

ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Edna CÁNOVAS PÉREZ-ABREU*
Arturo DIB KURI**

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Marco jurídico del servicio público de salud*. III. *Tipos de servicios de salud*. IV. *Análisis del marco jurídico de la donación y los trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos en nuestro país*. V. *La donación y los trasplantes desde la perspectiva de la bioética*. VI. *Conclusiones*. VII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

El servicio público de salud en nuestro país como parte del Sistema Nacional de Salud ha recorrido un largo camino, que deberá seguir andando para lograr una simplificación del servicio, ya que la estructura institucional para la prestación de los servicios de salud es de alta complejidad. Además de los aseguradores y prestadores de servicios, como son el IMSS, ISSSTE, Pemex, la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud existen múltiples programas federales dirigidos a grupos poblacionales específicos.

En las primeras líneas de este trabajo abordaremos el marco jurídico de los servicios públicos de salud con objeto de crear un panorama general y definido de la normatividad aplicable en la materia .

Otro tema de importancia en este trabajo es el de los diferentes tipos de servicios de salud: públicos, de asistencia social y sociales y privados.

* Centro Nacional de Transplantes.

** Director general del Centro Nacional de Transplantes.

En el capítulo tercero se abordarán el marco jurídico de la donación y los trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos en México.

Y por último, se estudiará, desde la perspectiva de la bioética, la prestación de los servicios de salud en materia de donación de órganos, tejidos y células.

II. MARCO JURÍDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Antes de hablar del marco jurídico que rige el servicio público de salud en México, consideramos conveniente plasmar el concepto del mismo, así como sus caracteres esenciales y su clasificación de acuerdo con la teoría de Arnaldo de Valles.

A pesar de que dentro de nuestra legislación no existe una única definición de servicio público, podemos comenzar por definir al servicio público de salud utilizando como base la propuesta del doctor Jorge Fernández Ruiz:

Servicio público es toda actividad técnica destinada a satisfacer una necesidad de carácter general, cuyo cumplimiento uniforme y continuo debe ser permanentemente asegurado, reglado y controlado por lo gobernantes, ya por medio de la administración pública, bien mediante particulares facultados para ello por autoridad competente, en beneficio indiscriminado de toda persona.¹

Así, podemos decir que el servicio público de salud es una de las actividades del Estado orientada a proteger, promover y restaurar la salud de cada persona y de la colectividad, realizadas en beneficio del individuo y la sociedad en general, puede ser que ésta sea realizada a través de las dependencias y entidades de la administración pública federal y local o a través de personas físicas o morales de los sectores social y privado.

La doctrina ha considerado como caracteres esenciales del servicio público: la generalidad en razón de que los servicios públicos habrán de prestarse a toda persona que satisfaga los requisitos previstos para el caso en las normas jurídicas, este carácter se desprende del principio de la no discriminación plasmado en los instrumentos jurídicos internacionales de

¹ Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo (servicios públicos)*, Porrúa, 1995, p. 165.

derechos humanos; la uniformidad estriba en que el servicio público habrá de prestarse en las mismas condiciones a todos los usuarios, este carácter se desprende del principio de igualdad; la regularidad se refiere a que el servicio público debe estar regulado para asegurar los intereses del usuario; y la continuidad que atañe a la oferta permanente del servicio dentro de los horarios y bajo las condiciones previstas en la legislación.² Como podemos observar, el servicio público de salud tiene estos caracteres.

El doctor Fernández Ruiz en su obra *Derecho administrativo (servicios públicos)*, basándose en la propuesta de Arnaldo de Valles, manifiesta que un servicio público es propio o propiamente dicho cuando es creado por la ley y queda atribuido al Estado, quien lo puede prestar directa o indirectamente, y el servicio público impropio es aquel servicio que no es creado mediante disposición legal y no está atribuido, pero satisface una necesidad de carácter general.³

Con base en lo anterior, y como veremos a continuación, el servicio público de salud es un servicio público propio o propiamente dicho.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 constitucional, párrafo undécimo, la sujeción a regímenes de servicio público se apegará a lo dispuesto por la Constitución, y sólo podrá llevarse a cabo mediante ley. A decir de los juristas Luis Humberto Delgadillo Gutiérrez y Manuel Lucero Espinosa, y con quines estamos de acuerdo, lo antes expuesto es

...de suma importancia ya que con ella la creación y organización de un servicio público sólo puede hacerse a través de una ley, formalmente considerada, es decir, por un acto del Poder Legislativo, que de manera general lo establezca, con lo cual queda descartada la posibilidad de que la administración Pública determine con arbitrariedad que tal o cual actividad constituirá un servicio público.⁴

1. *Fundamento constitucional*

El fundamento constitucional del servicio público de salud lo encontramos plasmado en el artículo 4o., párrafo tercero, de nuestra carta magna,

² *Ibidem*, pp. 116-133.

³ *Ibidem*, pp. 87-98

⁴ Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto y Lucero Espinosa, Manuel, *Compendio de derecho administrativo*, Porrúa, 1997, p. 356.

que a su vez es el fundamento del derecho a la protección de la salud que tenemos todos los mexicanos y a la letra dice:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Este párrafo se agregó a nuestra Constitución el 3 de febrero de 1983, y a raíz de esta reforma México se une a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

El derecho a la salud se encuentra consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Declaración para el Progreso y Desarrollo en lo Social, entre otros, pero de importancia en este trabajo es la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1986, que establece en su artículo 8.1 lo siguiente:

“Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos...”.

Marcando así la obligación de los Estados a proporcionar a sus gobernados el acceso a los servicios de salud. Lamentablemente, al día de hoy en nuestro país, a pesar de los grandes esfuerzos hechos por el gobierno, aún no se ha logrado el acceso universal a los servicios públicos de salud.

El párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional establece que sea la ley quien defina “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”; la ley a que se refiere la Constitución es la Ley General de Salud, sobre la cual hablaremos a continuación.

2. *Ley General de Salud*

Como vimos en el apartado anterior, y como consecuencia de lo establecido en la Constitución, la Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial* el 7 de febrero de 1987, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y la concurrencia de la Federación y de las entidades en materia de salubridad general. Menciona también como

una de las finalidades del derecho a la protección a la salud, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

La Ley Reglamentaria del Artículo Cuarto Constitucional en los artículos 5o. y 6o. hace referencia al Sistema Nacional de Salud, que a decir del maestro Gonzalo Moctezuma Barragán: "...se constituye con la finalidad de cumplir con los propósitos del derecho a la protección de la salud garantizado por la Constitución. Está integrado por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, así como por personas físicas y morales de los sectores social y privado, que presenten servicios de salud".⁵

El Sistema Nacional de Salud se encuentra compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud.

Es de destacar que si bien el ISSSTE cubre a los empleados del gobierno federal, algunos gobiernos estatales y a la mayoría de las empresas del gobierno, esto es contrario a lo dispuesto en el apartado A del artículo 123 de la Constitución.

De importancia para el presente trabajo es señalar que en la fracción primera del artículo 6o. de la Ley en comento se establece como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud el de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. Como veremos más adelante, éste ha sido un reto permanente para nuestro país.

En el título tercero de la Ley General de Salud, denominado "Prestación de los servicios de salud", se conceptualizan los servicios de salud como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Este título se encuentra dividido en siete capítulos: disposiciones comunes, atención médica, prestadores

⁵ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, Secretaría de Salud-Cámara de Diputados-LVIII Legislatura-UNAM, 2002, p. 8.

de servicios de salud, atención materno-infantil, servicios de planificación familiar y salud mental. Según se observa en ese título, los servicios de salud se clasifican en tres tipos: los de atención médica, entendida como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; los de salud pública, y los de asistencia social, de los cuales hablaremos más adelante.

Una parte neurálgica dentro de la historia de los servicios de salud en nuestro país ha sido su proceso de descentralización. Como es sabido, en 1983 México comenzó la descentralización de los servicios de salud, sin embargo, solamente catorce estados firmaron convenios de descentralización con la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia; fue una descentralización muy limitada y que se paralizó durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari. En 1996 el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León relanzó la descentralización de los servicios de salud mediante el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, publicado el 26 de septiembre de 1996.

Un año antes el gobierno federal estableció la necesidad de modernizar la estructura organizacional y funcional que permitiera responder con eficiencia a las actuales y reales necesidades de la población y poder cumplir con el compromiso prioritario de otorgar servicios de salud de buena calidad a través de la descentralización de los mismos.⁶

Con la aplicación del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se ha logrado una división de responsabilidades clara entre las autoridades federales y estatales. La coordinación entre el gobierno federal y los estados se lleva a cabo mediante el Consejo Nacional de Salud, que está integrado por los secretarios de salud de cada estado y presidido por el secretario de salud federal.

En el Acuerdo mencionado se establece el compromiso para desarrollar principalmente cuatro estrategias:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada.
2. La configuración de sistemas estatales.
3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios.

⁶ *Cfr.* Muñoz de Alba Medrano, Marcia (coord.), *Temas selectos de salud y derecho*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002, p. 23.

4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

En el segundo periodo de descentralización llevado a cabo de 1994 a 2000, y con el propósito de dar cumplimiento a las estrategias mencionadas, la descentralización consistió en una descentralización administrativa, a través de la cual se buscó transferir los recursos financieros programados, bienes muebles e inmuebles y plazas laborales de la Federación a los estados, manteniéndose la Secretaría de Salud como cabeza de sector.

Esta transformación del Sistema Nacional de Salud ha sido lenta, y ha sido causante de tensiones importantes dentro de los diversos ámbitos del sector: sindical, burocrático, profesional, entre otros.

3. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*

Este Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial* el 14 de mayo de 1986, y su objeto es proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de los servicios de atención médica.

De los doce capítulos que conforman el Reglamento nos interesa el primero de ellos, correspondiente a las disposiciones generales, ya que es el que establece los lineamientos generales para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, entendidos como el conjunto de recursos que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos. El Reglamento regula de manera concreta la prestación de servicios de atención médica, ya sea que éstos se presenten en establecimientos públicos, sociales o privados. Asimismo, se señalan como servicios de atención médica los de atención materno infantil, planificación familiar, salud mental, servicios de rehabilitación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

El Reglamento en cuestión indica que para establecer los criterios de distribución del universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura, se tomarán en cuenta, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, y la capacidad instalada del sector salud.

Otra parte fundamental de la prestación de los servicios públicos de salud es la regionalización, y para establecerla se tomarán en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como al desarrollo del municipio.

Referente a lo anterior, debemos comentar que el acceso a los servicios de salud en México sigue enfrentando importantes problemas; obviamente, el relativo a su financiamiento es de los más importantes.

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO
ANEXO 1.3

Inversión en salud*				
Entidad federativa	Gasto público en salud como porcentaje del PIB**	Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada***	
			Estatal	Federal
Nacional	3	17.4	17.4	82.6
Aguascalientes	3	20.5	20.6	79.4
Baja California	2.4	21.8	0.5	99.5
Baja California Sur	4.4	20.6	13.8	86.5
Campeche	2.5	6.6	12.7	87.3
Coahuila	2.8	23.9	7.1	92.9
Colima	4.9	15.0	2.7	97.3
Chiapas	5.0	15.9	7.8	92.2
Chihuahua	2.4	22.6	24.9	75.1
Distrito Federal	3.4	12.4	30.1	69.9

Inversión en salud*				
Entidad Federativa	Gasto público en salud como porcentaje del PIB**	Gasto público en salud como porcentaje de gasto público total	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada***	
			Estatal	Federal
Durango	3.8	13.0	2.5	97.5
Guanajuato	3.1	22.3	26.1	98.7
Guerrero	3.8	14.1	1.3	73.9
Hidalgo	4.2	14.0	5.8	94.2
Jalisco	3.2	34.1	33.8	66.2
México	2.5	25.3	4.7	95.3
Michoacán	3.4	19.1	8.6	91.4
Morelos	3.2	22.3	12.7	87.3
Nayarit	5.4	22.3	11.5	88.5
Nuevo León	2.1	26.9	10.5	89.5
Oaxaca	4.8	15.8	5.6	94.4
Puebla	2.9	23.8	20.0	80.0
Querétaro	2.3	18.0	7.3	92.7
Quintana Roo	2.1	24.7	12.3	87.7
San Luis Potosí	3.5	20.9	4.3	95.7
Sinaloa	4.5	21.5	19.2	80.8
Sonora	3.3	21.0	31.0	69.0
Tabasco	6.4	20.5	51.7	48.3
Tamaulipas	3.2	16.5	13.8	86.2
Tlaxcala	4.3	22.3	8.1	91.9

Inversión en salud*				
Entidad Federativa	Gasto público en salud como porcentaje del PIB**	Gasto público en salud como porcentaje de gasto público total	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada***	
			Estatad	Federal
Veracruz	4.6	15.3	29.7	70.3
Yucatán	4.9	22.8	4.0	96.0
Zacatecas	4.9	19.1	10.5	89.5

* Cifras preliminares al 31 de mayo de 2005. FUENTE: Sistemas de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas); Dirección General de Información, Secretaría de Salud.

** El PIB nominal por gran división para 2004 es de \$7,563,778,032 miles de pesos según INEGI. A partir de ese total se realiza una distribución proporcional entre las entidades federativas, tomando en cuenta el crecimiento promedio. El diferencial entre total para las entidades federativas, tomando en cuenta el crecimiento promedio. El diferencial entre total para las entidades federativas y el total nacional se debe a que al PIB a precios de mercado se le restan los impuestos a los productos netos.

*** El gasto federal incluye el ramo 33(FASSA) y ramo 12. La distribución del ramo 12 se realizó de la siguiente manera: las transferencias directas se asignaron por entidad federativa en lo que se refiere a programas como Oportunidades, IMSS-Oportunidades, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional y Apoyos Especiales, lo correspondiente a Unidades Centrales se considera como gasto no distribuible. El Hospital Manuel Gea González, el Hospital General de México, el Hospital Infantil, el Hospital Juárez de México y los institutos nacionales en función de los egresos hospitalarios. Por último, el resto de organismos descentralizados y órganos desconcentrados se considera de igual manera gasto no distribuible.

Como podemos observar, en 2005 solamente el 11.4% del gasto público total se asignó a salud.

El Reglamento también establece que los establecimientos de carácter privado realizarán las siguientes actividades referentes a los servicios que presenten:

1. Colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a los que se refiere el artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud.

2. Proporcionar servicios de urgencias.
3. Hacer con oportunidad las notificaciones correspondientes de las enfermedades transmisibles a la autoridad sanitaria.
4. Proporcionar atención médica a la población en casos de desastre.
5. Colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.
6. Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo con los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

La proporción y términos para la prestación de estos servicios podrán fijarse en los instrumentos de concertación que al efecto suscriban la Secretaría y los establecimientos, tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución de cada uno de ellos.

Otro elemento fundamental de la prestación de los servicios públicos de salud son los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, que es el conjunto ordenado de insumos para el primer nivel de atención médica. Los insumos son los medicamentos, sustancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, instrumental, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos.

Los servicios de atención médica están divididos en nuestro país en tres niveles:

Primer nivel de atención médica: son las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

Segundo nivel de atención médica: son los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

Tercer nivel de atención médica: son las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

III. TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD

Como habíamos comentado en líneas anteriores, los servicios de salud se clasifican en tres tipos: los de atención médica, los de salud pública y los de asistencia social. Asimismo, la Ley General de Salud los clasifica atendiendo a los prestadores de los mismos: servicios públicos a la población en general, servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios, y servicios sociales y privados. Es a partir de esa clasificación que desarrollaremos el contenido de este apartado.

1. *Servicios públicos*

Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Recordemos que la gratuidad se refiere a que el servicio se preste sin ánimo de lucro, o sea, que tenga una tarifa que únicamente permita la recuperación de su costo. Por lo que hace a la universalidad o generalidad, de acuerdo con la doctrina, consiste en que toda persona que satisfaga los requisitos previstos para el caso en las normas jurídicas y solicite el servicio no debe negársele el servicio público, con la única excepción que la demanda del servicio rebase la capacidad de desahogo del mismo. Este carácter esencial del servicio público se desprende del principio de no discriminación.

En estos servicios, la legislación al referirse a las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación del mismo, se ajustarán

a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

La Ley General de Salud prevé que los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Por otra parte, establece que se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

Los establecimientos públicos de salud federales son los once institutos nacionales de salud, el Hospital General de México y el Hospital Juárez, que recientemente, el 26 de enero de 2005, fue creado como organismo descentralizado por acuerdo presidencial.

2. Servicios de asistencia social

Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en la ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de la ley, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud

mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, tiene en los términos de la Ley del Seguro Social la obligación de organizar y administrar el Seguro Social. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es también un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuya misión es contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios: médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, vivienda, tiendas y farmacias, y servicios turísticos.

Para el cumplimiento de sus fines, el Instituto contará con delegaciones, las cuales, como unidades desconcentradas, estarán jerárquicamente subordinadas a la administración central, y tendrán las facultades específicas para resolver sobre la materia y la competencia territorial que se determine en su caso.

De acuerdo con la información plasmada en el *Boletín de información estadística* (Secretaría de Salud, 2002) se estima que el IMSS cubre a 40,930,315 personas; el ISSSTE a 9,128,315, y Pemex a 599,128, sumando en total 52,532,867 personas.

3. *Servicios de salud sociales y privados*

Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles; y son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación

de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se registrarán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca la Ley y las demás disposiciones aplicables.

La Ley General de Salud establece que los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud. Asimismo, señala que corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.

IV. ANÁLISIS DEL MARCO JURÍDICO DE LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE SERES HUMANOS EN NUESTRO PAÍS

1. *Fundamento constitucional*

El fundamento constitucional de la donación y los trasplantes de órganos tejidos y células lo encontramos plasmado en el artículo 4o., párrafo tercero, de nuestra carta magna, que, como ya se mencionó, es a su vez el fundamento del derecho a la protección de la salud que tenemos todos los mexicanos.

El párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional establece que sea la ley quien defina “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”; la ley a que se refiere la Constitución es la Ley General de Salud, sobre la cual hablaremos a continuación.

2. *Ley General de Salud*

En nuestro país los antecedentes legislativos referentes a la donación y trasplante de órganos, tejidos y células datan del 13 de marzo de 1973, fecha en la que fue publicado el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que en su título X establecía las bases para que la Secretaria

de Salubridad y Asistencia ejerciera la normatividad y el control sanitario sobre los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

El 25 de octubre de 1976 se publicó en el *Diario Oficial* el Reglamento Federal para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, mediante el cual se establecía el Consejo Nacional de Trasplantes como un cuerpo colegiado y especializado en la materia, y el Registro Nacional de Trasplantes como una coordinación para todas las actividades relacionadas con la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Al publicarse en el *Diario Oficial de la Federación*, el 7 de febrero de 1984, la Ley General de Salud, que deroga al Código Sanitario, en su título XIV confirma y amplía los lineamientos necesarios para un mejor control sanitario sobre los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

En las reformas realizadas a la Ley General de Salud publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de agosto de 1991, en el artículo 313 establece que le corresponde a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, y cadáveres de seres humanos, teniendo a su cargo para tal efecto el Registro Nacional de Trasplantes.

El 7 de mayo de 1997 se lleva a cabo la tercera modificación a la Ley General de Salud en su título XIV, estableciendo como atribuciones el “Control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos”.

En enero de 1999, por acuerdo presidencial, se crea el Consejo Nacional de Trasplantes, como una comisión intersecretarial de la administración pública federal con objeto de promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.

El 26 mayo de 2000 se modifica nuevamente el título XIV de la Ley General de Salud, quedando como “Donación, trasplantes y pérdida de la vida”, y en el artículo 313 señala que le compete al Centro Nacional de Trasplantes el control sanitario de los mismos, iniciando sus operaciones como un órgano desconcentrado, dependiente de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales en enero de 2001.

Entre los objetivos del Centro Nacional de Trasplantes se estableció el desarrollar las condiciones necesarias para favorecer el marco de actua-

ción en materia de autoridad sanitaria federal, y desarrollar el marco regulatorio para favorecer el eficiente desempeño de los integrantes de un Sistema Nacional de Trasplantes.

El 30 de junio de 2003 las atribuciones de vigilancia y control sanitario de las actividades de trasplantes se transfieren a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, para dedicar los esfuerzos al diseño y coordinación del Sistema Nacional de Trasplantes y su Programa Nacional.

El 5 de noviembre de 2004 se reformaron los artículos 333, fracción VI, 461, 462 y 462 bis, y se adicionó al artículo 329 —de los cuales hablaremos más adelante—. La reforma más reciente es del 7 de junio de 2005, y es referente a la definición de cadáver.

Como podemos observar y como lo mencionamos antes, la legislación en trasplantes es completamente dinámica en cuanto debe ajustarse a las necesidades médicas, científicas y sociales del momento.

Se hace énfasis en que la Ley General de Salud señala que la donación de órganos, tejidos y células se regirá por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad.

En el orden normativo mencionado se establecen claramente las diferencias entre la donación en vida y la donación *post mortem*. La donación *post mortem* puede ser expresa si antes de morir tomamos la decisión de hacerlo y lo dejamos por escrito; o tácita si nunca expresamos nuestra negativa a ser donadores, o si nuestro consentimiento únicamente se lo expresamos a nuestros familiares para que en su momento ellos transmitan nuestra decisión de donar y entonces lo manifiesten por escrito.

La Ley General de Salud establece que en la donación expresa se puede señalar que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones, y además, se pueden expresar condiciones de modo, tiempo y lugar.

Si el consentimiento expreso corresponde a un mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales no podrá ser revocado por terceros, sin embargo, el donante lo puede revocar en cualquier momento sin responsabilidad de su parte.

El consentimiento tácito sólo puede ser *post mortem* y aplicará solamente para la donación de órganos y tejidos una vez que se haya confirmado la pérdida de la vida del paciente.

El concepto de muerte cerebral es reconocido a nivel mundial y nada tiene que ver con el estado de coma vegetativo.

La ley claramente señala los signos que representa la muerte cerebral, a saber:

- Ausencia completa y permanente de conciencia.
- Ausencia permanente de respiración espontánea.
- Ausencia de los reflejos del talle cerebral y evidencia de su daño irreversible.

El marco jurídico establece que para comprobar lo anterior se deberá realizar una angiografía encefálica bilateral que demuestre la ausencia de circulación cerebral, o dos electroencefalogramas con un espacio de cinco horas entre cada uno, que demuestre la ausencia de actividad eléctrica en el cerebro.

En la donación de órganos también hay excepciones. Los incapaces u otras personas sujetas a estados de interdicción no podrán ser donadores en vida ni después de su muerte.

Por lo que a menores de edad se refiere, éstos sólo pueden donar en vida médula ósea, después de su muerte podrán donar órganos, tejidos, córneas, etcétera. Siempre y cuando exista el consentimiento expreso y cuando exista el consentimiento expreso de sus padres o tutores.

Por último, en el caso de mujeres embarazadas, únicamente podrán donar en caso que el receptor esté en peligro de muerte y siempre que este no implique riesgo al bebe.

Para la donación cadavérica, la ley dice que se dará intervención al Ministerio Público en los casos en que la muerte del donante esté relacionada con la averiguación de un delito. Es pertinente aclarar que se le da intervención al Ministerio Público a fin de que éste indique si la toma de los órganos interfiere o no con la averiguación en la que está involucrado, el Ministerio Público no autoriza la donación. Para agilizar estos casos, el Centro Nacional de Trasplantes suscribió en el 2003 un convenio con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, lo que ha permitido registrar una importante reducción en los tiempos de los trámites.

Actualmente se encuentra en análisis una propuesta similar para las procuradurías de los estados de la Federación.

Por lo que respecta a los establecimientos de salud que intervienen en la extracción de órganos y tejidos, es indispensable que éstos cuenten con la licencia expedida por la Secretaría de Salud y cumplan con todos los requisitos de ley.

Capítulo aparte merece el ilustrar y aclarar sobre ciertos conceptos que erróneamente se manejan con gran ligereza, por parte de algunos medios sobre el tráfico de órganos.

Nuestros órganos una vez extraídos por fallecimiento o por propia voluntad tienen una duración aproximada de seis horas para que puedan usarse con fines de trasplante, por lo que deberán ser utilizados de forma inmediata, no toleran su almacenamiento.

En todo caso, bien podría decirse que lo que generalmente se ha divulgado por los medios en el sentido de un tráfico ilícito de órganos es inexacto, más bien se están refiriendo a un fraude mediante el cual se engaña a la gente haciéndole creer mediante el pago por los mismos.

La Ley General de Salud contempla en su artículo 327 la prohibición del comercio de órganos, tejidos y células.

Por el contrario, establece que la donación de éstos con fines de trasplantes se registrará por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito.

Consideramos de interés también comentarles que en nuestro país, a pesar de los grandes esfuerzos de difusión y promoción de la donación de órganos y los trasplantes, las estadísticas reflejan que un alto porcentaje de donación no se concretan por la negativa familiar.

Hemos encontrado que la familia se niega a donar por las siguientes causas:

- 1) Desconocimiento de la voluntad del disponente originario.
 - Temor a tomar la decisión equivocada surgiendo entonces diferencias de opinión.
- 2) Desconocimiento del proceso de donación.
 - Desconfianza de la legalidad y transparencia.
 - Desconfianza del destino de los órganos que se van a donar.
 - Tráfico de órganos por actos de corrupción.
 - Sin embargo, la Ley General de Salud establece estrictas medidas de control: el consentimiento expreso o tácito en el que se ven involucrados los miembros de la familia debe hacerse por escrito mediante el llenado del formato correspondiente.

- 3) Desconfianza del diagnóstico médico por desconocimiento de la muerte cerebral.
 - Es difícil superar el concepto tradicional de muerte a través de paro cardíaco y respiratorio con la muerte cerebral, de manera artificial el potencial donador sigue respirando y el corazón le sigue latiendo, lo que ocasiona que los familiares en ocasiones desconfíen del diagnóstico médico.
- 4) Concepto de mutilación. La Ley General de Salud establece explícitamente que los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y la consideración debida.
- 5) Problemas institucionales de orden económico, organizacional y de actitud en el personal que en su conjunto impactan negativamente y desmeritan la calidad y calidez de la atención que deben brindar los establecimientos hospitalarios.

Es altamente satisfactorio comentarles y participarles que el 26 de septiembre quedó establecido por decreto como el Día Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, con el propósito de fomentar la cultura de la donación, además de crear una conciencia de la necesidad de solidaridad entre la población.

Los principios que orientan nuestra legislación se refieren a la libertad personal, a los derechos de la familia, el derecho que recae sobre los cadáveres y a las creencias, todos ellos bien conocidos por los lectores como derechos humanos y cargados de un alto contenido bioético.

3. *Reglamento de la Ley*

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos fue publicado el 20 de febrero de 1985 en el *Diario Oficial de la Federación*. A diferencia de la Ley, este Reglamento ha sido modificado por única vez el 26 de noviembre de 1987, lo cual ha creado la necesidad de realizar un proyecto para un nuevo reglamento sobre la materia.

El proyecto tiene por objeto ampliar la regulación en las actividades relativas a la donación, obtención, recolección, análisis, conservación, preparación, suministro, recepción, uso terapéutico y destino final de órganos, tejidos células, productos y cadáveres de seres humanos.

Asimismo, pretende actualizar el contenido del ya existente Reglamento en la materia, denominado Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, mismo que se encuentra vigente

En el nuevo Reglamento se regulan actividades y procedimientos anteriormente no previstos, pero de gran importancia en la actualidad, como son los requisitos mínimos con los que deben cumplir los establecimientos que soliciten una licencia sanitaria; se resaltan las facultades y obligaciones de los responsables sanitarios, de los coordinadores de trasplantes de los establecimientos donde se realicen trasplantes y de los bancos de órganos, tejidos y células, de los grupos procuradores y de los comités de trasplantes y de reproducción asistida; se agrega a los usos terapéuticos de órganos, tejidos y células el trasplante xenogénico, cuando el donador y receptor son de diferente especie; se determina la forma de integración y manejo de las listas de pacientes en espera de un trasplante y el compromiso del médico tratante de informar a sus pacientes sobre el funcionamiento de estas listas; se precisa la urgencia para la asignación preferente de órganos o tejidos; se regulan las actividades relativas a la disposición de células germinales y blastocistos con fines de reproducción asistida. En materia de disposición de gametos y blastocistos, queda prohibido, entre otros, la manipulación genética o cualquier otro procedimiento que no sea con propósitos terapéuticos; por último, incluye la regulación del semen y de la leche humana, como productos del cuerpo humano.

El proyecto del Reglamento cuenta con un título concreto para cumplir con el precepto legal establecido en la Ley General de Salud de que los cadáveres no podrán ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y consideración.

Una vez aprobado y publicado el proyecto, se espera llevar un registro nacional completo de todos los actos relativos a la disposición de órganos, tejidos y células, así como un mayor control y vigilancia sanitarios, con objeto de garantizar una mayor seguridad a los usuarios de estos servicios de salud.

V. LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA

Los principios que orientan nuestra legislación se refieren a la libertad personal, a los derechos de la familia, el derecho que recae sobre los cadáveres, y a las creencias.⁷

Pero antes de continuar y adentrarnos un poco más en el tema de la bioética de los trasplantes, consideramos importante dar una breve definición de bioética como: una reciente disciplina que enlaza algunos de los campos más importantes del conocimiento humano: los del derecho, la ética y la ciencia.

Los problemas que se presentan dentro de la técnica de los trasplantes son los siguientes:

1. Aceptación de la muerte encefálica o cerebral.
2. Consentimiento del potencial donador.
3. Escasez de órganos para trasplante.
4. Distribución de los órganos.

Y para tomar una decisión valorativa sobre estos problemas se emplean los principios de autonomía personal, no maleficencia, justicia y beneficencia.⁸

Todos estos son problemas morales que no se pueden resolver sólo con las armas de la medicina ni con las del derecho.

Regresando a los principios, el *principio de no maleficencia* se refiere a “no hacer daño”. En todo momento los médicos y personal involucrado buscarán no hacer mal al paciente, brindándole las indicaciones y cuidados necesarios para intentar darle el mayor bienestar a la persona.⁹ No es justificable moralmente si se causa un daño, y por lo anterior, el procedimiento del trasplante debe tener un fundamento sólido y consistente, es decir, debe contar con una investigación previa. Aunque para algunos órganos y tejidos persiste todavía la necesidad de considerarlos en la fase de experimentación y en estos casos es necesario ponderar el riesgo-beneficio que signifiquen para el sujeto.

⁷ González Schmal, Jesús, *La bioética un reto del tercer milenio, donación de órganos azar de la subsistencia*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 153.

⁸ Cfr. Beauchamp, Tom *et al.*, *Principles of Bioemdicinal Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1989, p. 21

⁹ Cfr. *ibidem*, p. 123.

El *principio de autonomía personal* se refiere a que tanto la decisión del receptor para someterse a la intervención para ser trasplantado como la del donador debe ser respetada completamente y sin lugar a dudas.

En concreto, el consentimiento debe reunir las siguientes características :

1. Debe ser personalísimo, es decir, no puede ser otorgado por nadie en nombre de otro.
2. Requiere de la más plena deliberación, de la más completa información y de la libertad más absoluta.
3. Debe ser rigurosamente formal.

A este respecto, la ley en México invalida el consentimiento otorgado por menores de edad, incapaces y personas que por cualquier circunstancia no puedan expresar su consentimiento libremente.

A nivel reglamentario es más explícito cuando señala que el disponente del que se tomen órganos o tejidos deberá en vida:

- I. Tener más de dieciocho años de edad.
- II. Contar con dictamen médico actualizado y favorable sobre su estado de salud, incluyendo el aspecto psiquiátrico.
- III. Tener compatibilidad con el receptor, de conformidad con las pruebas médicas practicadas.
- IV. Haber recibido información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extirpación del órgano, en su caso, así como las probabilidades de éxito para el receptor.
- V. Haber expresado su voluntad por escrito, libre de coacción física o moral, otorgada ante dos testigos idóneos o ante un notario.

A continuación mencionaremos un caso que ilustra la importancia del consentimiento:

En 1981 en Argentina se presentó ante la Corte Suprema de Justicia un caso que se trataba de la necesidad de un menor, quien padecía de insuficiencia renal y requería de un trasplante de riñón. El niño ya había recibido un trasplante de su madre, pero éste no tuvo éxito y su vida corría peligro de acuerdo con el dictamen médico. La única persona que podía ceder uno de sus riñones era su hermana, y la extracción no presentaba un grave riesgo para su salud. Sin embargo, el problema residía en que a la potencial donadora le faltaban dos meses para cumplir 18 años, y, al igual

que en nuestro país, la ley argentina limita la posibilidad de consentimiento a aquellas personas mayores de edad y en pleno uso de sus facultades mentales. La menor consentía y los padres buscaron una autorización judicial. En primera y segunda instancia los jueces fallaron en contra de que la menor donara con la clara intención de protegerla y porque los jueces debían observar estrictamente lo dispuesto por la ley. Sin embargo, la Corte opinó diferente y autorizó el trasplante.¹⁰

La Corte resolvió en este sentido haciendo el razonamiento siguiente:

“Estaba en juego el derecho a la vida de un paciente y el consentimiento del donante es sumamente importante para compensar la lesión a su integridad física, es a través de ese acto de voluntad que se reestablece el equilibrio entre lo que dicta la ley y la razón”.¹¹

Otro ejemplo relacionado con la autonomía personal es el referente a si una persona está o no de acuerdo con los criterios de muerte cerebral, ya sea por razones religiosas, filosóficas o de otra índole. La autonomía personal hace necesario respetar también esa autonomía de conciencia. Esto significa que en todos los casos se debe actuar con consentimiento informado explícito.

El *principio de justicia* se encuentra íntimamente relacionado con la equidad en la distribución de órganos.

En los trasplantes de órganos y tejidos la principal preocupación ética en el ámbito de la justicia distributiva lo constituye la adecuada asignación de los escasos órganos existentes a las personas que más lo necesiten.

Esta necesidad bioética es cubierta por nuestra legislación en el artículo 336:

- La gravedad del receptor.
- La oportunidad del trasplantes.
- Los beneficios esperados.
- La compatibilidad con el receptor.
- Los demás criterios médicos aceptados.

¹⁰ Vázquez, Rodolfo, “Consentimiento y extracción de órganos”, *Isonomía, Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, octubre de 1994, p. 193.

¹¹ *Idem.*

Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a la lista a cargo del Centro Nacional de Trasplantes.

Por último, el *principio de beneficencia* pretende ayudar a mejorar la salud de las personas que padecen una enfermedad crónico-degenerativa intentando reincorporarlas a una vida normal, en donde pueden ser productivos para la sociedad y sigan compartiendo la vida con sus seres queridos. Pero este principio en especial, de acuerdo con lo establecido con anterioridad, no debe ser adoptado únicamente por los médicos trasplantólogos, sino por toda la sociedad; es decir, todos debemos tomar conciencia de la gravedad en la que se encuentra una persona que requiere de un órgano para seguir viviendo y no podemos dejar de pensar en nuestra vulnerabilidad.

VI. CONCLUSIONES

Si bien durante este sexenio se ha incrementado el acceso a la cobertura de los servicios de salud y la calidad de la atención para los grupos desfavorecidos, el próximo seguirá siendo un reto para el gobierno, por lo que para lograrlo es de importancia destacar la eminente necesidad de aumentar los recursos asignados al sector salud, así como reasignarlos.

Por lo anterior, también se propone la municipalización de los servicios de salud ampliando sus atribuciones para participar en la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial, la participación en los órganos de decisión de nivel estatal, la gestión directa de los servicios de atención de primer nivel, y las decisiones sobre construcción y ubicación de unidades médicas nuevas o la ampliación de las existentes.

No hay duda, además de luchar porque en los servicios de salud exista la equidad y alta calidad, se requeriría elevar el presupuesto de la Secretaría de Salud en mucho.

Otro grave problema es el acceso a los servicios de salud, sobre todo de aquellas personas que no se encuentran asegurados, el cual pretende ser resuelto en parte por el Seguro Popular, sin embargo, para que realmente dé resultado la implementación del mismo debería ir aunado a ampliar la oferta de los servicios de salud pública y aumentar su nivel de calidad.

Se debería conformar un sistema justo y solidario en el desarrollo de programas de procuración y trasplantes de órganos soportado sobre la base de los siguientes presupuestos:

- a) Debe ser producto del debate y consenso de los representantes de nuestra sociedad, la generación de normas éticas y legales más completas a fin de fomentar al desarrollo de los trasplantes y un adecuado sistema de distribución.
- b) Deben fomentarse condiciones de igualdad para todas las personas que podrían beneficiarse con la donación de órganos y tejidos, tratando con la misma consideración y respeto a todos aquellos que se encuentran en condiciones similares.
- c) Debe garantizarse un desarrollo prioritario de los programas de procuración de órganos y tejidos provenientes de donantes cadavéricos.

Para que el servicio público de salud en nuestro país cumpla con los principios éticos básicos de autonomía personal, no maleficencia, justicia y beneficencia en la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células es indispensable que se apliquen los siguientes derechos humanos:

- Derecho a la vida.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la autonomía.
- Derecho a la información, a la verdad.
- Derecho a la confidencialidad.
- Derecho a un trato digno.
- Derecho a la libre decisión.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1989.
- DELGADILLO GUTIÉRREZ, Luis Humberto y LUCERO ESPINOSA, Manuel, *Compendio de derecho administrativo*, México, Porrúa, 1997.
- FERNÁNDEZ RUIZ, Jorge, *Derecho administrativo (servicios públicos)*, México, Porrúa, 1995.

- GONZÁLEZ SCHMAL, Jesús, *La bioética un reto del tercer milenio, donación de órganos azar de la subsistencia*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002.
- MARTÍNEZ GARNELO, Jesús, *La figura jurídica del contrato en los trasplantes de órganos humanos*, Porrúa, 2002.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud-Cámara de Diputados-LVIII Legislatura-UNAM, 2000.
- MUÑOZ DE ALBA MEDRANO, Marcia (coord.), *Temas selectos de salud y derecho*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002.
- RIVERA LÓPEZ, Eduardo, *Ética y trasplantes de órganos*, Fondo de Cultura Económica-UNAM, 2001.
- VÁZQUEZ, Rodolfo, “Consentimiento y extracción de órganos”, *Isonomía, Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, octubre de 1994.

Disposiciones jurídicas

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley del Seguro Social.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Declaración sobre el Derecho al Desarrollo.
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
- Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, *DOF* del 13 de marzo de 1973.

Fuentes electrónicas

www.salud.gob.mx.

www.sre.gob.mx/.

www.imss.gob.mx.

www.souerc.eoecd.org.

www.bancomundial.org.mx.