Primera edición, febrero de 2017, D.R. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Avenida José María Pino Suarez, numero 2, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México, 210 páginas, pp. 11



materia familiar, aunque en este último sentido, su uso corresponde más como una abreviatura de menor de edad.

Para Gonzales Contró, el concepto menor deriva de la posición de menor de edad, pero con el uso se ha convertido en una forma de designar a las niñas, niños y adolescentes, especialmente en el ámbito del derecho privado —materia familiar— y penal —menores infractores—¹⁰⁶.

Respecto al término “menor”, Daniel Cifuentes señala, que el uso que se le da a la palabra menor conlleva una óptica jurídica y otra semántica; la primera, se refiere a la minoría de edad establecida en los instrumentos jurídicos de los sistemas universales e interamericano de los que México es parte, con la finalidad de delimitar su ámbito de aplicación personal sin ninguna connotación negativa, ni excluyente. El segundo argumento se refiere a la utilización del concepto “menor”, con un enfoque humano.¹⁰⁷

El refuto al vocablo menor tiene su fundamentación en el abandono del reconocimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes, que a lo largo del tiempo en la historia de la humanidad y por consecuencia, en las instituciones que han normado la vida social. Ser “menor” ha sido hermanado con las personas en estado de interdicción u otras inhabilidades, que han tenido como consecuencia restricciones a su personalidad jurídica, tal como lo estipulan los códigos Civiles o Familiares de este país.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Visible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/7.pdf>, consultado el 29 de Mayo de 2020

¹⁰⁷ González Martín, Nuria, *Familia Internacional en México. Adopción, Alimentos, restitución, tráfico, y trata, México, Editorial Porrúa, UNAM, 2009, pp. 24 y 25*

¹⁰⁸ Artículo 23 del Código Civil Federal: la Minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica que no deben menoscabar la dignidad de la persona, ni atentar contra la integridad de la familia; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

Cuando nos referimos a alguien menor de edad, estamos describiendo una situación, un estado, en el que se encuentra la persona durante los primeros diecisiete años de vida. Se trata de un término predominantemente jurídico, pues es evidente que alguien es menor de edad solo porque no se ha alcanzado la mayoría de edad, condición que de manera general los sistemas jurídicos modernos consideran como requisito para tener capacidad plena para el ejercicio de los derechos.

La Convención de los Derechos del Niño define en su artículo 1º: “Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano *menor de dieciocho años de edad*, salvo que, en virtud de ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la *mayoría de edad*”.¹⁰⁹

Resaltando que de la definición que menciona la Convención, vincula de manera tácita el *ser niño* con el *ser menor de edad*, pues establece que la condición para dejar de pertenecer a este sector de la sociedad es necesario cumplir la mayoría de edad -18 años para el caso de México-, con lo que presupone una capacidad o condición jurídica plena.

Para México es igual la definición que se encuentra en la Convención, pues en el artículo 34 constitucional se establece que son ciudadanos los varones y mujeres mexicanos que hayan cumplido dieciocho años de edad.¹¹⁰ De igual manera el artículo 4º de nuestra ley suprema, reconoce ciertos derechos a las niñas y niños, que se entiende son personas que no han cumplido con la mayoría de edad.¹¹¹

Menciona González Contró, que encontramos pues tres conceptos que pueden distinguirse teóricamente, ya que sus implicaciones son distintas pero que

¹⁰⁹ Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF, Mauricio Legendre, 36, 28046 Madrid, mayo 2015

¹¹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

¹¹¹ Ibidem



coinciden en establecer un trato jurídico diferente para las personas de cero a diecisiete años; niño, mayoría de edad y ciudadanía¹¹².

Es importante hacer notar que, pese a que en la mayor parte de las leyes se identifican mayor de edad y ciudadano, estos conceptos no tienen el mismo significado, y como consecuencia niña y no-ciudadano tampoco son sinónimos. La ciudadanía supone un conjunto de derechos, especialmente de participación pública, mientras que la mayoría de edad simplemente expresa que se ha alcanzado determinada edad¹¹³.

El término niña, niño y adolescente para referirse a los destinatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño y una serie de normas surgidas en México a partir de su ratificación, es la más utilizada actualmente tanto en la legislación derivada de este instrumento internacional, como en algunos sectores académicos, de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil.¹¹⁴

Con relación a la capacidad en la autonomía de niñas niños y adolescentes, el Poder Judicial de la Federación ha emitido criterios en los que se ha establecido lo que se debe entender por menores, así como su capacidad o incapacidad de ejercicio.

Por lo que la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, mediante la resolución del amparo directo en revisión 1674/2014, en la sesión del 5 de mayo de 2015, pronunció criterios aislados relativos a los lineamientos para determinar el grado de evolución de la autonomía de los menores, que a la letra dice:

¹¹² González Contró, Mónica. Derechos de las niñas y los niños, Primera edición 2015, Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n Ciudad de Investigación en Humanidades, pp. 4-5, 76 páginas, Colección Biblioteca Constitucional. Serie Nuestros Derechos

¹¹³ Ibidem

¹¹⁴ <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/7.pdf>

EVOLUCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LOS MENORES. LINEAMIENTOS PARA DETERMINAR SU GRADO. No pueden establecerse edades fijas o condiciones preestablecidas para determinar el grado de autonomía del menor, pues el proceso de madurez no es un proceso lineal y aplicable a todos los niños por igual. Así, la evolución de la autonomía de los menores es progresiva en función de su edad, del medio social, económico y cultural en el cual se desarrollan los infantes, así como de sus aptitudes particulares. De tal forma que, para determinar la capacidad de los menores para tomar decisiones sobre el ejercicio de sus derechos, es fundamental que los juzgadores realicen una ponderación entre la evaluación de las características propias del menor (edad, nivel de madurez, medio social y cultural, etc.) y las particularidades de la decisión (tipo de derechos que implica, los riesgos que asumirá el menor, consecuencias a corto y largo plazo, entre otras).¹¹⁵

Este criterio se ha reiterado en otros asuntos resueltos por Tribunales Colegiados, como el establecido en el Amparo en Revisión 136/2015 el 9 de julio de 2015, del cual surgió la tesis aislada de rubro “INCAPACIDAD DE EJERCICIO. LOS ACTOS JURÍDICOS CELEBRADOS POR MENORES DE EDAD EN SU BENEFICIO SON EFICACES, E INEFICACES LOS QUE LES PERJUDIQUEN”.¹¹⁶ Que establece:

Una importante opinión doctrinal es acorde con la interpretación sistemática y funcional de la normatividad aplicable y con el principio del interés superior del niño, respecto a que en el sistema jurídico mexicano, la incapacidad de ejercicio de los menores de edad se rige por las siguientes bases: a) Su objeto consiste en proporcionar la más amplia protección a la persona, derechos, patrimonio y demás

¹¹⁵ Décima Época, Instancia: Primera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo I, 22 de septiembre de 2015, Tesis: 1a.CCLXVII/2015, p. 306, registro: 2009927, Tesis Aislada.

¹¹⁶ Décima Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo III, 21 de agosto de 2015, Tesis: 1.4o.C.33.C, p. 306, registro: 2009848, Tesis Aislada.



intereses tutelables de los menores, frente a las afectaciones perniciosas que puedan sufrir, por su inmadurez; b) La restricción es parcial y relativa, pues sus destinatarios están autorizados, enunciativamente, para realizar ciertos actos jurídicos, especialmente en la medida de su desarrollo psicofísico en el transcurso del tiempo; c) El factor primordial para justificar tales autorizaciones radica en la adquisición de discernimiento, concebido como la facultad de distinguir lo verdadero de lo falso, lo justo de lo injusto, señalar la diferencia entre ellos y medir las consecuencias, pues esta aptitud se va adquiriendo en forma paulatina, gradual, creciente y acumulativa, hasta alcanzar su plenitud al llegar a la mayoría de edad; d) En otros asuntos, la autorización propende a conjurar los riesgos que corren los intereses infantiles, por desatención de los obligados a protegerlos, sea la negligencia o ignorancia de los representantes legales o la existencia de intereses opuestos a los de los menores; e) Finalmente, en los casos de urgencia, la justificación surge de la necesidad de acciones inmediatas para enfrentarlos, aunque éstas provengan de los propios menores, si las circunstancias no permiten ocurrir ante los representantes; f) El sistema culmina con una medida tuitiva, inclusive frente a los actos celebrados personal y directamente por los niños, sin estar autorizados expresamente en la ley, consistente en conferir la acción de nulidad sólo en favor de los menores y no de sus contrapartes. Por lo tanto, en todos los casos en que los actos jurídicos celebrados por un menor de edad, sin asistencia de sus representantes legales, beneficien a los niños, los operadores jurídicos deben reconocerles eficacia, y en cambio, admitir la petición de invalidez o ineficacia de los que le sean perniciosos. En la legislación nacional hay múltiples ejemplos de que está concebida con apego a las directrices indicadas como las siguientes: el Código Civil para el Distrito Federal autoriza a los menores para contraer matrimonio, con autorización incluso sólo del Juez (artículo 148); instar al Juez a tomar las medidas necesarias para impedir que por la mala administración de quienes ejercen la patria potestad, se derrochen o disminuyan los bienes de su propiedad (artículo 441); los artículos 637 y 2230 establecen que la nulidad de un acto jurídico celebrado por un incapaz sólo puede ser alegada por el propio incapaz; la Ley Federal del Trabajo les permite trabajar y hacer valer sus derechos en juicio



laboral sin autorización alguna (artículos 22 y 691); y el artículo 8o. de la Ley de Amparo los autoriza para promover juicio de amparo, cuando su legítimo representante se halle ausente, se ignore quién sea, esté impedido, o se negare a promoverlo. La aplicación de los lineamientos destacados conduce a que, si una persona adolescente contesta personalmente la demanda civil entablada en su contra, el juzgador debe reconocer eficacia al acto, si su rechazo puede llevar a declararla en rebeldía y presumir su respuesta afirmativa, y adicionalmente, adoptar las medidas conducentes para la optimización de su defensa, como la de vigilar que la niña o niño cuente con un representante idóneo y un defensor versado en la materia, y en su caso, la de proceder a la recabación de los medios de prueba necesarios para resolver adecuadamente el litigio.

El enfoque jurídico de la niñez parte del desarrollo biológico, pero esto no es suficiente para comprender todas las dimensiones del fenómeno social de la niñez contemporánea, pues se debe atender a los contextos en que niñas y niños se desenvuelven, los que influyen en su comportamiento y normatividad dependiendo de su clase social, género o pertenencia étnica.¹¹⁷

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha establecido que el tiempo que transcurre de la infancia a la adolescencia y posteriormente la llegada a la etapa adulta, implica crecer, aprender, jugar y desarrollarse. Este es el ideal para las y los niños; sin embargo, la realidad nos demuestra que las niñas y los niños en México se conceptualizan a partir de sus características y condiciones de desarrollo, por lo que se concluye que no existe un concepto único de niñez.¹¹⁸

¹¹⁷ Bonifaz Alfonso Leticia. La evolución de los derechos de niñas y niños a partir de la Constitución de 1917, Primera edición, febrero de 2017, D.R. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Avenida José María Pino Suarez, numero 2, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México, 210 páginas, p.19.

¹¹⁸ Ibidem

En primer término, niño es la denominación que dispone la Convención para reconocer a sus receptores, así mismos, el término niño se identifica con la transformación de la situación irregular a la protección integral.

En los años posteriores a su ratificación, al sistema legal mexicano se han incorporado los términos niña y adolescente para identificar a todos los miembros que componen este grupo de población.¹¹⁹

Es evidente que la palabra niño es la más empleada coloquialmente para referirse a las personas durante los primeros años de la vida, aunque es cierto que no se trata de una designación particular, pues, al ser un término del lenguaje natural, no tiene una clara delimitación, como en el caso de los vocablos jurídicos.

En este sentido, es notorio que indiscutiblemente se identifica como niños a las personas de cero a los doce años, aunque tal vez esta alusión sería dudosa para el caso de quienes se encuentran en la etapa de la adolescencia.

Sin embargo, al ser adoptado en la Convención, en algunos instrumentos internacionales, en la Constitución mexicana y en las leyes secundarias, se le ha dotado de un claro carácter jurídico, estableciéndose su delimitación al cumplirse la mayoría de edad.

Es importante mencionar que, en los últimos años, principalmente a partir de 2000, en México se ha integrado el término adolescentes a este sector poblacional, por lo que la expresión niño en el lenguaje jurídico puede tener cierta vaguedad, debido a que puede referirse a las personas entre cero y once años o, entre cero y

¹¹⁹ González Contró, Mónica. ¿MENORES O NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES? REFLEXIONES EN EL CONTEXTO DEL DEBATE EN AMÉRICA LATINA, Publicación Electrónica, núm. 5, 2011 Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM



diecisiete años. En cada caso habrá que explicitar en qué acepción se está utilizando el signo lingüístico.¹²⁰

El término adolescente tiene como objeto hacer una distinción entre franjas etarias para reconocer la progresividad en la capacidad de autonomía. En este sentido, resulta importante el reconocimiento de derechos diferenciados a partir del desarrollo de habilidades.¹²¹

Conviene distinguir entre niños y adolescentes para reconocer a estos últimos la capacidad en la toma de ciertas decisiones. En buena medida esta distinción deriva de la justicia penal, que tiene como destinatarios exclusivamente a los adolescentes, reconociendo que los niños menores de doce años son inimputables.¹²²

Por otro lado, este distingo que se ha llevado al ámbito jurídico manifiesta la desunión que en el lenguaje común se hace respecto de quienes tienen menos de doce años y quienes ya han rebasado esta edad, pero aún no han alcanzado los dieciocho años.

En el caso concreto de México, el término adolescentes se introdujo por primera vez en la Constitución con la reforma al artículo 18 en diciembre de 2005, aunque previamente la ley reglamentaria del artículo 4o. constitucional, había definido ya en su artículo 2o. que son adolescente las personas entre doce y

¹²⁰ Pese a que la incorporación del término adolescente en el lenguaje constitucional y legal mexicano ha convertido los términos niños o niñas y niños en ambiguos, es totalmente injustificado y absurdo, como pretenden interpretar algunos detractores de la reforma al sistema de justicia para adolescentes, que a partir de esta incorporación se haya excluido de la titularidad de derechos contenidos en la Convención y el artículo 4o. constitucional a las personas de 12 a 17 años.

¹²¹ Visible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/7.pdf> consultado el 20 de mayo de 2020

¹²² El artículo 18 de la Constitución mexicana establece que: “Las personas menores de doce años que hayan realizado una conducta prevista como delito en la ley, sólo serán sujetos a rehabilitación y asistencia social”.



diecisiete años: “Artículo 2. Para los efectos de esta ley, son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos”¹²³.

El artículo 4o. constitucional, que fue reformado en 2000 con el fin de ajustarse a los contenidos de la Convención Sobre los Derechos del Niños, y que por primera vez inserta el término niñas y niños en la Constitución para sustituir el de menores, quedó desfasado respecto de la legislación, y la misma norma fundamental con la reforma al artículo 18 Constitucional. Sin embargo, es indudable que debe entenderse que los titulares de los derechos contenidos en el artículo 4o. son todas las personas menores de 18 años.

A pesar de no estar reconocido en la Convención Sobre los Derechos del niño, la inclusión del vocablo niña se ha extendido en los últimos años —en específico, en la reforma al artículo 4o. constitucional— con el objeto de visibilizar a las personas del sexo femenino, que quedaban comprendidas en el genérico niño. Las publicaciones de género aconsejan esta distinción, debido a la situación de marginación en que la mitad del género humano ha estado durante siglos.

La necesidad de aplicar un término distinto para las personas durante la minoría de edad, pertenecientes al sexo femenino y al sexo masculino, es un problema propio del lenguaje o idioma que no tiene un término neutro para designar al sujeto individual que no ha alcanzado la mayoría de edad, como sucede en otros idiomas. Por ello, muchos expertos han visto la necesidad de hacer explícita la titularidad de los derechos de las niñas a través de su mención expresa¹²⁴.

En la actualidad, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como los tratados internacionales en los que México forma parte, se reconocen los

¹²³ Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

¹²⁴ González Contró, Mónica. “¿MENORES O NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES? REFLEXIONES EN EL CONTEXTO DEL DEBATE EN AMÉRICA LATINA. Publicación Electrónica, núm. 5, 2011 Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.



derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes. De esta manera se hace permanente el deber del Estado Mexicano de acatar, salvaguardar, garantizar e impulsar esos derechos, así como velar y cumplir con el interés superior de la niñez.

Como lo señala Bonifaz Alfonso, en un Estado de Derecho es tan importante el reconocimiento normativo de los derechos como la existencia de mecanismos eficaces de exigibilidad y defensa de los mismo.¹²⁵

Los derechos humanos instauran hoy “una condición elemental de un sistema democrático y ayudan a proteger las reglas procedimentales del mismo, asegurando las condiciones del debate público y las decisiones colectivas”.¹²⁶

El niño como parte integrante del núcleo familiar

Las familias son organizaciones dinámicas que se adaptan a los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales que, continuamente, se presentan en la sociedad.¹²⁷ A lo largo de la historia, sus integrantes se han agrupado para formar estructuras capaces de enfrentar los desafíos propios de cada época y comunidad en que han vivido, con el objetivo de asegurar su subsistencia y seguridad.

Para Roberto Garzón Jiménez y Felipe de la Mata Pizaña, el vocablo “familia” es equivoco e indefinido en cuanto a sujetos y alcances jurídicos. tanto para uno como para el otro, es necesario considerar tres configuraciones en la definición de familia. La primera sería la de carácter biológico, que, bajo un criterio lato, debe abarcar la totalidad de las personas que comparten una misma carga biológica, En el área social, es posible considerar además de la familia nuclear la extensa, en la

¹²⁵ Bonifaz Alfonso Leticia. La evolución de los derechos de niñas y niños a partir de la Constitución de 1917, Primera edición, febrero de 2017, D.R. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Avenida José María Pino Suarez, numero 2, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México, 210 páginas, p.117.

¹²⁶ Gargarella, Roberto, “Las amenazas del constitucionalismo: constitucionalismo, derechos y democracia”, SELA Los derechos fundamentales, Argentina, 2001, p. 4.

¹²⁷ INMUJERES, Glosario de Género, 2010.



que se incluye tanto a los ascendientes de una o ambas líneas, como la descendencia, así como los colaterales afines y adoptivos.

Desde la perspectiva del ámbito jurídico, los autores mencionados en el párrafo anterior precisan a la familia como aquella institución natural de orden público-compuesta por las personas unidas por lazos de parentesco, matrimonio o concubinato y surte efectos jurídicos por lo que hace a cada miembro respecto de sus parientes, en la línea recta sin limitación de grado y en colateral hasta el cuarto grado.¹²⁸

El estereotipo de familia que la conceptualizaba como la unión de un hombre y una mujer en matrimonio, con hijas(os), ha evolucionado hasta reconocer la existencia de una gran diversidad de grupos de personas unidas por otro tipo de vínculos y afectos diferentes del matrimonio. Por ello se utiliza el término familias, en plural, para expresar la multiplicidad de formas en que se organizan y conviven los seres humanos.¹²⁹

La familia es considerada como la unidad funcional que construye cada día el destino de una sociedad. Al respecto la Constitución Política de México, sostiene en que: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad” y como centro social, permite a los miembros de las familias desenvolverse de forma apropiada para que sea parte del bienestar familiar y social.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos distingue y beneficia todas las formas y manifestaciones de familias como realidad social. Se

¹²⁸ Mata Pizana, Felipe de la y Garzón Jiménez, Roberto. Derecho de familia y sus reformas más recientes en la legislación del Distrito Federal, 2ª ed. Editorial Porrúa, México 2015. P 10

¹²⁹ La Familia y su Protección Jurídica, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Periférico Sur 3469, esquina Luis Cabrera, Col. San Jerónimo Lídice, C.P. 10200, Ciudad de México. Impreso en México. Edición: julio, 2018/PVG/FLA



trata de una enfoque progresista y garantista a favor de las personas en un plano de igualdad y con apego absoluto a los Derechos Humanos.

En materia de derechos humanos resulta esencial el fomento de tales derechos y en específico aquellos que atañen a las familias, lo que lleva explicito la protección del uso y ejercicio de los derechos de los integrantes de las familias en su interacción habitual. Situaciones como la violencia, la desprotección y los problemas derivados de reglas o manejos inadecuados vulneran los derechos y la protección de niñas, niños y adolescentes, en particular en el ámbito de la familia.

Es esencial, entonces, afrontar estos problemas desde la perspectiva de los derechos humanos, de tal forma que se logren comprender, transformar y garantizar las relaciones o la interacción de los miembros de la familia tanto al interior de esta como socialmente.

Resulta de gran importancia la concurrencia que debe de haber entre la familia, el Estado y la sociedad en la protección del goce y ejercicio de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en el entorno familiar, así como en la asunción y cumplimiento de los deberes y obligaciones que tienen éstos para con la infancia.¹³⁰

Los primeros años en la vida del niño, y en los inicios de sus estudios. la familia compone uno de los ámbitos más influyentes en su desarrollo cognitivo, personal, emocional y socioafectivo, la influencia familiar se mantiene durante toda la escolaridad, y en algunos casos esa influencia es permanente. Pero es en los primeros años cuando juega un papel esencial, dado que el grupo familiar provee al

¹³⁰ PEREZ CONTRERAS, María de Montserrat. El entorno familiar y los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes: una aproximación. *Bol. Mex. Der. Comp.* [online]. 2013, vol.46, n.138 pp.1151-1168. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2448-4873. Consultado el 25 de mayo de 2020



niño todas las señales iniciales de afecto, valoración, aceptación o rechazo, éxito o fracaso.

Tal y como lo menciona Valenzuela Reyes, las niñas, niños y adolescentes son como las plantas, que para su crecimiento - cognitivo, personal, emocional y socioafectivo- necesitan los cuidados adecuados, en agua, fertilización, poda y ... ¡cariño!, sí, porque son seres humanos, y como resultado de los cuidados y cariño veremos los frutos brillantes y hermosos. Así, la necesidad de amor de los niños es intensa, inmensa e inaplazable para crecer saludables, fuertes y con mayor seguridad para enfrentar los retos de la vida.¹³¹

El amor, es una expresión del poder de amar, y amar a alguien es la actualización y concentración de esta capacidad respecto a una persona.¹³² El niño, la niña, no solo necesita que le satisfaga sus necesidades materiales, requiere también de aquellas necesidades específicamente humanas como el amor, la ternura, la comprensión la tolerancia, la alegría, y en general todo aquello que impacta positivamente su desarrollo psíquico y emocional,¹³³ ya que como lo observa Hume todas las grandes acciones y sentimientos que han llegado a ser la admiración del ser humano no se fundaron más que en la estima y el orgullo de sí mismo.¹³⁴

De la obra Derecho de Familia de Felipe de la Mata Pizaña y Roberto Garzón Jiménez, destaca la cita que el pensamiento humano de su Santidad Paulo VI, manifestó en torno a la maternidad -maternidad- responsable:

¹³¹ Valenzuela Reyes, María Delgadina. Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes, ¿utopía o realidad?, Editorial Porrúa, Avenida Republica argentina, 15 altos, colonia Centro, C.P. 06020, Ciudad de México Segunda Edición, Primera reimpresión 2016. 257 páginas. p.228.

¹³² From Erich, *Ética...*, op. Cit., p. 143

¹³³ Valenzuela Reyes, María Delgadina. Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes, ¿utopía o realidad?, Editorial Porrúa, Avenida Republica argentina, 15 altos, colonia Centro, C.P. 06020, Ciudad de México Segunda Edición, Primera reimpresión 2016. 257 páginas. p.229

¹³⁴ Hume, David. *op. Cit.*, p. 499

...el amor conyugal exige a los esposos una conciencia de su misión de “paternidad -maternidad- responsable” sobre lo que hoy se insiste tanto sin razón y que hay que comprender exactamente. [...] En relación con los procesos biológicos, paternidad -maternidad- responsable significa conocimiento y respeto de sus funciones; la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que formen parte de la persona humana. [...] La paternidad -maternidad- responsable comporta sobre todo una vinculación más profunda con el orden moral objetivo, establecido por Dios, cuyo interprete es la recta conciencia. El ejercicio responsable de la paternidad exige, por tanto, que los cónyuges reconozcan plenamente deberes para con Dios, para consigo mismo, para con la familia y la sociedad, en una justa jerarquía de valores.¹³⁵

El Código Civil para el Distrito Federal, disponía en su artículo 138, que son de orden público y social, las disposiciones relacionadas con la familia, por tanto, tienen por objeto proteger su organización y el desarrollo integral de sus miembros, basados en el respeto y la dignidad.

En el mismo orden de ideas, es dable exponer lo que el Código Familiar del Estado de Sinaloa señala sobre la familia, definiéndola como una institución compuesta por más de dos miembros -o dos simplemente. Unidos por vínculos familiares de consanguinidad, afinidad o adopción [...] para satisfacer las necesidades de subsistencia y defensa a través de los valores de solidaridad, respeto.

Sin embargo, algo relevante que el Código Familiar del Estado de Sinaloa menciona en su artículo 5º, el cual refiere a la protección que se otorga a la familia, en lo relacionado a sus derechos inherentes a la personalidad y a la dignidad humana, es que “En todas las medidas precautorias o definitivas que se emitan,

¹³⁵ Carta Encíclica de S.S. Paulo Vitale, Sobre la regulación de la natalidad, emitida en Roma el 25 de julio de 1968, p. 18



concernientes a niños -niñas y adolescentes- se atenderá primordialmente el interés superior del niño”

Fuentes y principios rectores de los derechos de infantes¹³⁶

Para la aplicación de los derechos de niñas, niños y adolescentes, el artículo 9º de la Ley General de niñas, niños y adolescentes por sus siglas LGDNNA, hace referencia a las fuentes jurídicas primarias, representadas en orden jerárquico por la Constitución Mexicana y los tratados internacionales, que constituyen el bloque de constitucionalidad y convencionalidad, atento al contenido del artículo 1º de dicha Carta Magna. De igual forma, por las Leyes federales y locales de la materia y de manera supletoria los principios generales, con especial referencia a los principios rectores de la LGDNNA.

Estas fuentes formales se complementan con las fuentes reales, representadas por las condiciones particulares de niñas, niños y adolescentes, que, en aras de la igualdad, permitirá un trato diferenciado, en atención a las circunstancias propias de cada caso. Esta disposición refleja un criterio integral en este tema.

El Artículo 11 de la Ley General De Niñas, Niños y Adolescentes, se refiere a la corresponsabilidad del Estado, la familia, la comunidad y en general a toda la sociedad, en el respeto y cumplimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes, así como garantizarles un nivel adecuado de vida, por lo que este artículo va más allá de lo preceptuado por el artículo 4º Constitucional, al incluir no solo a los ascendientes y tutores, sino a toda la sociedad, que comparten la responsabilidad en esta materia.

¹³⁶ Valenzuela Reyes, María Delgadina. Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes, ¿utopía o realidad?, Editorial Porrúa. Avenida República Argentina, 15 altos, colonia Centro, C.P. 06020, Ciudad de México Segunda Edición, Primera reimpresión 2016. Pág. 257

Los derechos de niñas, niños y adolescentes se rigen bajo principios propios que son esencialmente diferentes a los que norman el derecho en general. Esta diferencia, como la observa Mónica González Contró,¹³⁷ es resultado del carácter especial de la normativa jurídica en pro de niñas, niños y adolescentes que toma en cuenta su minoría de edad.

Son principios rectores que constituyen el fundamento de los derechos de este sector de la población, así como la interpretación de tales derechos ha de efectuarse en todo caso de conformidad con la Convención Sobre los Derechos del Niño, y los tratados y acuerdos internacionales sobre la materia ratificados por México integrándose, de este modo, el ordenamiento jurídico mexicano al internacional. Estos principios de acuerdo con el artículo 6º de la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes son:

- I. El interés superior de la niñez;
- II. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, conforme a lo dispuesto en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los tratados internacionales;
- III. La igualdad sustantiva;
- IV. La no discriminación;
- V. La inclusión;
- VI. El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo;
- VII. La participación;
- VIII. La interculturalidad;
- IX. La corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades;

¹³⁷ González Contró Mónica. Reflexiones sobre el derecho a la identidad de niñas, niños y adolescentes en México, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XLIV, núm. 130, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México enero-abril de 2011, p. 109



- X. La transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales;
- XI. La autonomía progresiva;
- XII. El principio pro-persona;
- XIII. El acceso a una vida libre de violencia;
- XIV. La accesibilidad, y

Fracción reformada DOF 03-06-2019

- XV. El derecho al adecuado desarrollo evolutivo de la personalidad.

Fracción adicionada DOF 03-06-2019

Así mismo en el artículo 13 de la referida ley, se enumeran los derechos de las niñas, niños y adolescentes, a título enunciativo, mas no limitativo, tales derechos son:

- I. Derecho a la vida, a la paz, a la supervivencia y al desarrollo;

Fracción reformada DOF 04-06-2019

- II. Derecho de prioridad;
- III. Derecho a la identidad;
- IV. Derecho a vivir en familia;
- V. Derecho a la igualdad sustantiva;
- VI. Derecho a no ser discriminado;
- VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral;
- VIII. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal;
- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social;
- X. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad;
- XI. Derecho a la educación;
- XII. Derecho al descanso y al esparcimiento;
- XIII. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura;
- XIV. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información;
- XV. Derecho de participación;



- XVI. Derecho de asociación y reunión;
 - XVII. Derecho a la intimidad;
 - XVIII. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso;
 - XIX. Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes, y
 - XX. Derecho de acceso a las Tecnologías de la Información y Comunicación
- Fracción reformada DOF 20-06-2018

Como se puede apreciar, en ambos artículos, el legislador de manera ordinaria emplea como sinónimos los conceptos *derechos* y *principios*. Desde el punto de vista etimológico, el diccionario de la Real Academia Española nos indica que la palabra principios, se refiere a la base, al origen, razón fundamental sobre la cual se procede discutiendo en cualquier materia Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Todo lo que precede al texto de un libro, en una mayor concreción¹³⁸, los principios de derecho son normas no legales supletorias de ella y constituida por aforismos que gozan de general y constante aceptación de los jurisconsultos o tribunales.

Por su parte, la palabra derechos, etimológicamente significa lo recto, justo, legítimo; conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva, facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor; consecuencia natural del estado de una persona, o de sus relaciones con respecto a otro.¹³⁹

Interés superior del niño, concepto

En relación con lo establecido la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos específicamente en el artículos 4º, así como, 3o. de la Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada por México y publicada en el Diario Oficial de la

¹³⁸ Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, 22ª. Edición, Real Academia Española, 2001, T. II, p. 1834

¹³⁹ Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, 22ª. Edición, Real Academia Española, 2001, T. I, p. 751



Federación el 25 de enero de 1991); y 3o., 4o., 6o. y 7o. de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, los tribunales deben considerar fundamentalmente el interés superior del niño, en todas las disposiciones que tomen relativas a éstos, concepto asimilado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos -cuya competencia aceptó el Estado mexicano el 16 de diciembre de 1998 al ratificar la Convención Interamericana de Derechos Humanos- de la siguiente manera: la expresión ‘interés superior del niño’... implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño”¹⁴⁰.

Sirve como referencia el Amparo directo en revisión 908/2006. 18 de abril de 2007. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: José de Jesús Gudiño Pelayo. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Heriberto Pérez Reyes. Tesis 1a. CXLI/2007, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 9a. época, t. XXVI, julio de 2007, p. 265. Que a la letra se inserta:

INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. PARA PRESERVARLO, EL JUZGADOR ESTÁ FACULTADO PARA RECABAR Y DESAHOGAR DE OFICIO LAS PRUEBAS QUE CONSIDERE NECESARIAS.

Con independencia de que la admisión de las pruebas ofrecidas por las partes en el juicio es uno de los aspectos procesales más relevantes y que con mayor cuidado debe observar el juzgador, tratándose de los procedimientos que directa o indirectamente trascienden a los menores y a fin de velar por su interés superior, previsto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, el juez está facultado para recabar y desahogar de oficio

¹⁴⁰ Martínez Ríos Juana, Reyes Altamirano Rigoberto. Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución, Tax Editores Unidos, S.A. de C.V., Segunda Edición 2017, Iguala 28, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Ciudad de México, México



las pruebas necesarias para preservar dicho interés, practicando las diligencias que considere oportunas y conducentes para el conocimiento de la verdad respecto de los derechos controvertidos

La Comisión Nacional de Derechos Humanos promueve la observación y el apego al interés superior de niñas, niños y adolescentes señalando que Es un principio de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), cuya aplicación busca la mayor satisfacción de todas y cada una de las necesidades de niñas, niños y adolescentes. Su aplicación exige adoptar un enfoque basado en derechos que permita garantizar el respeto y protección a su dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual.¹⁴¹

El interés superior debe ser la consideración primordial en la toma de decisiones relativas a niñas, niños y adolescentes, “por tanto se debe conceder más importancia a lo que sea mejor para el niño”.¹⁴²

Las niñas, niños y adolescentes están en proceso de formación y desarrollo, por sus características particulares dependen de las personas responsables de su cuidado para la realización de sus derechos; sin embargo, esta circunstancia puede llegar a limitar sus posibilidades de defender sus intereses.

Todos los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos (federal y locales) tienen la obligación de tomar en cuenta el interés superior como una consideración primordial¹⁴³ y promover, respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas menores de edad de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.¹⁴⁴

¹⁴¹https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Materia_l/cuadri_interes_superior_NNA.pdf, consultado el 15 de mayo de 2020.

¹⁴² Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1). CRC/C/ GC/141, 29 DE MAYO DE 2013, párrafo 39.

¹⁴³ Artículo 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

¹⁴⁴ Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así mismo la Comisión Nacional de Derechos humanos establece un criterio para la determinación del Interés superior de la Niñez y Adolescencia, ello con estricto apego a las observaciones generales emitidas por el Comité de los Derechos de Niño, en el cual se detalla el procedimiento para aplicar ese principio en un caso concreto:¹⁴⁵

1. La *evaluación* de las circunstancias específicas de la vida de cada niña, niño o adolescente, para observar en qué medida tienen acceso al goce y ejercicio de sus derechos, habrá de efectuarse a la luz de los principios de la CDN (derecho a la no discriminación, a la vida, a la supervivencia, al desarrollo y a ser escuchados);

2.- La *determinación* de medidas razonadas y adaptables, de acuerdo a la edad y grado de desarrollo de las niñas, niños y adolescentes, que garanticen el disfrute pleno y efectivo de sus derechos. La evaluación y determinación del interés superior deberá efectuarse bajo ciertos parámetros, cuya aplicación, asegurará que el análisis y resultado de este procedimiento sea apropiado y eficaz.

De igual manera el Comité de los Derechos del Niño, ha indicado que el principio del interés superior de la niñez posee una noción triple:¹⁴⁶

Derecho sustantivo. Al ser la consideración primordial, se deberá evaluar y tener en cuenta al valorar distintos intereses, para tomar una decisión sobre una cuestión debatida que afecte a una niña o niño, o a un grupo de ellas(os).

¹⁴⁵CNDH El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_interes_superior_NNA.pdf, consultado el 15 de mayo de 2020

¹⁴⁶ Ibidem

Principio Jurídico interpretativo. Cuando una disposición jurídica admita más de una interpretación, se elegirá aquella que satisfaga el interés superior de la niña, niño o adolescente.

Norma de Procedimiento. Cuando se deba tomar una decisión que afecte a una niña, niño, adolescente, o a un grupo de ellas(os), es necesario realizar una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) sobre su vida y explicar por qué se tomó esa decisión.

México ratificó la Convención de los Derechos del Niño en 1990, sin embargo, fue hasta 2011 que integró el principio del interés superior de la niñez en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al especificar que:

“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez”.¹⁴⁷

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconoce su carácter de titulares de derechos. Los artículos 2, párrafos segundo y tercero; 17 y 18 prevén que el interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas jurisprudencias relativas a ese principio entre las que destacan las registradas con el número 2006011, 20009010 y la tesis número 2008546. En general esos criterios enfatizan que los tribunales deberán atender al interés superior de la niñez y

¹⁴⁷ Ibidem



adolescencia, y que éste demanda un estricto escrutinio de las particularidades del caso.

Asimismo, señalan que debe considerarse la opinión de las niñas, niños y adolescentes en cualquier decisión que les afecte, y se acentúa la obligación del juez(a) de examinar las circunstancias específicas de cada asunto para poder llegar a una solución estable, justa y equitativa especialmente para la niña, niño o adolescente.

El trasplante de órganos como un derecho a la vida digna

Restablecer la salud de una persona a partir de implantes de órganos o tejidos partes de otra persona ha sido anhelo de la humanidad durante mucho tiempo. Históricamente se registran múltiples, aunque infructuosos intentos de trasplantar miembros de un ser a otro. Es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se logra practicar con éxito trasplantes de órganos; riñón, hígado, corazón, páncreas o tejidos como médula ósea en un difícil proceso que registra numerosos fracasos derivados, en gran medida, por los rechazos de los sistemas inmunológicos. Afortunadamente, los avances científicos han logrado descubrir los medios adecuados que reducen el peligro del rechazo, y los trasplantes se han visto multiplicados en forma significativa¹⁴⁸.

El trasplante implica la extracción de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo de un individuo y su transferencia al cuerpo de otro con el fin de restablecer la salud de este último. Esta operación, sin embargo, no se limita a sus aspectos técnicos, o médicos, ya que en ella van implícitas consecuencias científicas, sociológicas, psicológicas, filosóficas y desde luego, jurídicas.

¹⁴⁸Consultable en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/rt/printerFriendly/3732/4598>. Consultado el 7 de enero de 2022.

Ello obliga a los especialistas en estos conocimientos, y a la sociedad en general, a plantearse serios cuestionamientos y una reflexión sobre los límites necesarios a este tipo de actividades de manera que, además de beneficiar el estado de salud de personas que la han perdido, se preserven los valores profundamente enraizados en la persona humana¹⁴⁹

Las nuevas situaciones creadas con el desenvolvimiento de prodigiosas técnicas médicas suscitan la atención de los juristas y obligan a repensar ciertos conceptos considerados como inmutables y que ahora son trastocados, tales como la libre disposición de nuestro propio cuerpo, la vida, la salud o el concepto mismo de muerte.

¿El cuerpo humano es un bien o forma parte inseparable del concepto de persona? ¿Corresponde únicamente al sujeto de cuyos órganos se trate la facultad para disponer del cuerpo, o puede un tercero, en su sustitución, inclusive el Estado, a autorizar la ablación de órganos una vez ocurrido el deceso? Si se trata de menores de edad o incapaces ¿cabe la representación en forma general o sólo en casos especiales? ¿Qué tienen que saber tanto el donador como el receptor acerca de las técnicas y posibles resultados del trasplante para que podamos considerar como libre su decisión de aceptar el trasplante? ¿Quiénes tienen, en todo caso, la obligación de proporcionar la información necesaria?

Estas preguntas implican la necesidad de descubrir, en primer término, a los sujetos involucrados en cada trasplante: una persona enferma que requiere de un trasplante para recuperar la salud, alguien dispuesto a donar algún órgano o tejido en vida o después de su muerte para que otro alcance su propósito. En el caso de una persona fallecida, su pareja o el pariente autorizados por la ley para efectuar la donación y los diferentes equipos médicos que intervienen en los distintos momentos del trasplante.

¹⁴⁹ Gazcon, Suzanne, L'utilisation médicale et la commercialisation du corps humain, Les éditions Yvon Blais inc. Collection Minerve, 1993, p. 1

Con el presente trabajo se pretende formular algunas reflexiones jurídicas en torno a los participantes en los trasplantes y a la forma en que algunas de las diferentes legislaciones norman sus conductas y les atribuyen consecuencias jurídicas.

Los órganos y tejidos, objeto de trasplante, pueden obtenerse de persona viva, de un fallecido o de alguien que se encuentra en estado de pérdida de la vida,¹⁵⁰ para destinarse a ser implantados en un receptor. Las extracciones e implantes requieren la intervención de diferentes cuerpos de médicos, tomando en cuenta la secuencia de los trasplantes.

El proceso se inicia con el diagnóstico de la enfermedad o disfunción de un órgano que pueden ser resueltos con un trasplante, pasando por la declaración de muerte o pérdida de la vida del donante y la ablación, hasta el implante en el paciente y finalmente el seguimiento postoperatorio. Los profesionistas especializados y el receptor serán siempre los sujetos del trasplante de órganos, en cambio, el o los donantes variarán si se trata de los órganos de una persona viva o de los de un fallecido.

Los profesionistas especializados y el receptor serán siempre los sujetos del trasplante de órganos, en cambio, el o los donantes variarán si se trata de los órganos de una persona viva o de los de un fallecido.

"El derecho a disponer de bienes implica un poder, una libertad integrada a la autonomía y ligada a un principio de autodeterminación de la persona humana dentro de los límites de un proyecto de vida en sociedad", expone Suzanne Gascon.¹⁵¹ Por su parte, María Berloggio agrega: "El derecho a disponer de órganos

¹⁵⁰ El artículo 343 de La Ley General de Salud describe las características que tipifican la "pérdida de la vida"

¹⁵¹ Gazcon, Suzanne, op. cit., nota 1, p. 3.



y tejidos derivados de materiales anatómicos con fines terapéuticos pueden responder a sentimientos del sujeto de solidaridad humana o a fines altruistas".¹⁵²

¿Quién mejor que la persona puede decidir sobre la donación de una parte de su cuerpo? Los sentimientos de quien pretende realizar un acto altruista deben ser respetados, sin embargo, los mismos se ven limitados debido al bienestar del mismo donante y del sistema de valores de la sociedad.

Habremos de distinguir entre dos posibilidades para analizar cuándo y en qué medida existen limitantes. La persona puede donar órganos y tejidos para que sean extraídos durante su vida o para después de su muerte.

La libertad para disponer de órganos y tejidos para que sean extraídos durante la vida del donante no es absoluta, la mayoría de los ordenamientos jurídicos consagran la protección del cuerpo humano aún contra la decisión de quien pretende disponer de sus órganos. El derecho protege al individuo, de aquella declaración de voluntad que le pudiera producir un grave perjuicio o le signifique el menoscabo de su salud en forma irremediable.

La Ley General de Salud prohíbe las donaciones que puedan causar la muerte o la incapacidad total o permanente de la persona que pretende realizar una donación,¹⁵³ y agrega: "Sólo se podrá realizar el trasplante cuando represente un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico".¹⁵⁴

¹⁵² Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María Virginia, *Trasplante de órganos entre personas, con órganos de cadáveres*, Buenos Aires, Hammurabi, 1983, pp. 20 y ss.

¹⁵³ La Ley General de Salud de nuestro país expresa que toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo total o parcialmente (artículo 320), y que la donación

¹⁵⁴ Artículo 330 de la Ley General de Salud.

En nuestro país estas donaciones deben cubrir los requisitos señalados en la propia Ley General de Salud:¹⁵⁵ se exige la mayoría de edad del donante y el pleno uso de sus facultades mentales como garantía de una libre expresión de la voluntad. Médicamente se debe determinar que la función del órgano que se pretende extraer pueda ser compensada por el organismo del donante en forma adecuada o segura y que existan, además, datos precisos que permitan suponer la compatibilidad entre donante y receptor para que el acto altruista no sea condenado al fracaso.

Salvo el trasplante de médula ósea, entre donante y receptor debe existir una relación de parentesco, de matrimonio o de concubinato. Tal exigencia sirve para garantizar la acción altruista del donante como un acto de solidaridad y afecto con el receptor, y no como un acto mercantil, por el cual un "vendedor de órganos" -no un donante- obtendría una gratificación económica.

La voluntad de los donantes puede ser considerada libre en la medida que el sujeto haya recibido toda la información posible. Las decisiones son complicadas; el sujeto, posible donante, debe saber que será sometido a una intervención quirúrgica nunca exenta de riesgos, y si se trata de órganos, existe la posibilidad de un incremento de riesgos futuros para su salud. Los médicos que atienden al donante deben valorar si la voluntad es expresada en forma libre o si el sujeto ha sido sometido a influencias psicológicas o emocionales. Las presiones llegan incluso a hacer sentir a una persona como responsable de que otra viva o muera, y asumir, en forma personal, las consecuencias que llegaran a producirse por una falta de trasplante.

También en vida podemos expresar nuestro deseo de que al morir nuestros órganos sean utilizados en un trasplante. Una tercera opción es declarar expresamente la prohibición de que nuestros órganos sean separados del cadáver después de ocurrir la muerte.

¹⁵⁵ Artículo 333 de la Ley General de Salud.

Todas estas posibilidades implican una manifestación de la voluntad, aunque por desgracia lo frecuente es que las personas no expresen deseo alguno sobre el posible destino de los órganos o tejidos de su cadáver. De ser así, ¿se justificará la utilización de esos órganos para preservar la vida o la recuperación de la salud de otra persona?

En todo caso ¿quién autorizará o quien negará la autorización para tales actos? ¿La decisión corresponderá a los herederos del fallecido? o ¿podrá el Estado suponer un consentimiento tácito cuando la persona que fallece no manifestó expresamente su desacuerdo con la ablación de sus órganos o tejidos? Quienes legislan sobre el tema se hacen estas preguntas, y las han resuelto en forma por demás variada, sustentados en una serie de soportes filosóficos, sociológicos y jurídicos.

Un sujeto puede donar sus órganos y tejidos o negarse a la ablación. Lo más prudente es permitir que cada cual decida sobre el destino de su cuerpo, incluso después de su muerte en función de sus creencias.¹⁵⁶

Resulta indiscutible en estos momentos aceptar la libertad de una persona para decidir sobre su cadáver. Si el derecho permite a una persona disponer de sus bienes para después de su muerte ¿por qué no aceptar que corresponde al individuo decidir sobre sus restos mortuorios?

La mayoría de las legislaciones aceptan, en principio, que esta decisión *post-mortem* corresponde a la persona de cuyo cuerpo se trata, si una persona dona su cuerpo en tales circunstancias, su decisión no puede ser violada por terceros a quienes sólo corresponde respetar las decisiones del difunto, siempre que el

¹⁵⁶ Núñez Muñiz, Carmen, "Respeto a la voluntad del fallecido en la legislación sobre trasplantes de órganos", Boletín de la Facultad de Derecho, Madrid, España, UNED, núm. 7, 1994, p. 342



contenido de las mismas sea moralmente legítimo.¹⁵⁷ Esta donación debe constar por escrito, en todo caso, y la voluntad de los familiares sobrevivientes se subordinará a la voluntad manifestada en vida por quién fallece.¹⁵⁸

La mayoría de las veces, la muerte sorprende a quien no se ha puesto a meditar en ella ni en la posibilidad de donar sus órganos. ¿Cómo actuar ante la ausencia de una voluntad? Los autores que han analizado el tema presentan diversas posturas, algunas extremas y otras más conciliatorias.

Para Ernesto Garzón Valdés, Rodolfo Vázquez y Carmen Núñez no hay razón para no admitir un consentimiento tácito. El primero señala que la tendencia actual es reconocer la importancia de los órganos y tejidos y su notable escasez. Esto lo induce a presumir el consentimiento no expresado, "un cadáver es, además, una fuente de bienes vitalmente útiles, cuya no utilización puede causar daño a seres vivientes".¹⁵⁹ Esta tendencia "se justifica por su carácter solidario y realista", agrega Rodolfo Vázquez.¹⁶⁰

El mismo Vázquez¹⁶¹ justifica plenamente la presunción del consentimiento cuando el fin terapéutico de la ablación es inmediato. El valor de la vida del receptor debe prevalecer sobre el consentimiento o la autorización de los disponentes secundarios. En el caso del motivo terapéutico mediato, es decir cuando el órgano va a dar a un banco, Vázquez se inclina en pensar que tampoco en estos casos se requiere del consentimiento o de la autorización de los disponentes secundarios. Si el motivo es únicamente científico de investigación, considera la prevalencia de la *pietas familiae*.

¹⁵⁷ Garzón Valdés, "Algunas consideraciones éticas sobre el trasplante de órganos", *Isonomía*, México, núm. 1, octubre de 1994, p. 116.

¹⁵⁸ Gordillo Cañas, Antonio, *Trasplantes de órganos: "pietas" familiar y solidaridad humana*, Madrid, Civitas, 1987, p. 89.

¹⁵⁹ Garzón Valdés, Ernesto, op. cit., nota 9, p. 177.

¹⁶⁰ Vázquez, Rodolfo, "Consentimiento y extracción de órganos", *Isonomía*, México, ITAM, núm. 1, octubre de 1994, p. 193.

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 198.

Carmen Núñez opina que si alguien, teniendo posibilidades reales de hacerlo, no manifestase su voluntad, sería perfectamente admisible una presunción legal, interpretando el silencio, en sentido favorable a la donación en aras de la salud colectiva.¹⁶²

La legislación brasileña ha aceptado el consentimiento tácito, sin embargo, esta decisión legislativa no ha sido bien recibida por la doctrina. En concepto de Roberto de Gouvêa Medina,¹⁶³ la nueva legislación rompe abruptamente con las costumbres arraigadas y las creencias y tradiciones religiosas. El mismo autor reflexiona que su país cuenta con 18.4% de analfabetismo, cifra indicativa de que buena parte de los habitantes carece de capacidad de discernimiento suficiente para decidir sobre el destino del propio cuerpo después de su muerte. Celso Rivero, citado por De Gouvêa, ha expresado que la manifestación tácita es una verdadera confiscación del cuerpo humano por el Estado.¹⁶⁴

Otros autores justifican¹⁶⁵ que el Estado goce del poder de disponer de los cadáveres de sus ciudadanos con el fin de obtener órganos y tejidos necesarios para salvar vidas humanas, e incluso proponen que los cadáveres sean declarados "bienes de utilidad pública". Estas corrientes extremistas han sido fuertemente

¹⁶² Gouvêa Medina, en cambio, considera que "el silencio produce efectos jurídicos cuando, debido a circunstancias o condiciones de hecho o falta de respuesta a interpelaciones, abstención o aptitudes omisivas voluntarias, induce a la otra parte, como a cualquier persona a la creencia legítima de que el silente ha revelado de cualquier modo una voluntad seguramente identificada". La falta de manifestación de donar los órganos y tejidos no cumple, sino tal vez en casos aislados, con esta interpretación del silencio, sino que se trata la mayoría de las veces de una ignorancia tanto de lo que es el trasplante y su fin, así como de la legislación. Gouvêa Medina, Roberto de, "Donación de órganos del cuerpo humano", Revista, da ordem dos advogados do Brasil, Brasília, año XXVI, núm. 63, julio-diciembre de 1996, p. 65.

¹⁶³ Gouvêa Medina, Paulo Roberto de, op. cit., nota anterior, p. 64. *Ibidem*, p. 64.

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 66.

¹⁶⁵ Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María Virginia, op. cit., nota 4, p. 258.



criticadas por no respetar el consentimiento de los deudos e ir en contra de las creencias y sentimientos de las personas.

El sentimiento de respeto a los muertos, nacido en las tradiciones más antiguas, impide la consideración del cuerpo humano sin vida como un bien del dominio común del cual el Estado puede disponer bajo el pretexto de la no manifestación en contrario de la persona.

En una posición intermedia, Romeo Casabona, citado por Bertoldi, defiende el sistema del consentimiento presunto, pero matiza: "la presunción legal sólo cede ante la oposición expresa de la persona en vida".¹⁶⁶

Son numerosas las legislaciones (Brasil, España, Francia, entre ellas), que plantean la aceptación tácita, en caso de ausencia de una manifestación expresa, pero también son numerosos los doctrinarios que se oponen a ella con fundamentos religiosos, sociales y jurídicos.

En nuestro país se intentó legislar en 2000 la aceptación tácita, sin embargo, los autores del proyecto percibieron tal oposición social ante ella que modificaron su postura en los términos que ahora se explican.

La Ley General de Salud, reformada en materia de trasplantes, en una posición conciliadora regula la aceptación tácita cuando se requiere para fines de trasplante, pero exige el consentimiento de alguna de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante, conforme a la prelación señalada.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Ibidem, p. 260.

¹⁶⁷ Se considera la conveniencia de reflexionar que el orden de prelación señalado por la ley mexicana rompe con las reglas de parentesco del Código Civil federal, pues entre el adoptado y el adoptante existe el mismo grado de parentesco que entre padres e hijos, y no se justifica la preferencia legal de otros parientes más lejanos.

Dentro de la misma tendencia, la legislación venezolana establece:¹⁶⁸
"Deberá constar por escrito el consentimiento del receptor o, en su defecto, el de sus familiares o representantes legales, y a falta de éstos, o si no pudieran prestarlo, el de las personas que convivan con el receptor...".

En España no es necesario el consentimiento de los familiares, se presume la voluntad del donante; sin embargo, en la práctica siempre se solicita este consentimiento a pesar de que la ley en ningún momento la menciona.¹⁶⁹

María Bertoldi¹⁷⁰ considera que las legislaciones que posibilitan escuchar la opinión de los sobrevivientes, atribuyendo a estas facultades dispositivas o de oposición a la extracción, como la nuestra, están más acordes con los sentimientos de piedad que anidan en la sociedad.

La donación para después de la muerte, independientemente de quien haya manifestado la voluntad, es tratada legislativamente en forma distinta a la donación en vida. Ya no se intenta proteger la integridad física de un donante que ha dejado de existir. En vida, el cuerpo humano es el sustrato de la persona: "Se dice que es la persona misma",¹⁷¹ sin embargo, muerto el donante desaparece el gran obstáculo de la integridad física entendida está en función del bien de la vida y de la persona.¹⁷²

A falta de norma expresa que prohíba o limite la donación de órganos o tejidos para después de la muerte, ésta está permitida. Las diferentes legislaciones pasan de la minuciosidad a la laxitud.¹⁷³

¹⁶⁸ Artículo 6o. de la Ley sobre Trasplante de Órganos del 3 de diciembre de 1992.

¹⁶⁹ Núñez Muñiz, Carmen, op. cit., nota 8, p. 350.

¹⁷⁰ Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María, op. cit., nota 17, p. 260.

¹⁷¹ Gascon, Suzanne, op. cit., nota 1, p. 5.

¹⁷² Gordillo Cañas, Antonio, op. cit., nota 10, p. 62.

¹⁷³ Ibidem, p. 72.

Lo único exigible es la comprobación, previa a la extracción de los órganos y tejidos de la pérdida de la vida del donante, del consentimiento expreso del disponente o la inexistencia de negativa expresada por las personas señaladas en la ley, en nuestro país, por los artículos 324 y 334 de la Ley General de Salud.

Extracción y trasplante de órganos y minoría de edad

El tema de los trasplantes no se limita al mundo de los adultos, son numerosos los casos de menores enfermos que requieren de órganos o tejidos adecuados a su desarrollo físico, los cuales sólo pueden ser proporcionados por otro menor. Estos trasplantes, por tratarse de donadores más vulnerables, sin capacidad jurídica para disponer de sus órganos y tejidos, merece una especial reflexión.

El principio "Nadie puede disponer de nuestro propio cuerpo" podría verse quebrantado en el caso de los menores, en tanto que ellos carecen de capacidad jurídica para disponer de su cuerpo en vida o para después de su muerte, pero permitir la disposición de ciertas partes del cuerpo de un menor por su representante legal sin que aquel exprese su voluntad podría parecer una transgresión a varios de los derechos fundamentales del menor como su salud o integridad física.¹⁷⁴

Los menores de edad e incapacitados no han alcanzado el grado de discernimiento y autonomía personal para gobernarse y decidir por sí mismos todos y cada uno de sus actos, por lo cual "deben ser salvaguardados de la posibilidad de autorizar un atentado a su propia identidad física".¹⁷⁵ Sin embargo, el menor debe ser tomando en cuenta según sus características personales, edad y grado de

¹⁷⁴ Se debe cuestionar el poder otorgado a un representante legal para consentir un atentado corporal sobre su protegido, aun cuando sea para proteger a una persona más vulnerable expresa: Gascon, Suzanne, op. cit., nota 1, p. 8.

¹⁷⁵ Angoita Gorostiaga, Víctor, Extracción y trasplante de órganos y tejidos humanos; problemática jurídica, Madrid, Ediciones Jurídicas y Sociales, 1996, p. 293.



madurez para expresar su decisión de donar o negar su médula ósea que es el único tejido que la ley permite que sea donado.

El artículo 3o. de la Convención de Derechos del Niño expresa: "En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño".

La noción de interés superior del menor se torna de difícil comprensión si la disposición consentida por un tercero no le reporta ningún beneficio a la vida del menor, a su integridad física y favorece exclusivamente al receptor.¹⁷⁶ ¿Bajo qué circunstancias puede legitimarse la toma de un tejido perteneciente a un menor?

Pueden darse casos concretos que justificarían un perjuicio al menor en aras de reintegrar la salud a un miembro muy cercano de su familia, por ejemplo, un hermano. Esta donación de alguna manera gratificaría al menor cuando tuviera conciencia de haberle salvado la vida a su familiar. Se considera que los casos de excepción deben estar expresamente regulados en la ley, o sujetas a revisión judicial. La legislación de Canadá, por ejemplo, cuya regulación requiere de un control judicial sobre la decisión del representante legal del menor.

La normativa española exige la intervención personal del donante aun cuando este sea menor de edad. Sus padres o tutores no lo sustituyen en el acto de donar, se limitan a autorizar el acto de donación, en vista de que éste es un acto personalísimo en el que el donante no puede ser sustituido.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Ibidem, p. 85.

¹⁷⁷ El Real Decreto de 22 de febrero de 1980 de España expresa: "La extracción de médula ósea en el menor de edad ha de ser no sólo autorizada por los padres o representantes legales, sino muy especialmente consentida por el menor, cuyas condiciones de madurez le permitan comprender la naturaleza del acto", Gordillo, op. cit., nota 10, p. 67.

La ley venezolana acepta como donante al menor de edad cuando sea pariente consanguíneo del receptor, pero la decisión, por tratarse de acto de disposición sobre su cuerpo, debe ser tomada por el menor, no por su representante legal o el juez.¹⁷⁸

La ley francesa excluye al menor de edad como posible donante, no obstante, se permite la extracción de la médula ósea en beneficio de un hermano o hermana. En tal supuesto se requiere el consentimiento de quien ejerce la patria potestad o sea su representante legal. La autorización para efectuar la extracción de la médula se acuerda por un comité de expertos el cuál se asegurará de que el menor ha sido informado de la posibilidad de extracción con objeto de que manifieste su voluntad, si ello fuera posible. La negativa del menor constituye un obstáculo para la donación.¹⁷⁹

Desafortunadamente, la legislación mexicana no toma en cuenta la voluntad del menor, ni siquiera su opinión, tampoco señala los casos de excepción en los que se justificaría la extracción de su medula ósea ni prevé una supervisión judicial. La Ley General de Salud de nuestro país expresa simplemente en el artículo 332: "No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos", a esta regla general se aplican excepciones "cuando se trate de trasplantes de medula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes del menor".

La norma permite que cualquier representante del menor, padre, madre o en su defecto alguno de los abuelos, o lo que es más grave hasta un tutor aun no ligado al menor por vínculos afectivos, puede autorizar el trasplante de médula del menor a cualquier clase de receptor. Estas posibilidades nos llevan a cuestionar los límites y alcances de los derechos de quienes ejercen la patria potestad.

¹⁷⁸ Párraga de Esparza, Marisela, "Los derechos corporales; trasplantes e indisponibilidad comercial de las partes anatómicas del ser humano", Frónesis, Maracibo, vol. 4, núm. 3, 1997, p. 38.

¹⁷⁹ Ibidem, p. 39.

Además, el artículo 323 de la Ley General de Salud expresa: "El consentimiento tácito o expreso otorgado por menores de edad e incapaces no será válido". Ante tal expresión nos preguntamos si la manifestación de voluntad del menor no merecía ser escuchada, tomada en cuenta y valorada de acuerdo con la edad, madurez y motivaciones del menor para que su representante, en su caso, avalará la decisión del menor.¹⁸⁰

En cambio, la donación de órganos de un menor que ha fallecido puede ser realizada por quien fue su representante en vida o por sus parientes más cercanos, según decida la legislación. En este caso ya no se trata de proteger un interés superior y la ablación está plenamente justificada si se obtiene el consentimiento de quien en vida fue su representante.

Receptor es la persona cuya salud se encuentra en tal grado de deterioro que precisa el reemplazo de un órgano o tejido para recuperar, en algún grado, el estado de salud o mitigar su padecimiento.

El médico debe aconsejar el trasplante cuando no se puedan aplicar al enfermo ninguno de los procedimientos convencionales o estos han fracasado: "El trasplante es el último medio terapéutico para la recuperación del paciente".¹⁸¹

En todo caso, la decisión corresponde al posible receptor y la información que reciba debe comprender datos completos sobre el diagnóstico de su

¹⁸⁰ La representación en derecho de familia implica, en algunos casos, sustituir la voluntad del menor, cuando debido a su edad o estado general no puede expresarla, pero cuando es posible una manifestación de la voluntad del menor en estos casos, el representante sólo debe dar su consentimiento, avalar la voluntad expresada por el menor, tal es el caso del consentimiento necesario para que un menor se case, se divorcie o reconozca un hijo. En todos los casos señalados, la representación del menor se justifica por la protección de intereses de la persona a quien se representa.

¹⁸¹ Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María Virginia, op. cit., nota 4, p. 333.



enfermedad, los riesgos de la intervención, incluido el rechazo y las posibilidades reales de conservar la vida, mejorar la salud o aliviar el dolor. Sólo cuando una persona cuenta con información completa y, de acuerdo con sus propias experiencias y valores, puede decidir acerca de la calidad de vida que desea o por lo menos con la cual se conforma.

El trasplante debe realizarse en las mejores condiciones posibles con el fin de garantizar la satisfacción de las expectativas del receptor.¹⁸² Esta afirmación implica la selección de los profesionales

Toda persona con necesidad y posibilidad de recibir un trasplante tiene derecho a estar en las listas que para el efecto se forma en cada Estado. "Para la asignación de órganos y tejidos de donador que ha fallecido se tomarán en cuenta: la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados", señala el artículo 336 de la Ley General de Salud. Sin justificación, ese mismo artículo expresa: "Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a la lista que se integrará con los datos de los mexicanos en espera...". La pregunta obligada es ¿por qué se excluye a los extranjeros que radican en el país de la posibilidad de recibir un trasplante? ¿no podríamos catalogar de discriminatoria a esa norma?

El receptor de un órgano o tejido de donante vivo debe ser pariente por consanguinidad, por afinidad o civil o tener relación de matrimonio o de concubinato con el donador, a menos que se trate del trasplante de médula ósea.¹⁸³ Se exige este requisito para comprobar lo estrecho de la relación entre el donante y el receptor, y justificar la actitud altruista del primero sin suponer una intención de lucro a cambio de la donación.

¹⁸² El receptor es definido por la Ley General de Salud como la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o producto.

¹⁸³ Artículo 333 de la Ley General de Salud.

En general las legislaciones analizadas directamente o comentadas por diversos autores¹⁸⁴ se refieren con mayor precisión al consentimiento del donante expresado por sí o por sus representantes que al del receptor. La mexicana, por ejemplo, no regula formalidades para la expresión de ese consentimiento ni hace diferencia entre receptores adultos y menores de edad o incapaces.

El trasplante de órganos y tejidos requiere todo un soporte médico y con ello me quiero referir tanto a los profesionales como a los equipos y a los establecimientos adecuados para tales operaciones. Los centros hospitalarios deben contar con la infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para garantizar la extracción, trasplante o implantación de órganos y tejidos.

El profesional que inicia el largo proceso del trasplante es aquel que diagnostica a la persona su enfermedad y le indica la conveniencia o necesidad de un trasplante. A él corresponde proporcionar al enfermo toda la información relacionada con el estado real de su salud y la explicación de por qué recomienda un trasplante. También debe informarle sobre las expectativas reales de éxito y aún las probabilidades de un fracaso, así como de los riesgos que representa tanto para él como para el donador, si se trata de persona viva. La mayoría de las legislaciones recomiendan que esta información sea proporcionada por un médico distinto de los que intervienen en el trasplante, la ley mexicana así lo exige.¹⁸⁵

Por otra parte, un médico, que pudiera ser el mismo, evaluará al posible donante de acuerdo con los requisitos legales. No debe pasar inadvertido el difícil papel que le toca desempeñar al médico, ya que normalmente quien lo consulta está esperanzado en transitar de un estado patológico a uno de salud o, por lo menos, minimizar los estragos de una enfermedad. El trasplante, en cambio,

¹⁸⁴ Véase la bibliografía de este trabajo.

¹⁸⁵ Artículo 333 de la Ley General de Salud.



modifica la interacción médico-paciente, pues quién consulta al especialista es una persona sana dispuesta a donar un órgano o tejido. El paciente no resultará beneficiado, por el contrario, se verá sometido, por lo menos, a un riesgo y a un probable perjuicio.

Ese riesgo o probable perjuicio deben justificarse atendiendo a las motivaciones que impulsen al donante a actuar solidariamente con el posible receptor ¿Qué padre o madre no estaría dispuesto a donar sus órganos para salvar la vida de sus descendientes?

Corresponde al médico averiguar si la decisión tomada por el donante es libre o ha sido influenciada por tercero, y que ésta no se funde en errores o falta de información. Si ese fuera el caso, es deber del médico aclarar a la persona las dudas y los malentendidos. La libre expresión basada en información completa y veraz evitará arrepentimientos extemporáneos del donante, ante situaciones que se convierten en irreversibles.

El trasplante de órganos de personas fallecidas requiere de un planteamiento diferente. Muerta la persona, no puede resultar perjudicada con las ablaciones.¹⁸⁶ Un equipo médico intervendrá para declarar la pérdida de la vida o muerte del sujeto cuyos órganos o tejidos van a ser utilizados.

El artículo 334 de la Ley General de Salud señala que este equipo debe ser distinto a aquel que realice el trasplante. La disposición pretende evitar que el mismo médico interesado en obtener un órgano, sea quien declare un estado de pérdida de la vida del posible donante, pues podría presentarse un conflicto de intereses entre la declaración de pérdida de la vida y el interés de obtener los órganos y tejidos para el trasplante.

¹⁸⁶ La noción de ablación tiene su origen en el vocablo en latín *ablatio*. Su significado más usual describe la consecuencia de realizar un [corte](#), llevar a cabo una separación o simplemente quitar algo.

Los equipos médicos que llevarán a cabo la extracción y el trasplante,¹⁸⁷ contarán con el entrenamiento especializado. "La idoneidad del médico implica que se trate de profesionistas especializados conforme a las leyes que rigen el ejercicio de la medicina", señala María Bergoglio.¹⁸⁸

Al lado de esta multiplicidad de médicos o equipos médicos que intervienen, por disposición legal se torna necesaria la participación de los profesionales de la salud dedicados a la psicología. El trasplante de órganos tiene un gran impacto en las emociones del donante, si está vivo. No es fácil aceptar la extracción de una parte del propio cuerpo.

Para algunas personas podría representar un trauma tan sólo imaginar la falta de un órgano para el resto de su vida. Además, deben tener conciencia de que tal vez su gesto altruista no llegue a buen fin si se presentan complicaciones, como el rechazo al órgano, por parte del organismo del receptor.

En caso de donante fallecido, los familiares deben estar preparados mentalmente para entender la extracción de órganos de su ser querido. Esta extracción sólo va a producir beneficios a la salud de aquellos que esperan con ansia un órgano o tejido, en muchos casos, para continuar viviendo.

Tampoco al receptor le resulta sencillo aceptar en su cuerpo un órgano extraño. Surgen las preguntas acerca de ¿cómo se relacionará con el donador vivo? ¿Deberá estarle agradecido si no es que sometido toda su vida a quien le donó el órgano? Todas las difíciles situaciones planteadas requieren de un soporte proporcionado por psicólogos que pasan a ser parte del proceso del trasplante.

¹⁸⁷ Artículo 335 de la Ley General de Salud.

¹⁸⁸ Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María Virginia, op. cit., nota 4, p. 92.

Cabe señalar que la esperanza de vida del niño con enfermedad renal terminal (ERT) depende de un trasplante funcional (trasplante 63 años frente a diálisis 37 años). El receptor pediátrico es muy adecuado para un injerto de donante vivo, y las contraindicaciones son muy escasas. La supervivencia del injerto de donante vivo a largo plazo es significativamente mejor que la de donante cadáver (donante vivo 81,3% frente a donante cadáver 60,8% a 10 años). La vida media calculada de donante vivo en receptores de edades comprendidas entre 2 y 5 años es de 27 años, por lo que es el donante idóneo en menores de 5 años¹⁸⁹.

Los adolescentes (12-17 años) tienen una excelente supervivencia del injerto precoz, pero la peor de todas las edades a largo plazo. Episodios tardíos de rechazo tardío asociados a incumplimiento terapéutico son los factores encontrados en todas las series publicadas. Sin embargo, el trasplante con donante vivo prediálisis tiene una supervivencia del injerto a 10 años del 70%¹⁹⁰.

Voluntad y capacidad progresivas en el niño¹⁹¹

La inclusión de los niños como titulares de derechos subjetivos, especialmente de las libertades reconocidas constitucionalmente, no ha sido sencillo. Ello se debe, en buena medida, a que la tradición liberal vincula especialmente a los derechos humanos con la autonomía de la persona. Efectivamente, en el surgimiento mismo de la idea moderna de los derechos del individuo frente al Estado es posible identificar la importancia que se concede a su autodeterminación frente al poder.

¹⁸⁹Consultable en: <https://revistanefrologia.com/es-el-receptor-infantil-donante-vivo-articulo-X0211699510051345>. Consultado el 7 de mayo de 2021.

¹⁹⁰ *Idem*

¹⁹¹González Contró Mónica. la reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes. Cuestiones constitucionales, Revista Mexicana de Derecho Constitucional. Enero-Junio 2009. Número 20. ISSN Versión Impresa 1405-9193. ISSN Versión Electrónica 2448-4881.

Es precisamente esta idea la que da origen a la concepción de la Constitución como límite a la actuación pública, en el entendido de que hay espacios de la vida de los individuos en los que la autoridad tiene proscrito intervenir. En este proceso, las primeras declaraciones de derechos (en particular la francesa y la norteamericana) excluyen a quienes se consideraba carecían de esta capacidad de autonomía, es decir, a todo aquel que no fuera varón, adulto propietario y en este sentido ciudadano.

A esta noción restringida del grupo destinatario de la titularidad de los derechos subjetivos públicos sobreviene posteriormente un proceso de generalización, en el cual la titularidad se va extendiendo hasta llegar a la idea de la universalidad de los llamados derechos humanos.

Así lo reflejan las Constituciones modernas, la mayoría de las cuales contienen una cláusula de igualdad mediante la cual se entiende que la aplicación de los derechos contenidos en las mismas se garantiza en el territorio de aplicación a todas las personas por igual, aunque distinguiendo generalmente los derechos vinculados con la ciudadanía (por ejemplo, los derechos de participación política) como exclusivos de los nacionales mayores de edad del Estado en cuestión.

En el proceso de surgimiento de los derechos, los niños (menores de edad) no sólo quedaron excluidos de la titularidad de derechos, sino que la misma concepción de los derechos subjetivos los consideró parte de la esfera de inmunidad que correspondía al varón-adulto-propietario. Esto significa que una de las libertades frente al Estado consistía precisamente en la no interferencia pública en el espacio privado de la familia. Así, los hombres y mujeres durante la infancia prácticamente "perteneían" al padre, quien tenía como prerrogativa la libertad para educarlos y tratarlos de la forma en que creyera más adecuada. En Francia, durante el siglo XIX, este poder comprendía incluso la facultad del padre para hacer uso de las prisiones del Estado en el caso tener "motivos muy graves de queja por la conducta de un hijo":

El padre puede hacer detener a sus hijos y echar mano de las prisiones del Estado..."El padre que tiene motivos muy graves de queja por la conducta de un hijo" puede apelar ante el tribunal de distrito; hasta los 16 años, la detención no puede exceder de un mes; desde esa edad hasta la mayoría, puede alcanzar hasta los seis meses. Las formalidades —y las garantías— son muy reducidas: no hay ningún documento escrito ni ninguna formalidad judicial, como no sea la orden misma de arresto, en la que no aparecen enunciados los motivos. Si tras su libertad, el hijo "cae en nuevos extravíos", puede ordenarse de nuevo su detención.¹⁹²

Esta situación no cambió significativamente hasta el siglo XX, en el que comienza a darse una incipiente concepción sobre los derechos de los niños.

El principio de autonomía progresiva prescribe el reconocimiento de la capacidad de autodeterminación como una aptitud que se va desplegando gradualmente a lo largo de la vida. De acuerdo con esta interpretación, se debe conceder facultad para decidir sobre los asuntos que conciernen al individuo en la medida en que va alcanzando cierto grado de madurez.

Así, la ley debe hacer distinciones entre las etapas de desarrollo en relación con los asuntos en que el individuo tiene capacidad para intervenir. La competencia para decidir con cuál de los padres quiere vivir el niño en un proceso de divorcio o la necesidad del consentimiento para la formalización de la adopción a partir de cierta edad, constituyen ejemplos de la aplicación de este principio en la legislación.

De igual manera, la idea de autonomía progresiva debe ser considerada en la aplicación de cualquier derecho del niño o adolescente.

¹⁹² Perrot, Michelle, "Figuras y funciones", en Ariès, Phillipe y Duby, Georges (dirs.), *Historia de la vida privada*, Madrid, Taurus, 1993, t. 4, pp. 128 y 129

La autonomía progresiva es un concepto que reconoce a las niñas, niños y adolescentes como personas sujetas de derechos, lo cual implica que todos sus derechos humanos deben ser reconocidos, respetados y garantizados, sin estar condicionados a su edad.

Así mismo, la autonomía progresiva defiende que tienen la capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades de forma gradual, mientras van creciendo. En tanto aumenta esta capacidad, también debe aumentar su autonomía y con ello disminuir la protección de las instituciones del Estado. Esto significa que la responsabilidad del Estado es generar condiciones que posibiliten el ejercicio de sus derechos y no la simple prohibición o autorización de derechos.

La explicación de esta aparente incompatibilidad la podemos encontrar en el origen mismo de la idea de derechos humanos: la llamada "primera generación de derechos" surgida a finales del siglo XIX aparece indisolublemente ligada a la noción de autonomía personal, cualidad que se entiende ausente durante los primeros años de la vida humana. En efecto, los derechos civiles y políticos tienen como fundamento la capacidad del ser humano para autodeterminarse, facultad de la que se entiende desprovistos a los menores de edad, debido principalmente a dos causas: la percepción del niño como ser absolutamente vulnerable y dependiente y la pertenencia del niño a la familia, vinculada con el ejercicio de la patria potestad.¹⁹³

Dos son los principales obstáculos para lograr este cambio necesario: la temporalidad de la característica que ha excluido a niños y adolescentes de la titularidad de derechos y la pertenencia del niño a la familia en relación con la

¹⁹³ González Contró, Mónica, "Comentario del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Responsabilidad de los menores de dieciséis años, conforme a las disposiciones legales sobre menores y responsabilidad de los mayores de 16 años, conforme al Código Penal del Estado de Guanajuato", *Inconstitucionalidad de los ordenamientos que establecen una edad mínima penal distinta a la señalada en el artículo 18 de la Constitución federal*, México, Decisiones relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2007, p. 76.



percepción sobre los derechos de la patria potestad. La primera consideración hace aparecer como irrelevante una verdadera garantía de los derechos, pues la infancia finalmente será dejada atrás y, cuando esto suceda, el individuo tendrá plena capacidad de goce y de ejercicio de los derechos constitucionales. El segundo problema deviene de una larga tradición liberal en la que el niño constituye casi una propiedad de los padres, por lo que resulta amenazante la injerencia pública. Ambas dificultades deben ser superadas para lograr la vigencia de un Estado constitucional de derecho, particularmente en nuestro país, pues desde esta óptica resulta inaceptable la negativa de la titularidad de derechos a cualquier individuo con base en cualquier consideración que no sea la del respeto a su dignidad humana.

El concepto de autonomía progresiva aparece (o es reconocido) por primera vez en el ámbito institucional en la Convención de los Derechos del Niño. Es un instrumento internacional, de carácter vinculante para los Estados firmantes, que establece un marco jurídico de protección y asistencia integral para las personas menores de 18 años, reconociéndolas como personas con derechos, independientemente de su lugar de nacimiento, sexo, religión, etnia, clase social, condición familiar, etcétera.

Está basada en los principios de no discriminación, interés superior de la niñez y adolescencia, derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, y derecho a la participación, estableciendo un piso mínimo de derechos que deben ser garantizados por los Estados para asegurar la protección de niñas, niños y adolescentes.

Así, se reconoce que niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos fundamentales que las Constituciones, instrumentos internacionales y las leyes reconocen a todas las personas. Además, gozan de protección específica a sus derechos mediante instrumentos especiales de derechos humanos, tanto de alcance universal como regional.

La Convención de los Derechos del Niño no define a las niñas y los niños a partir de sus necesidades o carencias, o por lo que impide su desarrollo “final”. Por el contrario, al niño se le considera y define según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad. La infancia deja de ser vista como una etapa de preparación para la vida adulta, para ser reconocida como una forma de ser persona. La infancia es concebida como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía, personal, social y jurídica.

También implica una reconstrucción social y jurídica para dejar de verlos como objeto de representación, protección y control de los padres o el Estado. La Convención de los Derechos del Niño establece que el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes es progresivo en virtud de «la evolución de sus facultades», y que, a los padres o demás responsables en su caso, les corresponde impartir «orientación y dirección apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención». Al Estado, por su parte, le corresponde «respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres» o de quien corresponda.

Además, la Constitución Política de la Ciudad de México, ratificada en enero de 2017, se posicionó como la más progresista del país por haberse fundado con una visión transversal desde las perspectivas de Derechos Humanos, género, interculturalidad, intergeneracionalidad, diseño universal, derecho a la ciudad, participación ciudadana e incorporando el interés superior de las niñas, niños y adolescentes, como lo establece el artículo 4.

El apartado D del artículo 11 -Ciudad Incluyente-, reconoce que las niñas, niños y adolescentes son titulares de derechos y gozan de la protección de la Constitución. Además, destaca que la labor de las autoridades y servidores públicos debe atender el principio del interés superior de las niñas, niños y adolescentes, de la autonomía progresiva y de su desarrollo integral. Asimismo, se compromete a



garantizar su protección a través del Sistema de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México (SIPINNA CDMX).

Uno de los grandes avances de esta Constitución es que reconoce e incorpora demandas sociales históricas, como lo indican la reforma de 2011 y el PDHDF sobre los Derechos Humanos, dentro de los cuales están los Derechos Sexuales y Reproductivos.

El trasplante y donación en el modelo español¹⁹⁴

La escasez de órganos para trasplante constituye el factor limitante fundamental de estas terapéuticas. La demanda crece de manera exponencial a medida que mejoran los resultados de supervivencia y por tanto la posibilidad de que se beneficie un número cada vez mayor de enfermos.

Diversos países han adoptado estrategias parciales que tan sólo han conducido a elevaciones discretas o pasajeras de la donación, o incluso no han producido aumento alguno. A principio de los años noventa, España inició un enfoque integrado del problema de la escasez de órganos para trasplante diseñado específicamente a aumentar la donación de órganos de cadáver.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se creó en 1989, e indujo, entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores, entrenados específicamente, con un alto grado de motivación y con un perfil específico y distinto al de otros países europeos.

Desde la creación de la ONT, España ha pasado de la parte media-baja de los índices de donación en Europa, con 14 donantes por millón de población, a unos

¹⁹⁴ <http://www.ont.es/publicaciones/documents/modeloespanol.pdf>. Consultado el 01 de Octubre de 2020.



ni veles mantenidos durante los últimos años de 33-35 donantes pmp, con mucha diferencia los más elevados del mundo.

Se trata del único ejemplo en todo el mundo de un país de tamaño grande con un incremento continuo de los índices de donación, que ya alcanza alrededor de un 150% en 18 años, con aumentos paralelos de los trasplantes de todos los órganos sólidos. Se conoce internacionalmente como «Spanish Model» al conjunto de medidas adoptadas en España para mejorar la donación de órganos.

A continuación, pasamos a hacer una descripción de las más importantes, así como de sus posibilidades de traslado a otros países o regiones y de los condicionantes de dicho traslado. **PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO ESPAÑOL** Los resultados alcanzados no pueden entenderse si no se contempla lo acaecido en España como un enfoque integrado dirigido a mejorar la donación de órganos de cadáver, que incluye la existencia de un marco básico adecuado desde el punto de vista legal, económico, ético, médico y político.

En modo alguno se puede pensar que el *Spanish Model* consista simplemente en poner coordinadores en todos los hospitales, como en ocasiones se ha pretendido simplificar. Es necesario definir ante todo cuales son los puntos fundamentales que explican el éxito español, los requisitos para su traslado a otras regiones o países y como consecuencia, los factores estructurales que pueden influir en los resultados de manera positiva o negativa.

Los puntos básicos que (todos juntos) definen este modelo son:

- La red de coordinadores de trasplante a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.

-

Los dos primeros niveles nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, constituyen una verdadera interfaz entre los niveles



políticos/administrativos y los profesionales. Todas las decisiones técnicas se toman por consenso en una Comisión del Consejo Interterritorial formado por los responsables de la coordinación nacional y de cada una de las autonomías.

- El tercer nivel, el coordinador hospitalario debe ser un médico (aunque ayudado siempre por personal de enfermería en los grandes hospitales), que trabaja casi siempre en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital, y depende de la dirección de este (no del equipo de trasplante). Desde el punto de vista funcional, está íntimamente ligado a la coordinación autonómica y nacional.

- La mayoría de los coordinadores son intensivistas, lo que implica una participación activa de estos especialistas en la donación de órganos. La dedicación a tiempo parcial les permite continuar con su trabajo previo, lo que es especialmente importante en los pequeños hospitales.

- Un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, en realidad una auditoria continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, llevada a cabo por los coordinadores de trasplante.

- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema. Está encargado de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, la información general y especializada y en general cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante. Es muy importante el apoyo que presta la oficina central y algunas autonómicas sobre todo a los pequeños hospitales, en los que no es posible llevar a cabo sin ayuda la totalidad del proceso.

- Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario, con cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso: detección de donantes, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión, comunicación

- Reembolso hospitalario por parte en estos momentos de las administraciones autonómicas, que financian de manera específica y adecuada las actividades de obtención y trasplante de órganos. De otra manera sería impensable el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.

- Mucha dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante. Una línea telefónica de 24 horas (la misma que la ONT, reuniones periódicas con periodistas, cursos de formación en comunicación para coordinadores, así como una rápida actitud de manejo de la publicidad adversa y las situaciones de crisis cuando éstas se producen han constituido puntos importantes a lo largo de estos años en conseguir un clima positivo para la donación de órganos.

- Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales, con una definición de la muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.

Es evidente que la implementación de todas estas medidas en un país o región es algo más que colocar coordinadores de trasplante y no son fáciles de llevar a cabo en su conjunto. Los resultados pueden verse muy influenciados porque se preste más o menos atención a algunos de estos factores o por las diferencias estructurales entre los distintos países.

Importancia del Coordinador de Trasplantes en el Modelo Español

El concepto de coordinador nació en los países anglosajones y del centro de Europa a principios de los ochenta, coincidiendo con la reincorporación al arsenal terapéutico de los trasplantes de hígado y corazón y la consiguiente necesidad de disponer de estos órganos en las condiciones adecuadas.

El hecho de que de un mismo donante fallecido se pasaran a extraer varios órganos, y a veces por parte de equipos quirúrgicos ubicados muy lejos del hospital donde se producía la donación cambió por completo el panorama al pasar de la relativamente sencilla extracción renal a la multiorgánica con una logística realmente compleja. De ahí surgió la necesidad de profesionales que cubrieran todas las nuevas y múltiples demandas organizativas.

Un factor común a la mayoría de los países que primero adoptaron el concepto y desde luego en Estados Unidos fue el carácter no médico de los coordinadores y su papel meramente auxiliar en el proceso de donación-trasplante. Enfermeras, técnicos, asistentes administrativos, trabajadores sociales pasaron a desempeñar unas tareas que en casi todos los países se contemplaban como tediosas, rutinarias y desde luego totalmente marginales en el proceso de implantar el órgano en el cuerpo del receptor.

Obvio es decir que los niveles retributivos de los médicos norteamericanos hacían absurdo plantear siquiera su intervención en unas tareas consideradas secundarias. El concepto de coordinador se introduce en España a través de Cataluña a mediados de los ochenta coincidiendo con el entusiasmo innovador de los primeros años de transferencias sanitarias a dicha comunidad desde la administración estatal.

La gran mayoría de esta primera hornada catalana y muchos de los que siguieron inmediatamente después en el País Vasco, Madrid y otras zonas del Estado eran médicos especializados en nefrología. En general se contrató para esta tarea a nefrólogos jóvenes con el período de formación recién acabado y que casi siempre simultaneaban este trabajo con otras tareas más específicas de su especialidad.

El escenario descrito, dio paso en 1989 con la creación efectiva de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) a la eclosión de una serie de profesionales fuertemente motivados y entusiastas, que en muy pocos años hicieron



pasar a España de un puesto medio-bajo en el ranking europeo de donaciones de órganos [14 donantes por millón de habitantes (pmp) y año en 1989] al primer lugar del mundo con una diferencia sobre el resto de los países que no hace sino ampliarse año a año hasta alcanzar un máximo de 35,1 donantes pmp en 2005.

El mundialmente conocido como «Spanish Model», punto de referencia internacional obligado a la hora de hablar de potenciar la donación de órganos desde un punto de vista científico, asienta sobre el papel y la función desempeñadas por estos profesionales que describiremos a continuación. Fundamentalmente ellos, bajo la dirección funcional de la ONT han sido los responsables de que España constituya el único país que ha experimentado un incremento progresivo y continuado de las tasas de donación a lo largo de los últimos 18 años.

Perfil del Coordinador de Trasplantes en España

La creación en septiembre de 1989 de la Organización Nacional de Trasplantes llevó aparejada en cuestión de pocos meses una nueva definición de prioridades hacia la potenciación de la obtención de órganos y tejidos y a su través a la consecución de un mejor funcionamiento general del sistema.

La Organización Nacional de Trasplantes se constituyó como una verdadera agencia de servicios para todo el Sistema Nacional de Salud, y se articuló a través de un esquema organizativo funcional no jerarquizado, constituido por tres niveles de coordinación: nacional, autonómico y hospitalario. De estos tres eslabones, los dos primeros pasaron a tener unas misiones de carácter administrativo y organizativo en el ámbito suprahospitalario nacional o regional, mientras que los coordinadores hospitalarios pronto pasaron a ser los responsables de potenciar la donación de órganos en el interior de su hospital y desde luego, la pieza clave del sistema.



En pura consecuencia, tanto el perfil como las funciones, dependencia, ubicación, formación y sistema retributivo se articularon en función de conseguir este objetivo principal. El resto de las funciones, con ser importantes, pronto pasaron a un segundo plano, eclipsadas por el valor intrínseco de lograr un mayor número de donaciones que a su vez hagan posibles la realización de más trasplantes.

Podemos resumir la filosofía del «Modelo Español» de obtención de órganos en los siguientes puntos:

- Los donantes de órganos son por definición personas que fallecen en situación de muerte encefálica (los donantes de tejidos son siempre actividades secundarias en relación con el tema principal que son los donantes de órganos en muerte encefálica, y los donantes en asistolia un pequeño porcentaje con un enfoque muy específico). Ello implica necesariamente su ubicación en las unidades de vigilancia intensiva (UVI).
- Este hecho implica la concentración de esfuerzos en dichas UVIs. Cualquier acción dirigida en otra dirección tiene dudosa rentabilidad y desde luego una relación coste/beneficio menos favorable.
- En contra de lo que pueda pensarse desde un plano meramente instintivo o a la vista de los índices de donación, el número potencial de donantes de órganos es razonablemente similar en relación con la población atendida en todos los países occidentales desarrollados con un sistema sanitario moderno y por tanto con un número suficiente de camas de UVI.

Por supuesto existen variaciones epidemiológicas en relación con un mayor o menor número de traumatismos o una mayor o menor incidencia de hipertensión, pero en conjunto no explican las diferencias en los índices de donación entre los distintos países o las regiones de un mismo país.

La causa número uno de pérdida de donantes en todo el mundo, y la que realmente marca las diferencias entre países y entre hospitales es la no detección de los donantes potenciales, es decir, de aquellos enfermos que fallecen o pueden fallecer en situación de muerte cerebral.

Cualquier porcentaje posterior de pérdida por causas médicas, legales, negativas familiares o cualquier otra quedan sobradamente compensados por una detección adecuada. A la inversa, si no se piensa en los fallecidos en determinadas circunstancias como donantes potenciales, por muy bien que funcione el resto del proceso los resultados serán insatisfactorios.

El agente fundamental capaz de actuar sobre este proceso será por tanto un médico ubicado primariamente en las UVIs, que sea capaz de indicar de igual a igual a los otros médicos responsables de estas unidades, que un paciente por el que ya no puede hacerse más por conservarle con vida todavía puede contribuir a salvar la de otros pacientes a través de la donación de órganos.

Con todos los matices que se quieran, la base del modelo español es tan simple como ésta. Disponer en todos los hospitales de profesionales específicamente entrenados en la consecución de todos los pasos encaminados a potenciar la donación. La ONT actúa en este entramado como favorecedora de todos los pasos necesarios para que el proceso se lleve a cabo con éxito (formación, legislación, relaciones con los jueces, con la prensa, etc.).

Las recomendaciones de la ONT, seguidas de una forma progresiva por los distintos hospitales y administraciones sanitarias, configuraron en poco tiempo una red de coordinación modélica en todo el mundo. La propia dinámica de los hechos ha ido modificando alguna de las premisas iniciales, generando una figura nueva y con claros matices diferenciados con lo que ocurre en otros países. El perfil de los coordinadores de trasplante, de acuerdo con las recomendaciones de la ONT, y desde luego sin pretensiones de uniformidad en todo el Estado es el siguiente:

a) Equipos de coordinación, composición y dedicación:

Es más correcto hablar de equipos de coordinación que de coordinadores, puesto que está claro que en un hospital mediano o grande no resultaría posible la cobertura efectiva de los 365 días del año. Se recomienda que, en los grandes hospitales con equipos de trasplante activos, la coordinación esté formada por un médico a tiempo parcial junto con un número de enfermeras igual al del número de programas de trasplante (riñón, hígado, corazón o pulmón), en este caso a tiempo total.

En los hospitales pequeños o medianos sin programa de trasplante, pero con unidad de vigilancia intensiva, la fórmula propuesta es la de un médico a tiempo parcial, ayudado o no de una enfermera dependiendo de la capacidad potencial de generación de donantes.

Obvio es decir que los hospitales sin unidad de vigilancia intensiva no precisan de coordinador de trasplantes dada la virtual imposibilidad de que en ellos se produzca una donación efectiva. Uno de los aspectos más característicos, aunque también más controvertidos del modelo español es la dedicación parcial de los coordinadores, en especial los facultativos.

Ello contrasta con la tendencia centroeuropea y anglosajona de hacer de la coordinación una profesión más o menos definitiva para técnicos de grado medio o incluso sin una calificación especial.

En España se ha considerado imprescindible que en todos los hospitales haya un facultativo que afronte las tareas de detección y consecución de donantes, fundamentalmente por el hecho de tener que tratar de igual a igual con los responsables de la atención médica al donante y la necesidad de establecer un sistema proactivo de detección de muertes cerebrales, algo muy difícil de establecer por parte de una enfermera aislada.

Por otra parte, el hecho de que haya un coordinador médico, habitualmente en relación con las unidades que generan los donantes como luego se comentará en detalle simplifica enormemente el proceso de formación en cuanto a diagnóstico de muerte cerebral, requisitos médicos o mantenimiento del donante.

Sin embargo, hay dos aspectos fundamentales que explican el porqué del médico a tiempo parcial. Por una parte, el económico, ya que la dedicación parcial supone afrontar un plus económico en forma de complemento, localización o pago por acto médico, pero no el hecho de afrontar el coste total de un médico, algo inviable sobre todo en hospitales pequeños donde el número de donantes y en consecuencia el de días de trabajo con una cierta intensidad puede ser de 3 ó 4 al año.

Incluso en los grandes hospitales, los donantes generados pueden estar entre 20 y 30 al año, lo que tampoco justificaría una dedicación total salvo que las funciones de la coordinación derivasen hacia coordenadas que nada tienen que ver con las actualmente admitidas.

Con ser importantes estas razones, resulta todavía más relevante a efectos de los resultados conseguidos, la posibilidad de sustitución no traumática del coordinador médico a tiempo parcial cuando por las características del trabajo que desarrollan se sienten cansados y deciden dedicarse de nuevo plenamente a su especialidad, o simplemente los resultados de su gestión han empeorado de manera significativa.

El famoso «burn out» o síndrome del médico quemado, tan frecuente en la sanidad tiene en el coordinador de trasplantes una víctima propiciatoria como consecuencia de la dureza física y sobre todo psicológica de este trabajo, lo cual implica la necesidad de recambios frecuentes. Sobre todo, en los primeros tiempos (hoy las cosas son un tanto distintas), la vida media del coordinador de trasplantes en España no solía superar los 4-5 años, y el hecho de haber mantenido inalterado



su puesto hospitalario como intensivista, nefrólogo o cualquier otra especialidad hizo que el cambio se pudiera hacer sin demasiados problemas.

Existen numerosos ejemplos perfectamente documentados de descensos en los índices de donación de determinados hospitales que se corrigen de forma casi inmediata al cambiar de coordinador, algo que no es posible hacer cuando como ocurre en otros países, la coordinación ha pasado a ser casi una profesión de por vida.

No hay problema en cambio para que la enfermería se dedique a la coordinación a tiempo total, especialmente en los hospitales con programa de trasplante dado que como luego se discutirá, sus tareas cotidianas se han diversificado hacia el apoyo de los equipos trasplantadores, más en consonancia con lo que ocurre en otros países.

b) Procedencia y número de equipos:

En su gran mayoría el grupo de médicos coordinadores se divide entre los nefrólogos, como colectivo históricamente más interesado e involucrado en la donación de órganos, y los intensivistas como grupo más cercano al lugar donde se generan las donaciones. El resto se divide entre otras especialidades muy diversas que van desde la anestesiología, cirugía o cualquier otra de tipo médico.

En 1993, cuando la red de coordinación se podía considerar prácticamente desarrollada y España ocupaba ya el primer lugar del mundo en donaciones de órganos, el 33% de los coordinadores médicos eran nefrólogos y el 48% intensivistas quedando el 19% restante para otras especialidades.

Por lo que se refiere a la enfermería las cifras eran parecidas, aunque más volcadas hacia la nefrología (41%, 32% y 27%, respectivamente). Esta tendencia creciente del papel de los intensivistas se ha mantenido en los últimos años. A



finales de los noventa se alcanzó un número y composición de equipos que se mantienen razonablemente estables desde entonces.

En 1998 existía un total de 139 equipos, con 154 médicos y 79 enfermeras coordinadoras. Hoy día hay ya 158 equipos con 199 médicos y 129 enfermeras. Por lo que se refiera a los médicos, tan sólo un 6% tenían una dedicación plena, de acuerdo con la filosofía expuesta hasta ahora. Nada menos que un 79% eran intensivistas o anestesiólogos mientras que los nefrólogos representan ya solo el 9%. La procedencia es mucho más variada por lo que se refiere a la enfermería, y por supuesto mucho más frecuente la dedicación plena a la coordinación.

En general se puede decir que el coordinador más adecuado será aquel que muestre un mayor interés por esta labor dado el marcado componente vocacional y hasta cierto grado de entusiasmo que requiere su trabajo diario. La diferencia entre la actitud pasiva de quien está «a demanda», y el empeño de quien se esfuerza al máximo por detectar cualquier donante potencial, explican casi siempre las discrepancias en los índices de donación entre hospitales o entre distintas zonas del país.

c) Dependencia:

También la dependencia es una característica peculiar del modelo español dado que en la mayoría de los países con un sistema «clásico» de trasplantes, los coordinadores dependen del jefe del equipo de trasplantes, habitualmente el profesor de cirugía. En España la recomendación de la ONT fue muy clara desde el principio: el coordinador de trasplante debe considerarse un colaborador directo del director del hospital en materia de trasplantes, de un modo análogo a la coordinación de docencia, urgencias o calidad.

Es fundamental por múltiples motivos, la no dependencia jerárquica de los equipos de trasplante, con los que por otra parte deberá establecer una amplia



interdependencia de carácter funcional que en el plano suprahospitalario debe plasmarse en una íntima y continua conexión con la coordinación autonómica y con las directrices técnicas de la ONT.

d) Funciones:

Habría que empezar diciendo que el coordinador tiene una misión principal y fundamental: la obtención de órganos. Todo lo demás puede contribuir a dar contenido a las funciones del equipo de coordinación, sobre todo en los grandes hospitales, pero siempre debe ser considerado accesorio y en modo alguno puede justificar la ineficacia en la consecución de donantes, como venía ocurriendo en el pasado con alguna frecuencia.

Para lograr este objetivo, en plena concordancia con la filosofía general del «Modelo Español», es preciso un enfoque integrado del proceso de donación que en definitiva viene a significar no dejar nada a la improvisación. Todos los pasos que conducen a la donación de órganos deben estar perfectamente establecidos y protocolizados de manera que cualquier fallo sea susceptible de ser detectado y solventado.

La obtención de órganos es siempre una cadena de acontecimientos con el riesgo es que se acabe rompiendo por el eslabón más débil. El primer paso en la generación de órganos es la detección de los donantes potenciales. Es sin duda el punto más importante de todo el proceso ya que todos los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la incidencia de muertes cerebrales no es muy distinta entre los países industrializados y que la escasez de órganos existente en casi todo el mundo es un problema de infradetección.

Lo que realmente va a marcar la diferencia entre dos países o entre dos hospitales va a ser la detección sistemática de cualquier persona que fallece en situación de muerte cerebral, alrededor de un 12- 14% de los enfermos muertos en



Unidades de Vigilancia Intensiva o bien un 2% de los que lo hacen en un gran hospital.

El hallazgo de unos porcentajes significativamente inferiores debe hacer pensar siempre en un problema de detección. La necesidad de que no se pierdan potenciales donantes por no haber pensado en ellos explica las preferencias por los intensivistas como coordinadores de trasplantes ya que ellos detectan de primera mano y sin necesidad de intermediarios los pacientes fallecidos en muerte cerebral.

Explica también la conveniencia de que se trate de un médico y no de otro profesional sanitario ya que solo así se puede establecer una relación igualitaria con los responsables de la UVI a la hora de discutir cada caso, aunque en todo el proceso posterior se vea perfectamente secundado por el personal de enfermería.

Pone de manifiesto igualmente la necesidad de que el coordinador esté dotado de unas habilidades diplomáticas y un don de gentes que le haga obviar los inevitables roces que se generan en el día a día de los hospitales, ya que en la mayoría suele haber más de una unidad de intensivos entre las que no son infrecuentes las tiranteces que al final pueden traducirse en una pérdida de donantes.

Aunque cualquier especialista puede tener estas dotes que le conviertan en un buen coordinador, lo cierto es que al no trabajar físicamente en la UVI acaba necesitando de un intermediario que hace más difícil el proceso. Una vez detectado el potencial donante es fundamental la consecución de un mantenimiento adecuado evitando todo tipo de incidencias que puedan deteriorar los órganos o en el peor de los casos imposibilitar la donación porque se produzca la parada cardíaca antes de finalizar el proceso.

Cuanto más delicado es el órgano, más posibilidades hay de deterioro ante una inestabilidad hemodinámica. Son el pulmón y el corazón los que antes se



deterioran y hay que pensar que su pérdida va a hacer que dos enfermos fallezcan antes o después en lista de espera.

El proceso no es especialmente complicado y puede ser llevado a cabo por un intensivista bien entrenado. Requiere no obstante una dedicación intensa durante las horas que dure el proceso tanto por parte del médico como de la enfermería y de una formación específica sobre las características de estos todavía enfermos, hasta que se realice el diagnóstico de muerte cerebral, que equivale desde un punto de vista científico, ético y legal a la muerte del individuo.

El siguiente paso es la realización del diagnóstico de muerte que deberá ser efectuado siempre por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante y en el que por supuesto el coordinador se debe limitar a solicitar la colaboración y facilitar la tarea de los mismos, empleando los procedimientos diagnósticos más adecuados en cada caso de acuerdo con la legislación vigente.

Una vez hecho el diagnóstico de muerte puede ser necesario conseguir la autorización judicial en caso de causa no médica y siempre y en todo caso lograr la autorización familiar, algo no específicamente explicitado en nuestra legislación pero que la costumbre, la actitud social y la de bastantes jueces ha convertido en práctica imprescindible en España y en la mayoría de los países de nuestro entorno.

También éste es un punto crucial porque todavía un 15% de las familias no dan el consentimiento, con unas diferencias muy marcadas entre los equipos de coordinación bien entrenados y aquellos que no lo están pudiendo llegar en este caso a superar el 50% de negativas. La forma de plantear la donación es crucial en el desenlace de todo el proceso y puede marcar la diferencia entre que se consigan los órganos o bien se pierdan y con ellos unas cuantas vidas humanas que podrían haberse salvado.

Una vez obtenidas las autorizaciones y establecido el diagnóstico de muerte, es necesario preparar toda la logística intrahospitalaria para proceder a la extracción de órganos, al tiempo que se contacta con la oficina central de la ONT con el fin de proceder a la adscripción formal de los distintos órganos de acuerdo con los criterios previamente establecidos y acordados entre equipos y administraciones autonómicas.

Poco o nada tiene que ver en cuanto a logística, tiempo empleado y consumo de recursos hospitalarios la antigua extracción renal, limitada hoy a tan solo un 15% de las extracciones en pacientes de edad avanzada o con patología asociada, con la extracción multiorgánica (hígado, corazón, pulmón, páncreas además de riñón) a la que no sin frecuencia se une la extracción de tejidos que puede demorar el proceso bastantes horas con todo lo que ello implica en cuanto a personal y horas de quirófano.

Desde la Organización Nacional de Trasplantes se asignan los distintos órganos a equipos trasplantadores situados a veces a muchos kilómetros de distancia del lugar donde se produce la donación. Ello implica la necesidad de prolongar el proceso hasta que todos los equipos coinciden en el hospital y efectúan la extracción y preservación de los órganos.

Una extracción multiorgánica puede llegar a implicar a más de 100 personas entre profesionales sanitarios de distintos hospitales, aeropuertos, ambulancias, policía etc. y la figura del coordinador es fundamental para que todo el proceso se lleve a cabo de manera adecuada. Él es quien dirige el proceso, debe llevar la voz cantante y adoptar las decisiones necesarias para que todo funcione, al tiempo que facilita la tarea de todos los implicados. La extracción no finaliza cuando se han obtenido y preservado los órganos. Debe atender a los familiares en todos sus requerimientos y asegurarse de que se produzca una restitución lo más perfecta posible del aspecto externo del donante de manera que a simple vista resulte imposible constatar que se ha producido la extracción.

Todo lo expuesto hasta ahora es con diferencia lo más importante que es exigible a los coordinadores de trasplante, pero su labor se ha diversificado notablemente en los últimos años. Por un lado, debe motivar a los profesionales sanitarios y no sanitarios a través de charlas y cursos específicos como el EDHEP (programa hospitalario europeo de promoción de la donación) y por supuesto del trato y la explicación personal.

La actitud ante la donación de todo el hospital resulta fundamental para conseguir que todo el proceso funcione adecuadamente. El trasplante es probablemente el mejor ejemplo de trabajo en equipo en el que cada día interviene un porcentaje mayor de profesionales del hospital de ahí la importancia de ganarse la complicidad de cuantas más personas mejor dado que un simple comentario irresponsable o mal intencionado a la familia puede dar al traste con todos estos esfuerzos.

El coordinador de trasplantes es el responsable de cumplimentar adecuadamente el protocolo del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. El objetivo de este programa es triple:

1. Definir la Capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital.
2. Detectar los escapes durante el proceso de donación, con el análisis de las causas de pérdidas potenciales de donantes.
3. Describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación.

Del análisis de estos datos se pueden hacer comparaciones con otros hospitales similares al tiempo que deben derivarse las necesarias propuestas de mejora. Los resultados de este programa se comunican periódicamente a la ONT,



así como a la administración sanitaria correspondiente a través del coordinador de calidad que en este campo debe trabajar en íntimo contacto con el de trasplantes.

La participación en este programa es requisito para que un hospital determinado solicite a la ONT la evaluación externa, que se lleva a cabo por parte de expertos en coordinación procedentes de otros hospitales. Cada vez es más importante la participación de los coordinadores más antiguos en la formación de los más nuevos.

Los cursos de formación han sido la base sobre la que se ha asentado gran parte del éxito del modelo español. No solo los nuevos coordinadores se forman en estos cursos, sino un buen número de médicos y personal de enfermería que han llegado a constituir una verdadera cantera que asegura la viabilidad y el buen funcionamiento del sistema para el futuro.

En los grandes hospitales trasplantadores, el equipo de coordinación suele colaborar en el mantenimiento y la actualización de las listas de espera, así como su comunicación a la ONT. El riesgo que tienen estas actividades como se expuso anteriormente es que acaben por llenar la jornada y sirvan de justificación para un hospital donde por la causa que fuere no se generan donantes.

Un aspecto en el que los coordinadores se involucran cada vez más es el de la promoción de la idea de la donación a la población general, así como las relaciones con los medios de comunicación.

Aunque esta tarea no puede ser exclusiva de los coordinadores, lo cierto es que la multiplicidad de los aspectos relacionados con el trasplante, difícilmente abarcable por un solo tipo de especialista de una forma detallada, junto con la conveniencia de centrar el mensaje que debe llegar al ciudadano acerca de los trasplantes en la idea de la donación ha hecho que desde hace tiempo, la ONT haya



recomendado que sean los coordinadores quienes se encarguen preferentemente del tema.

Precisamente como consecuencia de esta gran variedad de aspectos relacionados con la donación y los muy distintos tipos de trasplantes: legales, técnicos, éticos, mediáticos, organizativos y desde luego económicos, es por lo que los coordinadores han evolucionado hacia la centralización de todos estos aspectos, de importancia creciente en los grandes hospitales y para los que de otra forma no es fácil que los gerentes hallen soluciones adecuadas.

La necesidad de gestionar de una manera eficiente los importantes recursos que es preciso dedicar a estas terapéuticas, así como la importancia de que ello se haga de una manera coordinada con lo que realizado en otros centros y de acuerdo con las directrices de la ONT, ha creado la necesidad de que estos profesionales vayan asumiendo estas responsabilidades como se comentará más adelante.

Los coordinadores se han convertido en España a lo largo de los últimos años en el referente obligado de gestores, profesionales sanitarios, periodistas y población general a la hora de abordar los múltiples aspectos que los trasplantes plantean en el día a día. Ya no es posible gestionar de una forma eficiente la obtención y trasplante de órganos y tejidos sin un enfoque específico llevado a cabo por personas especialmente preparadas para ello.

Este es un concepto fundamental que además va a ser tanto más cierto en el futuro dado que se considera que dentro de unas décadas, hasta un 50% de las intervenciones quirúrgicas que se lleven a cabo en un gran hospital van a estar relacionados con los trasplantes de órganos, tejidos o células.

Los hospitales y las administraciones sanitarias en general deben proveerse de las personas y las herramientas de gestión necesarias para afrontar con las mayores garantías esta realidad actual y estos retos futuros.

Coordinación Supra Hospitalaria: La Organización Nacional de Trasplantes

La filosofía de la coordinación intrahospitalaria de trasplantes expuesta a lo largo de estas líneas y base del Modelo Español de trasplantes nace en 1989 con la creación de la Organización Nacional de Trasplantes.

La ONT se concibió como un organismo técnico, sin atribuciones de gestión directa y sin competencias ejecutivas específicas, pero con una labor de armonización entre las administraciones central y autonómica y un liderazgo indiscutible en todas las materias relacionadas con el trasplante, que once años después de su creación continúa siendo el único ejemplo de entidad coordinadora funcionalmente eficaz en toda la sanidad española.

Curiosamente sólo bastantes años después, con la publicación en enero del 2000 del Real Decreto que regula la obtención y el trasplante de órganos tuvo la ONT un reconocimiento legal en el Boletín Oficial del Estado, muchos años después de que lo tuviera de hecho en todo el mundo, y 4 años después una estructura administrativa adecuada a sus funciones.

Funcionalmente la ONT se concibió como un sistema reticular establecido sobre tres niveles básicos: nacional, autonómico y local. Estos tres niveles se repiten y se complementan articulándose a través de la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial (Coordinación Nacional vs Coordinaciones Autonómicas) y de las sucesivas comisiones regionales de trasplantes (Coordinación Autonómica vs Coordinadores Hospitalarios).

La ONT, a través de su oficina central dirigida por el coordinador nacional ha sido de importancia capital a la hora de canalizar los esfuerzos de instancias sanitarias y no sanitarias en pro de la donación y el trasplante. En el tema que nos ocupa actúa como punto de unión entre las administraciones sanitarias locales,



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



nacionales y europeas, asesorándolas en materia de trasplantes, al tiempo que transmite a la red de coordinadores hospitalarios y recibe de ellos la información necesaria para llevar a cabo sus cometidos.

La dependencia jerárquica del coordinador hospitalario de la dirección del centro, junto con una dependencia funcional de la coordinación autonómica y nacional resulta básica para entender el funcionamiento de este sistema. En definitiva, el sistema descrito en este capítulo es una perfecta adaptación a la compleja realidad sanitaria española de una serie de ideas sencillas, pero totalmente originales que vinieron a dar un vuelco a la situación previa en el panorama nacional e internacional de los trasplantes.

España es el único ejemplo en el mundo de un país de tamaño medio-grande con un incremento de la donación de órganos mantenido a lo largo de casi 20 años. La escasez de órganos no se debe a una falta de donantes potenciales sino a la incapacidad en materializarlos en donantes reales.

La suma de un sistema proactivo de detección de donantes, llevado a cabo por coordinadores bien entrenados, la introducción de un *audi continuo* de muerte encefálica en todos los hospitales y la combinación de un ambiente social positivo, un tratamiento adecuado de la relación con los medios de comunicación y un reembolso adecuado de los hospitales por la actividad de extracción y trasplante explican en su conjunto el éxito obtenido.

Fig. 4. Evolución de la donación de órganos pmp durante el periodo 1989-2007 en países seleccionados. Comparación con España.

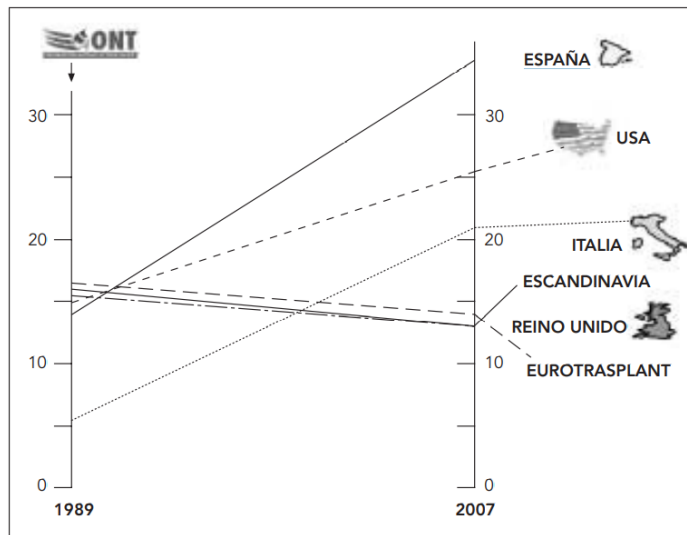
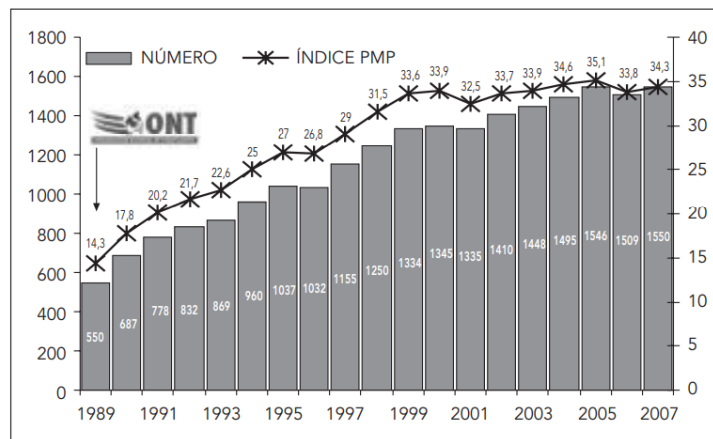


Fig. 5. Evolución del número y la tasa de donación de órganos en España desde la creación de la ONT.



Trasplantes de órganos en Colombia

Cifras del Instituto Nacional de Salud de Colombia, entidad de referencia nacional en donación y trasplante de órganos, en el año 2015 hubo un total de 405



donantes reales de órganos, para una tasa nacional de 8,4 donantes por millón de población, en su mayoría, a expensas de donantes cadavéricos.¹⁹⁵

La lista de espera del Instituto Nacional de Salud al 31 de diciembre del 2015 reportaba 2.029 pacientes que necesitaban órganos sólidos para trasplante y se practicaron 1.204 trasplantes en el país en ese año¹⁹⁶, lo que demuestra la carencia de órganos suficientes para suplir las necesidades. En las figuras 2 y 3 se evidencia la variación de la tasa de donantes y de trasplantes, y el aumento de la lista activa de espera de trasplantes en los últimos años en Colombia.

Tabla 4. Tejidos que se pueden donar.¹⁹⁷

Tejido	Rango de edad	Tiempo después de paro	Infecciones que contraindican la donación	Neoplasias que contraindican la donación	Enfermedades que contraindican la donación	Tiempo de preservación
Ocular (córnea, limbo, corneal, esclera)	Seis meses – 75 años	Hasta 24 horas	Infección localizada significativa (bacteriana, viral, parasitaria o fúngica), infección ocular por herpes	Retinoblastoma, tumores malignos del segmento anterior del ojo o del sistema hematopoyético	Inflamación ocular, enfermedades de tejido conjuntivo o autoinmunitarias, alteraciones corneales (queratocono, queratoglobo o distrofia) Opacidad corneal, cicatrices, perigion Cirugía previa que perjudique el injerto, cirugía de refracción	Hasta 3-7 días dependiendo del método de preservación
Piel	<60 años	Hasta 24 horas si el cuerpo fue refrigerado en las primeras 6 horas de muerte o 15 horas si no ha sido refrigerado	Piodermas o micosis	Presencia de posibles melanomas	Enfermedades de tejido conjuntivo o autoinmunitarias, daño mecánico de la piel, quemaduras, intoxicaciones, diabetes de más de 10 años con complicaciones	Hasta 5 años dependiendo del método de preservación
Músculoesquelético (hueso, fascia, tendones y meniscos)	- Hueso: >15 años - Tendones: 15-65 años - Meniscos: 15-45 años	Hasta 24 horas si el cuerpo fue refrigerado en las primeras 6 horas de muerte o 15 horas si no ha sido refrigerado	Infección bacteriana, viral, parasitaria o fúngica local	Sarcoma	Enfermedades óseas metabólicas (osteoporosis, osteopetrosis, enfermedad de Paget), ingestión de cianuro o metales pesados (mercurio, oro, etc.), enfermedades de tejido conjuntivo o autoinmunitarias, sarcoidosis, evidencia de trauma local o fracturas	Hasta 5 años dependiendo del método de preservación
Cardiovascular (válvulas, segmentos arteriales)	- Vasos: < 55 años - Válvulas: <65 años	Hasta 24 horas si el cuerpo fue refrigerado en las primeras 6 horas de muerte o 15 horas si no ha sido refrigerado	Endocarditis bacteriana o fúngica, neumonía sin tratamiento efectivo Cultivos positivos en muestras de tejido miocárdico (<i>Clostridium</i> sp., <i>Enterococcus</i> sp., <i>Flavobacterium meningosepticum</i> , <i>Klebsiella rhinoscleromatis</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Nocardia</i> sp., <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Salmonella</i> sp., <i>Candida</i> sp., <i>Mucor</i> sp., <i>Penicillium</i> sp., <i>Mycobacteria</i> sp.)	Igual que para donantes de órganos y tejidos	Válvulopatías de la pulmonar o aórtica moderadas a graves, enfermedades de tejido conjuntivo o autoinmunitarias, disección aórtica, síndrome de Marfan, trauma abierto en el área de obtención, dilatación miocárdica, cirurgías cardíacas previas	Hasta 5 años dependiendo del método de preservación
Membrana amniótica	18-45 años	Obtención después de la cesárea/24 horas	Infección grave del aparato genital o del líquido amniótico, endometritis	Igual que para donantes de órganos y tejidos	Diabetes de la gestación, malformaciones conocidas del recién nacido, ruptura prematura de membranas, íleo meconial	Hasta 1 año dependiendo del método de preservación

por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004, ampliando la presunción legal de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos. Esta ley pretende brindar mayores oportunidades para aquellas

¹⁹⁵ Ospina ML, Beltrán M, Segura A. Informe anual Red de Donación y Trasplantes, Colombia, año 2015. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Coordinación Nacional Red Donación y Trasplantes; 2016.

¹⁹⁶ Ídem

¹⁹⁷ Ana María Aristizábal, Yuliana Castrillón, Tatiana Gil, David Restrepo, Katherine Solan, Marcela Guevara, Karen Torres, Santiago Cuenca, Jhon Ortiz, Gabriel J. Echeverri. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura, Rev Colomb Cir. 2017;32:128-45



personas que padecen enfermedades crónicas terminales, atribuyendo la facultad de oponerse a la donación de componentes anatómicos únicamente a la persona que en vida así lo hubiere manifestado formalmente. Además, exige a las instituciones prestadoras de salud (IPS) contar con la capacidad técnica necesaria para detectar oportunamente a los potenciales donantes de acuerdo con los criterios y competencias que establezca el Instituto Nacional de Salud.

Red de trasplantes en Colombia

La Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos fue creada por el Ministerio de la Protección Social en el año 2004, mediante el Decreto 2493. Es un sistema de integración de los Bancos de Tejidos y Médula Ósea, IPS habilitadas con programas de trasplantes o implantes, el Instituto Nacional de Salud, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, y demás entidades del sistema. Busca la coordinación de actividades relacionadas con la promoción, la donación, la extracción, el trasplante y el implante de órganos y tejidos, con el objeto de hacerlos accesibles en condiciones de calidad, en forma oportuna y suficiente a la población, siguiendo los principios de cooperación, eficacia, eficiencia, equidad y solidaridad.¹⁹⁸

El Instituto Nacional de Salud, como coordinador de la Red, realiza sus funciones de coordinación nacional; para su funcionamiento se dividió al país en seis regionales:¹⁹⁹

- Regional 1: con sede en Bogotá, D.C., está integrada por Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo y Amazonas.

¹⁹⁸

Consultable

en:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionOrganosYTejidos>
. Consultado el 3 de febrero de 2021

¹⁹⁹ Consultable en: <https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642008/html/>.
Consultado el 03 de febrero de 2021



- Regional 2: con sede en Medellín, está integrada por Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Córdoba y Caldas.
- Regional 3: con sede en Santiago de Cali, está integrada por el Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Risaralda y Quindío.
- Regional 4: con sede en Bucaramanga, está integrada por Santander, Norte de Santander, Cesar y Arauca.
- Regional 5: con sede en Barranquilla, está integrada por Atlántico, Bolívar, Magdalena, La Guajira y Sucre.
- Regional 6: con sede en Neiva, corresponde al departamento del Huila. Cada regional cuenta con una coordinación regional y, a su vez, con coordinadores operativos de trasplantes en las principales ciudades que, unidos a la coordinación nacional, vigilan el adecuado funcionamiento de la Red.

En el año 2015, la principal ciudad generadora de donantes fue Medellín (27,4 %). Sin embargo, la Clínica Fundación Valle del Lili de Cali generó la mayor cantidad de donantes (7,9 % de los donantes reales), seguida del Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, con el 5,4 % cada uno ²⁰⁰

La legislación colombiana a lo largo del tiempo ha establecido quiénes pueden ser donantes y los criterios clínicos que deben cumplir. Actualmente, el Decreto 2493 del 2004 rige las pautas que se deben tener presentes para el diagnóstico de muerte cerebral en Colombia. Indica que debe hacerse por dos o más médicos, uno de los cuales debe ser neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos puede pertenecer al programa de trasplantes, ya que esto podría generar conflicto de interés. Dichas actuaciones deben constar por escrito en la historia

²⁰⁰ Ospina ML, Beltrán M, Segura A. Informe anual Red de Donación y Trasplantes, Colombia, año 2015. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Coordinación Nacional Red Donación y Trasplantes; 2016.



clínica, indicando la valoración de los siete signos y el diagnóstico definitivo de muerte cerebral²⁰¹

Colombia es un país con bajos índices de donación y altas necesidades de trasplantes, con una lista de espera que cada año aumenta exponencialmente. Se han realizado esfuerzos para tratar de suplir esta necesidad, como fue la creación de la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos por el Ministerio de la Protección Social. Además, en los últimos años ha habido un aumento de las IPS que practican trasplantes y una mayor sensibilización del tema por parte de la población general. No obstante, aún contamos con barreras sociales y culturales que impiden la donación.²⁰²

Por otra parte, el manejo de los donantes de órganos con muerte cerebral sigue siendo crítico y la falta de un soporte fisiológico adecuado se ha considerado la causa del 25 % de las fallas en la obtención de órganos.²⁰³ Se ha demostrado que la estandarización del manejo del paciente crítico con muerte cerebral puede ayudar a mejorar la inconsistencia de la gestión de los donantes y, a su vez, puede aumentar el número y la calidad de los órganos adquiridos y trasplantados²⁰⁴

La donación de órganos como acto de comercio.

²⁰¹ Ministerio de Protección Social. Decreto 2493 del 2004. Sect. sec. Capítulo III. Diagnóstico de muerte encefálica. Bogotá, D.C., Colombia. Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2020. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14525>.

²⁰² Consultable en : https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642008/html/#redalyc_355552642008_ref36. Consultado el 29 de noviembre de 2020.

²⁰³ Mackersie RC, Bronsther OL, Shackford SR. Organ procurement in patients with fatal head injuries. The fate of the potential donor. *Ann Surg.* 1991;213:143-50.

²⁰⁴ Malinoski DJ, Daly MC, Patel MS, Oley-Graybill C, Foster CE, Salim A. Achieving donor management goals before deceased donor procurement is associated with more organs transplanted per donor. *J Trauma.* 2011;71:990-6.



El principal problema se relaciona con la imposibilidad de dar respuesta a las listas de espera de quienes requieren este procedimiento. Según la Organización Panamericana de la Salud, de 70.000 trasplantes realizados en el mundo, 50.000 corresponden a reemplazo de riñones.²⁰⁵

Se ha estimado que el potencial estándar de donantes en un país debería corresponder a tasas entre los 30 y 40 donantes por millón. Tomando como parámetro estas estimaciones, se puede evaluar la disponibilidad de donantes en algunos países y regiones, por ejemplo, en los Estados Unidos existen 20,7 donantes por millón de habitantes, la Unión Europea tiene un promedio de 16,5 donantes por millón, Oceanía reporta 10,4 donantes por millón, Latino América y el Caribe se aproximan a 4,5 donantes por millón, mientras que en los países del Cono Sur logran aproximarse a 7 donantes por millón.²⁰⁶

En el caso particular de Chile y según datos de la Corporación del Trasplante, este país registra la tasa más baja de donantes, con un reporte de 5,4 donantes por millón para el año 2010, mientras que, en el año 1998, fecha en que se inició estos registros, fue de 7,7 donantes por millón, esto implica una variación porcentual anual de -29,9 %, lo que muestra un claro descenso en un período de 12 años. La excepción es Uruguay, país que alcanzó una tasa promedio de 19,3 donantes por millón en los últimos años. Mientras tanto, África y Asia, reportan las tasas más bajas con 2,6 y 1,1 donantes por millón respectivamente.²⁰⁷

Según datos de United Network for Organ Sharing (UNOS) en Estados Unidos se efectuaron 3.614 trasplantes de órganos para el año 2005, mientras que

²⁰⁵ Organización Panamericana de la Salud. Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos. 62^a Asamblea Mundial de la Salud. A62/15 2009.

²⁰⁶ ídem

²⁰⁷ ídem



la lista de espera era de 92.333 personas, o sea, sólo se logró cubrir la demanda del 3,6% para ese año²⁰⁸.

En el año 2008, durante la última reunión de Estambul (Turquía), la Sociedad de Trasplantes y la Sociedad Internacional de Nefrología, afirmó que la práctica de turismo de trasplante, el tráfico de órganos y su comercialización está creciendo fuertemente ante la demanda de órganos y tejidos. Por ello, el primer paso fue establecer definiciones para delimitar el problema.²⁰⁹

En el escenario de muchos países, en vías de desarrollo, con una clase media creciente, un sistema de salud deficiente, con poca cobertura, con desigualdades, inequidades y la introducción de nuevas tecnologías, no exentas de altos costos, conllevan a que la salud se inserte dentro de procesos de mercantilización, que hacen que una propuesta de comercialización o incentivos sean considerados atractivos para un sector y una solución para otros.

Igualmente, en la Internet, es posible encontrar centros que invitan a los pacientes a viajar hacia el extranjero para recibir trasplantes que incluyen costo por donante. Por un lado, se tiene una persona que puede pagar por un órgano y por otro, una persona pobre dispuesta a vender su riñón para solucionar un problema económico o de salud de otro familiar.²¹⁰ Este escenario conlleva a que sean considerados los incentivos económicos o la abierta comercialización como una solución para aumentar la cantidad de donantes.²¹¹

²⁰⁸Álvarez H. Consentimiento presunto y respuesta requerida como alternativa a la escasez de donantes: un análisis ético. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 –Nº 3, Junio 2007; págs. 244-29.

²⁰⁹Steering Committee of the Stambul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. Lancet 2008; 372: 5-6.

²¹⁰ Friedman A. Payment for living organ donation should be legalized. BMJ 2006; 333: 746-748.

²¹¹ Veatch R. Por qué los liberales deben aceptar los incentivos financieros para la consecución de órganos. Inst Kennedy del ética 2003; 13(1): 19-36.

Por ejemplo, China tiene el segundo lugar entre los países con mayor cantidad de trasplantes realizados. Sin embargo, se afirman que los órganos son tomados de convictos o criminales sentenciados a muerte. Se estiman en más de 5.000 los órganos que son removidos de estos convictos lo que genera un billón de dólares en ingresos. En la India, la comercialización fue liberada hasta el año 1994, fecha en la que se introdujo una ley regulatoria, pero sin generar cambios importantes. Otros países, como en el caso de Moldavia, la comercialización ilegal tiene como destino Turquía, Asia e Israel.²¹²

En el año 2003, el Parlamento Europeo declaró, que la comercialización de órganos es una realidad alrededor del mundo y las leyes no son suficientes para el control de este fenómeno. Diferentes estudios afirman que la pobreza es un factor relevante que favorece este comercio ilegal. Un intermediario puede ofrecer hasta US\$ 1.000 dólares por un órgano, mientras que los receptores, generalmente con mayores recursos, puede comprar el órgano al intermediario hasta por la suma de US\$ 25.000 dólares o más, generándose amplias ganancias en el proceso.²¹³

Principios éticos puestos en conflictos

Ante la propuesta de apertura de incentivos económicos para reducir el comercio ilegal se pueden plantear algunos dilemas éticos. El problema principal se enfoca en la autonomía de los individuos. Evidentemente, una postura tendiente a incentivar económicamente la donación de órganos plantea el siguiente argumento: ¿por qué esperar un donante o correr riesgo si es posible pagar?²¹⁴

²¹² Novelli G, Rossi M, Poli L, Morabito V, Ferretti S, Bussotti A, et al. Is legalizing the Organ Market Possible? *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 1743-1745.

²¹³ Keller F, Winkler U, Meyer J, Stracke S. Should Commercial Organ Donation Be Legalized in Germany? An Ethical Discourse. *Transplantation Proceeding* 2007; 39: 475-477.

²¹⁴ Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética. En: Donación y trasplantes de órganos, cap 13. pag 215-224. Editorial Mediterráneo, Buenos Aires 2005. Y Sunil Shroff. Legal and ethical aspects of organ donation and transplantation. *Indian J Urol.* 2009 Jul-Sep;25(3): 348-355.

Hasta ahora, ha prevalecido la postura altruista del acto de donación por parte de personas fallecidas, lo cual, ha sido el procedimiento éticamente más aceptado. Los donantes vivos solo se justifican en casos extremos, ya que, aunque pueden estar motivados por un gesto de carácter altruista, a veces no es posible determinar la existencia o no de coacción.²¹⁵

En relación con el comercio de órganos y tejidos, algunos autores sostienen que esto no es compatible con el derecho, debido a que podría haber circunstancias subyacentes que influirían en la toma de decisión autónoma del sujeto para vender sus órganos.²¹⁶

El progreso científico y el enfoque de mercado han cambiado la forma de ver el cuerpo humano, permitiéndonos amplios grados de libertad sobre éste. Entonces ¿Será posible que esta realidad en determinadas circunstancias pueda modificar la ética establecida? De ser así, principios como la solidaridad, la justicia y la autonomía son reducidas y entran en conflictos. No obstante, algunos bioeticistas, creen que sería tolerable la compensación económica o el incentivo que persiga un bien, como es la consecución de un órgano humano para salvar una vida.²¹⁷ Más extremo aún, es la propuesta de liberalización de la comercialización de órganos y tejidos humanos con el propósito de disminuir el turismo de trasplante y el mercado negro.

Otros autores, establecen que no es posible ignorar el mundo real con sus desórdenes sociales, económicos, culturales y psicológicos. Por tanto, la hipótesis

²¹⁵ Savulescu J. Is the sale of body parts wrong? *J. Med. Ethics* 2003; 29:139-140. y Radcliffe Richards J. Commentary. An ethical market in human organs. *J. Med. Ethics* 2003; 29:141.

²¹⁶ Shimazono Y. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 955-62.

²¹⁷ Kleiman I, Lowy F. Ethical considerations in living organ donation and a new approach. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1484-1488. y Spital A. Living organ donation, shifting responsibility. *Arch. Inter Med* 1991; 151: 234-235.



que afirma la posibilidad de mantener un control que favorezca la lógica de un enfoque de mercado, simplemente no es real.²¹⁸

La razón es que el libre mercado funciona por la ley de la oferta y la demanda, donde el que tiene mayores recursos tendrá más acceso y mayor calidad de prestaciones. Por otro lado, suponer que en este mercado se permitirá tener acceso a recursos legales para quienes decidan vender sus órganos, plantea una hipótesis más que habrá que comprobar, dado que la motivación de la venta de un órgano o tejido no puede ser liberada de coacciones subyacentes.²¹⁹

En este documento se plantean dos posturas teóricas importantes para el abordaje de este dilema ético, el consecuencialismo y la deontología. Por un lado, el consecuencialismo sostiene que los fines de una acción suponen la base de cualquier apreciación moral que se hace sobre esta acción. Este enfoque, plantea que toda obligación moral se origina del principio de utilidad. Por tanto, una acción moralmente correcta es la que conllevara a buenas consecuencias. Mientras que la deontología pone el énfasis en la acción misma, así como en las motivaciones individuales y no sólo en su consecuencia final.²²⁰

Con base a lo anterior y desde el punto de vista del consecuencialismo, la discusión no se centraría en el tema de la comercialización o los incentivos sino en el bien obtenido, o sea, un órgano viable para el trasplante, lo que haría moralmente tolerable la comercialización.²²¹

²¹⁸ Schepers-Hughes N. The ultimate commodity. *Lancet* 2005; 366:1349. y Schepers-Hughes N. The end of the body. In; Swartz TR, Bonello FJ, eds taking sides: clashing views on controversial economic issues. Columbus, OH McGraw Hill, 2004.115.

²¹⁹ Clay M, Bloc W. A free market for human organs. *J. Soc Pol Econ Stud* 200; 27:230.

²²⁰ Taylor JS. Black Markets, transplant kidneys and interpersonal coercion. *J Med Ethics* 2006; 32:698-701. y Rothman DJ, Rose E, Awaya T, et al. The Bellagio task force report on transplantation, bodily integrity, and the international traffic in organs. *Transplant Proc* 1997; 29:2739-45.

²²¹ Kishore RR. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. *J Med Ethics* 2005; 31:262-5.

El utilitarismo es parte componente de las teorías que constituyen el consecuencialismo. Jeremy Bentham (1748-1832) propuso que toda obligación moral se deriva en última instancia del principio de utilidad, el cual considera que dentro del grupo de acciones alternativas, estamos obligados a elegir aquella que proporcionen mayor beneficio al mayor número de personas. John Stuart Mill (1806-1873) desarrolló dos posturas utilitaristas.²²²

La primera, considera que una acción determinada es correcta si entre las diferentes alternativas no existe una diferencia superior entre sus buenas y malas consecuencias. La segunda, considera que una acción determinada es obligatoria si el resto de las posibles acciones generan una diferencia inferior entre sus buenas y malas consecuencias.²²³

En el caso de la deontología, el énfasis estaría en las motivaciones iniciales y en la acción misma de la comercialización. Por tanto, mientras exista la posibilidad de coerción subyacente la comercialización no sería moralmente tolerable.

La deontología desde el punto de vista Kantiano tiene su base en una ética racional y apriorística. Afirma, que no importan los fines, sino la intencionalidad inicial del acto, independientemente de las consecuencias materiales. El bien puede llegar a ser considerado relativo, pero la razón permite conocer la certeza absoluta. Por tanto, la comercialización puede conseguir aumentar el número de donantes y mejorar la situación de un mayor número de pacientes que requieren urgentemente un órgano, lo cual, se consideraría un acto bueno. Sin embargo, la razón impone analizar dos situaciones.²²⁴

²²² Zamora A. ¿Deontología Kantiana? Rev. filosofía Univ. Costa Rica. XLIII (108), 147-151. Enero-Abril 2005.

²²³ Kunin JD. The search for organs: Halachic perspectives on altruistic giving and the selling of organs. J. Med. Ethics 2005; 31: 269-272.

²²⁴ Zamora A. ¿Deontología Kantiana? Rev. filosofía Univ. Costa Rica. XLIII (108), 147-151. Enero-Abril 2005.

La primera, considera que el que vende no lo hace por deber sino porque que subyace una necesidad no expresada que obliga la venta, perdiéndose el sentido del deber, del acto voluntario y solidario y, en segundo lugar, la comercialización implicaría generación de ganancias para un sector a partir de la necesidad insatisfechas subyacente del que vende y la necesidad de quien requiere urgentemente un órgano para sobrevivir (acto que podría ser considerado egoísta).²²⁵

Bajo este enfoque, habría que controlar a las personas que pudieran estar bajo coacción, determinar el nivel de educación, el nivel de ingreso y poder acceder o tener conocimiento de los aspectos legales que pudiera ser necesario para protegerlo de daños colaterales. Esto implicaría un control de terceros no implicados, pero además incluir procedimientos que impidan actos de corrupción en todo el proceso.²²⁶

Se afirma, que las personas que tienen más opciones tienen una mayor autonomía. Permitir a las personas que participen de una transacción de mercado "es una manera de reconocer un ámbito de control "con respecto al bien que se está transando. Si se acepta que las personas deben ejercer control sobre su cuerpo, de la misma manera, ésta podría optar por la venta de uno de sus órganos.

Por tanto, este argumento, sostiene que la autonomía del individuo sería mayor al eliminar la prohibición que restringe el actual control de su cuerpo. Esto tiene su base en la premisa, que la transacción en el mercado de una venta es voluntaria y el vendedor es autónomo al respecto²²⁷.

²²⁵ ídem

²²⁶ Zamora A. ¿Deontología Kantiana? Rev. filosofía Univ. Costa Rica. XLIII (108), 147-151. Enero-Abril 2005.; Kishore RR. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. J Med Ethics 2005; 31:262-5; Kunin JD. The search for organs: Halachic perspectives on altruistic giving and the selling of organs. J. Med. Ethics 2005; 31: 269-272.

²²⁷ Taylor S. Autonomy, Constraining Options, and Organ Sales. Journal of Applied Philosophy, Vol. 19, No. 3, 2002.

Bajo este argumento, no se reconoce que la venta no está determinada sólo por la decisión libre de vender o no, sino también por la motivación no expresada y que finalmente obliga a la toma de decisión de vender. Nadie decide vender porque gusta vender, siempre hay un motivo para hacer una venta.

El principio de autonomía, así como el consentimiento informado de las personas, podrían ser minados debido al condicionamiento existente entre quien necesita urgentemente un órgano o tejido humano y una persona con necesidades materiales insatisfechas debido a su condición de pobreza. El mismo razonamiento aplicaría en el caso de los cadáveres como fuentes de órganos y tejidos, donde la presión económica puede hacer aceptar a los familiares una compensación o incentivo de carácter económico.²²⁸

En cuanto al principio de solidaridad, es de suponerse que los individuos pertenecientes a una sociedad se encontrarían mutuamente implicados. Esto quiere decir, desde el punto de vista ontológico, que el todo social está indisolublemente involucrado en la suerte de cada uno de sus miembros. Desde el terreno de la ética, esto conduce a otro principio adicional denominado responsabilidad, lo cual, implica que cada miembro de la comunidad sería responsable por el bien de los demás. Una fragmentación de esta sociedad la hace más vulnerable reflejándose en cada uno de sus miembros al obtener menos beneficios o bienes en común.²²⁹

Fomentar una legislación a favor de incentivos o compensaciones económicas implicaría una disminución del compromiso que supone tener este colectivo ante quienes lo conforman como individuos que necesitan de órganos o tejidos. A pesar de que los individuos apelan a la solidaridad la sociedad verdaderamente no está cumpliendo con el principio de responsabilidad por el bien común.

²²⁸ Schramm F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saude Publica* 2001; 17(4): 949-956.

²²⁹ Schramm F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saude Publica* 2001; 17(4): 949-956.

El principio de solidaridad está relacionado con el principio de justicia, que en salud deber traducirse en un beneficio para sus miembros de manera diferenciada favoreciendo a sectores más vulnerables, social, ambiental y económicamente. Ello implica un sistema adosado a procesos transparentes y criterios técnicos adecuados, como ingrediente para la toma de decisiones en la distribución de recursos.

En materia de trasplante, el principio de justicia persigue establecer condiciones de igualdad para todos los miembros de la sociedad que podrían ser potenciales beneficiarios, dando a cada uno lo que merece. Sin embargo, esto se vuelve relativo pues primero, debe definirse que se entenderá como merecimiento, las ambigüedades trivializan el principio de justicia, que muchas veces es más útil para problemas prácticos, pero no así en problemas de mayor complejidad.²³⁰

Es conocida la problemática en Latino América de las inequidades y desigualdades que enfrentas los sistemas de salud y que por tal razón se deben vigilar y desarrollar mejores prácticas normativas, para asegurar que todos tengas acceso a estos procedimientos sin mediación de nivel socio económico, raza, genero, credo religioso y otros determinantes de inequidad y desigualdades que se experimentan en salud.

Los avances tecnológicos plantean un escenario ilimitado, sin embargo, los recursos económicos no lo son, lo cual, transforma a la salud en un bien valioso bajo un sistema de enfoque de mercado.²³¹

La capacidad económica de los miembros de una sociedad estaría determinada por el nivel de acceso, tipo y calidad del servicio de salud, lo cual, no

²³⁰ idem

²³¹ Hertel A, Giustin A, Sotelo J. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. Bull World Health Organ 2007; 85(10):798-904.



necesariamente lo hace justo e igualitario, encontrándose siempre brechas entre quienes tiene más posibilidades de recursos y los que poseen menos recursos.²³²

Experiencias sobre la comercialización

Experiencias en la India evidenciaron, que de un total de 305 individuos que vendieron su riñón, 71% estaban ubicados por debajo de la línea de pobreza. De un total de 292 personas que vendieron su riñón el 96% afirmó que su motivación fue pagar una deuda. Entre los principales rubros reconocidos están los pagos por comida, renta y gastos médicos. Otros rubros fueron, generación de recursos económicos para iniciar un negocio, pagar estudios de sus hijos o para el casamiento de sus hijas, esto último debido a la dote que el padre tiene que aportar a la familia del novio.²³³

La cantidad prometida por la venta fue en promedio \$US 1.410 dólares, oscilando entre un rango de \$US 450 – \$US 6.280, mientras la cantidad en realidad recibida en promedio fue de \$US 1.070 dólares, con un rango de \$US 450 – \$US 2.660. Tanto los intermediarios como las clínicas prometieron un tercio más que lo que en realidad pagaron finalmente.²³⁴

El mismo estudio, afirma que las mujeres en relación con los hombres representaron el mayor porcentaje de quienes vendieron un riñón, coincidiendo con estudios realizados en Estados Unidos, donde las mujeres están relacionadas con un mayor porcentaje de donación de riñón en relación con el hombre. Sin embargo,

²³² Gttini C, Sanderson C, Castillo C. Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica 2002; 12(6): 454-461. Y Ticona M, Huanco D, García V, Calderón K. Mortalidad perinatal. Inequidad en América Latina. Act Médica Peruana 2005; XXII (2): 86-89.

²³³ Goyal M, Mehta RL, Schniderman LJ. Economic and Health of Selling a kidney in India. JAMA 2002; 288(13): 1589-1593.

²³⁴ idem



en ambos países, es mayor el porcentaje de hombres que reciben los beneficios de trasplantes de un riñón en comparación con las mujeres.²³⁵

Estudios realizados en Reino Unido afirman que pacientes que, suspendidos de la lista de trasplantes local por motivos médicos, fueron manejados en el extranjero, esto indicó la presencia subyacente de formas de compraventa de servicios médicos y órganos para trasplantes. A los supuestos donantes, no se les evaluó previamente enfermedades como el VIH/SIDA, Hepatitis A y C, así como tampoco se les dio seguimiento médico por posibles complicaciones.²³⁶

Experiencias sobre las regulaciones legales

Al respecto se puede mencionar la experiencia chilena. Recientemente este país aprobó una reforma a la Ley N°19.451 publicada el 15 de enero del 2010 (Ley 20.413 Art. único No 3), estableciendo la figura del Donante Universal, lo cual, consiste en que toda persona a partir de los 18 años de edad sea considerada, por el sólo ministerio de la ley, donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su rechazo a ser donante.²³⁷

Sin embargo, sí una ley establece que todas las personas son consideradas a priori donantes, el acto deja de ser por sí mismo potestativo. El acto libre de ser donador debe ser congruente y surgir con naturalidad y no por un decreto, aunque la ley mantiene la actitud altruista de las donaciones y prohíbe cualquier contrato, promesa o entrega de órganos a título oneroso.²³⁸

²³⁵ Jha V, Muthukumar T, Khili HS, Sud K, Gupta KL, Sakhuja V. Impact of cyclosporine withdrawal on living related renal transplants: a single center experience. *Am J Kidney dis* 2001; 37:119-124.

²³⁶ Kucuk M, Sever MS, Turkmen A, Sahin S, Kaszancioglu R, Ozturk S, et al., Demographic analysis and outcome features in a transplant outpatient clinic. *Tasplant Proc* 2005;37: 743-6

²³⁷ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Normas sobre trasplantes y donación de órganos. Ley No 19,451. Publicada el 10 del 4 de 1996 y reforma de Ley No 20.413 Publicada el 15 de Enero del 2010.

²³⁸ Cohen B. Organ donor shortage: European situation and possible solutions. *Scan J Urol Nephrol* 1985; 19(3):79

Mientras que la donación Inter vivos, sólo se justifica siempre y cuando sea necesario no ponga la vida del donante en riesgo y previa confirmación del porcentaje de éxito del procedimiento para el receptor. Esta modificación es parecida a las legislaciones puesta en práctica en países europeos.²³⁹

Lo anterior, impone un principio de legalidad considerado una exigencia pre ética, lo que permite realizar una valoración ante cualquier decisión en torno a este tema. Efectivamente, para sancionar un determinado comportamiento es preciso que haya una ley escrita previa a la realización de la conducta.

En esta misma ley se estipula, que, en caso de dudas fundadas sobre la renuncia de la condición de donante, podrán decidir el conyugue o conviviente del fallecido, pariente mayor de 18 años hasta el cuarto grado de consanguinidad. Pero, si existiere contradicción en el testimonio y no hubiera acuerdo en el plazo establecido como razonable para realizar el trasplante será considerado al fallecido como donante.

Esto es similar a lo establecido por la legislación Española en el Arto 5, 2.º el cual refiere que de no existir una constancia expresa de rechazo a la donación, los familiares carecerán de toda legitimación para oponerse a la extracción dado que no pueden prevalecer sobre el derecho a la salud y la vida de los receptores potenciales. En este país se reportan 32,5 donantes por millón con una negativa familiar superior al 20%.²⁴⁰

Sin embargo, la existencia de la ley no es suficiente por sí misma, se deberá confirmar exhaustivamente que no existe evidencia expresa de rechazo de ser

²³⁹ Prottas JM. The rules for asking and answering: the role of law in organ donation. *University of Detroit Law Review* 1985; 63(145): 186-187.

²⁴⁰ Aguirre J. La legislación española en material de trasplante. *Nefrología* 1996; XVI (Supl 2):39-47



donante y valorar, según cada caso, la sinceridad de la respuesta de los familiares respecto de la no intención de donación de parte del fallecido²⁴¹.

En la práctica, el equipo médico recurriría habitualmente a la obtención del consentimiento familiar, por considerarse que la realización de una extracción de órganos de un fallecido contra el parecer de sus familiares podría causar más perjuicio que beneficio en el ámbito general de las políticas de trasplante.²⁴²

La experiencia española refiere, que un paciente conectado artificialmente no sería desconectado si ha manifestado rechazo a ser donante, sin embargo, un paciente que no ha manifestado estar en contra a ser donante, podrá ser desconectado para aprovechar adecuadamente sus órganos debido a las limitaciones del tiempo. Por tanto, el médico, se ve obligado a acudir a los familiares para tomar esta decisión bajo el consentimiento informado de éstos.

El consentimiento informado es vital cualquiera que sea la modalidad, tal como, el consentimiento presunto (Donante Universal) o el consentimiento explícito (donante potencial en vida declara su voluntad). En ambos casos, las familias no pueden quedar por fuera, debido a que prevalecen aspectos culturales e idiosincrasia locales que son relevantes y decisivos en estas situaciones. Por ello, es necesario informar constantemente a la sociedad sobre este tema, desde el ámbito de la ética, la legislación y sus implicaciones.

El alto porcentaje de negativas seguirá siendo un aspecto con lo que hay que lidiar, aún en el caso de existir una legislación que norme esta situación. Esto, podría ser explicado en parte, al desconocimiento de la población de los ámbitos anteriormente mencionados. Además, hace falta una promoción continua y no sólo

²⁴¹ idem

²⁴² idem



circunstancial cuando apresen imágenes y declaraciones de familiares en situaciones extrema de tiempo requiriendo un donante de órganos.²⁴³

No es ética ni moralmente tolerable impulsar una propuesta de incentivos o comercialización de órganos y tejidos humanos. Aun sabiendo obviamente la existencia de lucro en el proceso intermedio, entre el donante y el receptor, obtenido por las casas farmacéuticas, transporte, preservación, tecnología, etc.

La liberalización de un mercado de órganos se sumaría a los procesos de desigualdades e inequidades ya existentes en los sistemas de salud con un enfoque de mercado.

Se debe diferenciar entre, el incentivo moral no económico, el incentivo económico y la compraventa para la adquisición de órganos y tejidos. Sin embargo, cualquiera de estas tres modalidades se opone a los principios de autonomía, solidaridad, responsabilidad y justicia. Evidentemente, legislar en estos aspectos es de vital importancia como un principio pre-ético para lograr resolver dilemas. Sin embargo, la ley por sí mismo no logra resolver los problemas de ética médica que se trastocan con su implementación. Una ley de donante universal o consentimiento presunto podría considerarse un paso positivo. Sin embargo, podría limitar la autonomía o el derecho individual, si las personas (futuros donantes) no comprenden que el no disentiendo se interpretará como consentimiento. Por tanto, el Estado y las instituciones encargadas de trasplantes, deberían garantizar la promoción y la educación continua de la población sobre el tema, desde el punto de vista ético, legal y sus implicaciones.

Los familiares no deben quedar excluidos de los procesos de decisión de donación de órganos *postmortem*. También, es importante considerar aspectos culturales, religiosos y de idiosincrasia que podrían ser relevantes. Se hace

²⁴³ Carral J, Parellada J. Problemas bioéticos para la donación postmortem para trasplantes de órganos. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2 (2).



necesario, realizar estudios de carácter cualitativos que ayuden a profundizar sobre estos aspectos.

Tráfico de órganos, realidad o utopía

En efecto, el número de enfermos susceptibles de ser trasplantados va a depender de la disposición de la sociedad a donar sus órganos de forma altruista, por un lado, y a afrontar los elevados costes que implica su generalización, por otro.

Esta sangrante paradoja y la creciente desproporción entre oferta y demanda acaba curiosamente estando tanto en el origen como en las consecuencias colaterales del tráfico de órganos. No hay órganos para todos, luego los ricos hacen todo lo posible por conseguirlos a costa de lo que sea. A su vez, la mala imagen que destilan todos estos mercadeos y su conocimiento por parte de la opinión pública retrae a la población de donarlos, puesto que perciben que el probablemente mayor acto de generosidad de un ser humano (la donación de su cuerpo) va a contribuir al mantenimiento de un sistema injusto, inhumano y hasta macabro.²⁴⁴

Encuestas recientes de nuestro país señalan como el principal factor predisponente para la donación de órganos la percepción por parte de la población de los trasplantes como una buena prestación sanitaria, con todo lo que ello implica de limpieza y equidad en todo el proceso²⁴⁵

De lo expuesto hasta ahora se infiere lo absurdo que sería a estas alturas negar en abstracto la existencia de tráfico de órganos. Ahora bien, bajo este nombre genérico se agrupan hechos reales y ficticios que ni conceptual ni técnicamente

²⁴⁴ Martínez García JM: Análisis psicosocial de la donación de órganos. Hacia el diseño de programas de información educativa. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1994.

²⁴⁵ idem



tienen casi nada en común, pero que han sido mezclados a veces de una forma irresponsable, fruto del desconocimiento.²⁴⁶

Otras ocasiones, en cambio, se ha hecho a sabiendas de la falsedad de lo que se estaba difundiendo en un claro ejemplo de autojustificación de los medios empleados en aras de un fin definido, aunque muchas veces inconfesable. Curiosamente, esta mezcla de hechos fácilmente demostrables, ficciones sin fundamento y rumores nunca confirmados, adoptando formas de pesadilla, ha pasado a formar parte del acervo cultural de la sociedad actual.²⁴⁷

Muy probablemente entroncan con una serie de mitos, creencias y terrores seculares omnipresentes a lo largo de la historia de la humanidad que tan sólo van variando en su forma según el grado de desarrollo tecnológico (por desgracia, no tanto del cultural). Por lo tanto, para conseguir un enfoque racional del asunto es imprescindible una definición de términos que nos permita saber al menos de qué estamos hablando.²⁴⁸

Aunque en inglés se ha querido delimitar el problema con unas palabras tan pegadizas como «*selling-stealing and killing*» (venta, robo y asesinato), parece más exacto en castellano la división del concepto vulgarmente conocido como «tráfico de órganos» en:

1. Compraventa de riñones (y en el futuro, de segmentos de otros órganos sólidos).
2. Obtención criminal de órganos.
3. Tráfico de tejidos.

COMPRAVENTA DE RIÑONES El riñón como órgano par, puede cederse a otra persona con un riesgo calculado y en principio aceptable bajo determinadas

²⁴⁶ NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994, EDITORIALES, Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores, R. Matesanz, Coordinador Nacional de Trasplantes.

²⁴⁷ idem

²⁴⁸ idem



condiciones.²⁴⁹ La disponibilidad de inmunosupresores más potentes y/o selectivos relativizó la necesidad estricta de conseguir una cierta semejanza inmunológica entre donante y receptor en los años ochenta, y como consecuencia abrió de par en par las puertas a la donación de vivo no emparentado y, con más o menos eufemismos 12, a la compraventa de riñones y, casi con toda seguridad en un futuro muy cercano, de segmentos de otros órganos como el hígado y el pulmón, susceptibles de ser obtenidos en vivo y trasplantados con éxito.

La compraventa de riñones constituye una práctica generalizada (en modo alguno una situación aislada o puntual) en la India, Medio y Extremo Oriente, Norte de África, Europa del Este y en diversos países de Latinoamérica.²⁵⁰ En muchos de estos estados ni siquiera es ilegal, y en otros, entre los que se incluyen los Estados Unidos, se admiten con sorprendente credulidad donaciones espontáneas de personas sin el más mínimo parentesco genético, en las que no hace falta ser muy agudo para entender que se trata de una simple transacción económica.²⁵¹

En la década de los 80's, en Egipto se podrían encontrar anuncios de venta de riñones en la prensa local²⁵². Se sabe que en las ciudades fronterizas de México con Estados Unidos existe una insólita profusión de clínicas urológicas donde es más que probable que se hayan cambiado esperanzas de una vida mejor al otro lado del Río Grande por una nefrectomía.

²⁴⁹ Ortuño J: Ventajas e inconvenientes del trasplante renal de vivo. *Nefrología* 14:272-279, 1994.

²⁵⁰ Daar AS: Rampant commercialism and «rewarded gifting»: defining the acceptable. *Nefrología* 14 (supl. 1):74-77, 1994.

²⁵¹ Salahundden AK, Woods HF, Pingle A, Nurelhunda Suleyman M, Shakuntala K, Nandakumas M, Yahya TM y Daar PS: High mortality among recipients of bought, living unrelated donor kidneys. *Lancet* 336:725-728, 1990. y Daar AS: Transplantation in developing countries. En *Kidney Transplantation. Principles and Practice* (ed. Morris PJ). WB Saunders, Philadelphia, 1993.

²⁵² Semprún A: El rumor del rapto de niños para trasplantes aterroriza Centroamérica. *ABC*, 10-4-94.

Si bien el contexto general viene a ser el mismo: «persona necesitada vende riñón a otra persona enferma, pero con dinero», existen dos situaciones genéricas que dan lugar también a dos tipos de discursos argumentales: 1. Por un lado, para la mayoría de los países del Tercer Mundo, la posibilidad de mantener un número significativo de insuficientes renales en tratamiento con diálisis es sencillamente ilusoria; su infraestructura sanitaria difícilmente les permite obtener donantes en muerte cerebral por simple precariedad o inexistencia de cuidados intensivos.²⁵³

La consecuencia es que cuando cualquier enfermedad renal lleva a la uremia terminal sólo queda la muerte o el trasplante de vivo. A veces es un familiar quien dona el riñón, pero otras pasan a ser un tercero quien vende el órgano, consiguiéndose así una nueva situación que para sus defensores implica salvar a dos personas de la muerte (una por hambre y la otra por uremia).

Los prototipos de este caso son la India y Medio Oriente, aunque no es muy distinto lo que ocurre en algunos puntos de Latinoamérica. De hecho, se ha acuñado la expresión «donación recompensada» (*rewarded gifting*)²⁵⁴ para referirse a este intercambio, al tiempo que se advierte a los occidentales de la impropiedad de juzgar esta conducta desde una situación de opulencia sanitaria.²⁵⁵

Existen pueblos cercanos a Bombay y Madrás donde la gran mayoría de la población es monorrena y se ha dicho como «*boutade*» desafortunada que, de seguir, así las cosas, grandes zonas de la India quedarían con un solo riñón.

El otro apartado de compraventa de riñones tiene incluso más difícil justificación teórica. Se trata del desplazamiento de enfermos renales del llamado

²⁵³ Caplan AL: Problems in the policies and criteria used to allocate organs for transplantation in the United States. *Transplant Proc* 21:3381-3387, 1989.

²⁵⁴ Daar AS: Rampant commercialism and «rewarded gifting»: defining the acceptable. *Nefrología* 14 (supl. 1):74-77, 1994.

²⁵⁵ Reddy RC: Organ donation for consideration: An indian viewpoint. En *Organ replacement therapy: Ethics, justice and commerce*. Ed. Springer Verlag, Berlín, p. 173, 1990.



primermundo a países como la India, Extremo Oriente o algunos de Latinoamérica con legislaciones permisivas, donde por cantidades ni siquiera muy elevadas encuentran múltiples candidatos a venderles un riñón y, desgraciadamente, cirujanos expertos dispuestos a efectuar la intervención.²⁵⁶

Existen incluso una serie de caminos prefijados para enfermos de distintas nacionalidades donde llevar a cabo este macabro comercio. Los italianos suelen desplazarse a la India, de donde a menudo vuelven con riñones trasplantados sin excesivas garantías y con enfermedades infecciosas como el SIDA o cualquier otra transmitidas a través del injerto, de transfusiones o de otra forma que en no pocas ocasiones acaban con la vida del enfermo o les hacen perder el injerto ²⁵⁷.

Es de sentido común que quien vende una parte de su cuerpo, al igual que ocurría antes en nuestro medio con la hemodonación retribuida, además de no estar en buena situación económica, con frecuencia tampoco disfruta de buena salud y, por descontado, no tiene el más mínimo interés ni motivo alguno para declarar que padece determinada enfermedad en el supuesto de que conozca su existencia. No queda aquí el asunto.²⁵⁸

Los enfermos japoneses superan la coyuntura religiosa budista y sintoísta, que les deja fuera del mundo del trasplante de cadáver viajando a Hong-Kong, Filipinas y más recientemente a la República Popular China, donde la venta de riñones florece como una pujante fuente de ingresos. Verdadero escalofrío produce

²⁵⁶ Abouna GM: Commercialization in human organs. Rev Esp Trasp 2 (supl. 1):68-70, 1993.

²⁵⁷ Salahundden AK, Woods HF, Pingle A, Nurelhunda Suleyman M, Shakuntala K, Nandakumas M, Yahya TM y Daar PS: High mortality among recipients of bought, living unrelated donor kidneys. Lancet 336:725-728, 1990.

²⁵⁸ Abouna GM: Commercialization in human organs. Rev Esp Trasp 2 (supl. 1):68-70, 1993



al llegar a este punto la utilización por parte de los chinos de órganos procedentes de reos ejecutados por la justicia.²⁵⁹

Una vez más, el tremendo choque cultural se pone de manifiesto ante hechos como éstos, que por aquellas latitudes se practican de la forma más natural del mundo e incluso se comunican los resultados en congresos internacionales²⁶⁰.

Siguiendo con las peregrinaciones en busca del tan ansiado riñón, los centroeuropeos, alemanes fundamentalmente, viajan también a Extremo Oriente y en los últimos años a Europa del Este²⁶¹; los norteamericanos parecen más centrados en donantes de Latinoamérica.

Al parecer, ha habido igualmente algún caso aislado de enfermos españoles trasplantados en Latinoamérica con donante vivo local. Enfermos de países árabes son trasplantados en algunos emiratos con donantes locales o más directamente hindúes.²⁶² Imposible cuantificar el número anual de casos encuadrables en este apartado, pero todo hace pensar que se trata de una actividad creciente y de muy difícil control.

La simplicidad técnica del trasplante renal y la permisividad de muchas legislaciones, junto con la facilidad de comunicaciones aéreas a cualquier lugar del mundo y sobre todo el caldo de cultivo que suponen las desigualdades sociales, constituyen una mezcla perfecta para el florecimiento de este lamentable comercio.

²⁵⁹ NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994, EDITORIALES. Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores, R. Matesanz Coordinador Nacional de Trasplantes.

²⁶⁰ Guttman RD: On the use of organs from executed prisoners. *Transplant Reviews* 6:189-193, 1992.

²⁶¹ Semprún A: El rumor del rapto de niños para trasplantes aterroriza Centroamérica. *ABC*, 10-4-94. Y Tulfs A.: Germany: Kidneys from Moscow. *Lancet* 337:419, 1991.

²⁶² Abouna GM: Commercialization in human organs. *Rev Esp Trasp* 2 (supl. 1):68-70, 1993.



Hoy por hoy, sólo en la Europa occidental puede decirse que físicamente no se produce la compraventa de riñones, aunque ya hemos visto que en realidad se trata de un puro eufemismo, ya que los ciudadanos de los países de mayor pujanza económica sí compran riñones fuera de sus fronteras.²⁶³

En este contexto se entiende lo absurdo de la pregunta tan a menudo realizada sobre si existe o no venta de riñones en España o en Europa. En primer lugar, los requisitos legales son francamente rigurosos y el control de los sistemas sanitarios relativamente sencillo, lo cual permitiría detectar cualquier transgresión.

Con lo expuesto se puede afirmar que la compraventa de riñones en territorio español o de otros países de la Unión Europea es fundamentalmente absurda e inverosímil, dadas las posibilidades de obviar todas las dificultades legales con tan sólo unas horas de vuelo y a un precio mucho más barato. La situación no puede decirse que sea muy edificante. Tan sólo una acción legal coordinada de los países que considerase delito el tráfico de órganos, aun llevado a cabo fuera de sus fronteras (lo que ya existe en Alemania respecto a la prostitución infantil en viajes a Tailandia o Filipinas), podría poner un cierto coto a estas tropelías. Se evitaría así que, como ocurre con la droga, haya países que venden funda

Obtención Criminal de Órganos

Bajo este título se agrupan toda una serie de mitos, temores ancestrales, rumores sin confirmar, manifiestas falsedades y, en fin, toda una barahúnda de horrores a cuál más nauseabundo, que sin duda han conseguido calar en la opinión pública internacional y crear un estado de alarma generalizada que en nada favorece la donación altruista. Visto con una cierta perspectiva, la verdad es que la situación creada en los últimos años es un vivo ejemplo de lo que ya señalara

²⁶³ NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994, EDITORIALES. Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores, R. Matesanz Coordinador Nacional de Trasplantes.



Séneca hace un par de milenios: «El temor a la guerra es peor que la guerra misma».

La denuncia más repetida es el rapto de niños para su posterior sacrificio y trasplante de sus órganos (casi nunca se suele decir de cuáles). El origen suele ser cualquier país de Latinoamérica, y el destino señalado con el dedo acusador, los países ricos: Europa y Estados Unidos.

Lo cierto es que estas denuncias caen sobre un terreno propicio que las dota de una cierta credibilidad. Cientos de miles de niños en todo el mundo desaparecen de su entorno familiar o vital bien con métodos violentos o tras una simple «compra» a sus padres para ser posteriormente vendidos en adopción (los más afortunados), explotados laboral o sexual o simplemente eliminados a tiros como sucede en las calles de Brasil o de Colombia por su potencial peligrosidad social.²⁶⁴

La importancia cuantitativa del problema es enorme, aunque a decir verdad la opinión pública occidental, saturada de estas noticias, se conmueve mucho más por un solo caso con nombre y apellidos de niño desaparecido en su entorno europeo que por unos cuantos miles en Rumanía o Brasil.

En esta saturación informativa y esta pasividad de la opinión pública se basó precisamente hace ya unos años un dominico suizo cooperante de los organismos internacionales para cambiar cualitativamente el tono de las denuncias y aducir que en realidad una buena parte de estos niños eran sacrificados y sus órganos enviados a Europa y Estados Unidos. Sin duda, el promotor de la idea, de cuyo nombre prefiero no acordarme, encontró la piedra filosofal.²⁶⁵

²⁶⁴ NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994, EDITORIALES. Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores, R. Matesanz Coordinador Nacional de Trasplantes

²⁶⁵ idem

Efectivamente, más de un personaje en varios países ha pasado a adquirir un cierto protagonismo dando charlas, conferencias, verdaderas giras o escribiendo libros y artículos²⁶⁶. En ellos, pese a acabar reconociendo la inexistencia de pruebas de lo que afirman y el hecho de que el verdadero drama estriba en los otros miles de niños explotados o exterminados brutalmente de forma comprobable día a día, se utiliza como titular, como instantánea de informativos, lo que realmente vende: el tráfico de órganos.

Pero quizás el ejemplo más palpable de sublimación de una vida contra el tráfico de órganos (lo que está muy bien) y la adquisición de una notoriedad pública a costa del asunto, con un total y profundo desprecio a la veracidad de los argumentos y por supuesto a los efectos producidos por sus aseveraciones (lo que ya no está tan bien), lo proporciona el europarlamentario francés Leo Schwartzberg médico especialista en oncología y profundo detractor de los trasplantes.

Autor de un pintoresco informe al Parlamento Europeo en el que, tras una extraña mezcla entre órganos, tejidos, donación de vivo y de cadáver, abortos, hemodonación y unos cuantos tópicos más, tratados de forma inconexa, acaba dando por demostrado un tráfico a escala industrial de bebés de Latinoamérica a Europa con el «probado» fin de ser convertidos en órganos para trasplante.²⁶⁷

En concreto, el documento alude oficialmente a Italia como país receptor de un envío de 3.000 niños brasileños destinados a este macabro fin. A las argumentaciones técnicas con que se rebatió este informe, el señor Schwartzberg contestó que negar lo que él decía era como desdeñar la existencia

²⁶⁶ Argos L: Las escalofriantes cifras del informe Sottas. El País, 9- 3-94. Y Reportaje: «Traficantes de Bolivia raptan a niños de la calle, los engordan y venden sus órganos». La Verdad, Murcia, 24-11-93.

²⁶⁷ Schwartzberg, L.: Parlement Européen: Rapport de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs sur l'interdiction du commerce des organes á transplantes PE 202.666, 8-12-92.



de los campos de exterminio nazis. Tan sólida argumentación, sin duda, contribuyó a convencer al Parlamento Europeo para aprobar una decidida resolución en contra del tráfico de órganos (lo que está muy bien), pero dando por demostradas todas las monstruosidades expuestas en la introducción.²⁶⁸

La Comisión de Expertos en Trasplante del Consejo de Europa manifestó públicamente su desacuerdo con las argumentaciones, resaltando lo absurdo de las mismas, aun cuando obviamente coincidiera con la condena final a todo tipo de tráfico de órganos.²⁶⁹

INVESTIGACIÓN DEL PROBLEMA Y ARGUMENTACIÓN TÉCNICA

Cuando se registraron las primeras denuncias de tráfico de niños para trasplantes se produjo, como es lógico, un gran revuelo internacional a todos los niveles. Grandes figuras de la medicina, y no sólo del campo de los trasplantes, alzaron sus voces pidiendo una investigación a fondo, actitud que fue refrendada por los gobiernos de países como los Estados Unidos, directamente acusados de ser receptores de este tráfico, y de los que incluso se había dicho que poseían unas macabras «granjas de engorde» donde se podría elegir el «donante» más adecuado²⁷⁰.

Lo cierto es que nunca, en ningún lugar del mundo, ha podido demostrarse un solo caso ejemplificador del asunto concreto que estamos tratando ahora. Ni uno solo, lo cual obviamente no excluye que haya ocurrido o que pueda suceder en el futuro. Como decíamos al principio, del capitulado. la especie humana no conoce ninguna barrera en cuanto a la generación de horrores, pero realmente resulta muy

²⁶⁸ Resolución A. 3-0074/93 sobre la prohibición del comercio de órganos destinados al trasplante. Diario Oficial de las Comunidades Europeas N° C 268/26-29, 4-10-93.

²⁶⁹ Select Committee of Experts on the Organizational Aspects of Cooperation in Organ Transplantation. XI Meetin Report, Paris November 1993

²⁷⁰ Reportaje: «Traficantes de Bolivia raptan a niños de la calle, los engordan y venden sus órganos». La Verdad, Murcia, 24-11-93



extraño que en un proceso que se adivina complejo y subsidiario de la colaboración de muchas personas no se haya podido detectar jamás el más pequeño eslabón. Por desagradable que sea el tema, si se quiere abordar con un mínimo de seriedad son necesarias unas cuantas consideraciones técnicas que apuntan hacia la improbabilidad del proceso:²⁷¹

a) El grupo de edad que con más frecuencia se invoca como objeto del tráfico de órganos es el de los recién nacidos (casi siempre dirigidos hacia la adopción). Quienes así lo denuncian probablemente desconozcan la inviabilidad con los criterios actuales del hígado (inmaduro) y riñones (sólo en algún centro aislado, con carácter experimental y resultados subestándar) para ser trasplantados.

b) Ello limitaría al corazón para trasplante de neonatos, una actividad muy restringida, con demanda muy limitada y, desde luego, lo suficientemente sofisticada como para necesitar una estructura impensable fuera de un gran hospital.

c) Con todo, el dilema fundamental que nadie hasta ahora ha logrado argumentar adecuadamente es el hecho de que un trasplantado es un paciente que precisa medicación y cuidados especializados (ingresos hospitalarios, biopsias, exploraciones y tratamientos especiales de todo tipo) de por vida.

¿Dónde están entonces todos esos receptores procedentes del tráfico masivo de órganos que denuncian algunos? ¿Cómo es que no se ha podido detectar un solo caso? ¿Cuántos médicos, personal de enfermería, técnicos de todo tipo tendrían que estar involucrados? ¿En qué hospitales clandestinos se realizan y se sigue su evolución? ¿De dónde sale la medicación inmunosupresora (selectiva, cara y fácilmente controlable)? Si la cosa se centra en un país como Italia con los

²⁷¹ NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994. EDITORIALES Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores R. Matesanz Coordinador Nacional de Trasplantes.



3.000 niños brasileños del doctor Schwartzenberg, el disparate adquiere proporciones apoteósicas.

Suponiendo que los receptores fueran lógicamente infantiles, el número de trasplantes hepáticos, cardíacos o renales en este país representaría varias veces el número de los que se realizan anualmente en todo el mundo; ¡y todo sin que nadie haya encontrado jamás a uno de estos enfermos!

Lo cierto es que la gran complejidad del proceso del trasplante y el hecho de que éste no se acabe en el quirófano, sino que requiera un seguimiento de por vida, constituye quizás el mejor seguro ante estas prácticas macabras por hacerlas irrentables y muy arriesgadas para las grandes mafias, que prefieren dirigir sus miras hacia intereses menos complicados.

No merecen comentarios las primeras denuncias de las personas interesadas que enunciábamos antes hace ya unos cuantos años. Apuntaban hacia un extraño envío de los órganos (no de los niños) hacia Europa y USA, no se sabe muy bien por qué medio, pero desde luego con total rechazo de los limitados tiempos entre extracción e implante de los órganos. Las hemerotecas españolas e internacionales tienen testimonios periodísticos antológicos aparecidos con titulares bien visibles y de forma repetida en diversos diarios de gran tirada²⁷².

Analizando las cosas desde un punto de vista técnico y puestos a raptar a alguien, la verdad es que es más que dudoso que la víctima elegida fuera un niño. Sólo la imaginación popular y los temores de que hablaremos luego podrían justificar la fijación en este segmento poblacional. Lógicamente, la elección de adultos complica aún más la aventura y la hace afortunadamente más y más improbable. Todo el proceso criminal supondría implicar a varias docenas de personas e instalaciones complejas, fáciles de detectar y desde luego irrentables.

²⁷² Tena Benjumea T: Roban niños para vender sus órganos en EEUU y España. ABC, 31-3-90

Esa falta de rentabilidad actúa igualmente en contra de la violencia en el órgano para el que existe una mayor demanda: el riñón, como veíamos antes, se puede comprar en más de medio mundo riñones a precios irrisorios²⁷³ (aunque el enfermo pague varios millones de dólares, el pobre hombre que aporta la materia prima puede recibir entre 100 y 1.000 dólares). ¿Qué necesidad hay, por tanto, de recurrir a otras prácticas criminales si la alternativa es legal en estos países y más barata?

Este argumento desmonta igualmente por absurda una grotesca historia que casi todo el mundo habrá oído referir, como sucedido a un conocido de un amigo y ubicado en cualquier hospital de cualquier ciudad del mundo. Se trata del presunto rapto de una persona adulta, habitualmente varón, que tras una noche de fiesta es narcotizado, pierde la consciencia y la recupera 24-48 horas después, descubriéndose entonces que le falta un riñón²⁷⁴. Personalmente he oído esta historia referida con pleno convencimiento por parte de las más variadas personas.

Por supuesto, nadie ha llegado a ver nunca de primera mano a una de estas víctimas, jamás se ha puesto una denuncia, lo que sin duda es una pena, porque habría sido muy fácil verificar una nefrectomía reciente y no muy complicado seguir la pista al riñón desaparecido.

Tampoco se explica por qué una vez dormido y raptado sólo se le extirpa un riñón y no los dos, ni por qué se le deja en libertad al día siguiente tras un milagroso postoperatorio de menos de 24 horas (que haría las delicias de cualquier gestor sanitario) para poner así en peligro toda la trama.

²⁷³ Ferrero J: Riñones egipcios a precio de saldo. ABC, 10-4-94; Europe Today: Comercio de órganos humanos. Referido en Diario Médico, 5-4-93; Rosales S: Sin solidaridad no hay trasplantes. La Vanguardia, 22-4-94.

²⁷⁴ Semprún A: El rumor del rapto de niños para trasplantes aterroriza Centroamérica. ABC, 10-4-94.

Como se puede comprender, han sido bastantes los periodistas en todo el mundo que han efectuado una labor detectivesca, sin encontrar nunca el más mínimo indicio de que se haya podido cometer tal acto.

Como decíamos antes, el escaso valor que se da a la vida humana en gran parte del planeta torna cuestionables estas historias policíacas, aunque tan sólo sea desgraciadamente por poco rentables a las distintas mafias que viven de lo prohibido.

CAPITULO IV.

Propuesta de Proyecto de Investigación

En el presente trabajo de investigación multidisciplinario, que tiene por nombre “La regulación de la donación y trasplante de órganos de las niñas niños y adolescentes”, se han estudiado aspectos generales y particulares de materias como la sociología, la medicina, la ciencia jurídica entre otras.

En el transcurso y desarrollo de la tesis hemos observado la problemática que existe en materia de donación y trasplante de órganos desde las diferentes ópticas, pues a pesar de que existe una regulación específica ante dichos actos, la propia normativa resulta ser excluyente hacia los derechos humanos de las niñas niños y adolescentes.

Lo anterior cobra gran importancia, puesto que como se ha mencionado en el presente trabajo de investigación, las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho y no objetos de derecho. Nuestra Constitución Política establece que los derechos de los niños son prioritarios, reconociendo un interés superior de la niñez por encima de otros aspectos.

Como se menciona en el contenido de la tesis, la Ley General de Salud es el instrumento jurídico que establece y regula los actos de donación y trasplante de



órganos entre personas, sin embargo, de su contenido se observa que la misma no se encuentra en armonía con otros instrumentos jurídicos como la Constitución Federal, así como, con los tratados internacionales, pues deja de observar la evidente necesidad de las niñas, niños y adolescentes a recibir un órgano, debido a que no permite que los mismos decidan participar en donación de órganos.

Es por ello, que la propuesta del presente trabajo de investigación se centra en la creación de un protocolo de donación y trasplante de las niñas niños y adolescentes, lo anterior tiene como finalidad por una parte integrar a dicho sector social vulnerable en este tipo de actos, por otra parte, establecer un instrumento jurídico que sirva para garantizar el derecho a la salud y la vida misma de este sector, de igual manera, se disminuya el índice de infantes en espera de recibir un órgano.

PROTOCOLO PARA LA PROMOCIÓN, ATENCIÓN E INCLUSIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

El presente protocolo tiene como finalidad la promoción, atención e inclusión de donación y trasplante de las niñas, niños y adolescentes, esto debido la necesidad que impera en nuestra sociedad para contemplar a las niñas, niños y adolescente en materia de salud, ello concatenado con el hecho de constitucionalmente se debe privilegiar la atención, cuidado y respeto de los derechos humanos de la niñez.

Base normativa Capítulos II y III del Título décimo cuarto de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.

Título Tercero, Capítulo V del 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 y sus reformas.

Objetivo Establecer los protocolos de estudio de los candidatos donador y receptor con la finalidad de mejorar la oportunidad del trasplante de la o el paciente que requiere de este procedimiento y con ello disminuir el daño sistémico.

Ámbito de aplicación El presente procedimiento es de observancia obligatoria para los Servicios de Prestaciones Médicas de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención con Programa de trasplante y den seguimiento a la atención de pacientes post trasplantados y el Comité Interno de Trasplantes renal, córnea, hígado o de corazón.

Definiciones Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan a los pacientes, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Atención médica en consulta de especialidades: Servicio que otorga el Hospital en las unidades médicas a través de personal en consultorio por alguna especialidad para atender a sus derechohabientes

CDTOTC: Coordinación de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, que, entre sus funciones, se encuentra verificar que las actividades de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células se lleven a cabo con estricto apego a las disposiciones legales aplicables.

CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud encargado de emitir las políticas de salud en materia de



donación y de trasplante de órganos y tejidos, así como supervisar el cumplimiento de la normativa aplicable.

Comité Interno de Trasplantes: Es el organismo a que se refiere el párrafo II artículo 316 de la Ley General de Salud que se integra en cada establecimiento, para llevar a cabo actos de disposición de órganos y tejidos de donante fallecido, en la modalidad de trasplante, el cual deberá ser presidido por el Director de la Unidad Médica y cuya función principal es la selección de donantes y receptores para trasplante.

Consulta de primera vez: Atención ambulatoria inicial que se otorga al paciente que se presenta con el formato de referencia-contrarreferencia o una nota médica de envío del segundo nivel de atención, para valoración médica de alta especialidad.

Donación: Consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes de acuerdo con la Ley General de Salud.

Donador: Al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o algunos componentes, para su utilización en trasplantes

Paciente: Individuo que interactúa con el personal de salud en los procesos de la atención médica antes y después del trasplante de un órgano o tejido.

Servicio de trasplante: Atención que otorga el Hospital a través de personal y espacio físico específico a los pacientes, para el fomento de las donaciones de órganos y la práctica de trasplantes, cumpliendo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud y su Reglamento en la materia.

Trasplante: Procedimiento quirúrgico que implica la transferencia de un órgano, de una parte, del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integra al organismo, cuyo propósito es restablecer la función perdida de un órgano enfermo e irrecuperable, sustituyéndolo por uno sano.

Fase 1 consulta a paciente de primera vez en el servicio de trasplantes

El medico recibe a la o al paciente, familiar o persona legalmente responsable y realiza actividades del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta”

El medico realiza interrogatorio directo a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable en relación con el motivo de consulta.

El medico revisa los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, registrados en la hoja de referencia, registra los hallazgos en “Notas médicas y prescripción y, verifica que el paciente cumpla con los criterios como candidato a trasplante de acuerdo con el órgano o tejido a trasplantar y que se establecen.

El medico explica a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable de manera clara y sencilla por qué no cumple criterios para el trasplante.

Paciente que cumple criterios de candidato a trasplante

El medico requisita de acuerdo con el órgano o tejido a trasplantar los siguientes formatos: • “Exámenes básicos de laboratorio”. “Estudios radiográficos” y los entrega al paciente.

El medico explica de manera clara y sencilla a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable cada una de las fases a seguir de acuerdo con el



Protocolo de estudio del trasplante a realizar de riñón o córnea o hígado o corazón, el motivo de consulta y aclara dudas.

El medico explica a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable, que una vez concluido el Protocolo de estudio se presenta su caso al Comité Interno de Trasplante, para posteriormente inscribirlo en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes y otorgarle su folio.

El medico explica de manera clara y sencilla a la o al paciente o al familiar o personal legalmente responsable los riesgos y beneficios de la cirugía y aclara dudas.

Fase 2 Valoración médica en la cita subsecuente

El medico recibe a la o al paciente con su familiar o persona legalmente responsable, analiza los “Resultados de los estudios” de laboratorio y gabinete, determina si es candidato al trasplante.

La o el paciente no es candidato a trasplante

El medico explica a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable de manera clara y sencilla, el motivo por el que no se considera candidato o candidata para el trasplante y aclara dudas.

La o el paciente es candidato a trasplante

El medico comunica la determinación a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable y le explica la siguiente fase del Protocolo de estudio de riñón o córnea o hígado o corazón, según corresponda.

El medico elabora la “Solicitud de servicios Interconsulta y la entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable para interconsulta en las



siguientes especialidades: • Psiquiatría, • Maxilofacial, • Otorrinolaringología, • Ginecología (para mujeres), • Trabajo social, • Nefrología, • Urología, • Otras (a criterio del Médico Tratante)

El medico aclara dudas a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable, indica el periodo de tiempo para realizar próxima cita y les despide. Notifica el caso a la Asistente Médica para dar prioridad al otorgamiento de las citas de las especialidades consultadas. Recibe notificación y comunica sobre la prioridad del caso a la Asistente Médica de los controles respectivos. Recibe la notificación y le otorga la cita “prioritaria” al paciente.

La asistente medico informa a la o al paciente o familiar o persona legalmente responsable, que será localizado por teléfono y citado para darle a conocer la decisión del Comité Interno de Trasplantes, confirma los datos personales registrados en el “Expediente clínico” y le despide.

La asistente medico requisita en el original y copia del “Protocolo de estudio del receptor para trasplante renal”, o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de córnea”, o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de hígado”, o “Protocolo de estudio del receptor para trasplante de corazón”, según corresponda, el motivo de consulta de acuerdo con los resultados obtenidos durante su estudio y lo resguarda hasta la presentación ante el Comité Interno de Trasplantes.

Fase 3 Presentación del caso ante el Comité Interno de Trasplante

Presenta el caso clínico de la o del paciente ante el Comité Interno de Trasplante en la fecha y hora próxima inmediata, de acuerdo con la programación anual y el Protocolo de estudio de riñón o córnea o hígado o corazón, según corresponda el motivo de consulta. El Comité Interno de Trasplantes analiza el caso y determina la aceptación o no para la realización del trasplante Instruye a la o al



Médico No Familiar responsable del servicio o área de trasplante correspondiente, que ingrese los datos de la o el paciente al “Registro Nacional de Trasplantes”.

El médico responsable del área de trasplantes registra los datos de la o del paciente en el “Registro Nacional de Trasplante” y obtiene el folio. Comunica al Comité Interno de Trasplantes y al Médico tratante, el folio otorgado.

No aceptación del trasplante

El comité comunica a la o al Médico No Familiar tratante, la decisión y el motivo por el cual no se acepta la realización del trasplante. Comunica la determinación del Comité Interno de Trasplantes a la Trabajadora Social, le solicita localizar a la o al paciente y concertar cita para la notificación.

La trabajadora social Acude con la Asistente Médica y le solicita fecha y hora para programar consulta médica subsecuente para la o el paciente.

La asistente médico localiza la fecha más cercana disponible en la “Agenda de citas o Agenda electrónica. Informa a la Trabajadora Social fecha y hora de la cita para la o el paciente.

La trabajadora social localiza telefónicamente a la o al paciente o familiar o personal legalmente responsable y notifica fecha y hora de próxima cita médica.

Fase 4 Notificación a la o el paciente de la resolución del Comité Interno de Trasplantes

El Médico recibe en la consulta a la o al paciente y familiar o personal legalmente responsable en el día y hora previamente asignado y notifica el dictamen del Comité Interno de Trasplante.



Dictamen desfavorable para trasplante

El médico explica a la o al paciente o familiar o personal legalmente responsable de manera clara y sencilla, el motivo por el que no se considera candidata o candidato para el trasplante, que será enviado al segundo nivel de atención, aclara dudas

Dictamen favorable para trasplante

Se Procede conforme al trasplante a realizar.

Se Informa a la o al paciente o familiar o personal legalmente responsable los criterios legales para la asignación del órgano o tejido, anota el folio obtenido ante el “Registro Nacional de Trasplantes”, lo registra la anexa en el “Expediente clínico” y aclara dudas. Esta acción la realiza en apego al Título Décimo Cuarto, Capítulo II Donación y Capítulo III de la Ley General de Salud.

Se explica a la o al paciente de manera clara y sencilla, la secuencia de eventos que sucederán para realizar el trasplante y le informa que será contactado cuando exista disponibilidad de un órgano o tejido viable de cadáver. Se informa al paciente que deberá continuar con el manejo médico de su enfermedad en el hospital que se le refirió, hasta que exista la disponibilidad del órgano o tejido para su El médico aclara dudas de la información otorgada,

El hospital informa al Comité Interno de Trasplantes la existencia de un paciente donante fallecido y de los candidatos para trasplante. Y se realiza el trasplante y de acuerdo con el órgano trasplantado determina la contrarreferencia del paciente.

CAPÍTULO I DE LAS DISPOSICIONES GENERALES



Artículo 1. El presente instrumento de observancia y atención general

Artículo 2. Para efectos del presente Protocolo se entenderá por:

- I. Consentimiento expreso, es aquél realizado por el donador que puede constar por escrito, y ser amplio cuando se refiere a la disposición total de cuerpo, o limitado cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes, de conformidad con la dispuesto por el artículo 322 de la Ley General;
- II. Consentimiento tácito, es aquél que ocurre cuando no se ha manifestado negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de las personas a que se refiere el artículo 324 de la Ley General, en la misma prelación ahí señalada;
- III. Coordinador Hospitalario, a la persona profesionista médico especialista o general, debidamente capacitado por la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo Federal que realiza las funciones de procuración de órganos a que se refiere la Ley General;
- IV. Donación, al consentimiento tácito o expreso de una persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes, de conformidad con el artículo 321 de la Ley General;
- V. Donador, a la persona que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos y tejidos, conforme lo dispuesto por la Ley General;
- VI. Formato de acta de intervención, al formato de acta de intervención para la Disposición de Órganos y Tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia, que forma parte de la Guía del Coordinador Hospitalario;
- VII. Formato de certificación de pérdida de la vida, al formato de certificación de pérdida de la vida para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplantes, que forma parte de la Guía del Coordinador Hospitalario;



- VIII. Formato de consentimiento, al formato de consentimiento para disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante, que forma parte de la Guía del Coordinador Hospitalario;
- IX. Guía del Coordinador Hospitalario, a la Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplantes en México, emitida por el Centro Nacional de Trasplantes;
- X. Ley General, a la Ley General de Salud;
- XI. Ministerio Público, al Agente del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía General;
- XII. Muerte encefálica, a la pérdida de la vida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas, tanto de hemisferios cerebrales como de tronco encefálico;
- XIII. Oficio de no inconveniencia o inconveniencia, al oficio emitido por el Ministerio Público mediante el cual emite su pronunciamiento respecto de si la extracción de órganos y tejidos del donador interfiere o no con su investigación;
- XIV. Paro cardíaco irreversible, a aquél que ocurre por virtud de un paro cardiorrespiratorio, el cual consiste en el cese de la actividad mecánica cardíaca;
- XV. Solicitud de intervención ministerial, a la solicitud que realice el Coordinador Hospitalario al Ministerio Público previo a la donación de órganos y tejidos humanos, cuando la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la investigación de hechos probables constitutivos de delitos, y
- XVI. Unidad Médica, al establecimiento médico que cuenta con las autorizaciones correspondientes para realizar actos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos.

CAPÍTULO II DE LA CREACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INFORMACIÓN Y MECANISMOS PARA INCLUIR A LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA DONACIÓN Y TRASPLANTE



Artículo 3. Los servidores públicos y médicos que intervengan en los procedimientos de donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes se regirán por los principios de certeza, urgencia, legalidad, objetividad, imparcialidad, eficiencia, eficacia, ética, profesionalismo, obediencia, honradez, disciplina, lealtad, transparencia y respeto a los derechos humanos

Artículo 4. En todo momento las autoridades, tendrán la responsabilidad, en medida de sus facultades de crear, y allegar de información veraz y oportuna relacionada con la donación y trasplante de órganos de niñas niños y adolescentes.

Artículo 5 Es facultad de los congresos locales crear políticas públicas e instrumentos jurídicos a fin de que se creen mecanismos para una mayor difusión en la participación de la donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 6 La información que se despliegue será en formato de comprensión fácil e inclusivo para toda la población.

Artículo 7. Del 1 al 5 de Junio será la semana de la cultura de donación.

Artículo 8. Las niñas, niños y adolescentes podrán dar su consentimiento para que una vez fallecido participen en la donación y trasplante de órganos, siempre y cuando sea bajo un consentimiento informado.

CAPÍTULO III DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 9. De conformidad con lo previsto por los artículos 65 y 66 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, en caso de donaciones de órganos y tejidos de personas que han perdido la vida, la intervención del Ministerio Público será necesaria en los siguientes supuestos:



- I. La pérdida de la vida se encuentre relacionada con la investigación de un delito, a efecto de que se pronuncie respecto de si la extracción de órganos, tejidos y células del donador interfiere con su investigación, y
- II. Se desconozca la identidad del donante o no se pueda localizar a sus parientes, a efecto de que manifieste si los hechos que ocasionaron la pérdida de la vida pueden constituir un delito y en caso afirmativo se estará a lo previsto en la fracción anterior.

Artículo 10. El Ministerio Público en turno, atenderá la solicitud de intervención ministerial presentada por el Coordinador Hospitalario de forma expedita. Para tal efecto, este último deberá comparecer personalmente con el Ministerio Público, acompañado de lo siguiente:

- I. Copia de la Licencia Sanitaria de la Unidad Médica donde se encuentra el donante;
- II. Nombramiento como Coordinador Hospitalario;
- III. Identificación oficial vigente con fotografía del Coordinador Hospitalario;
- IV. Cédula Profesional del Coordinador Hospitalario;
- V. Formato de Acta de Intervención;
- VI. Formato de consentimiento;
- VII. Formato de certificación de pérdida de la vida, en caso de muerte encefálica, o resumen médico por defunción, en caso de muerte por paro cardíaco irreversible, ambos con firma y cédula profesional del médico que certifica, y
- VIII. Expediente del caso de donación, integrado conforme la Guía del Coordinador Hospitalario.

El Ministerio Público recibirá la declaración de los familiares que como disponentes secundarios suscribieron el formato de consentimiento, quienes acreditarán el parentesco con el donador, con lo siguiente:



- I. Acta de nacimiento del familiar;
- II. Acta de nacimiento del donador, y
- III. Identificación oficial con fotografía del familiar.

La comparecencia del Coordinador Hospitalario, así como la declaración de los familiares ante el Ministerio Público deberá ser recibida de inmediato y con indicación de urgencia, por lo que no deberá ser objeto de dilación.

En caso de ser necesario, el Ministerio Público podrá trasladarse a la Unidad Médica correspondiente para tomar las comparecencias del Coordinador Hospitalario y de los familiares que como disponentes secundarios emitieron el consentimiento a que refiere la Ley General.

De conformidad con el artículo 343 de la Ley General la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible; para tal efecto el Médico Legista deberá tomar las previsiones necesarias que sustenten sus dictámenes.

Artículo 11. Conforme lo previsto por el artículo 332 de la Ley General, el Ministerio Público correspondiente, deberá verificar que, tratándose de niñas, niños y adolescentes donantes, se cuente con el consentimiento respectivo; y que el donante no se trate de persona incapaz o sujeta a interdicción, en este último caso, no podrá disponerse de sus órganos o tejidos.

Artículo 12. Satisfechos los requisitos, el Ministerio Público, con base en el dictamen que al efecto emita el Médico Legista, emitirá el oficio de no conveniencia o inconveniencia, estableciendo las razones de su determinación.

CAPITULO IV DE LAS RESPONSABILIDADES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Artículo 13. Los médico, personal de salud y los servidores públicos deberán observar en todo momento las disposiciones de la Ley General, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, la Ley General de Salud del Estado de Morelos, la Guía del Coordinador Hospitalario, el presente protocolo y demás normativa aplicable, su inobservancia será sancionada en términos de lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Morelos y demás disposiciones jurídicas aplicables en la materia; con independencia de aquellas otras responsabilidades de diversa naturaleza a las que haya lugar

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. Publíquese el presente Acuerdo en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”, órgano de difusión del Gobierno del estado de Morelos.

SEGUNDA. El presente Protocolo entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación, en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad”, órgano de difusión del Gobierno del estado de Morelos.



Conclusiones

A lo largo del trabajo de investigación desarrollado, fuimos abordando los diferentes conceptos, antecedentes, estudios y comparación relacionados con la donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes. Encontramos que existe la necesidad de atender una problemática de salud que perjudica a un sector vulnerable de la población. Concluyendo que uno de los principales problemas es la poca información relacionada con donación y trasplantes, y en muchos casos por la desinformación que existe relacionada con este tema.

Observamos en el desarrollo de la presente tesis que México no se encuentra a la vanguardia en los asuntos relacionados con la donación y trasplante de órganos, pero camina a buen ritmo para llegar a consolidarse como un país referente en esta materia, falta mucho sin duda, pero se tiene que iniciar.

En la donación y trasplante de los menores de 18 años, aun no podemos decir ni siquiera que estamos en la aceptación social de que se pueda dar, ya que como hemos visto existen ideas de un supuesto mercado negro de órganos, lo que resulta difícil de aceptar dado que no hay evidencias de denunciaS específicas de dicho delito.

Demos pues una oportunidad a las niñas niños y adolescentes de participar y conocer de los asuntos que los afectan y benefician, quitémonos la idea primero de que las personas nos perteneces, de que ser niño en sinónimo de incapacidad, para después abrirles las puertas a un reconocimiento y garantía de que sus derechos humanos se respetan y se hacen valer

La creación de un protocolo de donación y trasplante de órganos de las niñas niños y adolescentes, no busca que todos los niños sean vistos como una especie de mercancía o banco de órganos, por el contrario, se busca protegerlos de prácticas negligentes que los afecten. Esto dotando de atribuciones a los intervinientes en los procedimientos de donación y trasplante

Fuentes bibliográficas consultadas

1. Aristóteles, *La política*
2. La división mitótica. Tipo de división celular en el que a partir de una célula madre se originan dos células hijas con el mismo número de cromosomas y la misma información genética con el fin de mantener constante la dotación cromosómica de las células resultantes
3. O´Rahilly R., Muller F., *Human Embriology and Teratology* New York: Wiley Liss, 1994, p 19
4. Célula totipotente f. Biol. célula embrionaria con capacidad para generar un organismo completo.
5. Torralba Roselló, Francesc, ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhard y John Harris, Herder, 2006, pp. 55-56, cit. por Becerril González, José Antonio, op. cit., pp. 46-47.
6. Tesis P. LXV/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 8. Reg. IUS. 165813.
7. Campos Monge, Jerry, op. cit., p. 27; y, Spaemann, R., "Sobre el concepto de dignidad humana", Massini, C.I. y Serna, P. (eds.), op. cit., p. 84.¹ Becerril González, José Antonio, op. cit., p. 47.¹ Sastoque P., Luis Francisco, op. cit., p. 161.
8. Pantoja, Raúl, "La dignidad humana. Base de la ética judicial", Nexa jurídico. Locus Regit Actu, Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Tabasco, año 3, núm. 9, octubre-diciembre de 2009, p. 12.
9. ¹ En opinión de Lefranc Weegan, a la dignidad humana se le atribuye un triple carácter: la dignidad es la base y la razón de ser de los derechos inviolables e inherentes a la persona. Funciona como un fin del reconocimiento de los derechos y de la previsión de garantías para la protección de su ejercicio, y se convierte en un límite en la medida en que la dignidad ajena actúa como límite de los derechos propios. Lefranc Weegan, Federico César, op. cit., pp. 32-36
10. En opinión de Giuseppe de Rosa, las características de la persona constitutivas de su dignidad son: racionalidad, unidad-identidad, ser en sí mismo, ser para sí, libertad y responsabilidad, e individualidad. Cfr. Giuseppe de Rosa, SJ, *La dignidad de la persona humana*, México, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, 2005, colección Doctrina social cristiana, núm. 45, pp. 12-16.
11. Campos Monge, Jerry, "El concepto de 'dignidad de la persona humana' a la luz de la teoría de los derechos humanos", *Pro humanitas*. Revista especializada de la Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas

- Carcelarias, Parlamento Latinoamericano, año 1, no. 1, II semestre de 2007, p. 31; Villabella Armengol, Carlos Manuel, op. cit., p. 120; Becerril González, José Antonio, "El reconocimiento en el artículo primero de nuestra Constitución de la dignidad humana como fundamento de los derechos humanos y como principio y fin del Estado Mexicano", El Foro, Barra Mexicana Colegio de Abogados, 16a. época, t. 22, no. 1, enero-julio de 2009, pp. 43 y 46; y, Sastoque P., Luis Francisco, Dignidad de la persona humana, Bogotá, Colombia, Universidad Santo Tomás, 2010, p. 141.
12. Landa, César, "Dignidad de la persona humana", Cuestiones constitucionales. Revista mexicana de derecho constitucional, México, IIJ, juliodiciembre de 2002, p. 117.
 13. Sastoque P., Luis Francisco, op. cit., pp. 138-139.
 14. Becerril González, José Antonio, op. cit., p. 44; cfr. Lefranc Weegan, Federico César, Sobre la dignidad humana. Los Tribunales, la filosofía y la experiencia atroz, México, Ubijus, 2011, pp. 87-124; y, López Sánchez, Jorge, "El tardío desarrollo de la dignidad humana y el libre desarrollo a la personalidad en el Estado constitucional mexicano", Derecho en libertad. Revista del Centro de Investigaciones Jurídicas de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey, año 2, núm. 3, julio-diciembre de 2009, p. 139.
 15. Sheldon T. Doctors "end of life" decisions vary across Europe. BMJ 3003; 327: 414.
 16. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo trabajo SEMI-CYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002; 26: 304-11.
 17. Campbell ML. How to Withdraw Mechanical Ventilation. AACN Advanced Critical Care 2007; 18: 397-403.
 18. Reynolds S, Cooper AB, McKnealy M. Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethical Considerations. Surg Clin N Am 2007; 87: 919-36.
 19. Sociedad Médica de Santiago *versión impresa* ISSN 0034-9887, Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales Bernarda Morín 488, Providencia, Casilla 168, Correo 55 Santiago - Chile
 20. Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Rurup, Mette L, Buiting H, van Delden J, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. N Engl J Med 2007; 356: 1911-3.
 21. ¹ Callahan D. *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*. Georgetown University Press, Washington DC, EE.UU.; 1994, p 221-49.
 22. Beca J P, Ortiz A, Solar S. Derecho a morir: un debate actual. Rev Med Chile 2005; 133: 601-6.
 23. Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica. Conflictos al final de la vida*. Madrid, España. Editorial Triacastela; 202. p. 225-66.
 24. Henig NR, Faul JL, Raffin TA. Biomedical ethics and the withdrawal of advanced life support. Annu Rev Med 2001; 52: 79-92.
 25. ¹ Simon P, Barrio IM. *¿Quién decidirá por mí?*. Triacastela. Madrid, España; 2004, p 117-44.



- 26.¹ Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. JAMA 2000; 284: 2495-501.
27. Peces-Barba, Gregorio. Derechos Fundamentales. Editorial Latina Universitaria. Madrid. Pág. 27
28. Fernández Eusebio. “El Problema del fundamento de los Derechos Humanos”. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Pagina 76
29. Peces-Barba, Gregorio. Derechos Fundamentales. Editorial Latina Universitaria. Madrid. Pág. 27
30. Fernández Eusebio. “El Problema del fundamento de los Derechos Humanos”. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Pagina 76
31. Convención sobre los Derechos del Niño
32. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
33. OLIVA GÓMEZ, Eduardo. Los Nuevos Retos del Derecho Familiar en el Sistema Jurídico Mexicano en el Siglo XXI.
34. KAPLAN, Marcos. Ciencia, Estado y derecho en la tercera Revolución. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2000. p. 206.
35. D. BERNAL, John. La ciencia en la Historia. Nueva Imagen, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2001. p. 37.
36. Asencio, Sánchez Miguel Ángel. Patria potestad, minoría de edad y derecho a la salud, Editorial DYKINSON, S.L. Madrid, España P. 23-24 236 Pp.
37. Convención Sobre los Derechos del Niño.
38. Cillero Buñol, Miguel “Infancia, Autonomía y Derechos: una Cuestión de Principios
39. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
40. LACRUZ BERDEJO, José Luis, et.al. Derecho de Obligaciones, Contratos y Cuasicontratos. Volumen 3. Segunda Edición. Editorial José María Bosch. 1986. p. 122.
41. Galiano Marital, Gisel. Trujillo Ribot Yamina. Derecho y Cambio Social. “LA DONACIÓN, PAUTAS TEÓRICAS QUE NORMAN EN EL CÓDIGO CIVIL CUBANO”. OCTUBRE 2010. ISSN:2224-4131. Pág. 3
42. ESPÍN CÁNOVAS, Diego. Manual de Derecho Civil Español, Obligaciones y Contratos. Volumen 3. Cuarta Edición revisada y ampliada. Editorial Revista de Derecho Privado. Madrid. 1975. p. 517.
43. DE COSSÍO, Alfonso. Instituciones de Derecho Civil. Tomo I. Alianza Editorial. pp. 337 y 338
44. DE RUGGIERO, Roberto. Instituciones de Derecho Civil. Volumen 1. Cuarta Edición. Editorial Reus, SA. Madrid. 1929. pp. 145-147.
45. LÓPEZ SANZ, Salvador. ob.cit. p. 312
46. ROCA I TRIAS. E. Derecho Civil. Obligaciones y Contratos. Valpuesta Fernández. Ma. R. et al. Valencia 1998. Tercera Edición. p. 636.
47. Diccionario jurídico Básico, Coordinador Miguel Carbonell, tercera edición, quinta reimpresión, Editorial Porrúa, 2019, p. 58.
48. González Contró, Mónica. ¿MENORES O NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES? REFLEXIONES EN EL CONTEXTO DEL DEBATE EN



- AMÉRICA LATINA, Publicación Electrónica, núm. 5, 2011 Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM
49. Bonifaz Alfonso Leticia. La evolución de los derechos de niñas y niños a partir de la Constitución de 1917, Primera edición, febrero de 2017, D.R. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Avenida José María Pino Suarez, numero 2, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México, 210 páginas, pp. 11
 - 50.¹ Gonzáles Martín, Nuria, *Familia Internacional en México. Adopción, Alimentos, restitución, tráfico, y trata*, México, Editorial Porrúa, UNAM, 2009, pp. 24 y 25
 - 51.¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1). CRC/C/ GC/141, 29 DE MAYO DE 2013, párrafo 39.
 52. Gazcon, Suzanne, L'utilisation médicale et la commercialisation du corps humain, Les editions Yvon Blais inc. Collection Minerve, 1993, p. 1
 53. Bergoglio de Brouwer de Koning, María y Bertoldi de Fourcade, María Virginia, Trasplante de órganos entre personas, con órganos de cadáveres, Buenos Aires, Hammurabi, 1983, pp. 20 y ss.
 54. Núñez Muñiz, Carmen, "Respeto a la voluntad del fallecido en la legislación sobre trasplantes de órganos", Boletín de la Facultad de Derecho, Madrid, España, UNED, núm. 7, 1994, p. 342
 55. Garzón Valdés, "Algunas consideraciones éticas sobre el trasplante de órganos", Isonomía, México, núm. 1, octubre de 1994, p. 116.
 56. Gordillo Cañas, Antonio, Trasplantes de órganos: "pietas" familiar y solidaridad humana, Madrid, Civitas, 1987, p. 89.
 57. Vázquez, Rodolfo, "Consentimiento y extracción de órganos", Isonomia, México, ITAM, núm. 1, octubre de 1994, p. 193.
 58. Angoita Gorostiaga, Víctor, Extracción y trasplante de órganos y tejidos humanos; problemática jurídica, Madrid, Ediciones Jurídicas y Sociales, 1996, p. 293.
 59. González Contró Mónica. la reforma constitucional pendiente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes. Cuestiones constitucionales, Revista Mexicana de Derecho Constitucional. Enero-Junio 2009. Número 20. ISSN Versión Impresa 1405-9193. ISSN Versión Electrónica 2448-4881.
 60. Mackersie RC, Bronsther OL, Shackford SR. Organ procurement in patients with fatal head injuries. The fate of the potential donor. Ann Surg. 1991;213:143-50.
 61. Malinoski DJ, Daly MC, Patel MS, Oley-Graybill C, Foster CE, Salim A. Achieving donor management goals before deceased donor procurement is associated with more organs transplanted per donor. J Trauma. 2011;71:990-6.
 62. Novelli G, Rossi M, Poli L, Morabito V, Ferretti S, Bussotti A, et al. Is legalizing the Organ Market Possible? Transplantation Proceedings 2007; 39: 1743-1745.



63. Keller F, Winkler U, Meyer J, Stracke S. Should Commercial Organ Donation Be Legalized in Germany? An Ethical Discourse. *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 475-477.
64. Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética. En: *Donación y trasplantes de órganos*, cap 13. pag 215-224. Editorial Mediterráneo, Buenos Aires 2005. Y Sunil Shroff. Legal and ethical aspects of organ donation and transplantation. *Indian J Urol.* 2009 Jul-Sep;25(3): 348-355.
65. Savulescu J. Is the sale of body parts wrong? *J. Med. Ethics* 2003; 29:139-140. y Radcliffe Richards J. Commentary. An ethical market in human organs. *J. Med. Ethics* 2003; 29:141.
66. Shimazono Y. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 955–62.
67. Kleiman I, Lowy F. Ethical considerations in living organ donation and a new approach. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1484-148. y Spital A. Living organ donation, shifting responsibility. *Arch. Inter Med* 1991; 151: 234-235.
68. Aguirre J. La legislación española en material de trasplante. *Nefrología* 1996; XVI (Supl 2):39-47
69. Álvarez H. Consentimiento presunto y respuesta requerida como alternativa a la escasez de donantes: un análisis ético. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 59 –Nº 3, Junio 2007; págs. 244-29.
70. ¹Steering Committee of the Stambul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. *Lancet* 2008; 372: 5-6.
71. Friedman A. Payment for living organ donation should be legalized. *BMJ* 2006; 333: 746-748.
72. Veatch R. Por qué los liberales deben aceptar los incentivos financieros para la consecución de órganos. *Inst Kennedy del ética* 2003; 13(1): 19-36.
73. Carral J, Parellada J. Problemas bioéticos para la donación postmortem para trasplantes de órganos. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2 (2).
74. Martínez García JM: Análisis psicosocial de la donación de órganos. Hacia el diseño de programas de información educativa. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1994.
75. NEFROLOGIA. Vol. XIV. Núm. 6, 1994, EDITORIALES, Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores, R. Matesanz, Coordinador Nacional de Trasplantes.

Fuentes de información electrónica

1. <https://dle.rae.es/vida>
2. <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/29.pdf>, consultada 25 de octubre 2019
3. <https://www.doccity.com/es/derecho-del-nino-en-la-sociedad/4337514/> consultada el 25 de octubre de 2019



4. http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-01-1/assets/documentos/Dict_dic_derecho_a_la_salud.pdf consultada el 1 de Agosto de 2019
5. Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, 2005. Disponible en <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiersdistanasia0312.asp/>
6. Rev Med Chile 2010; 138: 639-644, visible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500016, consultada el 8 de agosto de 2020
7. Declaración del Institut Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull). Hacia una posible despenalización de la Eutanasia. 2005. Disponible en http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf
8. ¹ Rydvall A, Lynde N. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. Crit Care 2008; 12: R13 Disponible en <http://ccforum.com/content/12/1/R13>.
9. Ley 19451 Establece normas sobre Trasplante y Donación de Órganos. Disponible en <http://cl.vlex.com/vid/establece-trasplante-donacion-organos-467814>.
10. ¹<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSocio demo/DEFUNCIONES2017.pdf> consultado el 10 de agosto de 2019
11. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>
12. ¹<http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/trasplante.html>
13. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/476798/1erSemestre2019.pdf> consultado el 10 de Agosto de 2019
14. <http://www.un.org/es/sections/what-we-do/protect-human-rights/>
15. https://www.revistaseden.org/files/art655_1.pdf Historia Del Trasplante Renal, J. M.^a Puig. Hospital de la Esperanza. Barcelona, consultada el 15 de octubre 2019
16. <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobre-los-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>, consultada el 15 octubre de 2019
17. ¹https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXV/2009/T.%20LXV%20n.%203%202009%20sept.-dic/EJ02007.pdf, revista de estudios extremeños año 2009 ~ TOMO LXV NÚMERO III septiembre – diciembre, consultada el 20 de octubre de 2019, 644 pp. p.305
18. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf>
19. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300275
20. https://www.revistaseden.org/files/art655_1.pdf Historia Del Trasplante Renal, J. M.^a Puig. Hospital de la Esperanza. Barcelona, consultada el 15 de octubre 2019
21. <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobre-los-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>, consultada el 15 octubre de 2019



22. https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXV/2009/T.%20LXV%20n.%203%202009%20sept.-dic/EJ02007.pdf, revista de estudios extremeños año 2009 ~ TOMO LXV NÚMERO III septiembre – diciembre, consultada el 20 de octubre de 2019, 644 pp. p.305.
23. <http://www.transplantobservatory.org/data-charts-and-tables/>, consulta: 17 de octubre de 2019.
24. <https://www.gob.mx/cenatra>
25. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/7.pdf>,
26. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_interes_superior_NNA.pdf,
27. CNDH El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_interes_superior_NNA.pdf,
28. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/rt/printerFriendly/3732/4598>.
29. <https://revistanefrologia.com/es-el-receptor-infantil-donante-vivo-articulo-X0211699510051345>. Consultado el 7 de mayo de 2021.
30. <http://www.ont.es/publicaciones/documents/modeloespanol.pdf>.
31. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionOrganosYTejidos>.
32. <https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642008/html/>.
33. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/ Norma1.jsp?i=14525>.
34. https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642008/html/#redalyc_355552642008_ref36.
35. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/ Norma1.jsp?i=14525>.
36. https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642008/html/#redalyc_355552642008_ref36

DR. VÍCTOR MANUEL CASTRILLÓN Y LUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.

P R E S E N T E.

Por este conducto en mi calidad de Director de Tesis del alumno **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, me permito hacer referencia al trabajo de investigación que ha venido desarrollando el citado alumno bajo la dirección del suscrito y que se titula: **“REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES”**, investigación que presenta para acceder al grado de Maestro en Derecho en el Programa Educativo de Maestría en Derecho, acreditado como programa de calidad ante el PNPC de CONACYT, y sobre el cual manifiesto lo siguiente:

Respecto a dicha investigación, mediante el presente me resulta grato informarle que después de haberse llevado la Dirección de la elaboración del trabajo de tesis del referido alumno, y dado que se llevó a cabo una exhaustiva investigación, la cual se hace con relación a su tema de tesis, tanto en el aspecto doctrinal, así como en el legal, por lo que una vez concluida satisfactoriamente dicha investigación, **me complace OTORGARLE MI VOTO APROBATORIO** al C. Licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, a su respectivo trabajo de tesis por haberlo terminado completamente.

EL VOTO APROBATORIO que otorgo al C. Licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, para optar por el grado de Maestro en Derecho, se extiende en virtud de las siguientes consideraciones:

PRIMERO.- El C. Licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, ha realizado un trabajo de tipo descriptivo analítico y propositivo, mediante el cual construye un marco referencial debidamente sustentado y con una suficiente argumentación para lograr creación de un protocolo relativo a la donación y trasplante de órganos de niñas, niños y adolescentes.

SEGUNDO.- El C. Licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, atendió adecuadamente a todas y cada una de las observaciones que le fueron hechas en su momento por el comité tutorial designado para evaluar periódicamente el desarrollo de la investigación, tal como se encuentra señalado en el programa educativo cursado, en atención a ello, dicho órgano colegiado emitió su dictamen definitivo por el cual aprueba su trabajo al reconocerle calidad en la investigación jurídica y satisfacción plena de las observaciones realizadas.

TERCERO.- Sobre las características y particularidades de la investigación jurídica de mi asesorado, debe destacarse que es un trabajo bien desarrollado en el que se expone de manera clara, ordenada y precisa un estudio propositivo sobre la pertinencia de regular la donación y trasplante de órganos de niñas, niños y adolescentes en el derecho mexicano.

La tesis se construye en cuatro capítulos, el primero destinado a la parte teórica y conceptual, en la que se exponen los conceptos fundamentales sobre el trabajo de la investigación; en el capítulo segundo se hace el estudio sobre el desarrollo histórico de la figura de estudio; el capítulo tercero, de suma importancia, lo dedica al estudio del niño

como sujeto de derechos fundamentales y, por último, el capítulo cuarto contiene un estudio comparado en el derecho extranjero, siendo materia de revisión el derecho español, el derecho colombiano y, desde luego, el derecho mexicano. Todo el marco referencial construido es empleado por el sustentante para elaborar la propuesta de la investigación.

El trabajo muestra una metodología adecuada, la hipótesis planteada se acredita en el desarrollo de la investigación, la propuesta es coherente con la sistemática jurídica y las conclusiones reúnen los puntos más destacados del trabajo de tesis. Cabe destacar que la sustentante recurrió a fuentes importantes de investigación actuales y de reconocido prestigio.

Como consecuencia de las buenas impresiones que me ha causado el trabajo de tesis del cual he tenido el gusto de ser el Director, con agrado, **otorgo mi VOTO APROBATORIO** y felicito al C. Licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, por el logro alcanzado en la culminación de su trabajo de tesis y la elaboración de un trabajo de calidad, el cual considero lo sustentará y defenderá al momento de presentar su examen de grado.

En dichas condiciones, **aprovecho el presente para solicitarle amablemente tenga a bien proceder a designar a los docentes que deben integrar la Comisión Revisora** del mismo y se pueda continuar así con los trámites administrativos que correspondan.

Sin otro particular, le reitero mi afecto y le envío un cordial saludo.

Cuernavaca, Morelos, 17 de mayo de 2021.

DR. EDUARDO OLIVA GÓMEZ.
DIRECTOR DE TESIS.
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EDUARDO OLIVA GOMEZ | Fecha:2021-05-21 12:32:25 | Firmante

KrT/Hn0vUPHXOL9aNrNgiODp+lun+Dlm1gQVimW3rhACZvG2VhDh2kbyGkWFyW6zRtLXEUwNxqW0HOVYpigUOe1C0JYXV9IbvyMHL1mQOtaF0yF/ooeFcHcHPe52+FGuvIB1xG7F9RIqfYY6yD8IKEOHKZBB8QSSxunhybBf5O31V5aHmlnBaEr/7ID50fNrocDbf/xkH2KkZuqJZ0wacG9/qcvVpiJ+/w7hnRFbaljkAF9dHwcLlcVys6x03N1KQdG0WKPmNxSF34ydBdcPplzvHjd7OgFzOFAL89VInvmtpwHSOQh95753pa5J+wxprkHw/6uOIAAsXZG9s8zg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



7KVXsC

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/XvPvcWI6jEjSYePdWsl1VUcc209NdH5R>



Cuernavaca, Morelos a 14 de Noviembre de 2022

**COORDINACIÓN DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

Por medio del presente, me permito enviar un cordial saludo, a la vez, sirva este conducto para hacer del conocimiento que, con relación al oficio **Oficio 068/06/21/DESF**, de 7 de junio de 2021, por virtud del cual, esa coordinación de posgrado tuvo a bien designarme como parte integrante de la Comisión Revisora en el trabajo de investigación intitulado: “REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES”, que elaboró el licenciado. CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO, tendiente a la obtención del grado de Maestría en Derecho acreditado ante el PNP (CONACYT), se manifiesta lo siguiente:

El sustentante desarrolló el trabajo de investigación en 4 (cuatro) capítulos del modo como se expresa a continuación:

- En el primer capítulo del trabajo de investigación se desarrolló el marco teórico conceptual, abordando los principales conceptos que formaran parte de la tesis.
- En el segundo capítulo del trabajo de investigación se desarrolló el marco histórico, abordando los antecedentes más relevantes que formaran parte de la tesis.
- En el tercer capítulo se desarrolló el marco comparativo, abordando figuras jurídicas y sociales en otros países, que servirán como referencia para la propuesta de la tesis.
- En el cuarto capítulo del trabajo de investigación se desarrolló la propuesta principal de la tesis.

La tesis contiene la introducción, conclusiones, fuentes de investigación y elabora como propuesta principal la creación de un protocolo especial para la atención de la donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes.

La metodología utilizada, así como la técnica de investigación en donde el sustentante desarrolló su trabajo investigación, es de conformidad con la normatividad institucional para tesis de calidad.

En virtud de lo anterior me permito otorgar mi **VOTO APROBATORIO** a la tesis “Regulación de la Donación de Órganos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, que elaboró el licenciado. Carlos Daniel Villegas Escobedo, para la obtención del grado de Maestría en Derecho acreditado ante el PNPC (CONACYT).

ATENTAMENTE

Dr. Víctor Manuel Castrillón y Luna
Profesor Investigador de Tiempo Completo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

VICTOR MANUEL CASTRILLON Y LUNA | Fecha:2022-11-15 17:13:07 | Firmante

nkVWHsLo5mTdVVQfOeN4NQnd11Qw2+lyS0b4g51SYsX1gOidVaZ7qPymcpbLRq2Cs9vaY2e0g1oKfgAPQfOj3vLIBlQuCs5jci/1txb59n+IUers43tDskBvVJTcefDZ8+k3LOvfW+c2qbp7TW+/5tBRQr5KoNWHMRsdcfjE48GJKxilR0MMeR24MPcG6q8bdhX79a7iSirt7m0HwnXtEdly+YpEmI51mpfiw3F2ndtZpuaJCVy0NhbqUIT68DvsHfD3eZEi1zU9kgWZFzMvIKIY4L7sZhn1iUzf7esMayuxiS6fh8wV1I4vkHDntK68RahJoflH7fikt7OnVRpAA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[lj2Es7XC9](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/1pFxEkhGA7wHhyqHIZ557VX8FGIF3zK>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Cuernavaca, Morelos a 23 de noviembre de 2022.

**MTRA. SANDRA GABRIELA INFANTE HERRERA
COORDINADORA DEL PROGRAMA EDUCATIVO
DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE DERECHO
Y CIENCIAS SOCIALES
P R E S E N T E.**

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle que habiendo sido designado como miembro de la comisión revisora en el desarrollo del trabajo de tesis tendente a la obtención del grado académico de Maestro en Derecho, dentro del programa de Maestría en Derecho acreditado ante el PNPC (CONACYT), elaborado por el licenciado **CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, y que se intitula “**REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**”, dicha investigación a mi parecer se ha concluido satisfactoriamente, por lo que otorgo mi **VOTO APROBATORIO**, ya que se trata de un trabajo de investigación original, en el cual el sustentante demuestra la hipótesis que plantea y en la que sigue métodos de investigación científica, y un sustento en el derecho interno, contrastado y analizado en relación al derecho internacional y en al derecho comparado, con una amplia y especializada fuente de consultas que refuerzan su aparato crítico, y que incluye también las conclusiones y propuestas en el ámbito normativa aterrizadas en una propuesta de Protocolo.

Por todo lo anterior, manifiesto a usted que, en mi carácter de revisor de la citada investigación, la apruebo plenamente a efecto de que la interesada pueda continuar con los trámites pertinentes para la celebración de su examen recepcional.

ATENTAMENTE

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del Dr. Ricardo Tapia Vega, con un estilo fluido y personal.

**DR. RICARDO TAPIA VEGA
Profesor de Tiempo Completo “C” de
la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UAEM,
e integrante del Núcleo Académico Básico
del Posgrado de dicha Facultad**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

RICARDO TAPIA VEGA | Fecha:2022-12-07 18:02:04 | Firmante

elhyK6G2FH9lhPVd9N9tisO7slva3f2kO+z8NPlnHy0T8RRliZ/D10Dfu1Pp9+CfD+ML8pezruua+X72V4CM4gO2ePIRCzbGKLGjTOC0/zRXCL+bmRBDg65exjqIAao1U1BQeXIm6A+d7ggdT1OTsKyE6n6QS+RxyaYTbj4J+8Y9hjRlc9a6B9f12j1KBxnpsUbECXv+qyc1aCIX9I+qul0g4ZspbgUAZ9DXVceMrhl/LCknDSUsV7gt8OewoUzVwCdZum84ogRTvzE0JJTDlhPbgQBbCEn0sSkrok0IJLbNucl1VLc4xlyee6DLACOB7LJd6mBFaFANJ7NfHLZs6AQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Ulr0dHBQ](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/bHbLBBAR6HVJhdpVAWPtZsWtl26dsRaP>



Cuernavaca, Mor., noviembre 24 del 2022

C. DR. JUAN MANUEL GÓMEZ RODRÍGUEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.
P R E S E N T E:

Muy Distinguido Doctor Gómez Rodríguez:

El **C. CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO**, alumno del Programa de Maestría en Derecho acreditado ante el PNPC (CONACyT), en virtud del oficio Of. 068/06/2021/DESFDF del 7 de junio del 2021, dirigido a quien suscribe a través de la División del Posgrado y mediante el cual se me asigna como miembro de la Comisión Revisora, ha puesto a mí disposición el trabajo de tesis intitulado **“REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ORGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES”**, para la obtención de Maestro en Derecho, razón por la cual extiendo el siguiente:

VOTO APROBATORIO

En la consideración de que el Lic. Villegas Escobedo, bajo mi muy particular punto de vista, en el trabajo presentado ya antes mencionado, reúne los requisitos reglamentarios y estatutarios, establecidos por la Legislación Universitaria de nuestra alma mater, en relación a la metodología teórica y práctica, que un trabajo de investigación a nivel posgrado debe contener.

Por tal motivo, ante usted, muy distinguido Jefe de la División de Estudios de Posgrado, se concede el presente **voto aprobatorio** para que, de no haber inconveniente, se proceda al examen de grado de Maestro en Derecho.

Aprovechando la oportunidad para enviarle un cordial y afectuoso saludo.

A T E N T A M E N T E

DR. FRANCISCO XAVIER GARCÍA JIMÉNEZ
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO
DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

FRANCISCO XAVIER GARCIA JIMENEZ | Fecha:2022-12-09 16:00:48 | Firmante

kdyleooFsrtFvFosjLYz81QZ44/CBQymtXBC0mF6h9FeiK6bkLuJzRTm++K3Cpe7dwlo90DR5p8qVJREy5xp3R77sxuQWqs9kRaO4DDryd+JpIN1ZRf8Q04F7f5rQjHtlfClgWj+xt3qnmvJ3dcdWCY0iCcR/8SUiGraUm4OmkgGPrU6y/GOmHmn6QaCy6byKkFP8YvXM4Tv5zgPrL8h9ztDm9B+AoVwpyvC9g4pMxctZ90OYWCAE88Jqt7QcVa0YHSrwmQQ0a633/1LaH4eTelShzl516O3lDwkFpuEIEgvj/Tg+aZp3HNN1UXv0x+Mi/SfOT1mj46L69vKRWLw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[0j1lzWibs](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/M0p2NP82MvAhgVjGzkDOa0MsK8fuplx5>



Cuernavaca, Morelos a 13 de Diciembre de 2022

**COORDINACIÓN DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

Por medio del presente, me permito enviar un cordial saludo, a la vez, sirva este conducto para hacer del conocimiento que con relación al oficio **Of. 068/06/21/DESF**, de 7 de junio de 2021, por virtud del cual, esa coordinación de posgrado tuvo a bien designarme como parte integrante de la Comisión Revisora en el trabajo de investigación intitulado: “REGULACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES”, que elaboró el licenciado. CARLOS DANIEL VILLEGAS ESCOBEDO, del Programa de Maestría en Derecho acreditado ante el PNP (CONACYT), se manifiesta lo siguiente:

El sustentante desarrolló el trabajo de investigación en 4 (cuatro) capítulos del modo como se expresa a continuación:

- En el primer capítulo del trabajo de investigación se desarrolló el marco teórico conceptual, abordando los principales conceptos que formaran parte de la tesis.
- En el segundo capítulo del trabajo de investigación se desarrolló el marco histórico, abordando los antecedentes más relevantes que formaran parte de la tesis.
- En el tercer capítulo del trabajo de investigación se desarrolló el marco comparativo, abordando figuras jurídicas y sociales en otros países, que servirán como referencia para la propuesta de la tesis.
- En el cuarto capítulo del trabajo de investigación se desarrolló la propuesta principal de la tesis.

La tesis contiene la introducción, conclusiones, fuentes de investigación y elabora como propuesta principal la creación de un protocolo especial para la atención de la donación y trasplante de órganos de las niñas, niños y adolescentes. La metodología utilizada, así

como la técnica de investigación en donde el sustentante desarrolló su trabajo investigación, es de conformidad con la normativa académica de tesis de calidad.

En virtud de lo anterior me permito otorgar mi **VOTO APROBATORIO** a la tesis “Regulación de la Donación de Órganos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, que elaboró el licenciado. Carlos Daniel Villegas Escobedo, para obtener el grado de MAESTRO EN DERECHO, del Programa de Maestría en Derecho acreditado ante el PNPC (CONACYT).

ATENTAMENTE

M. en D. Roque López Tarango

Profesor Investigador de Tiempo Completo

Escuela de Estudios Superiores de Jojutla



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ROQUE LOPEZ TARANGO | Fecha:2022-12-13 12:25:44 | Firmante

g3dFcqUoVTFPj2bRsk5xpMFCucl/1ici//JmgSwedYEM53vR1XA00rbY8OoR3F+f3kxP2yhKtfe1dw0yLvOmBz37J+MUmamqz//N9LCiA3HzR8XVo18RLvQ7/P/VUtiYZqr5oFDm9pakCXOzlcHMvZqAYyaxJ1IaEcv0Rr1hjmjEozuisagde5RSDq8fUa682PN3Q3V2Ui+s1zRjYy6C86BK8hFDjUTSMgSLdc2IGVwl4oIvJY07ieLpMXF3xFIFCqINJL9Mj1UPkFbbe+BttgatUpR4qc7b7x0JxbCO0fNdIVqry60SkDI1nKJ86l2mi10HwfEqJlrKS/OUsbzww==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[pelVjLTif](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/OpToOzZGYAGzlg9uspfxn3QQxdKgWOq>

