



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Sede Académica de México

Maestría en Políticas Públicas Comparadas, VI (sexta) Promoción,

2014-2015

**“La donación y trasplante de órganos en México, una política
inconclusa”**

Tesis para obtener el grado de Maestro, que presenta:

Rene Mendoza Arvizu

Director de Tesis: Doctor Mario Alejandro Torrico Teran

Línea de investigación: Desempeño de servicios y organismos
públicos

Ciudad de México, julio 2017



Resumen.

La presente investigación aborda los resultados que el gobierno ha tenido en un tema vital de salud, al tratarse de una cuestión que puede mejorar la situación de muchas personas y, en muchos casos, salvarles la vida: la donación y el trasplante de órganos. El aumento de enfermedades crónicas y de otros factores que llevan a que un individuo pierda la función de alguno de sus órganos, es una situación fatal para cualquier ser humano que trastoca a la propia sociedad, pues tener sujetos enfermos inhibe el desarrollo; en México, la brecha entre las personas que necesitan de un órgano y aquellas que logran ser trasplantadas se vuelve cada vez mayor, cifras oficiales muestran que solo 31.5% de las personas son atendidas, lo que sitúa al país en el lugar 42 de 84 en la materia, ello revela que las acciones gubernamentales son ineficaces, por lo que es necesario cuestionar dicha situación, que propicie que los actores gubernamentales y la sociedad misma comprendan que la donación y el trasplante de órganos es una política pública inconclusa, pero sobre todo, para que se efectúe un replanteamiento de la misma, que propicie el incremento en la atención de los ciudadanos que lo necesitan.

Palabras clave: donación, trasplante, política pública de salud.

Abstract.

The present research addresses the results that the government has had on a vital health issue, as it is an issue that can improve the situation of many people and, in many cases, save their lives: organ donation and transplantation. The increase of chronic diseases and other factors that cause an individual to lose the function of some of their organs, is a fatal situation for any human being that disrupts the society itself, since having sick subjects inhibits its development; In Mexico, the gap between people in need of an organ and those who manage to be transplanted is increasing, official figures show that only 31.5% of people are cared for, which places the country in the 42nd place of 84 in The matter, this reveals that government actions are ineffective, so it is necessary to question the situation, which allows government actors and society to understand that organ donation and transplantation is an unfinished public policy, but above all, for That a rethinking of the same one was carried out, that propitiates the increase in the attention of the citizens who need it.

Key words: donation, transplantation, public health policy.

Dedicatoria.

A mi esposa Diana León García, antes que a nadie, que siempre ha sido mi soporte y mi aliento en todas las aventuras en las que me he embarcado; su belleza, talento y dedicación han sido una fuente de inspiración.

A mis padres, Angelina y René, que me enseñaron que todo esfuerzo tiene una recompensa.

A mis familiares Sergio y Mónica, padre e hija, quienes padecieron al lado de su familia, las consecuencias de que en nuestro país la política pública de donación y trasplante de órganos aún esté inconclusa. Gracias Mónica por demostrarnos la fuerza y las ganas de vivir, y gracias Sergio por ser el héroe de esta historia.

Agradecimientos.

A mi maestro Roberto Salcedo Aquino, del cual he aprendido la nobleza y responsabilidad que implica ser un servidor público, y que no importa cuántos nubarrones se vislumbren en el cielo, al final del día, la vida es fácil.

A mi maestro Mario Alejandro Torrico Teran, quién me apoyo en el desarrollo de este trabajo, su paciencia y su guía denotan su profesionalismo; su orientación y aportaciones fueron fundamentales para concluir esta tesis.

A mis lectores y maestros durante la maestría. Suguei que con sus enseñanzas me hizo comprender la altura profesional a la que debo estar y Patricio que siempre con su análisis, le da el toque fino y profesional a los trabajos.

Índice

Introducción	8
Definición del problema público abordado	11
Pregunta de investigación	19
Hipótesis	20
Objetivo	21
Fuentes de Información	21
Capítulo 1. Referencias teóricas y conceptuales sobre la política de salud en materia de donación y trasplante de órganos	22
Capítulo 2. Contexto de la donación y trasplantes de órganos en México	37
2.1. Marco histórico: cronología de los avances en trasplantes de órganos	37
2.2. Marco legal actual aplicable a la donación y trasplantes de órganos	41
2.3. Operacionalización de la política de salud en materia de donación y trasplante de órganos	44
2.4. Benchmarking. Las buenas prácticas en el fomento de la donación y realización de trasplantes, ejemplos relevantes	50
Capítulo 3. Análisis de los factores que inciden en los resultados de la política de salud en materia de fomento para la donación y trasplantes de órganos	61
3.1. Las pretensiones del gobierno: las acciones de salud en materia de donación y trasplantes dentro de la planeación gubernamental 2013-2018	61
3.2. Recursos públicos en las acciones de salud en materia de donación y trasplantes	69
3.3. Sistema de indicadores para medir el desempeño del fomento a la donación y la consecución de trasplantes	77
3.4. Promoción para la donación de órganos	82
3.5. Licencia de procuración y licencia para trasplante	88

3.6. El modelo institucional de coordinación de donación, los modelos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos, y el modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes	98
3.6.1. Implementación: conformación y operación de los CETRAS	106
3.7. Recursos humanos	109
3.7.1. La suficiencia de médicos para trasplantes	109
3.7.2. La situación de la figura del Coordinador hospitalario en México	114
3.8. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud	126
3.9. Información sobre las donaciones y los trasplantes de órganos	129
Capítulo 4. Situación actual de México en cuanto a la política de salud en materia de donación y trasplantes	136
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	143
Bibliografía	154
Anexos	156

Introducción

La salud de las personas es vital para cualquier sociedad, su importancia puede entenderse desde la perspectiva política, ética o económica, de hecho, está considerada como un derecho inalienable del ser humano, debido a que un pueblo con salud es requisito indispensable para lograr el desarrollo de un Estado, por tanto, lograr un sistema de salud eficaz es tarea indispensable de cualquier gobierno. Los trasplantes de órganos entendidos como la transferencia de algún órgano o tejido que tiene la finalidad de reemplazar algún otro que haya perdido su funcionamiento, así como fomentar su donación para que un individuo pueda recuperar la salud y, en muchos casos, salvar la vida; se vuelven parte vital de un sistema moderno de salubridad.

Factores como la incidencia de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población han aumentado la demanda de trasplantes de órganos en todo el mundo, y en México esta problemática es especialmente grave, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el país ocupa el lugar 42 de 84 en dicha materia, este bajo porcentaje de atención tiene como consecuencia, que existan personas sin calidad de vida y, en muchos casos, significa la muerte.

Las causas por las cuales el problema de la baja donación y trasplantes que impide mejorar la salud de muchas personas pueden ser variadas, desde una carencia de cultura en la sociedad sobre la donación, hasta impedimentos legales que no propician que se den dichas acciones. En este trabajo, la perspectiva abordada corresponde al estudio de políticas públicas, ya que el presente ejercicio tiene el propósito de mostrar que, si bien existen acciones gubernamentales para atender el problema de la falta de donación y trasplante de órganos, estas son aún una política inconclusa que tiene como consecuencia que cada año, la brecha entre las personas que requieren de un órgano y los trasplantes que se realizan se incrementa.

El gobierno mexicano ha realizado un ejercicio de identificación del problema público, pero no ha determinado cuáles son los instrumentos más idóneos para atenderlo, ya que carece de un diagnóstico preciso del tema; por lo que algunos

de los factores causales que explican que no se haya concretado una política pública eficaz son: la poca importancia que tiene el tema en la agenda pública, los escasos recursos destinados a la materia, la carencia de instrumentos de medición para determinar el impacto de las acciones implementadas, la falta de promoción y difusión de la donación y la insuficiencia de centros médicos para llevar a cabo la procuración y trasplantes de órganos, por mencionar algunos elementos.

Debido a lo anterior, la hipótesis que guio esta investigación corresponde a la lógica de un diagnóstico administrativo público, ya que se busca demostrar las causas por las cuales las acciones de salud en materia de donación y trasplantes han sido ineficaces, partiendo de la idea de que no se tiene una estrategia concreta para promoverlos y facilitarlos, propiciando que los esfuerzos en dicha materia sean insuficientes para atender el problema público de salud al que se enfrenta una parte de la población. Por esta razón, analizar las acciones de gobierno en la materia, a fin de determinar los principales obstáculos que se tienen en la ejecución de la política de salud para atender el problema, es el objetivo que se persigue en este trabajo.

Finalmente, las conclusiones apuntan a la necesidad de que la política sanitaria en materia de donación y trasplantes sea revisada y reforzada, al tratarse de un tema relevante para la sociedad, por lo que será necesario que los encargados de la política pública realicen un esfuerzo por mejorar dicha situación; y en este sentido se dan las recomendaciones, entre las cuales destaca la necesidad de que el gobierno dé mayor relevancia al diseño de la política pública sanitaria en la materia, estableciendo para ello, instrumentos adecuados con los que se dé impulso a las acciones de donación y trasplantes, implementando mecanismos claros de medición y de rendición de cuentas para contar con parámetros sobre lo que se pretenda hacer, con ello, es necesario que se desarrolle e instrumente una operación adecuada en varios tópicos como en las actividades de promoción; en las acciones para incrementar el número de establecimientos médicos en donde se lleve a cabo la procuración y trasplantes de órganos; en la integración de modelos que sirvan para operacionalizar la donación y los trasplantes; en la

precisión de la naturaleza administrativa y jurídica que deben tener las instituciones públicas en la materia a fin de tener mayor claridad a su marco de actuación; en lograr captar más y mejores recursos humanos para realizar cirugías de trasplante en hospitales públicos; efectuar acciones que atenúen las consecuencias de tener un sistema de salud fragmentado, propiciando con ello una mejor atención; y en lograr la integración de un sistema de información completo que contribuya a la toma de decisiones.

Definición del problema público abordado

Si atendemos a las lecciones de Luis F. Aguilar¹, en torno al planteamiento del problema público y haciendo un ejercicio de síntesis de lo que para el autor representa dicho concepto, podemos decir que, en general, éste representa una situación no deseada por la sociedad en la cual debe intervenir el Estado mediante el uso de recursos públicos, a fin de darle una solución viable en beneficio de los ciudadanos. Para el tema de donación y trasplantes de órganos se identificó la problemática siguiente:

El aumento en la incidencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, y los factores que actualmente impactan en el estilo de vida, han aumentado la demanda de trasplantes de órganos en el mundo². En México este problema es muy grave, ya que se tiene un bajo porcentaje de atención a las personas que requieren de un trasplante para mejorar su salud y, en algunos casos, para salvar su vida.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, México ocupa el lugar 42 de 84 países en trasplantes de órganos. Adicional a lo anterior, el problema de una baja tasa de donación de órganos se agrava por el crecimiento exponencial de la demanda, debido a que la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles se incrementa. En el cuadro siguiente se muestra la atención a la demanda de trasplantes en el periodo 2007-2014.

¹ Luis F. Aguilar. México, (1993). Problemas Públicos y Agenda de Gobierno, Estudio introductorio y edición, Editorial Porrúa. PP.51-61.

² Reporte "Bull World Health Organ 2014" by World Health Organization.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/es/>

ATENCIÓN A LA DEMANDA DE RECEPTORES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE, 2007-2014

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Población en espera	10,670	11,316	12,471	14,041	15,572	16,947	17,760	19,031
Trasplantes realizados	4,847	5,101	5,035	5,073	5,462	5,971	6,045	5,987
Porcentaje de atención	45.4%	45.1%	40.4%	36.1%	35.1%	35.2%	34.0%	31.5%

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Centro Nacional de Trasplantes, Informe Anual de Donación y Trasplante 2014, México 2016.

A 2014, de acuerdo con las cifras del CENATRA, existían 19,031 personas que requerían de un trasplante y el año anterior, se habían registrado 17,760 que estaban en espera de una donación de órganos, es decir, hubo un aumento de 7.1% en las necesidades de trasplantes, tendencia que ha sido constante, al menos en los últimos 7 años. Al cierre de 2014, de los casos que requirieron de un trasplante, únicamente el 31.5% (5,987) pudieron ser atendidos.

Si bien las cifras de trasplantes realizados se han ido incrementando cada año, al pasar de 16 trasplantes en 2007 a 41 en 2014; los datos revelan que cada vez más existe una brecha en la atención de las personas que requieren de un órgano, ya que en 2007 se dio una atención del orden del 45.4%, mientras que para 2014, dicho porcentaje se redujo a 31.5%, lo que significa que menos de la mitad de personas al año tuvo la posibilidad de resolver su problema de salud mediante estas acciones.

En cuanto a la perspectiva teórica de la donación y los trasplantes, hay una carencia bibliográfica que trate el tema desde una perspectiva de política pública, en su mayoría, los libros y material bibliográfico abordan el tema desde el punto de vista médico o técnico; no obstante, a continuación, se exponen algunos trabajos académicos que vislumbran la situación problemática del tema aquí abordado.

Karina Guzmán Martínez en la tesis denominada “Investigación para impulsar la Donación de órganos y tejidos a través de Marketing digital”, plantea como un problema de la donación de órganos, la deficiente difusión del tema que incida en que haya cada vez más participación para que se dé la donación y, por ende, los trasplantes de órganos, en tanto que dicha actividad ha sido limitada a los medios de comunicación convencionales como televisión, radio y prensa escrita, dejando a un lado nuevas formas de comunicación como las redes sociales. Dicho trabajo se centra en el Distrito Federal, y parte de la hipótesis de que la población joven conoce poco sobre la donación y trasplantes de órganos; por lo que, ante tal situación, su propuesta es que se utilicen plataformas de comunicación como las redes sociales para dar a conocer este tema, con lo cual se empezaría a fomentar la educación de ser donador altruista de órganos para trasplante.

Los resultados más destacables de este trabajo fueron que, el 84% de los encuestados está a favor de la donación de órganos y tejidos; pero el 93% indicó que no existe la difusión necesaria, por lo que consideraron que se debe de invertir más en publicidad para promover la donación de órganos. Además, el 82% de los encuestados estuvo a favor de que se promueva la donación de órganos y tejidos mediante redes sociales.

Las conclusiones que se obtuvieron en esta investigación fueron que la población joven no conoce todos los programas de donación de órganos y tejidos, pero una vez que son informados de manera precisa y objetiva, la mayoría muestra una opinión a favor de estas acciones, además de que se muestran dispuestos a ser donadores.

Es importante considerar que, si bien los resultados del estudio antes referidos demuestran una proclividad de los sujetos a favor de la donación, se debe considerar que el estudio consideró a una población muy específica: jóvenes, con un rango de edad de 18 a 25 años y que además tenían un nivel de estudios universitarios, otra consideración que se debe de tener en claro, es que la muestra fue pequeña, ya que correspondió a 103 personas.

Otro estudio interesante es el de José Ricardo Miranda Cipriano que en su tesis denominada “Propuesta para la promoción de la cultura de la donación de órganos en México”, propuso que la falta de estrategias para la promoción de una cultura de donación de órganos, así como diversos factores económicos, bioéticos, sociales, legales y administrativos hace que existan más de 18,000 personas esperando un trasplante, por lo que es necesario utilizar diversas estrategias para lograr que se fomente la donación de órganos como definir políticas públicas que faciliten la donación, organizar a los tres niveles de salud para que la información se dé a todos los usuarios, negociar con los medios de comunicación una campaña agresiva, lograr una mejor administración de los recursos económicos (análisis costos-beneficios), crear un memorial, dar incentivos no monetarios, organizar al sector educativo y diseñar nuevas formas de donar (aplicaciones electrónicas), para que mediante éstas se pueda promover la cultura de la donación de órganos en México y, con ello, se disminuya el número de personas en lista de espera. Con lo anterior, el objetivo que persigue es precisamente analizar el proceso de trasplantes, a fin de elaborar las propuestas necesarias para promover la cultura de la donación.

De acuerdo con el propio autor, el estudio es post facto, porque únicamente se establecieron diferencias entre las variables sin que se manipularan. El trabajo fue de campo, sin que se tuviera un control estricto sobre las variables y no se dio un seguimiento a los participantes, su tipo de muestreo fue intencional y se llevó a cabo en dos lugares de España y uno en México, dónde se entrevistaron a 300 personas, 100 por cada uno de los lugares seleccionados.

Al igual que en el estudio anterior, los principales resultados versaron sobre la postura sobre la donación de órganos: en México, se obtuvo que el 82% de los encuestados conocía qué era la donación de órganos, el 87% indicó que estaba a favor de este mecanismo, el 30% ha expresado su voluntad de donar, el 71% indicó que no sería donante en vida, pero en una segunda condicionante (como ayudar a un familiar cercano), el 98% mencionó que si lo haría, y un 45% informó que si ha visto alguna campaña sobre donación.

En cuanto a los resultados del estudio, en el caso de España, recordemos que aquí la encuesta se efectuó en dos lugares: Salamanca y Madrid, los principales resultados fueron que el 85% y el 100% conocen sobre el tema de donación de órganos, la postura sobre la donación fue que el 83% y el 100% está a favor; en cuanto a la voluntad de donar, el 43%, en el primer caso, ha expresado su voluntad de ser donador, mientras que en el segundo, correspondió al 64%. Respecto a la donación en vida, el 59% y el 74% respectivamente, si lo harían; en cuanto a donar a un familiar, los resultados mostraron que el 94% y el 100% lo llevarían a cabo; y en el tema sobre las campañas, el 64% y el 92% respectivamente, indicaron que si han visto alguna campaña sobre el tema.

Finalmente, la conclusión a la que se llega es que en México no se tiene una estrategia definida para hacer frente a la problemática. Al igual que en el estudio anterior, es importante tomar en cuenta los alcances del mecanismo estadístico utilizado; sin embargo, los resultados, al igual que en estudio anterior, son reveladores en cuanto a la voluntad de las personas y los factores culturales que influyen en que se tome una decisión de esta naturaleza.

Por otro lado, en los medios periodísticos es común encontrar que la mayoría de las noticias apuntan que la falta de trasplantes es un problema grave de salud. Para este trabajo se realizó una búsqueda de las notas periodísticas del tema, de las cuales se desprende la existencia de diferentes causas que propician la falta de donación y trasplantes. De hecho, en muchas de estas noticias, son los propios médicos los que demandan que el gobierno como responsable de la política, establezcan acciones para reducir las limitantes que actualmente se tienen en dicha política. Entre los problemas que se denuncian, están la falta de recursos presupuestarios específicos para llevar a cabo las actividades, los problemas de coordinación, la falta de licencias sanitarias para procuración de órganos, así como para efectuar las cirugías³, la carencia de especialistas en

³ <http://www.excelsior.com.mx/opinion/2012/01/15/alfonso-aguilar/802236> y <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/15/sociedad/033n2soc>

general⁴ y que por ende indica que no se tienen médicos para trasplantes en varias ramas médicas; hechos que afectan la eficacia de las acciones referidas.

Asimismo, es posible identificar que en el documento específico donde las autoridades gubernamentales justifican su razón de ser y el gasto que solicitan para realizar su labor, que en este caso se denomina “Programa de Acción Específico. Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018)”⁴; en la parte introductoria del documento, el gobierno indica tres problemas de la política de salud en materia de donación y trasplantes:

- La mayor actividad en donación y trasplantes, se da en cinco estados, mientras que en el resto se tiene una baja actividad.
- Existe una diferencia evidente entre las instituciones de seguridad social, públicas y privadas en la capacidad de organización y la productividad en términos de donación y trasplantes, lo que también provoca desigualdad en el acceso a la terapia de los trasplantes de los pacientes.
- La epidemia de obesidad que enfrenta México y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas han potencializado la demanda de trasplantes, pero la respuesta de las instituciones de salud no ha avanzado en la misma proporción, por lo que la atención al cada vez mayor número de pacientes que requieren costosos tratamientos y salen de la vida productiva. Esto impacta de manera significativa al erario federal asignado a salud, afectando la economía familiar y la calidad de vida de los pacientes.

Además, en el apartado denominado “Diagnóstico” del mismo documento, se identifica que se tiene una incidencia en patologías crónico-degenerativas que conducen a una falla orgánica terminal para las cuales el único recurso

⁴<http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contramalecronicos-217240.html>. Mayra Galindo Leal, la Directora de la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer y Maki Ortiz Domínguez Presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores y que fungió como Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud de 2006 a 2011, coinciden en que no se tienen especialistas en medicina para hacer frente a la problemática de salud actual de la población.

terapéutico es el trasplante; y que se tiene un escenario que indica que, para los siguientes 20 años, los grupos de población en los que se presentan con mayor frecuencia los padecimientos crónico-degenerativos tienden a crecer de manera considerable. De acuerdo con el análisis que se incluye en el documento, existe una serie de causas que contribuyen al fenómeno:

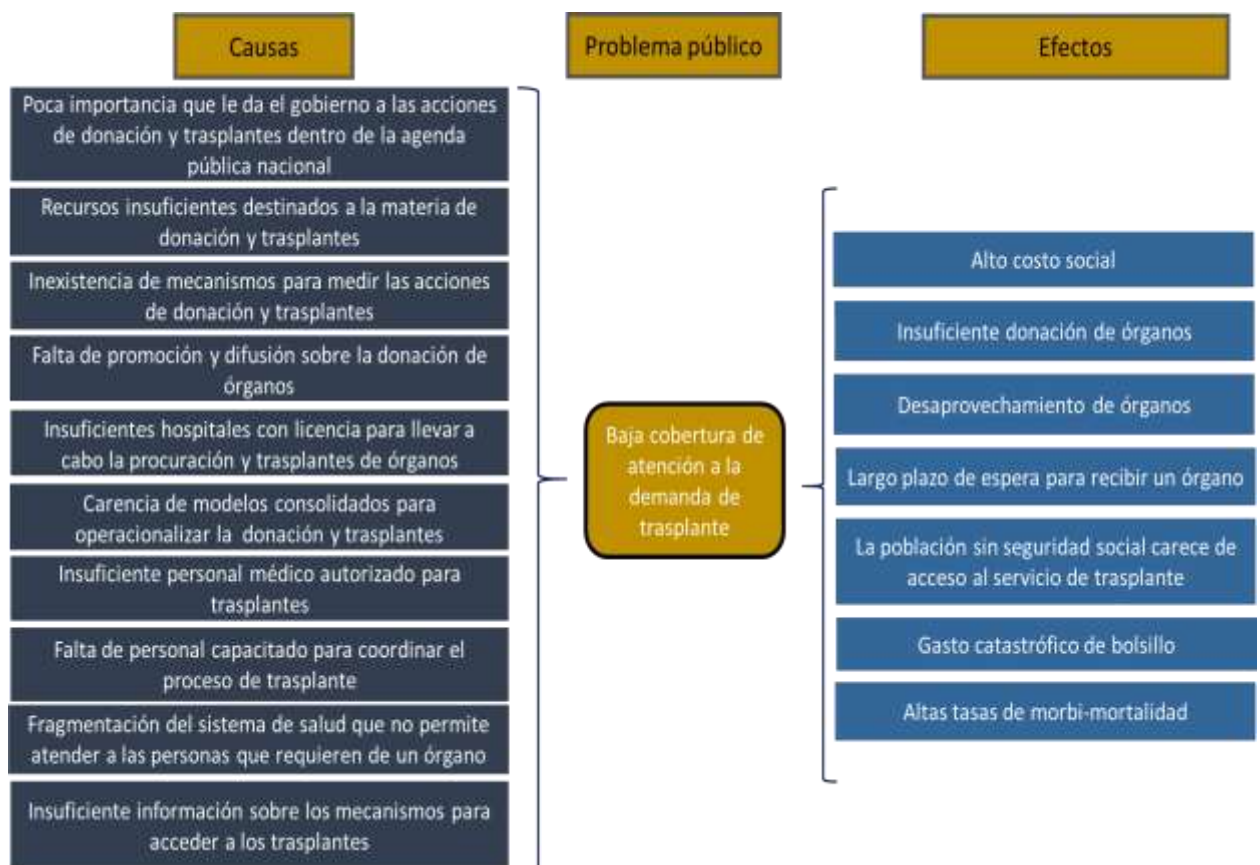
- Información insuficiente que posee la población sobre los mecanismos para acceder a los trasplantes y de cómo se obtienen los órganos para donación.
- Las leyendas y mitos urbanos que se vinculan con la donación y los trasplantes. Entre los cuales se encuentran la idea de que los médicos maltratan los cuerpos cadavéricos como si fueran desechos humanos, la creencia de que, al recibir un órgano donado, parte de la personalidad del donador se transfiere al donante, entre otras.
- Número insuficiente de personal de la salud capacitados en el tema.
- La carencia de coordinadores de donación que cuenten con los apoyos administrativos y económicos que incentiven el desempeño logístico y operativo.
- La amenaza de fenómenos internacionales, como son el turismo de trasplantes, requiere la revisión y adecuación continua de la normativa, a fin de garantizar los derechos y definir las responsabilidades.
- La transportación de órganos y tejidos de un punto a otro del país. Ésto demanda recursos para la comunicación y transportación oportuna y eficiente en cualquier momento que se requiera.
- La falta de programas de inducción y capacitación al tema de procuración y trasplante por parte de las instituciones limita que los procesos a los que se enfrenta el coordinador de donación se concreten de manera eficaz.
- La falta de una selección adecuada en el perfil de los coordinadores de donación ha hecho frecuente que el propósito de una capacitación al personal al interior de las instituciones no se vea favorecida con los recursos humanos, económicos, ni materiales para hacer más eficientes

los procesos.

Es importante indicar que, si bien se tiene un ejercicio de identificación de estas casusas problemáticas en el tema, en el documento no se determina cuáles son los instrumentos o cuál es el fundamento de tales aseveraciones; es decir, no se especifica si se tiene un diagnóstico sobre estas cuestiones sanitarias.

Con base en los documentos analizados, las debilidades del Sistema Nacional de Salud mexicano para atender el problema público de la falta de donación y, por ende, de trasplantes, se pueden sintetizar en el cuadro siguiente:

ESQUEMA DEL PROBLEMA PÚBLICO DEL TEMA DONACIÓN Y TRASPLANTES



Fuente: elaboración propia con base en los documentos: Karina Guzmán Martínez, tesis "Investigación para impulsar la Donación de órganos y tejidos a través de Marketing digital", Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, División de estudios de posgrado, y Centro Nacional de Trasplantes, 2012; José Ricardo Miranda Cipriano, "Propuestas para la promoción de la cultura de donación de órganos en México", Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015;

<http://www.excelsior.com.mx/opinion/2012/01/15/alfonso-aguilar/802236>

<http://www.jornada.unam.mx/2016/03/15/sociedad/033n2soc>

<http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-cronicos-217240.html>; y "Programa de Acción Específico, Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018", Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud, México.

Como se aprecia en el cuadro anterior, una vez analizada la literatura sobre el tema, se identificó que los factores causales como la poca importancia que le da el gobierno a las acciones de donación y trasplantes dentro de la agenda pública nacional; la insuficiencia de recursos destinados a la materia de donación y trasplantes; la inexistencia de mecanismos para medir las acciones de donación y trasplantes; la falta de promoción y difusión sobre la donación de órganos; la insuficiencia de hospitales con licencia para llevar a cabo la procuración y trasplantes de órganos; la carencia de modelos consolidados para operacionalizar la donación y trasplantes; el insuficiente personal médico autorizado para trasplantes; la falta de personal capacitado para coordinar los procesos de donación y trasplantes; la fragmentación del sistema de salud que no permite atender a las personas que requieren de un órgano, y la insuficiente información sobre los mecanismos para acceder a las cirugías para una cirugía de trasplante, han ocasionado que la atención a la demanda de trasplantes de órganos sea insuficiente, teniendo como algunas de las consecuencias, que se tenga un alto costo social y que las tasas de morbi-mortalidad por padecimientos crónico-degenerativos no puedan ser disminuidas.

Pregunta de investigación

La insuficiencia de trasplantes en México constituye un problema grave de salud pública, ya que a medida que transcurre el tiempo, las enfermedades crónico-degenerativas se incrementan y pareciera que nadie hace nada por propiciar que aumente la donación de órganos y la realización de trasplantes que podrían constituir una solución definitiva para muchas personas que están en un caso crítico de salud; ante dicha situación, es pertinente preguntar: ¿cuál es la

situación actual de la política pública de salud en materia de donación y trasplante de órganos en México?

Con mayor especificidad, es necesario también preguntar: ¿cuál es el panorama actual que se tiene en cuanto a la importancia que le da el gobierno a las donaciones y los trasplantes dentro de la agenda pública?; ¿cuántos recursos se destinan a dicha materia?, ¿existen mecanismos y herramientas adecuadas para medir las acciones?; respecto a la falta de promoción y difusión de la donación, ¿ésta es eficiente y suficiente?; en lo referente los hospitales que cuentan con licencia para la procuración y trasplante de órganos ¿se tienen los necesarios?; en cuanto a los modelos para operacionalizar la donación y trasplantes ¿funcionan correctamente?; en lo que toca al personal, ¿se tiene el suficiente personal médico para atender a las necesidades? y en cuanto a la coordinación del proceso de trasplante, ¿ésta es adecuada?; además, ¿el sistema de salud funciona adecuadamente para brindar la atención a la población?; y en lo referente a la información sobre el acceso a las cirugías para un trasplante, ¿es la necesaria y sirve para la toma de decisiones?; factores que se identifican en fuentes diversas como un problema de la política actual.

Hipótesis

En México, las acciones de salud en materia de donación y trasplantes no han sido eficaces, debido a que el Gobierno Federal no tiene una estrategia concreta para promover y facilitar la donación y los trasplantes de órganos, lo cual propicia que las acciones en dicha materia sean insuficientes para atender el problema público de salud al que se enfrenta una parte de la población.

Objetivo

Analizar las acciones de gobierno efectuadas en México en materia de donación y trasplantes de órganos, a fin de determinar los principales obstáculos que se tienen en la ejecución de la política de salud para atender el problema público referente a la falta de donación y trasplantes que propicia que muchas personas no puedan mejorar su salud.

Fuentes de Información

- Información publicada en diversos medios por la Secretaría de Salud de México.
- Información publicada del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en México.
- Para obtener datos que no se encuentren en medios oficiales se elaboró una solicitud de información a las dependencias gubernamentales responsables de la política de salud en México.
- Información publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Capítulo 1. Referencias teóricas y conceptuales sobre la política de salud en materia de donación y trasplante de órganos

La manifestación de la salud en una sociedad es importante desde el punto de vista político, ético y económico, en tanto que todas las sociedades modernas lo consideran en sus sistemas de organización como un derecho inalienable del ser humano; además, cualquier acto en contra de la salud humana es motivo de rechazo por los miembros de la sociedad, y el hecho de que una sociedad cuente con salud, se vuelve un requisito esencial para lograr un estado de desarrollo intelectual y productivo.

Lograr un sistema de salud público eficiente es tarea indispensable de todo gobierno, sea del corte político que sea, pues una obligación inalienable para cualquier Estado es lograr que su población tenga salud, o cuando la pierda, exista un sistema capaz de ayudarle a recuperarla. En tal sentido, los trasplantes de órganos son una cuestión de salubridad, entendida ésta como la transferencia de un órgano o tejido que tiene la finalidad de reemplazar algún otro que haya perdido su funcionamiento⁵ y, por tanto, el individuo en cuestión puede recuperar su salud y su calidad de vida.

La donación de órganos como tema de salud, y por ende como tema público, tiene un problema fundamental en cuanto a que el número de donares es marginal en relación con la cantidad de personas que necesitan algún tipo de órgano, lo cual nos lleva a definir qué es la donación. La donación en sentido estricto es el acto en que una persona da un órgano o tejido de sí mismo a otra persona que lo necesita para mejorar su salud⁶.

Los conceptos anteriores, donación y trasplante de órganos, nos ayudan a entender que el tema necesariamente tiene dos aristas; por un lado, el hecho de que deben existir individuos que tengan la voluntad de dar un órgano en beneficio de otras personas, y por otro, la ejecución de un trabajo médico para llevar a cabo una operación quirúrgica de trasplante.

⁵ Centro Nacional de Trasplantes, México, <http://www.cenatra.salud.gob.mx>

⁶ Idem.

El trabajo médico consiste en realizar un diagnóstico de la causa de defunción; certificar la muerte del posible donador; aplicar las técnicas médicas para la selección y conservación de los órganos; realizar los trámites administrativos y legales necesarios para la asignación de éstos, así como efectuar el traslado del órgano hasta la sala quirúrgica para llevar a cabo la operación de trasplante; esta serie actividades integran un proceso a cargo de diversos servidores públicos, ya que el Estado puede y debe de prestar este tipo de servicio médico, en tanto que el tema se inserta en un asunto de salubridad y seguridad pública; es decir, se encuentra inmerso dentro de una política pública, en específico de aquella que tiene que ver con la salud de la población.

Respecto de la voluntad de donar de los individuos, conceptualmente nos lleva al terreno de los derechos privados, introduciéndonos en el campo de la vida privada de la población; debido a que un donador debe ser un sujeto de derecho que únicamente puede ser donador por manifiesto de su voluntad o, en el peor de los casos, al manifestar su negativa a no ser potencial donador.

Desde la perspectiva del enfoque de políticas públicas, que apareció aproximadamente entre la década de 1950 y la de 1970⁷, un hecho relevante en la concepción de los problemas públicos, es que no todos los problemas sociales son precisamente problemas públicos, tal como lo apunta Subirats⁸; más aún, no todos los problemas llegan a una agenda pública; con tal razonamiento, es importante identificar las razones del porqué de los trasplantes y la donación de órganos; si bien conllevan una cuestión particular o privada desde el punto de vista del derecho a elegir (lo cual lo convierte en una responsabilidad particular, en tanto que se relacionan con el derecho de cada individuo a decidir sobre su cuerpo, ya sea en vida o una vez que fallezca); son parte de un problema público y por tanto han entrado en la agenda del gobierno como un problema de salud que el gobierno debe atender.

⁷ Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, pp 41.

⁸ Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008), Análisis y gestión de políticas públicas, Madrid: Ariel, pp 46.

Primero que nada, es preciso apuntar que todo enfoque del ciclo de las políticas públicas comienza con el surgimiento o identificación de un problema social o público. De acuerdo con Parsons⁹, el problema público es una dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social, o por lo menos la adopción de medidas comunes; en tal sentido, encontramos un primer elemento que nos lleva a determinar que los trasplantes y la donación son parte de un problema público; esto es porque se vinculan directamente con el hecho de que, como aspiración universal, todos los gobiernos desean alcanzar o lograr la salud en la población.

Las enfermedades como concepto, llevan a que los individuos pierdan la salud, lo cual es una situación social indeseable, lo que Blumer (1971), citado por Parsons¹⁰, identifica como parte de un problema público, ya que él considera que los problemas son fundamentalmente producto de la definición colectiva, “no existen de manera independiente como una serie de arreglos sociales objetivos con una hechura intrínseca”, y concluye, que los problemas “se forman en el proceso de ser vistos y definidos por la sociedad”, en tal sentido la aparición de enfermedades constituyen un problema que se asume como parte de la vida pública y, por tanto, que el Estado debe atender.

La atención médica es parte de la solución a los problemas, que en este caso es la aparición de alguna enfermedad. Siguiendo a Subirats citando a Jones (1970)¹¹, este autor indica que la fase de surgimiento y de percepción de los problemas puede definirse como aquella en la que una determinada situación produce una necesidad colectiva, una carencia o una insatisfacción identificable directamente o a través de elementos que exteriorizan esa situación y ante la cual se busca una solución; por lo que en este caso, las enfermedades son la

⁹ Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, pp 37.

¹⁰ Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, pp 305-306.

¹¹ Subirats, J. Knoepfel, P. Larrue, C y Varone, F. (2008), Análisis y gestión de políticas públicas, Madrid: Ariel, pp 46.

situación y el hecho de poder efectuar trasplantes para combatir ciertos padecimientos se vuelve una respuesta o solución al problema.

El mismo autor indica que el paso de la existencia de un problema a su tratamiento político deriva de una reconstrucción social del problema en cuestión, lo que se conecta con su mayor o menor incorporación a los medios de comunicación, a través del conocimiento científico, de la difusión de informaciones, del lobbying¹², de la visibilidad de los afectados, etc., en este caso los trasplantes y la donación de órganos tienen un fundamento en la cuestión médica científica, ya que demuestran que el avance en dichos procedimientos son una respuesta a múltiples enfermedades.

Otro aspecto importante para que el tema de trasplantes y donación fueran considerándose como una política pública sanitaria, fueron los avances y logros que se empezaron a tener en el mundo respecto del tema, ya que ésto fue permeando e influyendo el pensamiento y la preocupación de los actores del sector médico en México.

Los médicos en México, ya sea que pertenecieran a alguna institución pública o privada comenzaron a identificar los beneficios de los trasplantes; los avances de la ciencia, en específico de las técnicas quirúrgicas. Desde la perspectiva de Christopher Lawrence¹³, sobre la importancia que los médicos le dan a descubrimientos médico-científicos en beneficio de los intereses y necesidades de la humanidad, se puede decir que avances como la clasificación de tejidos y los medicamentos inmunodepresivos hicieron que los médicos mexicanos comprendieran la viabilidad y éxito de la cirugía de trasplantes para dar atención a muchos problemas, lo cual llevó a que los sujetos de este sector se convirtieran en actores fundamentales para impulsar una política pública, ya que en palabras

¹² Lobbyng, conjugación de lobby (del inglés 'vestíbulo', 'salón de espera'). En español, grupo de cabildeo o grupo de presión, es un colectivo con intereses comunes que realiza acciones dirigidas a influir ante la Administración Pública para promover decisiones favorables a los intereses de ese sector concreto de la sociedad. Las primeras utilizations políticas de este término son del siglo XIX. Referencia <https://es.wikipedia.org/wiki/Lobby>.

¹³ Lawrence Christopher, *Democratic, Divine and Heroic: The History and Historiography of Suegery*, London: Routledge. P. 10.

de Subirats¹⁴ defendieron la necesidad de reforzar las intervenciones estatales en beneficio de los sujetos sociales que padecen los efectos negativos del problema colectivo que la política pública intenta resolver.

En conclusión, los trasplantes y la donación de órganos se vuelven una política pública a mediados de los 80's, una vez que se comenzó a consolidar el proceso de trasplantes como método quirúrgico, en tanto que mediante éste se lograba dar solución a diversos problemas de salud de la población que padecía enfermedades mortales.

Hasta este punto se ha identificado como una política pública a los programas de trasplantes y la donación de órganos, actividad que pudiera ser vista como un programa específico de una política pública mayor, como la política de salud de algún país, por lo que podría considerarse que las acciones específicas de donación y trasplante de órganos pudieran no ser consideradas una política pública en un sentido amplio; sin embargo, en este trabajo se decidió caracterizar así, basando este hecho en el concepto que aportan algunos autores sobre lo que es una política pública, lo cual se enuncia a continuación:

Meny y Thoening (1992)¹⁵ consideran que una política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico y, de hecho, mencionan a manera de ejemplo la seguridad, la salud, los trabajadores, etc. Teniendo esta consideración, la ejecución de trasplantes y de donación de órganos; o para ser más precisos sobre este último tópico, el fomento hacia la donación de órganos, constituye una acción gubernamental que además es posible ubicar en un espacio determinado en donde opera dicha acción de gobierno.

Además, para ambos autores, Meny y Thoening (1992)¹⁶, las políticas públicas tienen ciertos elementos como son:

¹⁴ Subirats, J. Knoepfel, P. Larrue, C y Varone, F. (2008), Análisis y gestión de políticas públicas, Madrid: Ariel, pp 63.

¹⁵ Meny, I., y Thoening, J.C., 1992. Las Políticas Públicas, Barcelona España. Ariel. Pág. 89.

¹⁶ Meny, I., y Thoening, J.C., 1992. Las Políticas Públicas, Barcelona España. Ariel. Pp. 90-91.

- Un contenido: la actividad pública se identifica bajo la forma de una sustancia, de un contenido. Se movilizan los recursos para generar resultados o productos.
- Un programa: una política pública no se reduce a un acto concreto considerado aisladamente, detrás de un acto o actividad existe un marco más general en el que se integra este acto o actividad. Se presupone que los actos se articulan en torno a más ejes específicos que forman un denominador común.
- Orientación normativa: la actividad pública es la expresión de finalidades y de preferencias que el decisor no puede dejar de asumir. Los actos traducen orientaciones que satisfacen intereses, son portadores de ciertos valores y tienden hacia objetivos específicos.
- Factor de coerción: la actividad pública procede de la naturaleza autoritaria de que se halla investido el actor gubernamental, éste posee una legitimidad de naturaleza legal, que le permite ejercer coerción, apoyándose en el monopolio de la fuerza.
- Competencia social: una política pública se define por su competencia, por los actos y disposiciones que afectan la situación, los intereses y los comportamientos de los administrados.

La acción gubernamental de trasplantes y donación de órganos que se considera como política pública en este documento, efectivamente considera los elementos propuestos por Meny y Thoening, ya que tiene un contenido, en tanto que el gobierno cuenta con una infraestructura y ha destinado recursos para poner en marcha diversas acciones con las cuales pretende dar atención a un problema de salud, también se tiene identificado un programa, el cual centra sus acciones dentro de un marco más amplio de acción gubernamental en materia de salud pública, en específico en un programa sectorial de salud.

También se identifica la orientación normativa, en tanto que se destina concretamente a una población para satisfacer ciertos intereses o necesidades

de salud, con lo cual se persiguen también objetivos específicos; existe el factor de coerción, dado que es el gobierno quién aplica y regula los elementos de las acciones de donación y trasplantes; y finalmente, se identifica la competencia social dada por el administrador público, en tanto que busca incidir o modificar una situación dentro de la sociedad en el marco del problema dado.

A fin de determinar porqué, para el presente trabajo se propone utilizar la teoría del “enfoque de política pública”, se presenta un breve análisis de las bondades de éste y su utilidad para determinar razonamientos conclusivos que ayudan a verificar la eficacia de la acción gubernamental sobre el problema identificado de donación y trasplante de órganos.

La teoría del “enfoque de política pública” es ideal para determinar el funcionamiento y resultados alcanzados por el Estado mexicano en cuanto a la donación y trasplante de órganos, ya que si seguimos el planteamiento original de Lasswell y Lerner (1951) en su texto fundacional “La orientación hacia las políticas”, por medio de este enfoque es posible definir el objeto de estudio de las ciencias de políticas, entendiéndose la “orientación hacia las políticas” como una perspectiva para conceptualizar a las políticas públicas como objeto de estudio y la tendencia de este campo de estudio hacia la resolución de “los problemas fundamentales del hombre en sociedad, más que en los tópicos del momento¹⁷”.

Dado que, lo que se busca determinar es el grado en que se está atendiendo un problema identificado como público, es preciso abordar el problema desde una perspectiva que nos guíe sobre el conocimiento de las acciones efectuadas para resolver el problema, por lo cual es interesante observar que para Subirats, Knoepfel, Laure y Varone¹⁸, una política pública se definirá como “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos, cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían, a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente

¹⁷ Lasswell, Harold (1992), “Orientación hacia las políticas”, en Aguilar Villanueva Luis F. (ed.) El Estudio de las Políticas Públicas. México: Porrúa, Pág. 89.

¹⁸ Subirats, J. Knoepfel, P. Larrue, C y Varone, F. (2008), Análisis y gestión de políticas públicas, Madrid, Ariel, Pág.38.

definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)”.

En la definición antes señalada, encontramos elementos que son necesarios para estudiar la política pública de donación y trasplantes de órganos, como el hecho de identificar las acciones efectuadas por los responsables y ejecutores de la política, la búsqueda para resolver un problema público ya identificado como tal, y en qué grado las acciones públicas han logrado modificar una situación indeseable.

En el enfoque de políticas públicas se mencionan tres campos o dimensiones que tiene cualquier política: la técnica referenciada hacia la identificación y diseño de la mejor opción, determinada como el curso de acción que efectivamente tiene la capacidad y efectividad de resolver un problema público; la política que considera la participación de los diferentes actores políticos; y la valorativa vinculada a los ideales que tienen estrechamente relación con el campo de la ética [véase también Aguilar (2007)¹⁹].

Considerando que es indispensable determinar si esta política está respondiendo a las necesidades de la población, es preciso apuntalar que para el análisis se debe utilizar el enfoque técnico, en tanto que es necesario determinar si la situación actual de la política pública está dando los resultados más óptimos, y en menor medida, pero de igual relevancia, estudiar la política bajo el enfoque valorativo, que de acuerdo con Lasswell²⁰ es parte de la emergencia de las ciencias de políticas, ya que de acuerdo con el autor, la resolución de problemas públicos desde la toma de decisiones debiera responder al interés público como parte de un imperativo moral, que en este caso, ya en párrafos anteriores se ha

¹⁹ Aguilar, Luis. F (2007). *El Estudio de las Políticas Públicas*, México. D.F., Porrúa, pp.197-108.

²⁰ Lasswell, Harold (1992), “La concepción emergente de las ciencias de política”, en Luis F. Aguilar (ed.), *El Estudio de las Políticas Públicas*, México, Porrúa. pp. 105-118.

mencionado porque la donación y trasplante de órganos son importantes para la población y, por tanto, son un tema en la agenda pública.

El problema identificado para la política pública de donación y trasplante de órganos, lo podemos clasificar como un problema maldito de acuerdo con Wayne Parsons (2007)²¹, en el sentido que le da este autor a algunos problemas públicos, ya que Parsons retoma el concepto de “wicked problems” denominados así por Rittel y Webber (1973)²² a problemas que son complejos y que parece que son imposibles de solucionar, dado que el problema de la falta o la insuficiente donación y trasplantes de órganos, al insertarse dentro de las dificultades de salud de la población, es un tema que no tiene un fin temporal concreto, su solución no se circunscribe a un plazo específico, ya que al ser parte de la misma naturaleza vulnerable del ser humano como una especie animal, siempre estará latente.

Por lo anterior, dentro de la perspectiva técnica del diseño de la política pública, es necesario identificar si los ejecutores de ésta, se encuentran implementando la mejor alternativa para atacar el problema de forma incremental y, si la política considera acciones, estrategias o líneas de acción específicas para mantener una situación ideal, en dónde si bien nunca se eliminará por completo el problema, se debe de tener un control del mismo, de acuerdo con ciertos parámetros deseados y, en este sentido, examinar si la política se encuentra determinada en cuanto a la capacidad de respuesta que tienen las instituciones públicas de salud.

El enfoque de políticas públicas se hace necesario en cuanto se debe determinar la relación entre el problema público identificado y la política pública implementada, evaluando dicha relación en función del grado en que la segunda soluciona o disminuye a la primera. Además, es necesario tener en cuenta que el análisis debe atender la necesidad de identificación del grado de funcionamiento

²¹ Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, Pp 1-17.

²² Rittel Horst W.T. and Webber Melvin M. Dilemmas in a general Theory of Planning in Working Papers from Urban and Regional Development, University of California-Berkeley, 1973. Pp.160-162.

de la acción gubernamental bajo el contexto en que se implementa la política, de acuerdo con Yehezkel Dror (1992)²³, los focos principales de las ciencias de política incluyen, entre otros, los elementos siguientes:

- El análisis que proporciona métodos heurísticos para identificar alternativas preferibles de política.
- La innovación alternativa que se ocupa de inventar nuevos diseños y posibilidades por ser consideradas en la elaboración de políticas.
- Estrategias de política que proporcionan lineamientos para adoptar posturas, supuestos y pautas por seguir en políticas específicas.
- Evaluación y retroalimentación que incluyen, por ejemplo, indicadores sociales, experimentación social y aprendizaje organizacional.
- Mejoramiento del sistema para la elaboración de políticas mediante rediseño y, a veces, diseñando de nuevo, con inclusión de cambios en los recursos utilizados, personal, estructura, equipo, demandas externas, etcétera.

La propuesta del autor es de gran utilidad para efectuar la exploración de la política pública a efecto de identificar si se han llevado tareas que mejoren la operación de la política en aras de mejorar los resultados que se han obtenido, es particularmente importante el punto sobre la evaluación para determinar los elementos de mejoramiento para una política, si es que ésta no está dando los resultados deseados.

Otro de los rasgos distintivos del enfoque, es que este busca verificar el grado del uso de la información para dar solución a los problemas públicos, ya que de acuerdo con Luis F. Aguilar²⁴ la información y el conocimiento producido a través de distintos métodos y técnicas ofrece científicidad en la construcción de evidencia y argumentación en el proceso de las políticas; y en este sentido, se debe verificar si los ejecutores de la política pública de trasplantes se han

²³ Dror, Yehezkel (1992). "Prolegómenos para las ciencias de políticas", en Aguilar Villanueva Luis F. (ed.) *El Estudio de las Políticas Públicas*. México: Porrúa, p.127.

²⁴ Majone, Gioandomenico (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de las políticas*, Estudio introductorio de Luis F. Aguilar. México, FCE. PP.13-34.

allegado de información que les permita determinar la magnitud del problema, lo cual por su puesto, es una herramienta para que puedan determinar las acciones a seguir.

Un marco de estudio que ayuda a comprender el funcionamiento de una política pública y que es imprescindible para entender el comportamiento de una acción del gobierno como lo es la política estudiada aquí, son los elementos constitutivos de una política pública dados por Subirats, Knoepfel, Laure y Varone (2008) ²⁵, los cuales se describen brevemente en los párrafos siguientes:

a) solución de un problema público: una política pública pretende resolver un problema social reconocido políticamente como público. La definición propuesta supone pues, el reconocimiento de un problema, es decir, la existencia de una situación de insatisfacción social, cuya solución requiere una acción del sector público. Sin embargo, algunos problemas que han sido objeto de políticas públicas pueden reintegrarse en la esfera privada o social y desaparecer por tanto de la agenda política.

b) existencia de grupos-objetivo en el origen de un problema público: toda política pública busca modificar u orientar la conducta de grupos de población específicos (grupos-objetivo), ya sea de manera directa o actuando sobre el entorno de tales actores. Una política debe identificar los “objetivos” colectivos que deberán cambiar su conducta. De no ser así, estaríamos más ante una declaración de buenas intenciones, que ante una auténtica política.

c) una coherencia al menos intencional: una política pública que quiera implementarse, presupone una cierta base conceptual de partida. De alguna manera parte de “una teoría del cambio social” que se tratará de aplicar para resolver el problema público en cuestión. Asimismo, supone que las decisiones y las actividades que se lleven a cabo estén relacionadas entre sí. Así, la falta de coherencia se manifestará a través de una coincidencia sólo ocasional de

²⁵ Subirats, Joan, Peter Knoepfel, Corinne Larrue y Frederic Varone. Análisis y gestión de políticas públicas. España, Ariel, Pp. 40-43.

medidas que se dirigen a los mismos grupos-objetivo pero que de hecho no están relacionadas ni en la propia voluntad del legislador.

d) existencia de diversas decisiones y actividades: las políticas públicas se caracterizan por constituir un conjunto de acciones que rebasan el nivel de la decisión única o específica, pero que no llegan a ser una declaración de carácter muy amplio o genérico. Por ejemplo, una simple declaración de política gubernamental afirmando que el sida es un problema público, sin por ello definir los grupos sociales a los que concierne la existencia de tal problema, ni las medidas a impulsar, no puede, per se, ser considerada como una política pública. Sin embargo, una declaración de ese tipo puede (aunque no necesariamente) contribuir al surgimiento de una nueva política pública si es seguida de una legislación en la materia y que tal legislación acabe aplicándose de manera concreta.

e) programa de intervenciones: este conjunto de decisiones y de acciones debe, además, contener decisiones más o menos concretas e individualizadas (decisiones relativas al programa y a su aplicación). Pero atención, si se trata de un único programa de intervención que no tiene continuación en otras acciones, no deberíamos considerarlo como una política pública, sino un producto entre otros, de los elementos constitutivos de una política pública.

f) papel clave de los actores públicos: este conjunto de decisiones y de acciones sólo podrá considerarse como una política pública en la medida en que quienes las toman y las llevan a cabo lo hagan desde su condición de actores públicos. Es necesario que se trate de actores integrados en el sistema político-administrativo o bien de actores privados que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada. Sin esta condición, un conjunto de decisiones (que de hecho pueden ser obligatorias para terceros) sólo podrá considerarse como una política corporativa incluso privada.

g) existencia de actos formales: una política pública supone la producción de actos u outputs que pretenden orientar el comportamiento de grupos o individuos

que, se supone, originan el problema público a resolver. En este sentido, nuestra definición de una política pública supone la existencia de una fase de implementación de las medidas decididas. Sin embargo, los estudios de políticas públicas han puesto de manifiesto que en ciertos casos lo que de hecho ocurre es una no-intervención. Por lo anterior, es importante referirse a las no-decisiones (Dye, 1972) o las no-acciones (Mény, Thoenig, 198 1: 152), que algunos consideran también como constitutivas de una política pública. Sin embargo, estas no-decisiones sólo pueden constituir una política pública si van acompañadas de decisiones formales paralelas.

h) naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades: tradicionalmente, la mayoría de los autores daba por sentado el carácter básicamente coercitivo de las decisiones de los actores político-administrativos (Mény y Thoenig 1989, 132). Sin embargo, si bien los actos públicos se imponen desde la autoridad legítima que reviste el poder público, la diversificación actual de los medios de acción y de intervención del sistema político administrativo es tal que este aspecto coercitivo puede acabar resultando ser más la excepción que la regla. Tanto si se trata de actividades públicas convencionales (Lascoumes y Valuy, 1996) o de actividades contractuales (Gaudin, 1996; Godard, 1997; Bressers Pereira, 2001), las formas de acción pública son actualmente tanto incentivadoras como coercitivas. Así, actualmente muchas de las intervenciones públicas se llevan a cabo a través de contratos entre el Estado y otras administraciones o entes públicos (administración de residuos, mantenimiento de carreteras, desarrollo urbano, universidades), entre los poderes públicos y empresas privadas o públicas, fundaciones o cooperativas, etc. (contratos de prestación de servicios con entidades que llevan a cabo funciones públicas tales como hospitales, empresas concesionarias de transporte público, instituciones formativas, etc.) (Finger, 1997; Chevalier, 198 1: Genoud, 2000).

Como se observa, la conceptualización de los elementos de una política pública brindados por los autores (Subirats, Knoepfel, Laure y Varone) nos ayuda a comprender la operación y función de la acción de gobierno, mediante sus

diferentes elementos constitutivos, lo cual se convierte en una especie de guía para descomponer una política, estudiar sus elementos por partes y después conceptualizar el todo; y por medio de este estudio identificar también así sus derroteros y aciertos.

A fin de contextualizar el problema de los trasplantes y la donación de órganos, es preciso identificar el panorama general de la situación de la salud en México respecto a otros sistemas de salud. Por ello, es importante rescatar elementos del “enfoque de políticas públicas comparadas”, con el propósito de entender cuál es la situación de México en cuanto al tema de trasplantes y donación de órganos, ya que dicho enfoque nos ayuda a determinar cuál es el panorama de nuestro país frente a otros contextos, recordemos que el estudio comparativo de las políticas públicas intenta combinar el análisis de las políticas públicas con la utilización del método comparativo en ciencias sociales. De acuerdo con Boulcourf y Cardozo (2008)²⁶, dicho enfoque es concebido como el conjunto de observaciones y estudios realizados por los politólogos sobre fenómenos similares en muchos países, además de que abarca desde la simple compilación de "inventarios paralelos" de datos relativos a dos o más países, hasta el establecimiento de ámbitos de validez de las generalizaciones referidas a conjuntos de fenómenos políticos, sobre la base de efectuar comparaciones entre países o entre regiones de los mismos con diferencias de régimen político.

Siguiendo a Heidenheimer et al (1990)²⁷, la “Política Pública Comparada” es el estudio de cómo, por qué, para qué y con qué consecuencias, los diferentes gobiernos adoptan un particular curso de acción o inacción, lo cual nos provee de una guía en estudios como el presente para determinar algunas de las causas y sobre todo resultados que el gobierno ha tenido en el tema de trasplantes y de donación de órganos. Además, como lo muestran estos autores, la comparación es parte de la vida diaria, en tanto que la aplicamos para tomar una decisión; en

²⁶ Boulcourf, Pablo y Nelson Cardozo (2008), “¿Por qué comparar políticas públicas?”, en Política Comparada - Documento de Trabajo #3, Pág.9.

²⁷ Heidenheimer Arnold, Hecló Hug and Adams Carolyn, Comparative Public Policy: The Politics of Social Choice in America, Europe and Japan, 1990 pp 1-21, en Howard J. Wiarda, Comparative Politics, Critical Concepts in Political Science, Edit. Routledge, 2005, USA.

cuanto a los temas de gobierno, es relevante apuntar la idea de que la comparación de formas de abordar problemas similares ofrece dos lecciones a la vez, una positiva y una negativa, lo cual se vuelven en una guía de lo que se debe hacer o lo que no se debe hacer.

Existe una multiplicidad de factores que pueden incidir en el desarrollo de una política pública, como el momento político en que se vive, la estructura de la sociedad y los movimientos sociales que puedan surgir de ésta, y hasta factores del exterior como una influencia para establecer, determinar o definir el rumbo de una acción de gobierno, por lo tanto es importante vislumbrar los elementos que influyen en cambios o ajustes en el proceso mediante el cual una política pública es implementada y la determinación de los factores explicativos son parte del objetivo del enfoque comparado de las políticas públicas.

El enfoque de políticas públicas, por tanto, nos brindará elementos para contextualizar el caso mexicano a la luz de otros esfuerzos que han venido implementando otros países en el tema, además de que nos centrará en la especificidad del panorama en el que se enmarca la política pública, pues como lo estipulan Hofferbert y Cingranelli (2001)²⁸, las políticas no se elaboran en un vacío socioeconómico. Las elecciones de los decisores son estimuladas, moldeadas y limitadas por condiciones externas identificables y las pautas de la demanda, de hecho, los autores indican que, de ignorar estas circunstancias consecuenciales, un riesgo es malentender lo que se debe hacer en una política pública.

Para finalizar este capítulo, es preciso mencionar que existe una carencia en cuanto a literatura de políticas públicas en cuestión de donación y trasplante de órganos, por lo que el bagaje teórico utilizado para el presente trabajo es de índole general, en cuanto a las políticas públicas.

²⁸ Hofferbert, R. y Cingranelli, D. (2001), "Políticas públicas y administración: análisis comparado de políticas", en Goodin, Robert (ed.), Nuevo Manual de Ciencia Política. España: Istmo. Tomo II, Pág. 883.

Capítulo 2. Contexto de la donación y trasplantes de órganos en México

2.1. Marco histórico: cronología de los avances en trasplantes de órganos

A fin de proporcionar elementos que ayuden a una mejor comprensión del tema sanitario de la donación y trasplantes de órganos, a continuación, se expone de manera breve el marco histórico de estas actividades en México, así como el marco jurídico de las mismas, ya que mediante estos elementos se puede entender el contexto de la política estudiada en este trabajo.

En México, tuvieron que trascurrir 9 años después del primer trasplante exitoso en el mundo, para que cuatro médicos mexicanos lograran trasplantar un riñón. Los eventos más representativos que influyeron para que se desarrollara el tema, se muestran en el cuadro siguiente:

Año	Evento
1954	Murray, Merrill y Harrison, realizaron el primer trasplante renal exitoso entre gemelos monozigóticos en Estados Unidos.
1958	Roy Calne demostró que la “6-mercaptopurina” (fármaco anticanceroso), prolongaba la supervivencia de los trasplantes en perros, empleándolo posteriormente en humanos.
1960	El Dr. Goodwin mejora la práctica de trasplantes al utilizar glucocorticoides, ya que mediante el suministro de grandes cantidades de este fármaco logra evitar el rechazo de órganos entre personas.
1963	En México, el 21 de octubre se logró el primer trasplante de órganos, a cargo de los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont, quienes realizaron un trasplante de riñón de un donador vivo en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). ²⁹
1979	El Dr. Ricardo Sosa llevó a cabo el primer trasplante de médula ósea en el Instituto Nacional de la Nutrición.
1980	En la década, se introdujo la “ciclosporina” (fármaco inmunosupresor ampliamente usado en el trasplante de órganos entre dos personas con el objeto de reducir la actividad del sistema inmunitario del

²⁹ Programa de Acción: Trasplantes, 2001, Secretaría de Salud.

	paciente y el riesgo de rechazo del órgano), lo cual contribuyó a incrementar la actividad médica de trasplantar órganos en el mundo.
1987	En México los doctores Héctor Díliz y Héctor Orozco efectuaron el primer trasplante de hígado; Los doctores Díliz y Valdés, realizaron el primer trasplante de páncreas; y el Dr. Arturo Dib Kuri realizó el primer trasplante de páncreas - riñón.
1988	El Dr. Rubén Argüero Sánchez realizó el primer trasplante cardiaco, 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 de pulmón.

Fuente: Elaboración propia con base en los documentos: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Trasplantes "Antecedentes Históricos", Programa de Acción: Trasplantes de la Secretaría de Salud (SSA), 2001; Academia Mexicana de Cirugía, Trasplantes de Órganos y Tejidos, JGH Editores y SALVAT Medicina, México, 1997; Dib Kuri Arturo, "Los Trasplantes de Órganos y Tejidos en México", Gaceta 5, Año 2 de la Dirección de Regulación de los Servicios de Salud, abril 1990; y Dib Kuri A., Bordes-Aznar, J. Alberu, H. Diliz, E. Wolpert. Transplantation in México, Transplantation Proceedings, Vol. 24, No. 5, pp 1796-1797. 1992.

En cuanto a la normativa y regulación, los hechos históricos más relevantes que permiten identificar los avances ocurridos en el país en el tema de donación y trasplantes fueron los siguientes:

Año	Evento
1973	10 años posteriores al primer trasplante efectuado, en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, aparece la primera regulación en materia de trasplantes.
1976	Se publicó el Reglamento Federal para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, donde se reglamentó la disposición de éstos con fines médicos, de investigación científica y docencia. Se estableció el Consejo Nacional de Trasplantes como un cuerpo colegiado, con la función de proponer a la Secretaría de Salud, la adopción de las normas en materia de conservación, control, suministro y trasplante de órganos y tejidos ³⁰ .

³⁰ Reglamento Federal para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Diario Oficial del 25 de octubre de 1976.

1984	En la Ley General de Salud se incluyó un título sobre el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres, en el que se especificaron las características de la obtención, selección y el trasplante.
1984	<p>Se crea el Registro Nacional de Trasplantes, como organismo responsable de vigilar el cumplimiento de la normatividad, entre sus funciones se establecieron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedición de licencias sanitarias para el funcionamiento de bancos de órganos, tejidos y células. • Autorizar el internamiento o salida de órganos, tejidos y células del país. • Contabilizar las disposiciones hechas y los trasplantes realizados. • Llevar el registro de los pacientes en espera de trasplante de órganos cadavéricos. <p>Además, se establecieron en la Ley General de Salud, las disposiciones para el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos³¹.</p>
1985	Se emite el Reglamento de la ley.
2008	Se reformó la Ley General de Salud en lo que se refiere a la disposición de órganos, tejidos y cadáveres humanos, para que la atribución de regulación sobre cadáveres quedara a cargo de los gobiernos de cada entidad federativa ³² .
2011	En la modificación a la Ley General de Salud de este año, se estableció que los gobiernos de las entidades federativas establecerían centros de trasplantes, con el fin de colaborar con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en la elaboración de programas de trasplantes, integrando y actualizando la información del Registro Nacional de Trasplantes ³³ .
2014	Con el fin de actualizar las regulaciones de la disposición de órganos, tejidos y células, se emitió el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, en el cual se definieron las atribuciones del CENATRA y los aspectos de la donación con fines de trasplantes ³⁴ .

³¹ Ley General de Salud, Diario Oficial del 7 de febrero de 1984.

³² Ley General de Salud, Diario Oficial del 14 de julio de 2008.

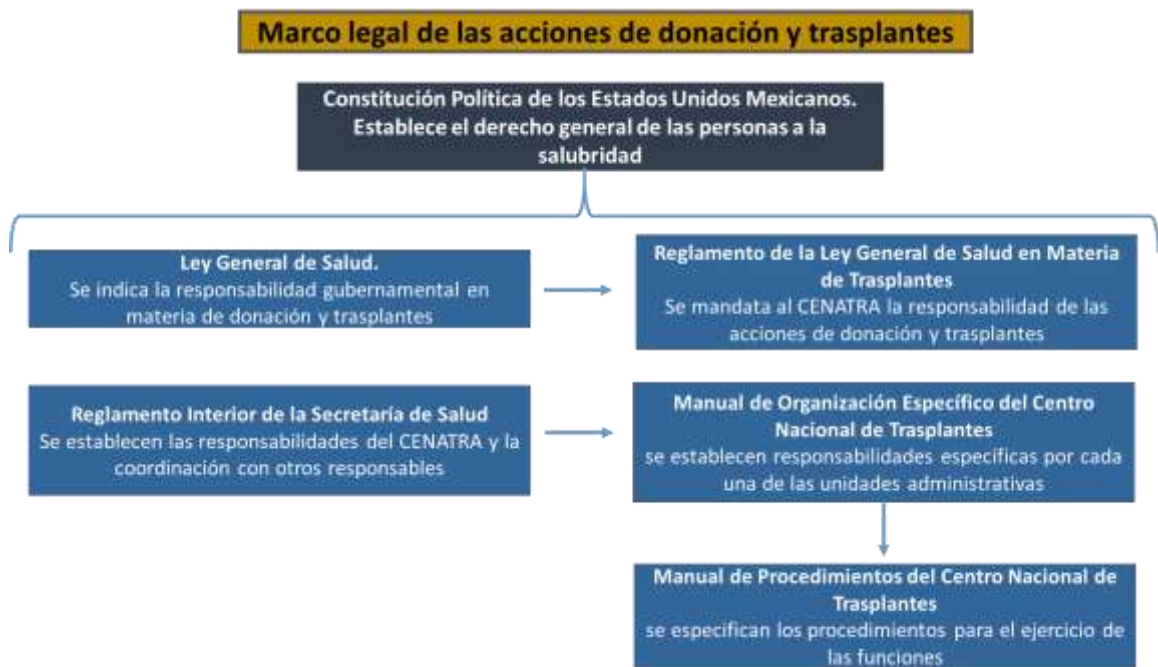
³³ Ley General de Salud, Diario Oficial del 12 de diciembre de 2012.

³⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, Diario Oficial del 26 de marzo de 2014.

Fuente: Elaboración propia con base en los documentos: Ley General de Salud; Manual de Organización Especifico del Centro Nacional de Trasplantes “Antecedentes Históricos”; Organización Panamericana de Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud, “Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células”, Compilación y Análisis, noviembre, 2011, pp.198-220; Arguero, R. Trasplante de Órganos y Tejidos con Fines Terapéuticos, en Gaceta Médica de Querétaro, México. Año 3, Vol. III, Núm. 4. Octubre-diciembre de 1993.

2.2. Marco legal actual aplicable a la donación y trasplantes de órganos

El contexto correspondiente a la legislación vigente y aplicable al tema en las que se enmarcan las acciones de donación y trasplantes de órganos son relevantes para entender la situación en la que se operan tales acciones. Los principales ordenamientos legales en donde se regulan las actividades de donación y trasplantes de órganos son: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; y Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Además, también se tiene normativa específica del responsable público específico en la materia, esto se muestra a continuación:



Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Trasplantes y Manual de Procedimientos del Centro Nacional de Trasplantes.

Con el objetivo de determinar cuáles son los actores, así como la participación que tienen de acuerdo con lo que marca el contenido legal en cada uno de los

ordenamientos, se realizó un análisis de los documentos, a fin de tener una síntesis y un panorama general de su contenido como se muestra a continuación:

La carta magna³⁵ establece que los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud y que 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.

En la Ley General de Salud se establece que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, la del bienestar de las personas, el disfrute de servicios de salud y de asistencia para satisfacer las necesidades, así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana. Asimismo, en esta norma se establece el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células³⁶.

En esta ley también se habla de la responsabilidad de la Secretaría de Salud en la regulación, control y fomento, la participación de otros entes en la política pública como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y se establece que se apoyará en el Centro Nacional de Trasplantes para establecer y dirigir las políticas en salud en materia de donación, procuración y trasplantes de órganos; y se indica la participación y coordinación con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, como lo son los diferentes hospitales y clínicas del país de los diferentes entes públicos como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SS), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), así como con los gobiernos de las entidades federativas en el tema³⁷.

³⁵ Artículo 4.

³⁶ Artículo 2; fracciones I, II, IV y V; Artículo 3, fracción XXVI.

³⁷ Artículo 17 bis; fracción VIII; Artículo 313; fracciones I, II, III, IV y V; Artículo 313; fracciones I, II, III, IV y V.

En el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud se establecen las responsabilidades del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)³⁸. En congruencia con la norma anterior, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, se especifican las atribuciones y responsabilidades del CENATRA, entre las que se destacan, coordinar las actividades en materia de donación y trasplantes; fomentar acciones para promover la donación con fines de trasplantes; informar y orientar a la población sobre la donación, así como impulsar la participación de los medios de comunicación en la difusión de información a favor de la cultura de la donación, y evaluar periódicamente los resultados alcanzados en la materia, entre las más destacables. También se establecen algunas particularidades correspondientes a las acciones que se efectúan en cuanto al proceso de donación y trasplantes, además de establecer cuestiones como el manejo del Registro Nacional de Trasplantes administrado por el centro³⁹.

En el Manual de Organización Específico del CENATRA, se establecen acciones específicas por cada una de las unidades administrativas de las que se compone el centro. Las unidades principales que se relacionan específicamente con la operación de los trasplantes son las siguientes⁴⁰:

Dirección General del Centro Nacional de Trasplantes			
Dirección del Registro Nacional de Trasplantes		Dirección de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional	
Subdirección de Enlace Interinstitucional	Subdirección de Informática y Medios Electrónicos	Subdirección de Planeación, Evaluación y Enseñanza	Subdirección de Coordinación Nacional

Fuente: Manual de Organización Específico del CENATRA.

En el Manual de Procedimientos del Centro Nacional de Trasplantes, como en otros similares de cualquier institución pública se especifican los procedimientos para el ejercicio de las funciones asignadas al CENATRA; pero lo más importante es que se establece 3 macroprocesos, los cuales se indican a continuación:

³⁸ Artículo 44., fracciones I, II, IV, V, VI, VIII, IX, XI, XII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX.

³⁹ Artículo 4., fracciones I, II, IV, V, VI y VII; artículo 13; Artículo 61.

⁴⁰ Sección VIII. Estructura Orgánica y X. Descripción de Funciones.

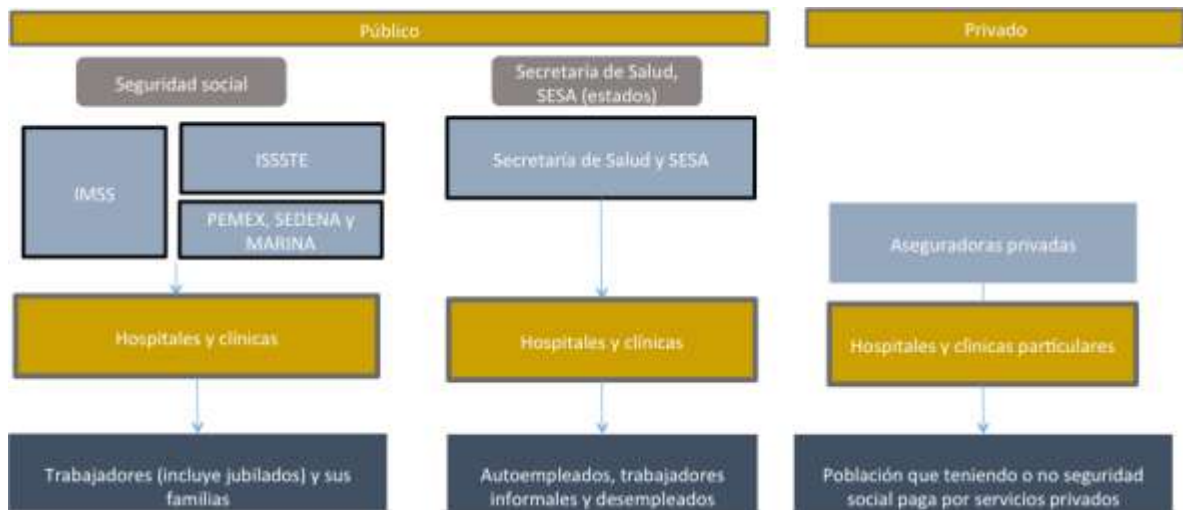
1. Procesos relacionados con el registro de establecimientos, actividades y profesionales relacionados con la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante y la utilización de cadáveres con fines de enseñanza o investigación; la coordinación del proceso de donación cadavérica y el procesamiento y análisis estadístico de la información recabada.
2. La regulación normativa del Sistema Nacional de Trasplantes, que incluye la realización de proyectos de normalización y desarrollo del sistema, la atención de usuarios de información, la capacitación y la organización de campañas de comunicación social, el control de gestión y la integración a programas de buen gobierno.
3. Los procesos de apoyo entre los que se encuentran los procedimientos de mantenimiento y actualización Informática y la administración de los recursos humanos, materiales y financieros⁴¹.

2.3. Operacionalización de la política de salud en materia de donación y trasplante de órganos

Para comprender mejor las cuestiones de salud en materia de donación y trasplantes, es importante saber cómo es la estructura y la manera en que se operacionalizan dichas actividades, por ello, es necesario tener en cuenta, que si bien dichas acciones pueden entenderse como un sistema para brindar servicios de salud, éstas se circunscriben en un sistema mayor que se denomina “Sistema Nacional de Salud”, el cual se podría identificar gráficamente como sigue:

⁴¹ Apartado introducción hoja 1 y 2.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD



IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

PEMEX: Petróleos Mexicanos

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

MARINA: Secretaría de Marina

SESA: Servicios estatales de salud dependientes a la Secretaría de Salud

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley General de Salud; y Gómez Dantes O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J; Artículo "Sistema de Salud de México" México, 2011; Vol. 53(2):220-232.

De esta forma, el sistema se puede definir como el conjunto de entes públicos de nivel federal y estatal del sector público y privado que prestan los servicios de salud a toda la población del país. Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Ahora bien, en cuanto al tema analizado aquí, de acuerdo con la propia normatividad mexicana⁴², para operacionalizar las acciones de donación y trasplantes se puede hablar de un Subsistema Nacional de Trasplantes, el cual se identifica de la forma siguiente:

⁴² Véase la Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; y Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

SUBSISTEMA NACIONAL DE TRASPLANTES

<p align="center">Consejo Nacional de Trasplantes</p> <p>“Promover el diseño, instrumentación y operación del Sistema Nacional de Trasplantes, así como de los subsistemas que lo integren”. El Centro Nacional de Trasplantes y los centros estatales deberán coordinar sus actividades de promoción y fomento de la cultura de la donación con apoyo de este consejo.</p>		<p align="center">Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)</p> <p>Es un órgano rector que dirige, coordina y regula. Su principal actividad es definir y establecer un modelo de donación y trasplantes apropiado para las necesidades del sistema de salud que está integrado por diferentes instituciones públicas, sociales y privadas.</p>					
		<p align="center">Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS)</p> <p>Es la representación establecida por los gobiernos de las entidades federativas encargada de atender los lineamientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes.</p>					
<p align="center">Consejos Estatales de Trasplantes (COETRA)</p> <p>Órgano colegiado encargado de proponer y apoyar en las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.</p>							
<p align="center">Red de Hospitales procuradores</p>							
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Servicios de salud de Petróleos Mexicanos	Servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional	Servicios de salud de la Secretaría de Marina	Hospitales privados	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Secretaría de salud estatales y federal

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y página electrónica oficial del CENATRA: <http://www.cenatra.salud.gob.mx>.

El Subsistema Nacional de Trasplantes es una estructura fragmentada interinstitucionalmente, conformada por todos los hospitales que tienen una licencia sanitaria para realizar la procuración y trasplantes de órganos, o como banco de tejidos. Los hospitales y bancos están normados por la ley respectiva, su reglamento y los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos, independientemente de la institución a la que pertenezcan. De esta manera, el subsistema está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como de las entidades federativas, el CENATRA, los Centros Estatales de Trasplantes y el del Distrito Federal y las personas físicas o morales de los sectores público, social y privado que presten

servicios de salud o se dediquen a actividades relacionadas con la donación y trasplantes de órganos.

En cuanto al Consejo Nacional de Trasplantes, este es un organismo creado en 1999 como comisión intersecretarial de la administración pública federal con objeto de “Promover el diseño, instrumentación y operación del Sistema Nacional de Trasplantes, así como de los subsistemas que lo integren”⁴³.

Sobre este punto, es importante indicar que, en la normativa, a veces se hace referencia a un sistema de donación y en otras se habla de un subsistema; sin embargo, esta es una ambigüedad, ya que de acuerdo con lo expuesto aquí, se debe concebir la estructura de los que operan la donación y trasplantes como un subsistema que se enmarca dentro del Sistema Nacional de Salud.

En la Ley General de Salud se establece que el CENATRA y los Centros Estatales deberán coordinar sus actividades de promoción y fomento de la cultura de la donación con apoyo de este consejo. Además, la comisión intersecretarial debe promover, apoyar y coordinar las acciones en la materia que realizan las instituciones de salud de los sectores público y privado, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por padecimientos susceptibles de ser corregidos mediante este procedimiento.

El Centro Nacional de Trasplantes tiene a su cargo la coordinación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes, así como el Registro Nacional de Trasplantes⁴⁴, y de acuerdo con la propia reglamentación, las diferencias organizativas de cada institución deben ser traspasadas y unificadas por el

⁴³ <http://www.cenatra.salud.gob.mx>.

⁴⁴ Ley General de Salud, artículo 338. El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la siguiente información: el registro de establecimientos autorizados; los cirujanos de trasplantes responsables de la extracción y trasplantes, y los coordinadores hospitalarios de la donación; los datos de las donaciones de las personas fallecidas; los datos de los trasplantes con excepción de los autotrasplantes y los relativos a células troncales; los datos de los receptores considerados candidatos a recibir el trasplante integrados en bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional; los casos de muerte encefálica en los que se haya concretado la donación, así como los órganos y tejidos que fueron trasplantados en su caso.

Subsistema Nacional de Trasplantes (SNT) mediante la organización y la participación de cada una.

Las entidades de la República Mexicana se integran al Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes mediante la creación de los Consejos Estatales de Trasplantes (COETRA). Cada COETRA es un órgano colegiado encargado de proponer y apoyar en las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado. Son organismos públicos del poder ejecutivo en las entidades, que apoyan, promueven y aplican acciones y programas de donación y trasplantes.

Los Centros Estatales de Trasplantes, son organismos de enlace y comunicación de los establecimientos autorizados para realizar trasplantes con el CENATRA y trabajan en el ámbito de sus respectivas entidades federativas.

También es importante definir lo qué son las redes de hospitales procuradores, se les denomina así a los hospitales que conforman el Sistema Nacional de Trasplantes, los cuales forman una red para la obtención de órganos y tejidos para los trasplantes. Esta red tiene dos niveles de enlace: el primero es el conjunto de hospitales pertenecientes a una misma institución de salud que mediante los comités internos definen la distribución de los órganos y tejidos hacia los hospitales a los que envían a sus pacientes para que reciban un trasplante (sistema de referencia). El segundo nivel inicia cuando no es posible identificar a un receptor en la red institucional y se abren los canales hacia las otras redes, para ello se consideran primero las redes de otras instituciones similares. Por ejemplo, si en la red de hospitales del IMSS no hay un receptor adecuado, la distribución se dirige hacia la red de hospitales del ISSSTE o de la Secretaría de Salud, de conformidad con los acuerdos establecidos previamente por los comités internos.

Las redes de hospitales procuradores del sector privado realizan el mismo procedimiento: primero se distribuyen los órganos y tejidos en las unidades médicas de la misma institución. De no haber receptor adecuado se dirigen hacia otra red de hospitales privados con los que se tenga un convenio.

Un punto importante es que las redes de hospitales procuradores, deben funcionar para que los órganos sean mejor aprovechados, ya que los hospitales que cuentan con programas de trasplante no pueden ser autosuficientes en la obtención de órganos o tejidos para satisfacer la creciente demanda de trasplantes. De lo anterior, se infiere que es importante que cada vez, un mayor número de centros médicos cuenten con licencias de extracción y trasplantes, ya que en la medida que existan más centros con dichos permisos será posible que se puedan efectuar más cirugías de trasplantes.

2.4. Benchmarking. Las buenas prácticas en el fomento de la donación y realización de trasplantes, ejemplos relevantes

Con el propósito de contar con un referente sobre las acciones que son motivo de estudio en este trabajo, es importante identificar casos en donde los gobiernos han tenido éxito, a fin de identificar ciertos factores que permitan un mejor entendimiento de las causas por las que en México no se han logrado los resultados necesarios para atender la problemática sanitaria sobre la falta de donación y trasplantes; y aunque dicho ejercicio no pretende ser exhaustivo, éste permitirá establecer un parámetro general de las causas de éxito en los modelos de referencia respecto de lo que ocurre en México. Para lograr lo anterior, una técnica utilizada en este tipo de análisis es el denominado “Benchmarking”, que si bien tiene su antecedente en el sector privado, autores como Eda Cleary, nos muestran cómo dicha herramienta no es ajena al sector público, ya que de hecho, esta autora indica que existen antecedentes históricos del uso de la comparación y observación de otros países para tomar decisiones acerca de las políticas públicas óptimas, apuntando que fue a finales del siglo XIX cuando el gobierno de Meiji de Japón envió delegados de su país a la civilización occidental para observar, aprender y sentar las bases para un estado moderno en Japón. Además, ella menciona que el propio Robert Camp, Director de Calidad del área de operaciones logísticas de Xerox, y a quien oficialmente se le conoce como el acuñador del término “benchmarking”; no dudó en denominar como “benchmarking no competitivo”, a la aplicación de esta técnica en el sector público para diferenciarlo de los procesos en el sector privado. Aún más, la autora indica que las experiencias de benchmarking en materia de formulación, ejecución y monitoreo de políticas públicas en los países industrializados ha sido sistemático y ha dado lugar a un nuevo tipo de benchmarking denominado “benchmarking político”; y que existen autores que plantean que este tipo de uso, incluso se ha iniciado desde principios de los años ochenta, a nivel regional, nacional y transnacional, en base a la consideración de buenas prácticas políticas⁴⁵.

⁴⁵ Cleary Eda, El Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector público. Apuntes sobre su aplicación en el sector público de América Latina, Biblioteca Virtual TOP, www.top.org.ar; Pp. 6 y 7.

Una de las características más representativas de los modelos de salud europeos es el haber alcanzado la universalidad como un logro de carácter social. La universalidad en salud es importante, ya que mediante ésta se genera un sentimiento de armonía en la estructura social, además de la seguridad de las personas. De acuerdo con Gregorio Martínez Narváez⁴⁶, en la evolución de los sistemas de salud europeos es posible identificar que la universalidad es resultado de un esfuerzo estructural, con finalidades cívicas y objetivos de valor universal; asimismo, menciona que la Organización Regional de la Salud para el Continente Europeo considera que la mayoría de sus esquemas nacionales han sido desarrollados, entre otros elementos, del marco doctrinario siguiente:

- Quienes establecen las políticas en Europa están de acuerdo con que sus objetivos nacionales en salud deben ser el acceso universal.
- Cuidado efectivo con resultados evidentes.
- Servicios de alta calidad y responsabilidad frente a las preocupaciones de los usuarios.

En los países que se agrupan en Europa Continental existen diferencias organizativas; sin embargo, es posible identificar ciertos elementos generales, como el hecho de que los esquemas de atención sean similares; por ejemplo, el acceso a la salud, la rapidez en la atención y la diversidad de servicios sanitarios a los que se accede. A fin de tener un marco de referencia de la situación de los trasplantes y la donación de órganos, podemos dar una mirada a dos casos ejemplares: Francia, que ha tenido una buena respuesta en este tema de salud, así como el ejemplo más icónico en la materia: España, que por muchos años ha logrado el índice más alto en donaciones y trasplantes. Es pertinente recordar que la ley francesa Callaivet de 1976⁴⁷ fue una de las primeras en regular dichas actividades, en donde además se incluyó la figura del donador presunto, modelo legal que retomarían con posterioridad otros países como la misma España.

⁴⁶ Gregorio Martínez Narváez, Un Sistema en busca de Salud, Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano, Fondo de Cultura Económica, 2013. Pág.372.

⁴⁷ Es una ley de consentimiento 'presunto', es decir que presupone que toda persona es donante de órganos, a no ser que haya expresado en vida su voluntad contraria a la donación.

Francia.

El sistema de salud francés se compone de instituciones públicas y privadas, a fin de lograr mantener la cobertura en la salud. En cuanto al gasto del sistema de salud, éste alcanza un tercio del presupuesto público, a nivel comparativo, este sistema de salud es el segundo en cuanto a recursos destinados en toda Europa.

La legislación en cuestiones de la salud de la población es primordial para el Estado francés, éste regula a las instituciones públicas y privadas que prestan los servicios, así como a las instituciones financieras de la salud, a su vez que tiene la responsabilidad de vigilar la formación del personal profesional en medicina. Se tiene una Ley de Bioética que regula la materia de trasplantes y el órgano público encargado es la denominada Agencia de Biomedicina, quien a su vez lleva los registros y estadísticas de lo concerniente a estas actividades, como el registro de aquellos sujetos que se niegan a ser donantes o el registro nacional de la lista de espera, así como el registro de las donaciones que han sido llevadas a cabo.

La ley francesa establecía que se podían extraer órganos de las personas fallecidas para ser trasplantados a menos que éstas, con antelación, hubieran declarado expresamente su negativa a tal situación; sin embargo, esto tuvo que cambiarse, y actualmente se lleva el registro para que las personas manifiesten su negativa a ser potencial donador. En 2011, Francia modificó la ley sobre bioética en donde se estableció que la donación de órganos era una prioridad nacional. Con ello, se ha logrado aumentar las cifras en donación y trasplantes; por ejemplo, en riñón se tiene un incremento de trasplantes de 53.0% en más de 21 años y en hígado se ha logrado un 66.0%.

Entre los factores de éxito que se identifican en Francia para lograr las cifras en donación y trasplantes, se encuentran:⁴⁸

- La importancia que le da el gobierno como tema prioritario de salud.

⁴⁸ Artículo: Colaboración Estratégica Franco-Mexicana para el Trasplante Hepático Revista: Cirugía y Cirujanos 2015, 83 (5).

- La frecuencia en las campañas mediáticas a favor de la donación de órganos.
- La Agencia de Biomedicina órgano de gobierno encargado de gestionar la asignación de órganos en todo el territorio nacional, tiene reglas estrictas basadas en la transparencia, la igualdad, la justicia y la necesidad de un trasplante, de tal forma que la actividad relativa a los trasplantes está reservada a los hospitales públicos.
- Existe un sistema de médico-coordinador en cada hospital importante.
- Por ley cada persona es un presunto donante, en tanto no haya manifestado en vida su rechazo a donar sus órganos.
- La coordinación de su sistema y la importancia que le dan a la donación: esto permite, por ejemplo, que en el sistema francés de ambulancias médicas, en conjunto con el sistema del Servicio de Ayuda Médica Urgente, se dé el reclutamiento de donantes por accidente o por suicidio en estado de muerte cerebral, ya que la reanimación en el lugar del accidente permite salvar heridos, pero a su vez, también permite reanimar pacientes que pasarán al estado de muerte cerebral y se convertirán en donantes de órganos.

España.

El Sistema Nacional de Salud Español es el conjunto de servicios que presta la administración del estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas. El sistema actual fue creado en 1917, producto de diversas reformas legislativas, en donde se logró conformar un sistema único, el cual tuvo como éxito amalgamar un conjunto de servicios de salud que estaban desarticulados. Con dichos esfuerzos se integró un sistema que logró dotar la cobertura universal a la población española. El esquema de salud español se financia con fondos provenientes de los impuestos federales, de las autonomías⁴⁹ y los municipios.

⁴⁹ Una comunidad autónoma es una entidad territorial administrativa española que, dentro del ordenamiento jurídico constitucional estatal, está dotada de cierta autonomía legislativa con representantes propios, y de determinadas competencias ejecutivas y administrativas. La estructura de España en comunidades autónomas se recoge en la Constitución española de 1978.

La manera en cómo se gestiona el sistema es bajo la figura de descentralización. Cada una de las entidades autónomas cuenta con estructuras de gestión responsables ante órganos de supervisión y de la comunidad.

El gobierno o poder ejecutivo es responsable de la regulación del sistema mediante el Ministerio de Salud que, entre sus deberes, tiene la tarea de formular políticas generales de salud, recursos humanos y de investigación. De manera general, respecto de la forma o funcionamiento del sistema, es preciso mencionar que se tiene un Consejo Territorial del sistema que se integra por un representante de cada una de las comunidades autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado. El funcionamiento del sistema permite, de alguna manera, focalizar los esfuerzos de salud y enfocar las necesidades contextualizándolas desde cada población.

En materia de donación y trasplantes se tiene a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que es un órgano autónomo creado por un Real Decreto. En su estatuto orgánico, se establece que tiene la facultad de coordinar y fomentar la política de trasplantes en el país, además de tener la atribución de representar al gobierno ante organismos internacionales en materia de trasplantes. Las principales funciones de la ONT son:

- Coordinar la política de donación y trasplante.
- Promover la donación.
- Desarrollar y analizar los registros que favorezcan la publicidad de los trasplantes.

En este sentido la ONT se encarga de administrar la obtención y distribución de los órganos; la actualización y gestión de las listas de espera para trasplantes; de la logística de equipos profesionales para llevar a cabo los trasplantes; y por su puesto de efectuar la labor de promover dicha actividad, así como establecer medidas para garantizar que la donación no sea con fines lucrativos.

Para regular la materia, se tiene la Ley sobre Extracción y Trasplante de Órganos. Dicha ley indica que la actividad debe ser altruista y que la donación de órganos no debe perseguir algún tipo de compensación. La ley establece que el Ministerio

de Sanidad y Seguridad Social es quién debe autorizar los centros en donde pueda llevarse a cabo la donación de órganos.

En cuanto al proceso y coordinación para un trasplante, la ley prevé que se debe facilitar la constitución de organizaciones a nivel de comunidad autónoma y nacional, así como la colaboración con organismos internacionales para efectuar el intercambio y la rápida actuación de órganos para trasplante obtenidos de personas fallecidas.

El proceso de donación en el caso de muerte de una persona es la identificación de un posible donador en las unidades de críticos que, de acuerdo con lo que se señala en la ley, son las unidades básicas de salud. Dicho donador se refiere a una persona con daño cerebral irreversible y por lo tanto se produce la muerte encefálica en un corto plazo; posterior a este paso se determina la detección del posible donante intra unidad de críticos, la evaluación y diagnóstico de la persona por muerte encefálica para posteriormente efectuar el trámite con el consentimiento de los familiares.

Los datos del Informe de la Organización Nacional de Trasplantes arrojan que, en los últimos años, en España se tienen 1,682 donantes y una tasa de 36 donantes por millón de personas. Con dichos datos este país se considera líder mundial en la materia.

Los factores que han hecho del modelo español, un sistema de referencia son los siguientes⁵⁰:

- Se tiene un modelo específico de trasplantes basado en la organización de la coordinación que se estructura en tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario. Además, la oficina central de la Organización Nacional de Trasplantes se constituye como una Agencia de Servicios proporcionando apoyo a todo el sistema. Esto implica la distribución de órganos, la

⁵⁰ El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes, segunda edición, Matesanz Rafael y Otros, Aula Médica Ediciones, Organización Nacional de Trasplantes, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España 2012 Pp.11-26, 77-120; y Gregorio Martínez Narváez, Un Sistema en busca de Salud, Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano, Fondo de Cultura Económica, 2013. Pp.381-383.

organización del transporte para el traslado de los mismos, el manejo de las listas de espera, las estadísticas sobre dichas acciones, la información general y especializada y, en general, cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante.

- Se da especial interés a la figura de coordinador de trasplantes, que es el personal encargado de identificar a los pacientes terminales potencialmente a ser donadores; de mantener los órganos en buen estado; de informar a las familias afectadas y de obtener su consentimiento para donar; de organizar la extracción; de supervisar el proceso de traslado; en síntesis, de asegurarse de que todo el proceso se lleve correctamente.
- Una extensa red de servicios de salud de atención y una eficiente red de referencia de pacientes.
- Los alcances del sistema universal de salud español consideran aspectos de atención médico-curativa, incluyendo servicios como medicación y atención hospitalaria.
- En cuanto a la formación de los recursos humanos y su remuneración, destaca que los médicos reciben un salario más un bono por capacitación, que puede representar 15% adicional de su salario. Los especialistas de los hospitales y de las clínicas de atención ambulatoria tienen un sueldo de acuerdo con tabuladores acordados por una comisión nacional, pero reciben estímulos según las políticas que se establezcan en las comunidades autónomas.
- Un dato relevante es que la mayoría de personas acuden a los médicos del sistema público, debido a que dicho personal cuenta con un gran reconocimiento social, pues la percepción de las personas hacia los servicios de salud son buenas, por lo que se dice que el sistema de salud público goza de buena reputación, al ser considerados eficaces en la atención que brindan y en la forma de solucionar los problemas médicos, así como por el hecho de que en el servicio público se cuenta con tecnología médica de vanguardia.

- En cuanto a la participación de empresas privadas dentro del sistema sanitario, la ley prevé que las Administraciones Públicas Sanitarias establezcan convenios para su funcionamiento; sin embargo, la propia ley indica que se debe priorizar el servicio no lucrativo, es decir que mientras el estado pueda asumir las actividades no permitirá la participación de agentes privados.

En síntesis, se puede decir que el éxito del modelo español de donación y trasplantes está basado en que se tiene una extensa red de coordinadores hospitalarios perfectamente formados para detectar potenciales donadores, además de que éstos se encuentran entrenados para hablar y convencer a las familias de las personas fallecidas para facilitar el proceso; en que se constituye en un sistema sanitario público con profesionales de máximo nivel y que son a la vez ciudadanos que son ejemplares por su gran generosidad y solidaridad con las personas; estos elementos, junto con una legislación adecuada, se han convertido en un referente internacional y en un ejemplo a seguir para todo país que quiera mejorar su sistema de donación y trasplantes.

A continuación, se presenta brevemente, las características de los casos francés y español que pueden ser la posible respuesta del éxito que han logrado en la donación y trasplantes de órganos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN ESPAÑA Y FRANCIA QUE INCIDEN EN LA DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Francia	España	Concepto
Universalidad de la salud.	Universalidad de la salud.	Universalidad del servicio y esquemas de atención homogéneos, así como el acceso a los servicios de salud para la población.
Los esquemas de atención son similares en todas las unidades médicas.	Los esquemas de atención son similares en todas las unidades médicas.	
Acceso a la salud, rapidez en la atención y la diversidad de servicios	Acceso a la salud, la rapidez en la atención. Se tiene una extensa red de	

sanitarios a los que la población accede.	servicios de salud de atención y una eficiente red de referencia de pacientes.	
Importancia en el gasto público de las acciones de salud.	La remuneración de los recursos humanos es relevante, hay incentivos para los médicos.	Otorgamiento de recursos para las actividades y responsables.
Relevancia de la donación de órganos, al considerarla una prioridad nacional.	Focalización de los esfuerzos y en las necesidades contextualizándolas desde cada población.	Importancia de la actividad sanitaria en materia de donación y trasplantes.
Importancia de los trasplantes en la legislación. Reglas estrictas y transparencia de las acciones de trasplantes.	La ley prevé que se debe facilitar la constitución de organizaciones a nivel de comunidad autónoma y nacional, así como la colaboración con organismos internacionales para efectuar el intercambio y la rápida actuación de órganos para trasplante obtenidos de personas fallecidas.	
Se tienen ideales de igualdad, y justicia para realizar un trasplante. Por ley cada persona es un presunto donante, en tanto no haya manifestado lo contrario.	Se tienen una actividad permanente de incentivar a las personas para que realicen la donación.	

<p>Las campañas para las acciones de donación son frecuentes.</p>		
<p>Se cuenta con registros y estadísticas en lo concerniente a estas actividades.</p>	<p>Se tiene información para lograr una distribución de órganos, la organización del transporte para el traslado de los mismos, el manejo de las listas de espera, las estadísticas sobre dichas acciones, la información general y especializada y, en general, cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante.</p>	<p>Importancia de la información y de las actividades de donación y trasplantes.</p>
<p>La actividad relativa a los trasplantes está reservada a los hospitales públicos para tener un mayor control sobre la misma.</p>	<p>El sistema público de salud tiene reconocimiento social, los hospitales públicos cuentan con tecnología médica de vanguardia.</p> <p>Se tiene establecido por ley que la priorización del servicio no lucrativo, decir que mientras el estado pueda asumir las actividades, no permitirá la participación de privados.</p>	<p>Fortaleza del sistema público en las actividades de donación y trasplantes</p>

<p>Existencia de una coordinación médica en cada hospital; y a su vez la coordinación de todo el sistema de salud.</p>	<p>Se da un especial interés a la figura de coordinador de trasplantes. Se tiene un modelo específico de trasplantes basado en la organización de la coordinación que se estructura en tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.</p>	<p>Coordinación de los diferentes actores</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración Propia.

Los factores que es posible identificar de los casos francés y español, que pueden estar incidiendo en los buenos resultados que han tenido en materia de donación y trasplantes, se refieren a la universalidad del servicio, los esquemas de atención homogéneos, el acceso a los servicios de salud para la población, el otorgamiento de recursos para las actividades y sus responsables, la importancia que le dan a la actividad sanitaria en la materia, el contar con información referente a dichas actividades, el fortalecimiento que tiene el sistema público, así como la coordinación de los diversos actores que logran la culminación del proceso.

Capítulo 3. Análisis de los factores que inciden en los resultados de la política de salud en materia de fomento para la donación y trasplantes de órganos

3.1. Las pretensiones del gobierno: las acciones de salud en materia de donación y trasplantes dentro de la planeación gubernamental 2013-2018

A fin de identificar si el gobierno estableció acciones específicas en la política de salud, en materia de donación y trasplantes, se revisaron los principales instrumentos sobre el tema, los cuales son el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-2018, así como el Programa de Acción Específico, Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018).

En el PND 2013-2018, el Gobierno Federal estableció cinco metas nacionales, de las cuales, el tema de salud se encuentra considerado dentro de la segunda, denominada “México Incluyente”. En el diagnóstico que se incluye en este documento se indica que persisten altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad; y en específico en el tema de salud, se reconoce que si bien se tiene un Sistema Nacional de Salud, éste se encuentra fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos, e incluso se menciona que, en 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud.

Otro dato relevante que se apunta es que a pesar, de que de 2000 a 2010, el gasto en salud como porcentaje del PIB se incrementó en 19.2%, dicho nivel de gasto sigue siendo bajo en comparación con los países de la OCDE, ya que de acuerdo con los reportes de dicha organización, en México es de 6.2%, mientras que el promedio en los países miembros correspondió a 9.3%.⁵¹

Otra cuestión que el gobierno dice que debe mejorarse, es el fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos. Además, en el apartado donde se

⁵¹ OCDE, “Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación”, página electrónica: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

consigna el plan de acción denominado “Integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades”; se indica que, en materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud, para lo cual se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran.

Finalmente, dentro de los objetivos, estrategias y líneas de acción de salud que se relacionan con la materia de donación y trasplantes, se establecieron de manera general muchas pretensiones en materia de política sanitaria, pero no se habló del tema de la donación y los trasplantes en específico, lo que demuestra que el gobierno no le dio importancia a dicho tema a nivel de la planeación nacional.

En cuanto al PSS 2013-2018, se puede decir que es congruente con lo trazado en el PND 2013-2018, ya que retoma la línea trazada en los objetivos y estrategias que se incluyeron en este último. En cuestión específica sobre la materia de donación y trasplantes, en la parte donde se incluyó un diagnóstico del sector, no se estableció nada específico sobre la problemática de la falta de donación y trasplantes para mejorar la salud de la población y, en muchos casos, para salvar vidas.

En la parte que toca a los objetivos, estrategias y líneas de acción; se identifica, que en la estrategia denominada “Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral”, se incluyó la línea de acción siguiente: Fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes; no obstante, no se mencionan los instrumentos, ni un planteamiento concreto para poder determinar cómo se logra dicha pretensión.

Otro punto relevante a destacar, es que en el apartado de anexos del documento, se especifica que como parte de la elaboración de la planeación nacional, se llevaron a cabo foros, paneles de discusión y acciones de consulta, en los que participaron 48,527 personas, a fin de discutir y enriquecer los objetivos y las metas nacionales. En cuanto al tema abordado aquí, se dijo que se realizó una

discusión de los temas siguientes:

- Incluir en la educación básica los temas de donación y trasplante de órganos y promover una cultura para la donación de órganos.
- Fortalecer y ampliar la Red Nacional de Hospitales, con capacidad para realizar trasplantes de órganos.

Sobre estos temas, no se indica si fueron retomados o considerados para la puesta en marcha de acciones concretas por parte del gobierno. De lo anterior, es posible decir que, no obstante que en el programa sectorial se establecieron acciones específicas en cuanto a la donación y trasplantes, éstas surgieron a partir de discusiones con representantes de la sociedad, pero no se incluyó una postura o propuesta concreta del gobierno en el tema, con lo cual tampoco se estableció algún indicador sectorial para monitorear dichas cuestiones.

De la revisión del documento, se puede identificar que el gobierno le da poca importancia a los temas de donación y trasplantes, pues el documento carece de un diagnóstico específico para este tema, con lo cual, el no haber establecido los problemas específicos sobre la donación o trasplantes, limita que se diseñen acciones concretas para dar atención al problema y por tal se carece de una guía e indicadores que puedan mostrar avances en la solución de esta necesidad de salud que tiene la población.

En el Programa de Acción Específico de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018), se establecieron tres cuestiones que requiere hacer el Gobierno Federal de manera prioritaria en el tema:

- Establecer estrategias y acciones para alinear y conjuntar esfuerzos de todos los actores del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes, para incrementar el número de donaciones prioritariamente de origen cadavérico que permitan realizar trasplantes efectivos, capaces de garantizar la recuperación de la salud de los pacientes y su reincorporación a la vida social y productiva.
- La consolidación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes, para subsanar la fragmentación de un sistema de salud que limita la

capacidad de respuesta efectiva ante la demanda creciente de órganos y tejidos para la terapéutica del trasplante.

- Convocar la participación organizada de la sociedad civil, fortalecer la capacidad de organización y respuesta de las instituciones en la materia, impulsar la conformación de Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS) y contar con la colaboración de todas las instancias involucradas en los procesos de donación y trasplantes.

Además de lo anterior, en este programa se incluyeron cuatro objetivos específicos con sus estrategias, líneas de acción e indicadores respectivos, que son los siguientes:

**PRINCIPALES INTENCIONES DE ACCION GUBERNAMENTAL PREVISTAS
EN EL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE DONACIÓN Y
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, 2013-2018**

Objetivo Específico	Estrategia	Líneas de Acción	Indicador
Fortalecer la coordinación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes	Promover acuerdos de coordinación, convenios, bases de colaboración e instrumentos jurídicos	-Establecer vínculos intersecretariales para fomentar la cultura de donación	Porcentaje de avance en los resultados de fortalecimiento de la coordinación nacional. Descripción: mide el porcentaje de avance de las acciones programadas para fortalecer la coordinación.
	Estandarizar el proceso de apoyo a la donación y trasplantes	-Diseñar, consensuar y difundir el proceso al Subsistema	
	Promover con las entidades competentes la creación del Registro Nacional de pacientes con insuficiencia renal crónica	-Definir los requerimientos del registro	
	Creación del modelo institucional de coordinación de donación y de los modelos de	-Diseñar, desarrollar, implementar, evaluar y difundir el modelo institucional de coordinación de	

	procuración y trasplantes de órganos y tejidos	donación y de los modelos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos	
	Fomentar el incremento del número de hospitales con licencia de procuración en el país	<ul style="list-style-type: none"> -Promover la obtención de nuevas licencias a través de autoridades estatales competentes en hospitales potenciales -Promover con CEETRAS, COETRAS, Coordinaciones Institucionales y con apoyo de la COFEPRIS la reactivación de hospitales con licencia y sin actividad 	
	Crear la red nacional de coordinadores de donación	<ul style="list-style-type: none"> -Conformar el censo de coordinadores de donación -Establecer la red nacional 	
	Promover la creación de CEETRAS en todas la entidades federativas con funciones homologadas al CENATRA	<ul style="list-style-type: none"> -Plantear en las reuniones del CONASA la necesidad de que los CEETRAS cuenten con una estructura, atribuciones y funciones bien establecidas -Generar un documento normativo que describa las funciones y atribuciones de los 	

		CEETRAS	
	Concientizar entre la población los conocimientos acerca de la necesidad e importancia de la donación	<ul style="list-style-type: none"> -Difundir a través de medios de comunicación mensajes básicos -Crear vínculos con diferentes entidades, instituciones y Organizaciones de la Sociedad Civil para apoyar la labor de difusión en la materia 	
Facilitar el acceso a programas de capacitación y enseñanza en materia de donación y trasplantes	Enseñanza a los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitar a profesionales involucrados en el uso del SIRNT -Capacitar Coordinadores de Donación -Capacitar a procuradores de tejido -Promover la capacitación de cirujanos de trasplantes -Actualizar a profesionales de la salud en la materia 	<p>Porcentaje de avance de las acciones realizadas que facilitaron el acceso a la capacitación y enseñanza en materia de donación y trasplante.</p> <p>Descripción: mide el número de profesionales de la salud capacitados respecto de los programados.</p>
Gestionar ante las autoridades competentes recursos que fortalezcan el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes	Gestionar ante las autoridades competentes la ampliación del Techo Presupuestal, así como la estructura del CENATRA	<ul style="list-style-type: none"> -Diseñar el proyecto de ampliación presupuestal y estructura funcional -Gestionar recursos de acuerdo con los lineamientos que estipula la DGPOP 	<p>Porcentaje de avance de las acciones realizadas que permitan la obtención de recursos que fortalezcan el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes.</p> <p>Descripción:</p>
	Gestionar los recursos técnicos institucionales y externos que	-Generar proyectos para el desarrollo del	

	<p>permitan la adquisición del Sistema informático del RNT</p>	<p>SIRNT y del diplomado a distancia</p> <p>-Gestionar recursos según las necesidades de cada proyecto</p>	<p>número de acciones que permitan la gestión y obtención de recursos para fortalecer las actividades del subsistema.</p>
<p>Reestructurar el Sistema Informático y actualizar el Registro Nacional de Trasplantes</p>	<p>Desarrollar un nuevo sistema informático que atienda las necesidades actuales del Subsistema de Donación de Trasplantes de Órganos y Tejidos</p>	<p>-Generar los requerimientos de uso para el diseño del Sistema informático del RNT</p> <p>-Desarrollar, implementar y dar seguimiento al sistema</p>	<p>-Porcentaje de avance en la reestructura del Sistema Informático. Descripción: número de acciones que permitan la gestión y obtención de recursos para fortalecer las actividades del subsistema.</p>
	<p>Establecer convenios de colaboración con Consejos y Centros Estatales de Trasplantes para actualizar el Registro Nacional de Trasplantes</p>	<p>-Suscribir y dar seguimientos a convenios</p> <p>-Mantener actualizado el Registro Nacional de Trasplantes</p>	<p>-Porcentaje de avance en la actualización del Registro Nacional de Trasplantes. Descripción: mide las acciones que permitan tener el registro de información de manera oportuna y confiable de los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y células que se llevan a cabo en los</p>
	<p>Coordinar y supervisar los procesos de donación y distribución de órganos y tejidos a nivel nacional</p>	<p>-Fortalecer el módulo de apoyo a los procesos de donación del CENATRA</p>	

			establecimientos autorizados.
--	--	--	-------------------------------

Fuente: Extracto del Programa de Acción Específico. Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018).

Sobre los indicadores diseñados, es posible identificar que éstos no brindan una medición sobre el avance de las acciones, ya que la mayoría menciona que se efectuarán acciones, pero no se especifica una variable que dé un parámetro sobre los avances de lo que se pretende lograr en cada objetivo. Además, los indicadores son generales y pretenden agrupar varios tópicos, pero eso mismo provoca que no sirvan para medir resultados concretos.

Como es posible ver, en este programa de acción específico se plantearon varios objetivos con sus estrategias y líneas de acción particulares que el gobierno pretende perseguir con la finalidad de dar atención al problema público de salud sobre la falta de donación y trasplantes; sin embargo, no se especifica cómo se podrán concretar, ni la manera en que el gobierno dará puntual seguimiento a las pretensiones plasmadas en el documento, lo cual limita que se pueda determinar si se tiene un diagnóstico del problema basado en datos verídicos, así como que se puedan medir los resultados de los objetivos, estrategias y líneas de acción planteadas.

En conclusión, desde la planeación nacional, el gobierno mexicano reconoce que el Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado, lo que provoca que exista un número importante de personas que carecen de acceso a algún esquema de salud; sin embargo, el tema de la donación o trasplantes, no es mencionado en particular, el cual se retoma hasta el programa sectorial específico de salud, pero en éste no se incluyen instrumentos, ni planteamiento concreto alguno para atender la problemática, lo que demuestra que el gobierno no le dio importancia al tema a nivel de la planeación nacional y sectorial.

Es hasta el programa de acción específico de donación y trasplante de órganos y tejidos, donde se establecieron cuatro objetivos específicos con sus estrategias, líneas de acción e indicadores respectivos; sin embargo, éste es deficiente y no

tiene claridad, en cuanto a los indicadores incluidos en éste no son adecuados para medir el avance de las acciones pretendidas en el mismo documento, ya que la mayoría menciona que se llevarán a cabo una serie de acciones, pero no se especifica cuál es el parámetro sobre los avances de lo que se quiere lograr. En general, no se tiene un planteamiento específico que muestre cómo se podrán concretar las acciones de donación y trasplantes, y mucho menos se tiene un mecanismo puntual para su seguimiento.

3.2. Recursos públicos en las acciones de salud en materia de donación y trasplantes.

De acuerdo con Roberto Salcedo⁵², el presupuesto es un mandato y debe reflejar con claridad ¿qué se manda?, ¿qué recursos se asignan? y ¿cómo y cuándo deberán hacerse las cosas?, el presupuesto debe reflejar la voluntad de lo que se quiere hacer en el país, con los recursos que se tienen, por lo que los recursos deben asignarse con la mayor racionalidad y con visión de largo plazo, además de que deben ejercerse con la mayor eficacia, eficiencia y economía.

A fin de determinar cuál es el presupuesto de las acciones para lograr la donación y efectuar los trasplantes de órganos en México, se efectuó la revisión y análisis del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), que es el documento donde se establece la asignación de recursos a todos los entes que utilizan recursos públicos, en concreto, el apartado denominado Análisis Funcional Programático Económico del Ramo 12, “Salud”, de los PEF correspondientes a 2011-2015; ya que en dicho apartado se especifican; entre otras cosas, los programas presupuestarios y los responsables de su ejecución, y mediante esta estructura se asocia el presupuesto que se asigna cada año a todos los programas; por ejemplo, para la atender el problema de salud de las adicciones se tiene el programa E025 “Prevención y atención contra las adicciones”; para las acciones

⁵² Salcedo Aquino Roberto (2013); “La ASF dentro del proceso de la rendición de cuentas y la fiscalización superior: retos y perspectivas”, Cuaderno 6; México, Red por la Rendición de Cuentas, y Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Pp. 7 y 8.

de atención de la salud a nivel de localidades, se tiene el programa S037 denominado “Programa Comunidades Saludables” y para las acciones con las que se pretende acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica, se tiene el programa S200 denominado “Unidades Médicas Móviles”; sólo por mencionar algunos. Un hecho importante es que, si una acción de gobierno se asocia con un programa presupuestario específico, se facilitará la ubicación de las actividades y de los responsables de su operación, al menos a nivel presupuestario.

El análisis se efectuó en dos vertientes, la primera correspondió a la identificación de los recursos que se le asignan al CENATRA como responsable de la coordinación de la política de donación y trasplantes; mientras que en un segundo momento se analizó el presupuesto que se le otorgó a las principales instituciones públicas de salud que tienen como una responsabilidad promover la donación de órganos, pero además y sobre todo, donde se llevan a cabo propiamente las operaciones para trasplantarlos, las cuales son la Secretaría de Salud (SS), concretamente en los hospitales que tiene a su responsabilidad; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ⁵³.

A continuación, se identifica la estructura dónde aparece el CENATRA como responsable de la política pública en materia de donación y trasplantes de órganos.

⁵³ Existen otros órganos públicos que están dentro del sistema de salud mexicano, pero no se consideran para este análisis, ya que tienen poblaciones objetivo muy focalizadas, por ejemplo los hospitales de PEMEX, SEDENA o SEMAR, pero su población beneficiaria no es representativa del total de población que atienden los demás entes públicos como IMSS, ISSSTE y la propia secretaría.

**UBICACIÓN PROGRAMÁTICA DE LAS ACCIONES DEL CENATRA
EN EL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN, 2015**

Ramo 12. Salud		
Actividad institucional	Programa presupuestario	Unidad responsable
Servicios de apoyo administrativo	Actividades de apoyo administrativo	Centro Nacional de Trasplantes
Formación y capacitación de recursos humanos acordes a las necesidades y demandas de atención a la salud	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	Centro Nacional de Trasplantes
Política de calidad implementadas en el Sistema Nacional de Salud	Rectoría en Salud	Centro Nacional de Trasplantes

Fuente: Extracto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, Apartado Análisis Funcional Programático Económico.

Al revisar el documento para los ejercicios 2011-2016, el apartado denominado “Análisis Funcional Programático Económico” del Ramo 12, denominado “Salud”, no es posible identificar la existencia de un programa presupuestario específico asociado a las actividades de promoción de la donación, ni de los trasplantes; como sí se hace en otras materias. Además, el presupuesto del CENATRA se dispersa en 3 programas presupuestarios que se podrían denominar genéricos, ya que no son del ámbito específico y exclusivo del citado centro, debido a que son programas que también deben cumplir otros organismos públicos en el campo de la salud y que, por tanto, también aparecen para otros ejecutores del gasto y no se refieren a las acciones sobre donación y trasplantes de órganos.

Al revisar el apartado denominado “Estrategia Programática” del PEF, (correspondiente también a los ejercicios fiscales 2011-2016), que es el apartado

donde se especifican las intenciones más relevantes del gobierno en cuanto a cómo se ejercerán los recursos públicos, se tiene que en el tema de salud, no se estableció ninguna referencia sobre las actividades de donación y trasplantes, es decir, no es una de las tareas públicas relevantes del gobierno en el rubro de la salud pública.

Debido a las limitantes descritas, la forma de aproximarse al presupuesto que se destina a las actividades de donación y trasplantes es mediante la ubicación de los responsables en la materia.

El gasto que ha tenido el CENATRA como institución del gobierno federal encargada de la política de salud en materia de donación y trasplantes durante el periodo 2011-2015, se presenta en el cuadro siguiente:

RECURSOS PÚBLICOS UTILIZADOS POR EL CENATRA, 2011-2015
(Millones de pesos)

Programas presupuestarios	2011	2012	2013	2014	2015	Promedio periodo (%)	Tasa Media de Crecimiento periodo (%)
P012 Políticas de calidad implementadas en el Sistema Nacional de Salud	3.4	4.2	9.7	12.5	9.0	7.45	27.6%
M001 Servicios de apoyo administrativo	9.0	0.8	7.0	6.3	6.6	5.78	(7.5%)
E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	4.6	14.5	3.5	0.6	0.3	5.80	(49.5%)
Total	17.0	19.5	20.2	19.4	15.9	19.03	(1.7)

Fuente: Elaboración Propia, con base en los datos reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, en los años del período 2011 a 2014; apartado Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos, en clasificación funcional-programática.

Como se muestra en el cuadro, durante el periodo especificado, en lo general, el gasto realizado por el CENATRA se observa relativamente estable tomando en consideración la suma de los tres programas presupuestados asociados a su operación, pero es importante aclarar que para el análisis no se consideró la inflación, con lo cual, se puede decir que si bien el monto otorgado de recursos públicos muestra una tendencia estable, en realidad este ha disminuido considerando que los precios han ido en aumento.

Otro elemento que destaca, es que los servicios de apoyo administrativo han disminuido en el periodo, al igual que los recursos para capacitación de los recursos humanos donde se ve un descenso dramático de 49.5% en promedio anual en el periodo de referencia, al pasar de 4.6 millones en el primer año del periodo a 0.3 millones en el último; y por su parte y en contraste con este dato, lo que se refiere a gastos en políticas de calidad implementadas, el recurso tiene un crecimiento en promedio anual de 27.6%, al pasar de 3.4 millones de pesos en 2011 a 9.0 millones en 2014.

De lo anterior, se puede ver que, en lo que corresponde al CENATRA como coordinador de la política de donación y trasplante de órganos, no es posible identificar el gasto específico de las acciones de salud en dicha materia, ya que los datos son una limitante al referirse a conceptos genéricos que aparecen también para otros entes públicos que tienen participación en la política de salud del país. Se puede concluir que el gobierno no le da una atención relevante al tema, o al menos en lo que respecta a la parte programático-presupuestal del CENATRA es lo que se aprecia.

En cuanto a la identificación del presupuesto en la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), como principales participantes de la política pública en materia de fomento a la donación y la materialización de los trasplantes en los hospitales, el análisis se presenta a continuación.

En la Secretaría de Salud, para 2015 se tenía un presupuesto de 129,961.8 millones de pesos, distribuidos en 38 programas presupuestarios, de éstos son seis los que se vincularon con la prestación de servicios de salud, los cuales se muestran a continuación:

SECRETARÍA DE SALUD, PRESUPUESTO VINCULADO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS O ATENCIÓN MEDICA CURATIVA, 2015

(Millones de pesos)

Programa presupuestario	Presupuesto
E023 Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención de la salud.	18,276.8
S202 Calidad en la atención médica	104.8
P014 Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no trasmisibles, enfermedades trasmisibles y lesiones	863.7
U012 Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud	4,113.1
S201 Seguro Médico Siglo XXI	2,605.1
U005 Seguro Popular	74,789.2
TOTAL	100,752.7

Fuente: Elaboración Propia, con base en los datos reportados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, año 2015; apartado Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos, en clasificación funcional-programática.

Como se observa, la Secretaría de Salud tenía un presupuesto de 100,752.7 millones de pesos para los programas que se vinculan directamente con los servicios médicos o atención medica curativa, lo que correspondió al 77.5% de los 129,961.8 millones de pesos que tenía como presupuesto total en 2015.

Dentro de los programas que se muestran en el cuadro anterior, dado la naturaleza de los mismos, es donde se insertan las acciones de trasplantes de órganos; sin embargo, no es posible extraer o identificar en específico dichas acciones, lo cual impide que se tenga un referente exacto en cuando al

presupuesto destinado en los hospitales de este ente público para realizar los trasplantes.

En cuanto al Instituto Mexicano del Seguro Social, para 2015 se tenía un presupuesto de 233,583.8 millones de pesos en la subfunción denominada Prestación de Servicios de la Salud a la Persona, distribuidos en 8 programas presupuestarios, de los cuales uno es el que se vinculó con la prestación de servicios de salud, como se muestra a continuación:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PRESUPUESTO VINCULADO A LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS O ATENCIÓN MEDICA CURATIVA, 2015**
(Millones de pesos)

Programa presupuestario	Presupuesto
E002 Atención curativa eficiente	164,643.5

Fuente: Elaboración Propia, con base en los datos reportados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, año 2015; apartado Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos, en clasificación funcional-programática.

En 2015, el presupuesto del instituto correspondiente a los servicios médicos o atención medica curativa fue de 164,643.5 millones de pesos, el 70.5% de los 233,583.8 millones que tenía como presupuesto para la prestación de servicios de salud, pero tampoco es posible identificar el presupuesto específico para las acciones de donación y trasplantes.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para el mismo año de referencia se tenía un presupuesto de 25,157.2 millones de pesos en la subfunción denominada Prestación de Servicios de la Salud a la Persona, distribuidos en 19 programas presupuestarios, de los cuales cuatro se vincularon con la prestación de servicios de salud, (en donde ya se dijo se deberían considerar las acciones de donación y trasplantes). Los datos de los cuatro programas referidos se muestran a continuación:

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO, PRESUPUESTO VINCULADO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
MÉDICOS O ATENCIÓN MEDICA CURATIVA, 2015

(Millones de pesos)

Programa presupuestario	Presupuesto
E010 Consulta Externa Especializada	5,836.1
E011 Hospitalización General	5,580.8
E012 Hospitalización Especializada	7,404.0
E013 Atención de Urgencias	1,398.4
TOTAL	20,219.4

Fuente: Elaboración Propia, con base en los datos reportados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, año 2015; apartado Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos, en clasificación funcional-programática.

En 2015, el presupuesto del instituto correspondiente a los servicios médicos o atención medica curativa fue de 20,219.4 millones de pesos, el 80.4% de los 25,157.2 millones que tenía como presupuesto para la prestación de servicios de salud, pero no es posible identificar el presupuesto específico para las acciones de trasplantes.

Considerando los presupuestos de los tres entes públicos en donde se llevan a cabo los trasplantes que son la Secretaría de Salud (100,752.7) el Instituto Mexicano del Seguro Social (164,643.5) y El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (20,219.4), se tendría que de los 285,615.6 millones de pesos que se destinan a los servicios médicos o de atención medica curativa, no es posible identificar certeramente los recursos que se destinan a los trasplantes, lo cual impacta en que no se tenga información de referencia para la toma de decisiones para llevar a cabo la planeación y programación de acciones que logren mejorar la situación de las personas que necesitan de un trasplante.

En conclusión, no es posible identificar cuál es el gasto específico para las acciones de fomento para la donación y para llevar a cabo las cirugías de

trasplantes, ya que ni en el presupuesto del CENATRA que es responsable de la política pública en dicha materia, ni en los demás entes públicos que participan en ella, es posible identificar que el gobierno programe acciones específicas y destine recursos del presupuesto público para ello, ya que en el Presupuesto de Egresos de la Federación, que es el principal instrumento programático para definir en qué se gastará el dinero público, no se ven reflejadas dichas acciones. Este hecho puede afectar gravemente a la consecución de las tareas que se deben de establecer para la política pública en materia de donación y trasplantes, pues desde un inicio se carece de un rumbo fijo para hacer que la política tenga éxito.

3.3. Sistema de indicadores para medir el desempeño del fomento a la donación y la consecución de trasplantes

De acuerdo con los autores Eduardo Aldunate y Julio Córdoba, la Gestión para Resultados es una inquietud compartida por los gobiernos de América Latina y el Caribe ante las urgencias del desarrollo económico, político y social de tipo sustentable, que necesitan los habitantes de la región para mejorar su calidad de vida. Es un enfoque que tiene algunas características que lo diferencia de las formas de gestión gubernamental más tradicionales, como la gestión por funciones preestablecidas.

La teoría de la gestión da un amplio respaldo a los principios de la gestión para resultados, a partir del fuerte impulso teórico que tuvo desde mediados del siglo XX. Los enfoques sistémicos que se popularizaron en esa época permitieron notables avances teóricos, que luego fueron corroborados por las experiencias de campo. Ello llevó a la formulación de metodologías, técnicas e instrumentos que buscan fortalecer la gestión, en la medida que se apliquen en forma consistente y dentro del marco o contexto donde pueden dar buenos resultados. La Metodología del Marco Lógico es una de esas metodologías y, como tal, puede ser útil, pero sólo en la medida que se cumplan las condiciones que forman su fundamento teórico.

La Metodología de Marco Lógico es un método orientado a la solución de problemas específicos. Por ello, el método tiene tres grandes fases: en la primera, se identifica el problema a resolver, por medio de un diagnóstico sistémico amplio, que permita establecer las causas del problema y porqué no ha logrado ser resuelto; en la segunda fase, se construye un modelo sistémico que expresa las condiciones lógicas de toda índole que deben cumplirse para que el problema se resuelva; y en la tercera fase, se construye un instrumento gerencial que registra la estrategia de solución, en la forma de una matriz de objetivos secuenciales que deben alcanzarse. En esta tercera fase, se incorporan los indicadores necesarios para mantener el seguimiento y control sobre la gestión de la solución⁵⁴.

Como es posible identificar, la importancia que tiene el método del que nos hablan Aldunate y Córdoba es que mediante un estudio previo de un problema es posible construir y operar un mecanismo lógico para identificar las acciones necesarias para resolverlo o, en su caso, disminuirlo, además de que permite definir indicadores para determinar la medida en que se logra esto.

En México la Metodología del Marco Lógico se materializa en el uso del instrumento denominado como Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), la cual se ha venido asociando a los diferentes programas presupuestarios que se incluyen en el documento denominado Presupuesto de Egresos de la Federación y cada matriz tiene un responsable de llevar a cabo el seguimiento de la misma en cuanto a los resultados a lograr.

A fin de identificar el ejercicio del Marco Lógico y si éste es congruente con el problema público en el tema de donación y trasplantes de órganos, se efectuó la búsqueda e identificación de los programas presupuestarios donde participa el CENATRA, que es el responsable de impulsar y coordinar los procesos de donación y trasplantes de órganos en México.

⁵⁴ Eduardo Aldunate y Julio Córdoba, Formulación de programas con la metodología de marco lógico, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Santiago de Chile, 2011, Pp. 7 y 8.

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación, el CENATRA participa en los tres programas presupuestarios siguientes:

- P012 Políticas de calidad implementadas en el Sistema Nacional de Salud,
- M001 Servicios de apoyo administrativo y;
- E019 Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud.

En el caso del programa P012 Políticas de calidad implementadas en el Sistema Nacional de Salud, se involucraron las unidades responsables siguientes: 1) Centro Nacional de Trasplantes; 2) Centro Nacional de Excelencia; 3) Tecnológica en Salud; 4) Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes; 5) Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y 6) Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; es decir seis unidades responsables; lo cual por un lado es comprensible, ya que si atendemos a lo que estipula la Clasificación Programática de los Programas Presupuestarios contenida en el Manual de Programación y Presupuesto que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público⁵⁵, con los programas clasificación “P” definidos como planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas; se pretende que éstos contengan actividades destinadas al desarrollo de programas y formulación, diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas y sus estrategias, así como para diseñar la implantación y operación de los programas y dar seguimiento a su cumplimiento.

Debido a lo anterior, es lógico pensar que dentro del programa participen seis unidades responsables que contribuyen a planear, dar seguimiento y evaluar la política pública en cuestión de todo el sistema nacional de salud; por lo que sería ilógico insertar actividades específicas de trasplantes.

En lo que respecta al segundo programa en que participa el CENATRA, con clave E019 denominado “Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud”, es pertinente decir que en él participan casi treinta unidades responsables, entre las que destacan: el Centro Nacional de Trasplantes; el

⁵⁵ Manual de Programación y Presupuesto, 2016; Clasificación de Programas Presupuestarios (Pp’s); emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 2015.

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea; el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas; el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; los Centros de Integración Juvenil, A.C., además de todos los hospitales federales y regionales de alta especialidad; y algunas unidades responsables de la propia Secretaría de Salud que tienen que involucrarse en la capacitación de los diversos recursos humanos en materia de salud. Dicho programa está clasificado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo con su Manual de Programación y Presupuesto, en “E”, Prestación de servicios, que significa que en este programa se desarrollan actividades del sector público, efectuadas de forma directa, regular y continua, para satisfacer demandas de la sociedad, de interés general, atendiendo a las personas en sus diferentes esferas jurídicas.

Como se denota en el propio nombre y clasificación programática del programa, aquí el CENATRA tiene una participación específica en cuanto a la capacitación de sus recursos humanos, por lo que no hay cabida para actividades propias que debe de efectuar en materia de su ámbito de actuación que son los trasplantes y la donación de órganos.

Finalmente, en el programa M001 “Servicios de apoyo administrativo”, se ven involucrados el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, el Instituto Nacional de Geriátrica, el Instituto Nacional de Medicina Genómica, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, el Instituto Nacional de Pediatría; además del Centro Nacional de Trasplantes. Se determina que es un programa netamente administrativo, que además, de acuerdo con el Manual de Programación y Presupuesto que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los programas de este tipo se definen como de apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional.

En este programa administrativo, en el cual también participa el CENATRA, por ser un programa de apoyo a gestiones generales de operatividad, no hay cabida para incluir actividades específicas de trasplantes y para la donación.

De los párrafos anteriores se puede determinar que no se tiene un programa presupuestario específico para llevar a cabo las labores del CENATRA como el coordinador de la política pública sanitaria en materia específica de los trasplantes y la donación de órganos en México.

El hecho anterior se explica por diversas cuestiones, la primera es que en los programas presupuestarios en los que participa el CENATRA son programas que no se orientan directamente a sus actividades, sino que son programas a los que contribuye con sus acciones, pero no son específicos de sus atribuciones, facultades y obligaciones.

La consecuencia del hallazgo anterior provoca que no se tenga una adecuada forma de medición del uso de los recursos presupuestarios a la tarea apremiante que tiene en sus manos el CENATRA, lo cual complica que tampoco se tenga un adecuado monitoreo del desempeño del gobierno en dicha materia.

En conclusión, es posible afirmar que para el problema público de salud que se aborda en este trabajo, no se tiene una MIR que dé cuenta del tema, la cual es necesario elaborar por parte del actor público que debiera tener mayor conocimiento del problema público y, por ende, de las acciones que deben ponerse en marcha, que en este caso es el CENATRA como ente público responsable de impulsar y coordinar los procesos desde la donación hasta lograr los trasplantes de órganos requeridos por la población.

Lo anterior toma relevancia no sólo desde el punto de vista presupuestal, sino para entender la operación y la forma específica de realizar las tareas que debe efectuar el gobierno en un tema tan sensible como lo es la donación y trasplantes de órganos, dado que una de las implicaciones de que no se asocien dichas acciones a un programa presupuestario específico, inhibe el diseño y creación de la herramienta MIR, que es necesaria para identificar el desempeño del gobierno en la política pública.

De acuerdo a los autores Eduardo Aldunate y Julio Córdoba, en cuanto a las tres grandes fases de la Metodología del Marco lógico, y siguiendo el Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ⁵⁶, es necesario que el CENATRA cuente con una herramienta para medir el desempeño de sus acciones en materia de donación y trasplantes que esté acorde a la Metodología de Marco Lógico, identificando para ello el problema a resolver, elaborando su modelo sistémico que exprese las condiciones lógicas que deben cumplirse para resolver dicho problema y construyendo los indicadores necesarios con base en los objetivos que pretende lograr, alineados a su marco jurídico de actuación, ya que actualmente el no contar con un instrumento de esta naturaleza, implica que se puedan medir los avances en los resultados que se están obteniendo, además de que no es posible realizar una evaluación que posteriormente sirva para, en su caso, mejorar o redirigir el rumbo de las acciones ejecutadas hasta el momento.

3.4. Promoción para la donación de órganos

Uno de los puntos estratégicos de una política sanitaria en cuestión de donación de órganos, o al menos debiera ser, es la promoción y divulgación de dicha acción; sin embargo, el gobierno mexicano y más específicamente, los responsables de la política sanitaria, no han tenido un papel definitivo en esta materia, ya que no se ha implementado una estrategia en tal sentido, a fin de lograr que las personas se vuelvan donadores activos o, al menos, donadores potenciales que coadyuve a incrementar los trasplantes y, con ello, se disminuya

⁵⁶ Eduardo Aldunate y Julio Córdoba, Formulación de programas con la metodología de marco lógico, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Santiago de Chile, 2011, Pp. 17-33.

CONEVAL, (2011c). Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México, Pp. 6, 16-28.

la demanda de los pacientes que necesitan de un órgano para mejorar su salud y calidad de vida o, en muchos casos, para seguir viviendo.

Si analizamos la postura gubernamental plasmada desde la administración 2007-2012, encontraremos que ya desde el Programa Nacional de Trasplantes de dicha administración, se había identificado como uno de los problemas en la donación y trasplantes de órganos, la falta de una cultura de donación. En el diagnóstico del mismo programa, se estableció lo siguiente: “Por la importancia del significado cultural, psicológico, religioso y ético del concepto de muerte en nuestra sociedad, se requiere de gran sensibilidad y delicadeza por parte de los establecimientos y profesionales sanitarios para educar a la comunidad respecto a la legitimidad de este nuevo concepto de muerte.

La dificultad a la que se enfrenta nuestra sociedad es la de aceptar la definición de muerte cerebral, un hecho que se adopta para propósitos utilitarios específicos, tales como economizar dinero en los tratamientos de soporte vital o bien, para la donación de un órgano viable con fines de trasplante. Sin embargo, esta situación propuesta por la ciencia médica debe utilizar de forma altruista los órganos y tejidos de personas que presenten muerte cerebral, establecida por médicos especialistas basados en criterios médicos y legales, en donde se ofrezca una acción transparente en este proceso. Por lo tanto, los programas informativos deben basarse en ese tipo de conceptos de los cuales dependerá su éxito.

En México, el concepto de la pérdida de la vida bajo la modalidad de muerte cerebral, no es conocido por la población, por lo que se atribuye a esta falta de información la escasa donación de órganos cadavéricos. Aunado a esto, las leyendas urbanas han contribuido a la desinformación sobre este tema, por lo que el reto es informar en forma veraz los aspectos médicos, éticos y legales del proceso de donación de órganos y tejidos”⁵⁷.

⁵⁷ Programa Nacional de Trasplantes 2007-2012, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Trasplantes, México.

Debido a la problemática identificada por el mismo gobierno como parte del programa, se indicó que era necesario “establecer campañas masivas de información en forma continua iniciando por el personal de salud y población en general, dando a conocer los aspectos médicos, éticos, religiosos y legales en el proceso de la donación y trasplante de órganos y tejidos”. En el apartado de objetivos, se incluyeron los siguientes:

- Informar y educar a la población en general sobre el proceso de la donación y trasplantes de órganos y tejidos.
- Informar y sensibilizar a la población en general, sobre los problemas de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

Lo anterior se enmarca desde la propia responsabilidad que tiene el CENATRA sobre el tema, ya que en su reglamento interior, que es uno de los documentos donde se regula su actuación⁵⁸, se establece que corresponde a dicho ente público el fomento de la cultura de la donación, en coordinación con el Consejo Nacional de Trasplantes; y de hecho, se indica que se deben de diseñar y publicar materiales especializados en relación con la donación y trasplante de órganos e integrar y coordinar módulos de información al público para promover la donación en el país, así como establecer mecanismos de participación de la sociedad.

También es importante mencionar que dentro de la estructura del centro, se tiene una Dirección General⁵⁹ con la competencia de establecer y dirigir políticas para fomentar los trasplantes y la donación de órganos mediante acciones de comunicación social, así como autorizar las estrategias y acciones generales de comunicación y difusión; de hecho, dentro de la estructura de esta Dirección General, se encuentra una dirección de área denominada de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional, a la cual le corresponde proponer a las autoridades competentes, la realización de actividades educativas, así como acciones de difusión para el fomento de la cultura de donación, y en específico,

⁵⁸ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo 44, fracciones XI, XII y XV.

⁵⁹ Manual de Organización Específico del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA).

tiene una Unidad de Enseñanza, Difusión y Comunicación Social, la cual debe de organizar, coordinar y evaluar los eventos de difusión.

En esa misma línea, la administración actual, en el Programa de Acción Específico Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018⁶⁰, estableció como una estrategia “concientizar entre la población los conocimientos acerca de la necesidad e importancia de la Donación en el país”, para lo cual se menciona que se llevaran a cabo las acciones siguientes: difundir a través de medios de comunicación mensajes básicos y crear vínculos con diferentes entidades, instituciones y organizaciones de la Sociedad Civil para apoyar la labor de difusión en la materia.

Sobre estas atribuciones y planteamientos específicos en materia de fomento y difusión de la donación y trasplantes, es importante mencionar que una de las acciones más representativas efectuadas por el gobierno (mediante el CENATRA) en dicho tema, se refiere a la celebración del día nacional y del día mundial de la donación, así como la publicación de una revista denominada “De trasplantes” que brinda un espacio para difundir los logros y diversos eventos relacionados con la donación; dichas acciones se han venido llevando a cabo de manera frecuente a lo largo de los años, mientras que cada año se realizan acciones específicas de fomento, por ejemplo, en 2014 se realizaron dos campañas para fomentar la donación, una se denominó “Una historia de vida”, la idea de esta campaña era mostrar que cuando una persona muere y toma la decisión de donar sus órganos puede ayudar a que alguien más salve la vida y la historia de vida del donador continuará en la del receptor. La campaña consistió en la elaboración de trípticos, dípticos, tarjetas de donación y posters en diversas entidades federativas.

En ese mismo año, el CENATRA junto con el Grupo Nacional Provincial (GNP) realizó la campaña “Amigo secreto”, con la que se buscó resaltar el valor altruista

⁶⁰ Estrategia 1.11, líneas de acción 1.11.1 y 1.11.2.

de los jóvenes, esta consistió en un video difundido por cine, radio y televisión por alrededor de dos meses.

En 2015, las actividades de promoción y difusión de la donación de órganos con fines de trasplante fueron las siguientes:

- Se organizaron cinco cursos de formación de líderes promotores en Tlaxcala, Hidalgo, Puebla, Michoacán y Ciudad de México (antes Distrito Federal)
- Grabación de tres videos para promover el proceso de donación, la comunicación con la familia del tema de la donación.
- Se realizó una alianza con los organizadores de la novena carrera de Sport City en León.
- Impresión de material de difusión.
- Montaje de módulos de información en ferias de salud.

Como es posible observar el Gobierno Federal efectúa algunas acciones de fomento y difusión; no obstante, éstas no han sido sistemáticas, por lo que sus acciones están atomizadas y no se cuenta con un plan o estrategia de comunicación específico para lograr que el fomento y la difusión tengan un impacto verdadero.

Un punto relevante, es que debido a que se carece de una planeación de las acciones de fomento y difusión, al CENATRA no le es posible determinar un presupuesto específico para las mismas, lo cual propicia que justamente dichas actividades sean inerciales.

En la coordinación y el establecimiento de vínculos con diferentes entidades, instituciones y organizaciones de la sociedad civil para apoyar la labor de difusión en la materia, en 2015, se dio un acuerdo con sujetos de la iniciativa privada para realizar una carrera de promoción a las actividades; sin embargo, no hay evidencia de que el CENATRA haya realizado la labor de establecer convenios de coordinación con entidades federativas, instituciones y organizaciones sociales para tal finalidad.

Por otra parte, es importante apuntar que no se tiene una evaluación del impacto o influencia de las campañas en la población; ya que esta actividad no es medida o monitoreada con algún instrumento; por lo que no es posible determinar en qué medida la poca promoción y difusión ha funcionado para que las personas se conviertan en donadores potenciales.

3.5. Licencia de procuración y licencia para trasplante

Para que un trasplante pueda realizarse de manera óptima, la lógica del procedimiento sería que en el mismo hospital donde se encontrará la persona que lo requiriera se tuviera el órgano a trasplantar y se efectuara la operación, pero para que esto fuera posible, dicho establecimiento tendría que contar con los permisos necesarios para llevar a cabo la extracción y procuración de los órganos, así como para la operación quirúrgica del trasplante. De acuerdo con la legislación mexicana, existen tres tipos de permisos, como se describe a continuación:

En la Ley General de Salud (LGS)⁶¹, se señala que los establecimientos de salud que requieren de autorización sanitaria son los dedicados a:

- I. La extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células;
- II. Los trasplantes de órganos y tejidos;
- III. Los bancos de órganos, tejidos y células, y
- IV. Los bancos de sangre y servicios de transfusión.

Además, se indica que la secretaría otorgará la autorización a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos.

Es importante destacar que también se menciona que es la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), quien debe otorgar dicha autorización por medio de una licencia sanitaria, en donde se especifica si el establecimiento está autorizado para alguna de las modalidades siguientes:

- Extracción (procuración) de órganos, tejidos y células;
- Trasplantes (especificando que órganos o tejidos pueden trasplantarse),
y/o

⁶¹ Ley General de Salud, artículo 315.

- Banco (especificando el tejido autorizado).

Adicionalmente, la ley señala que un establecimiento puede solicitar una, dos o las tres modalidades; siendo las dos primeras las que nos interesan en el presente análisis.

De lo anterior, se desprende el problema o dificultad siguiente: si un hospital o establecimiento no cuenta con los dos tipos de permisos, la materialización del trasplante se dificulta, ya que considerando que un hospital tenga la licencia de extracción, pero no la de trasplantes, habría un riesgo de que el órgano en cuestión se pudiera perder si no se actúa con celeridad, precisión y si no hay canales de coordinación entre las diferentes instituciones de salud públicas o incluso privadas para recibir el órgano a trasplantar; lo cual de hecho, sucede en muchos casos.

Para entender ésto mejor, consideremos un caso hipotético en el que la familia de un paciente que sufrió muerte encefálica decide donar los órganos de su familiar y que; además, en ese mismo hospital existieran personas que requieren de los órganos para solucionar su situación médica; también supongamos para dicho caso, que el hospital tiene permiso para extraer órganos, pero no para trasplantarlos. En esta situación, los órganos no podrían ser utilizados en el hospital referido y, por tanto, tendrían que ser puestos a consideración de otros establecimientos médicos, lo cual dejaría sin oportunidad a los pacientes que ya estaban en el mismo hospital donde se dio la donación de órganos, los cuales tendrían que ser puestos a disposición de otras instituciones médicas, si bien éste hecho no es desdeñable, se tendría una situación de riesgo donde los órganos podrían perderse si no se tiene la coordinación adecuada entre establecimientos médicos y sí no se llevan a cabo los protocolos necesarios de la manera correcta y con la rapidez necesaria que amerita la situación descrita.

En el propio Programa de Acción Específico de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018, el gobierno federal se planteó la estrategia de “Fomentar el incremento del número de hospitales con licencia de procuración en el país”, por medio de “Promover la obtención de nuevas licencias a través de

autoridades estatales competentes en hospitales potenciales”, así como “Promover con CEETRAS, COETRAS, Coordinaciones Institucionales y con apoyo de la COFEPRIS la reactivación de hospitales con licencia y sin actividad”⁶².

De los planteamientos anteriores surge la necesidad de identificar si en México ésto no es una limitante para que se incremente el número de trasplantes requeridos por la población, por ello se debe determinar qué cantidad de hospitales o establecimientos médicos cuentan con ambas licencias. De acuerdo con los datos oficiales, los establecimientos médicos registrados que cuentan con permisos de extracción y trasplantes son los siguientes:

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICA REGISTRADOS CON LICENCIAS DE TRASPLANTE Y PROCURACIÓN, 2015

Entidad federativa	Total registrados	Extracción	Porcentaje respecto total	Trasplante	Porcentaje respecto total	Ambas	Porcentaje respecto total
	(1)	(2)	(3)=(2/1)*100	(4)	(5)=(4/1)*100	(6)	(7)=(6/1)*100
Aguascalientes	3	3	100.00	1	33.33	1	33.33%
Baja California	8	7	87.50	7	87.50	7	87.50%
Baja California sur	4	3	75.00	3	75.00	3	75.00%
Campeche	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00%
Chiapas	3	3	100.00	3	100.00	3	100.00%
Chihuahua	9	9	100.00	5	55.56	5	55.56%
Coahuila	4	3	75.00	3	75.00	2	50.00%
Colima	1	1	100.00	1	100.00	1	100.00%
Distrito Federal	47	40	85.11	25	53.19	24	51.06%
Durango	6	5	83.33	4	66.67	3	50.00%
Guanajuato	17	16	94.12	5	29.41	5	29.41%
Guerrero	3	3	100.00	2	66.67	2	66.67%
Hidalgo	6	6	100.00	3	50.00	3	50.00%
Jalisco	9	9	100.00	8	88.89	8	88.89%
México	32	30	93.75	13	40.63	12	37.50
Michoacán	9	9	100.0%	5	55.6%	5	55.6%

⁶² Programa de Acción Específico de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018, estrategia 1.7, líneas de acción 1.7.1 y 1.7.2.

Entidad federativa	Total registrados	Extracción	Porcentaje respecto total	Trasplante	Porcentaje respecto total	Ambas	Porcentaje respecto total
	(1)	(2)	(3)=(2/1)*100	(4)	(5)=(4/1)*100	(6)	(7)=(6/1)*100
Morelos	2	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
Nayarit	3	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%
Nuevo León	7	7	100.0%	7	100.0%	7	100.0%
Oaxaca	3	2	66.7%	1	33.3%	1	33.3%
Puebla	13	13	100.0%	6	46.1%	6	46.1%
Querétaro	4	4	100.0%	3	75.0%	3	75.0%
Quintana Roo	2	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
San Luis Potosí	5	4	80.0%	2	40.0%	2	40.0%
Sinaloa	10	9	90.0%	7	70.0%	6	60.0%
Sonora	7	5	71.4%	4	57.1%	3	42.9%
Tabasco	5	5	100.0%	4	80.0%	4	80.0%
Tamaulipas	12	12	100.0%	9	75.0%	9	75.0%
Tlaxcala	2	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
Veracruz	8	8	100.0%	6	75.0%	6	75.0%
Yucatán	4	4	100.0%	4	100.0%	4	100.0%
Zacatecas	4	4	100.0%	2	50.0%	2	50.0%
Total General	252*	232	92.1%	150	59.5%	144	57.1%

*Nota metodológica: el total de 252 no corresponde a la suma de los registros correspondientes a disposición y procuración, dado que puede ser que en estos mismos se tengan ambas licencias. La información disponible no contiene dicha desagregación, lo cual imposibilita hacer el análisis correspondiente.

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada.

Como se observa en el cuadro, de las 252 instituciones de salud que se tienen registradas como total por la COFEPRIS y el CENATRA, el 92.1% tiene licencia para la extracción de órganos y el 59.5% es para efectuar trasplantes; sin embargo, el dato que más interesa para el análisis es que sólo el 57.1% de los establecimientos médicos cuenta con ambas licencias. Lo anterior revela que no existe una situación óptima para facilitar las donaciones y los posibles trasplantes derivados de éstas; pero también es necesario decir que este hecho no es decisivo para que se logre el trasplante, pero si debe ser considerado como una dificultad que se tendría que superar.

Por otra parte, se debe apuntar que si bien el dato correspondiente a que únicamente el 57.1% cuenta con ambas licencias (extracción y trasplante), que

ya es un dato relativamente bajo para alcanzar un estado ideal que contribuya al incremento en el número de trasplantes efectuados; existe un dato aún más preocupante: el que indica cuántos establecimientos médicos cuentan con licencias respecto de la totalidad de hospitales públicos existentes en el país. Para determinar lo anterior, se tomaron los datos de la Secretaría de Salud respecto al total de establecimientos médicos que son públicos y se compararon con las cifras correspondientes a aquellos establecimientos que cuentan con una u otra licencia, así como aquellos que cuentan con ambas. El análisis propuesto se debe a que en México se tiene un registro de establecimientos de salud denominado “CLUES”, que significa “Clave Única de Establecimientos de Salud”, en donde es posible identificar la totalidad de establecimientos médicos que constituyen el sistema público de salud.

Es pertinente señalar en este punto, antes de pasar al análisis, que existen tres tipos de establecimientos denominados de primero, segundo y tercer nivel (dependiendo de la complejidad de los casos de enfermedad que se atienden y los recursos necesarios para hacerlo), siendo los dos últimos los casos comparables por las razones siguientes:

En los establecimientos de primer nivel se llevan a cabo acciones para prevenir enfermedades y atender patologías más frecuentes y menos graves, siendo este la entrada al sistema de salud, por así decirlo. En el segundo nivel se atienden a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel, se aplican los métodos de diagnóstico como exámenes clínicos y análisis de laboratorio, entre otros, y cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas, se realiza el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud, para lo cual, de ser necesario, se da la internación, así como el tratamiento quirúrgico o clínico específico.

En el tercer nivel, se encuentran los establecimientos de alta especialidad con tecnología avanzada. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas; en ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales del segundo nivel.

De la explicación anterior, se desprende que en los establecimientos médicos de segundo y tercer nivel se tiene la posibilidad de extraer órganos, y aunque presumiblemente no en todos se podría efectuar la operación quirúrgica del trasplante⁶³, los hospitales que se encuentran dentro de estas categorías podrían ser establecimientos potenciales para llevar a cabo las acciones referidas. El comparativo de los establecimientos médicos que tienen licencia respecto del total se muestra a continuación:

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICA CON LICENCIAS DE EXTRACCIÓN Y TRASPLANTE RESPECTO DEL TOTAL DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL EXISTENTES DENTRO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD MEXICANO, 2015

Entidad federativa	Segundo nivel	Tercer nivel	Suma segundo y tercer nivel	Total registrados ¹	Ambas ²	Comparativo (1)	Comparativo (2)
	(1)	(2)	(3)=(1+2)	(4)	(5)	(6)=(4/3)*100	(7)=5/3)* 100
Aguascalientes	7	2	9	3	1	33.3%	11.1%
Baja california	29	0	29	8	7	27.6%	24.1%
Baja california sur	21	0	21	4	3	19.0%	14.3%
Campeche	19	3	22	0	0	0.0%	0.0%
Chiapas	48	2	50	3	3	6.0%	6.0%
Chihuahua	34	6	40	9	5	22.5%	12.5%
Coahuila	39	2	41	4	2	9.8%	4.9%
Colima	12	1	13	1	1	7.7%	7.7%
Distrito Federal	47	56	103	47	24	45.6%	23.3%
Durango	32	2	34	6	3	17.6%	8.8%
Guanajuato	51	9	60	17	5	28.3%	8.3%
Guerrero	51	3	54	3	2	5.6%	3.7%
Hidalgo	28	0	28	6	3	21.4%	10.7%
Jalisco	54	11	65	9	8	13.8%	12.3%
México	95	16	111	32	12	28.8%	10.8%
Michoacán	45	3	48	9	5	18.8%	10.4%
Morelos	15	3	18	2	2	11.1%	11.1%
Nayarit	24	0	24	3	3	12.5%	12.5%

⁶³ Este dato no se puede determinar, ya que la información de la que se dispuso para el presente trabajo no permite desagregar a los establecimientos en cuanto a sus características. De hecho, el gobierno en el Programa de Acción Específico de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018, planteó la estrategia de “Fomentar el incremento del número de hospitales con licencia de procuración en el país”, mediante la línea de acción “Promover la obtención de nuevas licencias a través de autoridades estatales competentes en hospitales potenciales”; sin embargo, actualmente no se tiene un diagnóstico oficial sobre dichos establecimientos potenciales.

Entidad federativa	Segundo nivel	Tercer nivel	Suma segundo y tercer nivel	Total registrados ¹	Ambas ²	Comparativo (1)	Comparativo (2)
	(1)	(2)	(3)=(1+2)	(4)	(5)	(6)=(4/3)*100	(7)=(5/3)* 100
Nuevo León	23	5	28	7	7	25.0%	25.0%
Oaxaca	52	3	55	3	1	5.5%	1.8%
Puebla	80	7	87	13	6	14.9%	6.9%
Querétaro	9	0	9	4	3	44.4%	33.3%
Quintana Roo	22	1	23	2	0	8.7%	0.0%
San Luis Potosí	28	3	31	5	2	16.1%	6.5%
Sinaloa	35	2	37	10	6	27.0%	16.2%
Sonora	43	6	49	7	3	14.3%	6.1%
Tabasco	32	4	36	5	4	13.9%	11.1%
Tamaulipas	44	2	46	12	9	26.1%	19.6%
Tlaxcala	16	3	19	2	2	10.5%	10.5%
Veracruz	96	6	102	8	6	7.8%	5.9%
Yucatán	16	4	20	4	4	20.0%	20.0%
Zacatecas	21	1	22	4	2	18.2%	9.1%
Total General	1,168	166	1,334	252	144	18.9%	10.8%

1: Se refiere al total de centros médicos registrados por la COFEPRIS y el CENATRA con licencias de procuración, trasplante o ambas.

2: Se refiere a los centros médicos registrados por la COFEPRIS y el CENATRA que tienen las dos licencias (procuración y trasplante).

Fuente: elaboración propia con base en la información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada.

Como ya se mencionó, el objeto del análisis no es dar un planteamiento estricto sobre que todos los hospitales públicos debieran tener las dos licencias; aunque sería algo óptimo, más bien, lo que se debe considerar es que existe una potencialidad en el número de establecimientos médicos que podrían incrementarse para efectuar tales acciones. Teniendo la consideración anterior, en la tabla es posible apreciar que los hospitales de segundo y tercer nivel que se podrían considerar como todos los que tienen la infraestructura para realizar la extracción de órganos y efectuar los trasplantes, son 1,334; y tomando esto como referencia, los 252 hospitales que tienen registrados la COFEPRIS y el CENATRA con licencias, representan apenas el 18.9%, mientras que si comparamos los establecimientos que tienen ambas licencias respecto al universo planteado, se tiene que los 144 establecimientos con licencias apenas representan el 10.8% del total de hospitales de primero y segundo nivel que se identifican en las bases de datos de la Secretaría de Salud.

Lo anterior nos da un parámetro de lo que podría considerar el gobierno como establecimientos potenciales para que, mediante la promoción o estímulos necesarios, cada vez más hospitales públicos tengan licencias que contribuyan a mejorar los resultados de la política pública sobre la donación y trasplantes de órganos. En este punto se debe indicar que los datos anteriores son un referente sobre el tema pues, de hecho, una carencia actual es el diagnóstico de hospitales potenciales que pueden efectuar extracción y trasplantes de órganos.

Por otro lado, un punto relevante sobre el tema de las licencias, es que los establecimientos médicos actualmente no están obligados a tenerlas, y tampoco se tienen diseñados mecanismos para brindar estímulos o incentivos para que lo hagan. El hecho de que los hospitales no busquen estas licencias puede obedecer a varios factores, pero el más relevante es que las actividades de extracción y trasplantes conllevan una utilización de recursos, no solamente presupuestales, sino también materiales, tiempo y humanos; por lo que en este sentido, también sería importante que se revisara la forma de incentivar a los responsables de los establecimientos médicos para que se incremente el número de personas a cargo de un establecimiento médico que tengan el compromiso de hacer las gestiones necesarias para volverse hospitales que puedan extraer y trasplantar órganos, y con ello se logre que existan más hospitales de esta naturaleza, considerando para ello, los permisos y los recursos necesarios para contribuir a la política, algo que actualmente no se hace.

Relacionado íntimamente con el tema de los recursos que inhibe que se incrementen las actividades de donación y extracción y que se vincula estrechamente con dichas acciones, es el hecho de que muchos establecimientos, a pesar de tener una licencia para los fines comentados, muestran un decremento en la actividad. En el cuadro siguiente es posible observar la existencia de hospitales que aun contando con licencias, no muestran actividades de extracción y trasplantes de órganos.

INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA CON LICENCIAS DE EXTRACCIÓN Y TRASPLANTE SIN ACTIVIDAD, 2015-2016

Institución	Procuración	Procuración Sin actividad	Porcentaje	Trasplante	Trasplante Sin actividad	Porcentaje
	(1)	(2)	(3)=(2/1)*100	(4)	(5)	(6)=(5/4)*100
SSA	17	8	47.1%	16	3	18.8%
ISSSTE	20	14	70.0%	19	10	52.6%
IMSS	60	20	33.3%	41	12	29.3%
SSE	123	72	58.5%	69	38	55.1%
SEDENA	2	1	50.0%	1	0	0.0%
SEMAR	1	0	0.0%	1	0	0.0%
PEMEX	8	6	75.0%	2	1	50.0%
ININ	0	0	0.0%	0	0	0.0%
SNTE	1	1	100.0%	1	1	100.0%
NACIONAL	232	122	52.6%	150	65	43.3%

Siglas: SSA: Secretaría de Salud; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSE: Servicios Estatales de Salud; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SEMAR: Secretaría de Marina; PEMEX: Petróleos Mexicanos; ININ: Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares; SNTE: Sindicato Nacional de Trabajadores para la Educación.

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada; y Boletín Estadístico-Informativo del CENATRA, enero 2016.

Como se observa en el cuadro, de los 232 establecimientos con licencia de procuración, se tiene un registro de que el 52.6% no tuvo actividad entre 2015 y 2016; y por su parte, de los hospitales con licencia de trasplante, se puede determinar que el 43.3% de los 150 registrados con dicha licencia, no tuvo actividad en el mismo periodo referido. Es imprescindible indicar que los resultados anteriores corresponden a los establecimientos que se tienen registrados con licencias, y de hecho es posible que dichas licencias estén activas o no, ya que puede darse el caso de que las mismas se encuentren en suspensión temporal o hasta revocadas; lo cual no es posible analizar con los datos que se tenían disponibles para este análisis.

Las cifras anteriores nos muestran que existe una baja actividad en cuestión de procuración y trasplantes, y aunque no se tienen los datos suficientes para determinar las causas específicas de este hecho, el fenómeno puede atribuirse a que los establecimientos médicos no le dan importancia a las actividades

referidas, ya que como se ha venido mencionando, esto puede deberse a que los hospitales no tengan como prioridad efectuar acciones en materia de donación y trasplantes simplemente por la cuestión de preferir o priorizar otro tipo de atención médica y, con ello, no invertir recursos en dichas acciones, o simplemente porque no tienen los recursos necesarios para hacerlo.

Otra causa podría ser simplemente que no haya donadores y, por lo tanto, no se pueden dar las acciones conducentes para llevar a cabo los trasplantes; de cualquier forma, nuevamente se ve la necesidad de que los responsables de la política pública realicen un diagnóstico sobre el tema, pues los datos actuales no son suficientes.

Las cifras anteriores revelan que no sólo es cuestión de que los hospitales tengan licencias, sino que es importante que se reactive la actividad, lo cual, como ya vimos, también se planteó en el programa específico de donación y trasplantes, ya que de hecho, en éste se indicaba que se debería promover con los CEETRAS, COETRAS, coordinaciones institucionales y con la propia COFEPRIS, la reactivación de hospitales con licencia y que no presentaban actividad; sin embargo, dicha pretensión sólo se quedó en una intención, pues a la fecha no se tiene un plan específico sobre esto, por lo que tampoco se tiene un indicador, ni mucho menos una meta que nos indique cómo se lograría la pretendida reactivación.

En síntesis, se puede decir que una deficiencia de la política de salud en materia de donación y trasplantes es la falta de establecimientos médicos que cuenten con los permisos necesarios para realizar las actividades de procuración y trasplantes; lo que se traduce en la necesidad de contar con más hospitales públicos que realicen estas dos actividades que contribuyan a mejorar la vida de las personas y en muchos casos, a salvarla, ya que los datos demuestran que poco se ha hecho en esta materia. Además, es importante dejar claro que la obtención de licencias no es un fin en sí mismo, sino meramente un medio, pues como es posible ver, existe un gran número de casos, en que no obstante que se tiene una licencia, no se registran actividades, lo cual demuestra que hacen falta

incentivos para que cada vez más establecimientos realicen estas acciones, ya que con los datos mostrados, se puede identificar que no es una actividad a la que se le esté dando prioridad.

3.6. El modelo institucional de coordinación de donación, los modelos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos, y el modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes

Desde la perspectiva de la teoría de la organización⁶⁴ es posible entender la importancia que tiene lograr una convergencia entre diversos actores que se ven involucrados en una política pública, o más concretamente, en una acción gubernamental, con la finalidad de lograr ciertos objetivos, ello también plantea la necesidad de instrumentar modelos de referencia para ciertos procesos o actividades que logren la concreción de resultados. Lo anterior es aplicable a procesos complejos, como lo son las acciones de donación y trasplantes de órganos.

En relación con lo anterior, es necesario tomar en cuenta que existen diferentes acepciones del concepto modelo. De acuerdo con Caracheo⁶⁵, un modelo es una representación de la realidad, la explicación de un fenómeno; un ideal digno de imitarse, y un patrón o guía de acción.

Para Aguilera⁶⁶ un modelo se define como un patrón a seguir o muestra para poder explicar un proceso. Por su arte, Gago⁶⁷ concibe al modelo como un ejemplar para ser imitado; una creación que sirve para medir, explicar e interpretar los rasgos y significados de un conjunto de actividades.

Finalmente, una conceptualización más que nos da luz sobre la importancia de este concepto, es la de Flórez⁶⁸ que concibe al modelo como la representación

⁶⁴ Ramio Carles Ballart, "Teoría de la organización y administración pública", Tecnos, España, 1999, Pp. 7-13.

⁶⁵ Caracheo García Francisco, "Modelo Educativo", México: CIDET, 2000, Pág.58.

⁶⁶ Aguilera Miguel, "Los distintos modelos científicos", España: UOC, 2000.

⁶⁷ Gago "Gestión Científica Empresarial", España: Coruña, 1999, Pág.75.

⁶⁸ Flórez, Rafael, "Evaluación Pedagógica y Cognición", Colombia, McGraw Hill, 1999.

de un conjunto de relaciones que definen a un fenómeno, distinguiendo sus características para facilitar su comprensión.

Para fines de este trabajo y considerando las acepciones de los diferentes autores, el término modelo lo podemos entender como la representación de un fenómeno propuesto como ideal a seguir, ya que pretende mostrar las características generales de la estructura del fenómeno, explicar sus elementos, mecanismos y procesos, así como interrelación de los mismos, y finalmente los aspectos normativos que le dan sustento; todo lo anterior, para facilitar su comprensión. Es, por tanto, un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar y evaluar para alcanzar objetivos.

En este sentido, el mismo Gobierno Federal⁶⁹, reconoció que en la política de salud, en materia de donación y trasplantes, se tenía la necesidad de fortalecer la coordinación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes, para lo cual pretendía llevar a cabo, entre otras cuestiones, las estrategias siguientes:

a) por un lado, se planteó el diseño, implementación, evaluación y difusión de un modelo institucional de coordinación de donación, b) también se preveía el diseño, implementación, evaluación y difusión de modelos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos; y por otro lado, c) se quería llevar a cabo un modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes.

Una vez comprendido el concepto de modelo y teniendo como referencia las pretensiones del gobierno sobre dicha materia, se puede afirmar que la importancia de desarrollar un modelo institucional de coordinación de donación, estriba en que este permite el establecimiento de criterios homogéneos y estandarizados para la distribución y asignación de órganos que faciliten, de forma adecuada, llevar a cabo los procesos de donación en todos los establecimientos médicos con servicio de hospitalización, sin importar la institución de salud de la que se esté hablando (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR), o en qué entidad federativa se ubican.

⁶⁹ Programa de Acción Específico Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 2013-2018, Objetivo Específico 1, estrategias 1.6 y 1.10.

Por otra parte, los modelos de procuración permiten establecer procesos homogéneos en todas las instituciones para llevar a cabo las extracciones; mientras que el de trasplantes de órganos, hace lo propio en cuanto a las operaciones quirúrgicas para trasplantar los órganos.

Finalmente, un modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes, permitirá asegurar que éstos se lleven de acuerdo con ciertos estándares, asegurando a su vez, el éxito de sus diferentes etapas y la conclusión correcta para que las personas se beneficien de estas acciones.

En cuanto al modelo institucional de coordinación de donación, es importante apuntar que, de acuerdo con la legislación en la materia, la coordinación de la asignación y distribución de órganos para trasplante está a cargo del CENATRA, con apoyo de los Centros Estatales de Trasplantes (CETRAS)⁷⁰. Además, los establecimientos de salud en los que se extraigan órganos deben contar con un Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos, encargado de hacer la selección del establecimiento médico, que cuente con un programa de trasplante, al que enviará los órganos. A su vez, los establecimientos que realicen trasplantes deben establecer un Comité Interno de Trasplantes, encargado de identificar a los donantes y receptores para los trasplantes. Ambos comités, al menos de acuerdo con la legislación, son responsables de asignar y distribuir los órganos en el país⁷¹.

Sobre lo anterior, es importante apuntar que, si bien dentro del marco legal se menciona el tema de coordinación para la asignación y distribución de órganos con fines de trasplante y se indican como actores responsables de dicha actividad al CENATRA, a los CETRAS y a los comités internos de coordinación para la donación, así como a los comités internos de trasplantes de los establecimientos médicos; administrativamente, no se tiene evidencia de que se tenga un planteamiento formal de un modelo para llevar a cabo dichas acciones, tampoco se tiene evidencia de que tales acciones de coordinación sean efectivamente

⁷⁰ Ley General de Salud, artículo 339.

⁷¹ Ley General de Salud, artículos 316 y 339.

realizadas, y tampoco se puede identificar que se tengan convenios entre los diferentes actores para llevar a cabo las acciones indicadas.

En lo que corresponde al modelo de procuración, al de trasplantes y al modelo de gestión de calidad para la donación y trasplantes, a la fecha de integración de este documento, no se tenían indicios de su existencia. Ante esta situación es importante cuestionarse e identificar la relevancia de tener los modelos ya mencionados para el logro de la política aquí abordada.

Con base en varios documentos revisados y en lo que se define en el propio marco legal que regula la materia de donación y trasplantes⁷², se puede decir que un modelo institucional de coordinación debe servir, entre otras cuestiones, para lo siguiente: a) logra conformar un modelo único en el que se especifique la integración completa de las fases, tramos de control y actores involucrados en el proceso de donación de órganos con fines de trasplante, definiendo con ello, criterios sobre cómo detectar a pacientes en estado crítico, además de señalar quiénes deben ser los encargados de identificarlos y cuáles son las características de los pacientes; b) especificar cuáles deben de ser los criterios para diagnosticar y certificar las muertes encefálicas y por paro cardíaco irreversible, señalando quién debe hacer el diagnóstico y la certificación correspondiente, así como establecer el tiempo en que debe realizarse; c) establecer el tipo de información médica, legal y que debe recabarse del familiar del donador potencial, así como señalar al responsable de hacerlo y cómo debe hacerlo; d) definir en qué debe consistir la entrevista con los familiares del potencial donador, e identificar cuáles son los aspectos clave en dicha entrevista, a fin de lograr el consentimiento; e) indicar con qué tipo de personal de salud y administrativo se debe poner en contacto el coordinador hospitalario para

⁷² Ley General de Salud, 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; Juan José Rubio Muñoz, Promoción de la donación tras la muerte cardíaca controlada, España, 2011; Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos del Estado de Jalisco, Manual de Procedimientos del Proceso de Procuración, Donación, Trasplantes de Órganos y Tejidos, Organización Nacional de Trasplantes, México, 2006; Guía de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos, España, 2011; Francisco Martínez Flores, "Evaluación sanitaria y análisis ultra estructural de aloinjertos de piel humana recuperados y preservados en el Banco de Piel y Tejidos del INR", México, 2012.

disponer del equipo y personal médico necesario para la extracción de los órganos; f) en los casos en que el establecimiento médico donde se extraen los órganos sólo cuente con licencia autorizada de donación establecer el procedimiento de cómo y quién debe realiza el rastreo de los establecimientos médicos con receptores potenciales para los órganos donados; g) especificar cómo se debe articular la participación de los CETRAS con los comités internos de donación y de trasplante en el proceso de rastreo de posibles donadores entre establecimientos médicos de diferentes instituciones de salud o incluso entre diferentes entidades federativas; h) determinar cuál es el tiempo máximo que pueden conservarse los órganos en condiciones óptimas para el trasplante y, con base en ello, identificar el tiempo del que disponen los comités internos para realizar la distribución de órganos.

Por lo que corresponde al modelo de procuración⁷³, así como al de trasplantes de órganos, su importancia radica en que éstos pueden permitir, entre otras cuestiones: a) la definición de criterios homogéneos para determinar, por tipo de órgano (riñón, corazón, hígado, páncreas y córnea), el conjunto de condiciones de tiempo, lugar y circunstancias que permitan concretar un trasplante; b) los criterios médicos; c) la compatibilidad con el receptor; d) el tiempo óptimo de conservación de un órgano; e) los medios de transporte disponibles para el traslado de órganos; f) los profesionales de la salud capacitados para la procuración, transportación y recepción de los órganos; y g) los médicos disponibles para realizar el trasplante, así como definir cualquier circunstancia que interfiera en dicho proceso.

En cuanto al modelo de gestión de calidad, es importante, indicar que el proceso de donación hasta llegar al de trasplante, debe responder a las necesidades de salud de la población, por lo que un elemento fundamental, es el elemento de la calidad, entendido como la forma en que se brinda la atención médica en los establecimientos u hospitales con licencia para llevar a cabo dichas acciones. En

⁷³ Idem.

este sentido, la calidad también supone la valoración objetiva de ambos procesos.

La importancia del modelo de gestión de la calidad en el proceso de donación y trasplante estriba en que, como tal, constituirá una herramienta con directrices que guiarán los esfuerzos en las necesidades y expectativas de los donadores y receptores de órganos, a quienes se ofertan los servicios de salud mediante el diagnóstico, diseño, medición, análisis y mejora continua de las acciones que integran dicho proceso, con un enfoque en resultados.

Cada paso en los procesos mencionados debe estar normado y seguir un orden específico, por lo tanto, la gestión de la calidad se debe entender como el sistema de responsabilidades, procedimientos, y recursos que se establecen para llevar a cabo la administración de la calidad en el proceso de donación y trasplantes.

El hecho de que el CENATRA actualmente no cuenta con un modelo de gestión de la calidad que dé certeza a la población de que los establecimientos médicos autorizados para el proceso de donación y trasplante cuenten con las condiciones óptimas para que dicho proceso se realice de forma adecuada es una falta grave que impide las buenas prácticas en una cuestión tan delicada para lograr la salud de la población.

La falta de un modelo que sirva como referente, en el que se especifique la forma en que se debe desarrollar el proceso, así como los requisitos que se deben de cumplir para que se garantice su calidad, implica que tampoco se tengan definidos los aspectos que se deben supervisar y los indicadores que se deben evaluar para llevar el seguimiento de las actividades sustantivas en el proceso de donación y trasplante

Un modelo de gestión de la calidad en el proceso de donación y trasplante debe servir, entre otras cosas, para lo siguiente: a) para comprender los aspectos más relevantes de cada paso del proceso; b) para establecer objetivos comunes; c) estandarizar los procedimientos que integran el proceso; d) determinar una organización coherente de las actividades de mejora, y evaluar la efectividad de

la implementación, basándose en el seguimiento y análisis de los resultados para conocer el nivel de avance en el cumplimiento de objetivos definidos.

En síntesis, la importancia de los modelos es que en conjunto pueden ser detonadores de las mejoras para operar las acciones de donación y trasplante de órganos, como se puede ver en el esquema siguiente:

Conceptualización e importancia de un modelo: Representación del fenómeno como ideal a seguir. Muestra las características generales, explica sus elementos, mecanismos y procesos, así como su interrelación y los aspectos normativos que facilitan su comprensión.		
Modelo institucional de coordinación	Modelos de procuración y trasplantes de órganos	Modelo de gestión de la calidad
Establece un modelo único en el que se especifique la integración completa de las fases, tramos de control y actores involucrados	Definición de criterios homogéneos para determinar cuestiones específicas de los procesos, definir criterios médicos y cuestiones esenciales como la compatibilidad de donador- receptor; tiempo óptimo de conservación de los órganos; medios de transporte; y definición de circunstancias que pudieran interferir el proceso	Asegura el proceso, de conformidad con estándares para llevar a buen término las acciones

Fuente: Elaboración propia.

Como es posible ver, la conjunción de los modelos otorga una perspectiva de los múltiples factores que son necesario articular para concretar una política de donación y trasplante, ya que si se logran amalgamar y poner en marcha, permitirán la eficacia, eficiencia y la economía de los procesos, ya que mediante el primero se dará la rectoría general, por medio del segundo se lograrán

especificar las necesidades particulares de los diferentes procesos y con el ultimo será posible asegurar el éxito de las acciones.

3.6.1. Implementación: conformación y operación de los CETRAS

Antes de identificar los problemas que tiene la política en cuanto a la coordinación en el caso específico de los CETRAS, conviene recordar que, de acuerdo con la ley⁷⁴, el CENATRA junto con los CETRAS y otras instancias de salud constituyen el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes; por ello, los gobiernos de las entidades federativas tienen la obligación de conformar a dichos CETRAS, con el propósito de que estos coadyuven íntegramente con el CENATRA en el fomento de la cultura de la donación para fines de trasplantes, así como para que elaboren los programas de trasplantes en cada unidad médica, así como para integrar toda la información referente a dichas actividades en el Registro Nacional de Trasplantes.

De acuerdo con lo indicado, la coordinación cabal entre la federación y las entidades estatales por medio de los CETRAS, es necesaria para evitar el uso indebido o inadecuado de los órganos donados, ya que dichas figuras son las responsables de supervisar la distribución y asignación de órganos. Por tanto, el funcionamiento adecuado de los CETRAS es una premisa fundamental para que exista una coordinación adecuada entre establecimientos médicos, instituciones de salud y entidades federativas; sin embargo, a 2016, sólo en 13 de las 32 entidades federativas se instauró un CETRA. Asimismo, con la revisión del marco legal constitutivo en cada uno de los centros, se puede identificar que éstos se constituyeron con una naturaleza jurídica diferente en cada una de las entidades federativas donde operan, como se muestra a continuación:

⁷⁴ Ley General de Salud, artículos 314 Bis 1y 329 Bis.

CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS ESTATALES DE TRASPLANTES, DE ACUERDO CON SU GRADO DE AUTONOMÍA Y NATURALEZA JURÍDICA, 2016

Grado de autonomía	Naturaleza jurídica	Entidad federativa
Centros Estatales de Trasplantes		
Pertencen a los SESA	Comisión interinstitucional: 2	Estado de México y Sinaloa
Dependen de la SSE	Órgano Público Desconcentrado: 6	Hidalgo, Chihuahua, Ciudad de México ¹ , Durango, Guanajuato y Tabasco
Independientes de la SSE	Organismo Público Descentralizado: 5	Querétaro, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas

1: Antes Distrito Federal.

SESA: Servicios Estatales de salud.

SSE: Secretaría de Salud Estatal.

Fuente: elaboración propia con base en Ley de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células del Estado de Chihuahua; Ley de Salud en el Estado de Durango; Ley que crea el Centro Estatal de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células de seres humanos del Estado de Hidalgo; Ley de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células Humanas del Estado de Querétaro; Reglamento Interior del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Sonora; Ley de Salud del Estado de Guanajuato; Decreto por el que se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal; Reglamento Interno del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México; Ley para la Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células en el Estado de Yucatán; Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas; Ley de Salud del Estado de Tabasco; Ley de Salud del Estado de Zacatecas.

El 61.5% (8) de los 13 CETRAS constituidos se organizó como estructura administrativa perteneciente o dependiente de la Secretaría de Salud Estatal (SSE), por lo que tenía un grado de autonomía limitado para supervisar el desempeño de los establecimientos médicos adscritos a la SSE, ya que dependían directamente de sus normas y decisiones, carecían de patrimonio propio y de autonomía técnica y de gestión. En cambio, los segundos, al no formar parte de la SSE se constituyeron como organismos independientes de los establecimientos médicos y de las instituciones de salud, que además contaron con la naturaleza de organismo público descentralizado con patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión. Sólo el 38.5% (5) de los CETRAS adoptaron esta figura jurídica.

La falta de conformación de los CETRAS en 19 entidades federativas, así como las diferentes formas jurídicas y grado de dependencia de los 13 centros instaurados denota el vacío de actores clave para que se logre una coordinación efectiva que permita la consolidación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplante.

En conclusión, si bien los propios operadores de la política pública sanitaria en materia de donación y trasplantes definieron como una necesidad y un compromiso, el atender el diseño e implementación de cuatro modelos: 1) el institucional de coordinación de donación; 2) el de procuración de órganos; 3) el de trasplantes, y 4) el de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes; a la fecha de la conclusión del presente trabajo no existían éstos, ni siquiera un esbozo de los mismos como una pretensión futura, y mucho menos, algún documento en el que se especificará la forma en la que se deben operar y cómo deben interrelacionarse e integrarse en la política de salud en materia de donación y trasplantes para lograr el éxito de la misma.

Además, si bien no se tiene el modelo de coordinación de la donación, ni los modelos de procuración y trasplantes, no se puede dejar de lado que también se tenía comprometido que éstos deberían ser difundidos y evaluados; por lo que también es necesario que, como parte del diseño, los operadores de la política determinen los mecanismos de difusión y de evaluación de modelos referidos.

3.7. Recursos humanos

3.7.1. La suficiencia de médicos para trasplantes

El problema de la falta de recursos humanos en el sistema de salud mexicano para brindar una atención adecuada a toda la población que lo necesita no es nuevo y se han efectuado trabajos al respecto⁷⁵; por lo que no será erróneo decir que el número de médicos trasplantólogos también es insuficiente; sin embargo, conviene identificar los datos sobre este tema, para, en primer lugar, entender que la política sanitaria en general no ha sido suficiente para dar la atención requerida y en segundo lugar, para entender que en materia de donación y trasplantes, hace falta realizar un doble esfuerzo para subsanar dicha realidad.

De acuerdo con la OCDE⁷⁶, en 2014, la oferta de trabajadores de la salud se había incrementado durante la última década, pero era relativamente baja para los estándares de los países miembros, ya que desde el 2000, el número de médicos per cápita se había incrementado de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes a 2.2 en el 2012, pero dicha cifra resultaba inferior al 3.2 registrado como promedio por la OCDE. Lo anterior se observa en el cuadro siguiente:

COMPARATIVO DE MÉXICO RESPECTO DE LA OCDE SOBRE RECURSOS HUMANOS MÉDICOS, 2000-2012
(médicos por cada 1,000 habitantes)

México			Promedio-OCDE			Posición ¹
2000	2012	Avance	2000	2012	Avance	
(1)	(2)	(3)=(2-1)	(4)	(5)	6=(5-1)	31 de 34
1.6	2.2	0.6	2.7	3.2	0.5	

1: posición de México entre los países de la OCDE.

Fuente: Elaboración propia con datos de "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014, México en comparación". www.oecd.org/health/healthdata.

⁷⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, "Recomendación General sobre el Derecho a la Protección a la Salud", Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 7 de mayo 2009; y David Pérez Tejeda Padilla, Diputado Federal, "Iniciativa con Proyecto de Decreto que Adiciona el artículo 26 Bis a la Ley General de Salud, con el Objeto de establecer que el Sistema Nacional de Salud fije los recursos humanos mínimos y suficientes con los que deben contar los establecimientos para la atención médica", del 7 de enero de 2015.

⁷⁶ Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014, México en comparación. www.oecd.org/health/healthdata.

Como se aprecia en el cuadro anterior, no obstante que de 2000 a 2012 México incrementó su capacidad médica en 0.6 puntos y que es mayor en 0.1 puntos al crecimiento promedio registrado por la OCDE, éste no le ha significado un avance respecto a la posición en la que se encuentra, pues para el año de referencia se encontraba sólo 3 lugares antes del último país.

Ahora bien, para identificar la situación sobre la suficiencia del personal médico para la realización de extracción de órganos y realizar las operaciones quirúrgicas de trasplantes, se consideró al total de médicos que se tenían registrados en 2015 como trasplantólogos en las diferentes instituciones médicas que constituyen el sistema de salud público mexicano. Sobre esto también es importante considerar que un médico general no está preparado para llevar a cabo un trasplante, pues para realizar cirugías de esta índole, se necesita una especialización en las mismas.

TRASPLANTÓLOGOS DE MÉXICO RESPECTO DE LA POBLACIÓN, 2015 (Cirujanos de trasplante)

Institución	Corazón	Córnea	Hígado	Páncreas	Pulmón	Riñón	Total	Participación
IMSS	23	29	11	0	1	95	159	32.5%
ISSSTE	14	20	6	0	0	27	67	13.7%
PEMEX	3	17	2	0	0	5	27	5.5%
SEDENA	0	1	2	0	0	0	3	0.6%
SEMAR	0	1	0	0	0	2	3	0.6%
SSA*	9	71	15	0	7	128	230	47.1%
TOTAL	49	139	36	0	8	257	489	100.0%

Fuente: elaboración propia con base en la información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada.

Siglas: IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; PEMEX: Petróleos Mexicanos; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SEMAR: Secretaría de Marina; SSA: Secretaría de Salud; SSE: Servicios Estatales de Salud; y SNTE: Sindicato Nacional de Trabajadores para la Educación.

*SSA: contiene a los establecimientos SSE y SNTE.

Dentro de los datos anteriores, hay que considerar que el número médicos es una aproximación, ya que, de hecho, los registros se pueden duplicar, debido a que un médico puede ser considerado en dos o más centros de salud de las

diferentes instituciones públicas. Con esta consideración es posible identificar que se tienen aproximadamente 489 trasplantólogos en el país, de los cuales el 47.1% se encuentran en hospitales a cargo de la Secretaría de Salud, el 32.5% corresponde al IMSS, el 13.7% son del ISSSTE; y los restantes corresponden a la SEDENA y la SEMAR, con 0.6% cada uno.

Si bien los datos anteriores proporcionan una dimensión del escaso personal médico con que se cuenta para realizar las actividades de extracción y trasplante, es necesario tener un referente sobre el total de la población objetivo que deben de atender las diferentes instituciones públicas de salud aquí mostradas. Dicho análisis se muestra a continuación:

**TRASPLANTÓLOGOS DE MÉXICO RESPECTO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO EN
CADA INSTITUCIÓN DE SALUD EN MÉXICO, 2015**
(médicos por cada mil y cien mil personas)

Institución	Trasplantólogos	Población objetivo	Tasa por cada mil	Tasa por cada cien mil
	(1)	(2)	(3)=(1/2)*1,000	(4)=(1/2)*100,000
IMSS	159	59,487,500.0	0.002	0.26
ISSSTE	67	12,804,500.0	0.005	0.52
PEMEX	27	765,500.0	0.035	3.52
SEDENA	3	697,500.0	0.004	0.43
SEMAR	3	168,500.0	0.017	1.78
SSA*	230	57,300,500.0	0.004	0.40
TOTAL	489	131,224,000.0	0.003	0.37

Fuente: elaboración propia con base en la información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada; Información de los Anuarios Estadísticos y Geográficos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2006-2014; y Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013.

Siglas: IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; PEMEX: Petróleos Mexicanos; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SEMAR: Secretaría de Marina; SSA: Secretaría de Salud; SSE: Servicios Estatales de Salud; y SNTE: Sindicato Nacional de Trabajadores para la Educación.

*SSA: contiene a los establecimientos SSE y SNTE.

Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

De acuerdo con los datos anteriores, es posible identificar que la cifra correspondiente al número de médicos que efectúan trasplantes se vuelve crítico al tomar como referente la población objetivo de cada institución pública de salud, de hecho si consideramos a los médicos por cada 1,000 personas tendremos que

en ninguna de las instituciones de salud se logra tener un médico trasplantólogo por habitante; por ello para tener un referente que sea manejable, es necesario ver en análisis por cada 100,000 individuos, con lo cual, en el caso de las tres instituciones que agrupan a la mayoría de las personas, podremos ver que, en el caso del IMSS, se tiene una tasa de aproximadamente 0.3 médicos por cada cien mil derechohabientes; en el ISSSTE, la relación se eleva un poco, llegando a 0.5 médicos; y en el caso de la Secretaría de Salud, se observa una tasa de 0.4 médicos por cada cien mil personas.

En los casos más pequeños o de las instituciones que tienen una menor población objetivo, se logra verificar que en dos se tiene una cifra mayor a un médico por cada cien mil personas, estos casos son la SEMAR y PEMEX, en donde se tienen las cifras de 1.8 y 3.5 trasplantólogos por cada cien mil habitantes.

Finalmente, considerando los totales del cuadro, se tiene que, por todas las instituciones de salud, hay 0.37 médicos trasplantólogos por cada cien mil personas, y aunque no es posible identificar cifras oficiales a nivel nacional o internacional sobre los médicos que efectúan trasplantes, es evidente que esta cifra es muy baja para dar atención a la población.

Como se puede apreciar, si bien la situación general sobre la carencia de recursos humanos en el sector público para brindar atención a la población es ya un dato crítico, la falta de médicos para llevar a cabo el proceso de extracción y trasplante se vuelve alarmante; por lo que en este sentido, es necesario que el Gobierno Federal comience a efectuar un serio replanteamiento en cuanto a la formación y captación de recursos humanos preparados para dar atención a las necesidades de salud de la población.

Otro dato relevante es que actualmente en el sistema de salud mexicano ocurre un fenómeno que dificulta que las personas accedan a un trasplante: el de la traslación de los profesionales de la salud a las esferas privadas. Lo anterior, debido a que los médicos, sobre todos los especialistas, priorizan sus ganancias sobre la atención de la salud de la mayoría de la población, lo que tiene como

consecuencia que la mayor parte de los especialistas médicos existentes, entre los que se encuentran los trasplantólogos, estén laborando en hospitales privados, como se muestra a continuación:

TRASPLANTÓLOGOS EN EL SECTOR PÚBLICO RESPECTO A LOS PRIVADOS, 2015

Órgano	Corazón	Córnea	Hígado	Páncreas	Pulmón	Riñón	TOTAL
Públicos (1)	49	139	36	0	8	257	489
Privados (2)	31	373	47	6	3	198	658
Diferencia (3)=(1/2)* 100	158.1%	37.3%	76.6%	0	266.7%	129.8%	74.3%

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el CENATRA como respuesta a la solicitud de información folio 1200600003316 del 26 de septiembre de 2016.

Nota: Es posible que los registros se dupliquen, ya que un mismo médico trasplantólogo puede haber sido considerado en ambos registros.

Las cifras sobre la cantidad de médicos existentes en el sector público de salud respecto a los profesionales que se encuentran en hospitales privados es alarmante en los casos que se requiere una cirugía de trasplante para órganos como la córnea, en donde los médicos del sector público representan el 37.3% de los existentes en establecimientos de paga; así como en el caso del hígado, donde la totalidad de los médicos trasplantólogos para dicho órgano se encuentran en instituciones privadas.

El hecho de que existan más médicos que practican cirugías de trasplante en organismos privados, demuestra que el gobierno debe de lograr que cada vez más los profesionales de la salud encuentren atractivo el sector público, ya que si no se revierte esta tendencia, se corre el riesgo de que en un futuro haya muy pocos médicos que practiquen trasplantes de órganos en las filas de las instituciones públicas de salud, lo que dificultará y, en muchos casos, cancelará la posibilidad de que las personas accedan a una cirugía de tal naturaleza para recuperar su salud.

Como conclusión, se puede determinar que un grave problema de la situación del sistema público de salud en México es la falta de médicos para brindar atención a toda la población, ya que la política de salud en general, no se ha enfocado en generar un mayor número de personas que se desempeñen en el sector público para poder dar atención a las diferentes problemáticas de salud; lo cual, por tanto, impacta directamente en la tarea de propiciar la donación y los trasplantes de órganos; pues si de manera general en el país se cuenta con aproximadamente dos médicos por cada mil personas, en materia de trasplantes los datos son más críticos, ya que en el sistema público, por todas las instituciones, se tienen 0.37 médicos trasplantólogos por cada cien mil individuos, lo cual se podría agravar aún más, si cada vez un mayor número de médicos dedicados a estas actividades decide prestar sus servicios en hospitales privados, abandonando así las instancias públicas, en donde hay una mayor necesidad de estos servicios.

Ante la situación descrita, es indispensable y urgente que el gobierno comience a elaborar un replanteamiento de la forma actual que tiene el sistema de salud, a fin de encontrar alguna manera de generar y de captar más recursos humanos que estén preparados para afrontar las necesidades de salud de la población, entre las que se encuentra la insuficiencia de trasplantes de órganos.

3.7.2. La situación de la figura del Coordinador Hospitalario en México

La figura del coordinador hospitalario es muy importante dentro de la política sanitaria de donación y trasplantes de órganos, pues a grandes rasgos es el profesional que cuenta con la formación adecuada en los temas técnicos, científicos, jurídicos y administrativos referentes al tema; por ello saber si se tiene este personal y si está debidamente preparado brinda un elemento para determinar el éxito de las acciones de salud referidas.

El concepto de “coordinador de trasplantes” nació en los países anglosajones a mediados de los años ochenta, cuando los avances médicos hicieron posible la extracción multi-orgánica. El hecho de que de un mismo donante se extrajeran

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, provocando la implantación de una logística muy compleja⁷⁷. Como se puede determinar, dentro del proceso, la figura del coordinador hospitalario de donación es fundamental para que todo el proceso se lleve a cabo de forma correcta.

Es preciso que se tenga en mente que el coordinador se mueve en las dos grandes fases del proceso que estamos analizando, ya que, en la parte de la donación, es él quien debe llevar a cabo la petición de la donación a los familiares de un potencial donador por muerte, al tiempo que facilita la tarea de todos los implicados en la materialización del trasplante.

Posterior a la labor de convencimiento, teniendo las autorizaciones y el diagnóstico de muerte; prepara la logística hospitalaria para proceder a la extracción de los órganos. Con ello, la labor del coordinador no finaliza con la extracción, obtención y preservación de los órganos; sino que debe atender a los familiares en todo momento. Todas estas responsabilidades requieren, por tanto, de tener personal capacitado y sensible ante el dolor humano.

De acuerdo con la norma en la materia,⁷⁸ se tiene establecido que el coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes, debe ser un médico especialista o general, debidamente capacitado por la Secretaría de Salud que realiza las funciones de procuración de órganos.

En ese mismo tenor, también se indica que, en los establecimientos con licencias de extracción y trasplantes, se debe de contar con un coordinador hospitalario de donación para trasplantes que esté disponible permanentemente. Asimismo, se establece que a éstos les corresponden las actividades siguientes⁷⁹:

- Detectar, evaluar y seleccionar a los donantes potenciales.
- Solicitar el consentimiento del familiar.

⁷⁷ Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 55, núm. 5, septiembre-octubre de 2012, Sergio Díaz Tostado.

⁷⁸ Ley General de Salud, artículo 314, fracción XX.

⁷⁹ Ley General de Salud, artículos 316 Bis y 335 Bis 1.

- Establecer y mantener coordinación con el Comité Interno de Trasplantes durante el proceso de procuración de órganos y tejidos.
- Facilitar la coordinación entre los profesionales de la salud encargados de la extracción del o de los órganos y el de los médicos que realizarán el o los trasplantes.
- Coordinar la logística dentro del establecimiento de la donación y el trasplante.
- Resguardar y mantener actualizados los archivos relacionados con su actividad.
- Participar con voz en el Comité Interno de Trasplantes.
- Fomentar al interior del establecimiento la cultura de la donación y el trasplante.
- Representar al responsable sanitario del establecimiento en ausencia de éste.
- Notificar al Ministerio Público, de manera inmediata la identificación de un donante fallecido, en los casos en que la causa de la pérdida de la vida se presume vinculada con la comisión de un delito.

Aunado a lo anterior, se tiene establecido que, ante la identificación de un donante fallecido, el coordinador deberá:

- Brindar información completa, amplia, veraz y oportuna a los familiares sobre el proceso de extracción de órganos, de conformidad con lo que señale esta Ley y demás disposiciones aplicables.
- Recabar y entregar los documentos y constancias necesarias que para tal fin determine esta Ley, su reglamento o la Secretaría de Salud.

Asimismo, es interesante ver que por ley ⁸⁰, se tenía previsto que los establecimientos médicos antes referidos, contaban con un plazo de hasta veinticuatro meses, a partir de la entrada en vigor de la norma, para contar con un Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes,

⁸⁰ Ley General de Salud, artículo Cuarto Transitorio.

y como requisito, se indicó que el personal de salud que a la fecha de entrada en vigor de la misma, debería de contar con un documento que acreditará haber tomado un diplomado impartido por el CENATRA para formar coordinadores, y el personal que tuviera funciones de un coordinador a esa fecha, podría continuar desarrollando su función, pero debiendo obtener la revalidación que al efecto se estableciera.

De la información anterior, se puede determinar que el plazo para contar con dicha figura de coordinador en los establecimientos de salud que practicaran la extracción y el trasplante venció el 12 de diciembre de 2013; y que el único requisito solicitado, además de ser médico, era la acreditación del citado diplomado; el dato anterior revela que la figura de coordinador es relativamente nueva en México, ya que la legislación lo incorporó en 2012, teniendo un plazo de un año para su aplicación. La situación de la política pública sobre los coordinadores es la siguiente:

COORDINADORES HOSPITALARIOS DE DONACIÓN PARA TRASPLANTES, 2015

Institución	Total de establecimientos registrados	Total de coordinadores de donación registrados	Relación porcentual
	(1)	(2)	(3)=(2/1*100)
IMSS	64	52	81.3%
ININ	1	0	0.0%
ISSSTE	21	25	119.0%
PEMEX	8	12	150.0%
SEDENA	2	2	100.0%
SEMAR	2	1	50.0%
SSE	129	130	100.8%
SNTE	1	0	0.0%
SSA	24	20	83.3
TOTAL	252	242	96.0%

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el CENATRA como respuesta a la solicitud de información folio 1200600003316 del 26 de septiembre de 2016.

Numéricamente, el hecho de que en el 96% de los establecimientos médicos exista un coordinador, muestra que la figura está presente; no obstante, existen casos atípicos en donde se muestra con mayor porcentaje como en el caso del ISSSTE y PEMEX, en donde en el segundo caso, se tiene un registró de 50% más coordinadores respecto de los hospitales que se agrupan institucionalmente; aunque la limitada información no permite que sea posible determinar las causas de este dato; hecho que también ocurre a la inversa en casos como el IMSS o la SEMAR, en donde la relación porcentual es inferior, lo cual puede significar que no todos los hospitales con licencia tengan dicha figura.

La insuficiencia en los datos impide realizar un examen más profundo de la relación numérica que se identifica en cuanto a las diferencias entre establecimientos médicos y coordinadores; sin embargo, y sin ánimos de minimizarlo, existe otro hecho más relevante: el que tiene que ver con la formación y la idoneidad de los coordinadores, dado que ya se mencionó la importancia que tiene tal figura para el éxito de la política pública analizada.

Cómo ya se dijo en párrafos precedentes, los requisitos para ser coordinador consisten en que se tenga la formación profesional en medicina, así como la acreditación de un diplomado; por lo que al menos, a nivel legal, ésto parece ser muy fácil de lograr, por ello es importante valorar cuál es la situación de los coordinadores en dos aspectos, el perfil personal y la preparación o formación técnica; ya que en materia de recursos humanos, dicha figura es toral para lograr la efectividad de la política sanitaria en dicha materia.

De acuerdo la Organización Nacional de Trasplantes de España (ONT)⁸¹, que es el referente mundial, debido a que ha logrado el índice de trasplantes éxitos más alto en el mundo por más de 24 años consecutivos con 1,851 donantes y 4,769 órganos trasplantados (datos 2015)⁸², un coordinador debe de tener el perfil siguiente:

⁸¹ Guía de Buenas prácticas en el Proceso de la Donación de Órganos, Organización Nacional de Trasplantes, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España, 2011, Pp. 21-22.

⁸² Revista Electrónica One Magazine, Por Cristina Suarez, 9 de enero de 2012, artículo "Francia ha hecho a todos sus habitantes donantes de órganos por defecto" www.onemagazine.es

- La motivación, la entrega y la capacidad de trabajo, así como para lograr una buena respuesta ante la presión de estas labores.
- Persona resolutiva, lo que implica conocimiento, tanto del entorno hospitalario, como de las peculiaridades del proceso, para lo que se requiere amplia formación y actitudes pedagógicas.
- Versatilidad, dado lo diferente de cada proceso. Por lo que debe tener creatividad y capacidad de improvisación.
- Liderazgo, con presencia y disponibilidad para interactuar con el personal del hospital, siendo de gran ayuda para ello, tener habilidades de comunicación, capacidad de relacionarse y empatía con todas las personas.

En México no se ha determinado el perfil que deben cumplir los coordinadores, o al menos, no está plasmado en algún documento oficial, además no se dispone de la información para llevar el seguimiento del desempeño de quienes actualmente ostentan dicha posición, y aunque no es objetivo del presente trabajo poner en duda esto, sería importante contar con registros sobre entrevistas o exámenes psicométricos para asegurar que se cuenta con los perfiles idóneos para la labor tan importante que deben desempeñar en la materia.

Si bien el perfil es importante, ya que contribuye a que las personas en la responsabilidad de coordinación de una donación y su trasplante lleguen a buen término, igual de importante es que se tengan los conocimientos y la preparación adecuada para ejercer dichas labores, en este sentido, y como ya se mencionó, la ley mexicana de salud únicamente menciona la acreditación de un diplomado para ser coordinador hospitalario de donación y trasplantes.

El diplomado al que hace referencia la Ley General de Salud es proporcionado actualmente por el CENATRA en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México. De acuerdo con el centro, dicho curso consta de una parte teórica y otra práctica, la primera consta de 80 horas repartidas en dos semanas y la práctica, que se basa en una estadía en hospitales con licencia para

obtención de órganos bajo la tutela de un Coordinador de Donación, dura 160 horas por 4 semanas. Los temas que se tratan en el diplomado son: proceso de obtención de órganos y tejidos, aspectos administrativos del proceso de donación; entre otros, son esenciales para una persona que fungirá como un coordinador; sin embargo, al igual que para el perfil, actualmente no hay un diagnóstico o un parámetro que arroje un dato sobre la suficiencia e idoneidad del curso.

Además de lo anterior, el CENATRA también tiene un plan a 2018 sobre los cursos que deben de tomar los coordinadores, éstos son:

- Taller sobre el manejo del sistema información del registro.
- Difusión de los avances en actividades de donación y trasplantes, a través de la difusión de datos estadísticos.
- Diagnósticos de Muerte Encefálica.
- Identificación de potenciales donadores, mantenimiento del potencial donador.
- Comunicación en situaciones de crisis y buenas prácticas en la coordinación de donación.
- Mitos en torno a la donación y principios para la difusión.

Sobre el diplomado, el CENATRA reporta que, en 2015, 117 médicos lo tomaron y en cuestión de cursos no contó con información sobre los mismos⁸³, al menos para dicho año. Lo anterior revela que no es posible identificar que existe una programación de actividades puntual sobre la capacitación para los coordinadores. El hecho anterior, también se evidencia con una auditoría que le fue practicada al centro para revisar su desempeño en 2014 por parte de la Auditoría Superior de la Federación, órgano fiscalizador en México, donde si bien el tema era referente a la capacitación en general, sin acotarse a los coordinadores, los datos mostraron que “no se tenían establecidas metas, ni

⁸³ Información proporcionada por el CENATRA mediante oficio CNT/DG/666/2016 del 19 de septiembre de 2016 como respuesta a la solicitud de información efectuada.

indicadores que dieran cuenta de la asistencia del personal del centro nacional y de otras dependencias participantes en el proceso de trasplantes de órganos y tejidos a la capacitación impartida en materia de trasplantes, a fin de verificar lo que se pretendía lograr en materia de capacitación y cubrir las necesidades del personal capacitado”⁸⁴.

A fin de tener un referente del citado diplomado y los cursos propuestos por el CENATRA, a continuación, se presentan las particularidades en cuanto a la formación profesional de los coordinadores en España, que como ya se mencionó, es un referente en el tema.

El DTI (*Donation and Trasplantation Institute*), por sus siglas en inglés, es una organización sin ánimo de lucro fundada en Barcelona en 2008, teniendo como objetivo cubrir necesidades en donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en todas las regiones y países del mundo. Dicha fundación, desde 2007 imparte el TPM (*Transplant Procurement Management*), que es un programa de formación continua que ofrece educación interdisciplinaria y servicios de consultoría para profesionales de la donación. Su principal objetivo es incrementar la cantidad, calidad y efectividad de la donación y el trasplante mediante la educación formal y la asesoría de los profesionales de la salud. La educación que se ha proporcionado a los profesionales de salud ha ofrecido la titulación de master, postgrado y certificado de especialización.

El programa educativo cubre todos los aspectos relacionados con el proceso de obtención de órganos y tejidos para trasplantes como: detección, identificación y selección de donantes, diagnóstico de muerte, mantenimiento del donante potencial, estudios de viabilidad de los órganos, entrevista familiar para la donación, selección de receptores e intercambio de órganos, extracción multi-orgánica y preservación de órganos, el donante de órganos a corazón parado, la donación de vivo, la obtención y procesamiento de tejidos, ética y legislación en el trasplante, la educación pública y medios de comunicación, así como control

⁸⁴ Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014, Auditoría Superior de la Federación, Auditoría de Desempeño: 14-0-12Q00-07-0173, Pp. 5-6.

de la calidad y seguridad durante todo el proceso. La metodología docente utilizada por el TPM, es bajo el método de enseñanza interactiva y participativa, basado en el modelo de aprendizaje por experiencias de David A. Kolb, que demuestra un mejor aprovechamiento con la enseñanza interactiva (el 65% de los datos son recordados a los 3 días), comparado con la enseñanza oral (sólo recordamos el 10% a los 3 días) o la enseñanza visual (recordamos el 20% en el mismo periodo de tiempo).

Es importante comentar que el TPM tiene un alcance internacional, para lo cual desarrolla una gama de materiales educativos y tiene hasta su propio software, lo cual ha hecho que éste haya podido llegar a muchos países en las modalidades de formación presencial, on-line y *blended learning*. Otro dato relevante, es que desde 1994 se cuenta con el reconocimiento del Comité de Trasplantes del Consejo de Europa como curso válido en la formación de coordinadores de trasplantes. También se debe mencionar que el curso se ha adaptado a las necesidades educativas, sociales y culturales de los distintos países, impartándose en cuatro idiomas: español, inglés, italiano y francés. Es por ello, que el TPM ha sido nominado como programa oficial de formación en coordinación de trasplantes en Francia por *l'Agence de la Biomédecine* y en Italia por el *Centro Nazionale Trapianti*.

Otro curso digno de mencionar es el que denominan Proceso de Donación y Trasplante que, entre otros, tiene el objetivo de facilitar a los nuevos coordinadores de trasplantes el cuerpo de conocimientos necesarios para afrontar satisfactoriamente su puesto de trabajo. Este curso también ha sido brindado a médicos de otros países, en donde un dato relevante, es que en México únicamente ha participado la entidad federativa de Jalisco. El curso en cuestión se da bajo la modalidad teórica y práctica, siendo los temas teóricos: aspectos sociales, éticos y legislativos, administración y gestión de las Coordinaciones de Trasplantes, detección e identificación de donantes, diagnóstico clínico e instrumental de muerte encefálica, mantenimiento de los donantes a corazón latiente, relaciones familiares, aspectos quirúrgicos de la donación, extracción de órganos a corazón Parado, organización de la extracción

y distribución de órganos y tejidos; y resultados de los trasplantes e intercambio de órganos

Dentro de la parte práctica se efectúan talleres y prácticas en donde se abordan temas como la detección del donante, medios de comunicación en la donación y el trasplante, el consentimiento familiar, la distribución de órganos; entre otros.

La ONT también tiene cursos específicos para preparar a los Coordinadores de Trasplante en una actividad específica sobre la labor de convencimiento para abordar la entrevista de donación, por lo que se denominan Cursos Familia y Donación, los cuales incluyen temas como: habilidades básicas de comunicación, relación de ayuda, el duelo, la entrevista de donación y las negativas familiares, entre los más importantes. Un ejercicio más para la formación profesional de los coordinadores es el Programa Educativo Europeo para la Donación de Órganos (EDHEP), este tiene el objetivo de proporcionarles técnicas de comunicación que permitan mejorar la relación con las familias.

El programa se implementó en España a finales del año 1992, pero tiene alcances a nivel europeo. La dinámica del seminario es interactiva, por lo que el número de asistentes es reducido, en cada edición se admite un máximo de 20 personas. Es importante señalar que esta iniciativa es de la ONT, por lo que dichos cursos están dirigidos por personal de la propia organización. Otro dato es que el curso ha sido impartido a países latinoamericanos como Argentina, Colombia, y Chile. En el caso mexicano, sólo se tiene evidencia de que Jalisco ha participado.

Además de lo anterior, la ONT desarrolla un Programa de Docencia que comprende ocho proyectos de cursos especializados en los que se encuentran implicadas en mayor o menor medida todos los miembros de la organización, con la colaboración de profesionales de toda su red de trasplantes; ésto se fundamenta en que la formación de médicos y enfermeras ha sido uno de los pilares fundamentales sobre los que asienta el modelo español de donación y trasplantes, y su éxito radica en gran parte en la traslación de lo bueno que se hacía en determinados puntos del país al resto de las comunidades y hospitales,

lo cual no sería posible sin una estrategia formativa y de *benchmarking*.

No obstante, esta formación no se limita a los médicos y enfermeras que van a ocupar u ocupan puestos oficiales de coordinadores. Mediante la participación en cursos generales o especializados de un gran número de médicos y enfermeras que participan en diversa medida en la donación y el trasplante, se ha creado un valiosísimo caldo de cultivo en la sanidad española a favor de todo el proceso; es por ello que, además de los cursos generales de formación de Coordinadores de Trasplante, con un programa específico dedicado a los aspectos de detección, evaluación, mantenimiento, logística y coordinación de la asignación y distribución de órganos, desde la ONT se dirigen actividades formativas con el formato de seminario o simposio.

Un ejemplo representativo de lo anterior, es el programa formativo para profesionales sanitarios de países iberoamericanos, denominado *Master Internacional Alianza*⁸⁵, que consiste en una estancia de dos meses en España, en uno de los hospitales de la Red de Trasplantes, bajo la tutoría de un coordinador hospitalario, un programa teórico en el cual se les muestran los fundamentos del “Modelo español” y el funcionamiento de la ONT, así como la participación en un seminario de Técnicas de Comunicación de Malas Noticias del EDHEP y, finalmente, la preparación y presentación en público de una tesina, con el apoyo del tutor, sobre un tema de interés para su país.

El panorama anterior no pretende dejar una idea de que se deben de copiar a ultranza los modelos de profesionalización y cursos mencionados; sino que sirvan como un parámetro de referencia sobre los múltiples aspectos a los que el gobierno podría echar un vistazo con miras a profesionalizar al personal encargado de la coordinación de las donaciones y trasplantes.

Otro punto importante que se debe de tener en consideración, es que México tiene casi nula participación en cuanto a adherirse a las buenas prácticas, ya que

⁸⁵ El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes, segunda edición, Matesanz Rafael y Otros, Aula Médica Ediciones, Organización Nacional de Trasplantes, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España Pág.103.

sólo se tiene evidencia de que el gobierno estatal de Jalisco se ha preocupado por conocer las innovaciones en dicho campo; además, ésto también muestra que no hay una línea de trabajo que venga desde el CENATRA como cabeza responsable de la política, pues hasta la fecha no se tiene evidencia de que se haya planteado una homologación en cuanto a la formación, profesionalización y actualización de la figura del coordinador, ya que por ejemplo también es pertinente decir que en algunos estados como el de México, se han realizado esfuerzos por elaborar cursos; pero son acciones que hasta la fecha se encuentran atomizadas y aisladas, lo que provoca que no permeen en la formación de un verdadero sistema de capacitación para todos los coordinadores existentes en el país. Como último dato para la reflexión, se debe de tomar en cuenta que, de acuerdo con el DTI, la implementación de cursos refuerza el crecimiento constante de la actividad en la obtención y trasplante de órganos, teniendo como ejemplos de ello a España, Francia e Italia, donde hay una correlación positiva entre el número de participantes TPM y las tasas de donaciones que han ido en aumento⁸⁶.

⁸⁶ International Registry of Organ Donation and Transplantation (IRODaT), página electrónica www.irodat.org.

3.8. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los sistemas de salud fragmentados presentan marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos asegurados, los niveles de gasto per cápita y el grado de acceso a los servicios por parte de los estratos de la población.⁸⁷ El caso de México, no es ajeno a esta situación, en el diagnóstico del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el Gobierno Federal reconoció que la fragmentación del sistema de salud en múltiples subsistemas ha sido una limitante para el acceso universal a los servicios de salud. La fragmentación del Sistema Nacional de Salud (SNS) se muestra en el esquema siguiente:



Fuente: Elaboración propia, con base en Onofre Muñoz Hernández, Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012.

^{87/} Organización Panamericana de la Salud, Salud en las Américas, 2007. Volumen I–Regional, Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C, 2007, Pág. 318.

El Sistema Nacional de Salud se encuentra estructurado en tres grandes grupos: el de la seguridad social; el de la protección social en salud y el de los servicios privados, dividido en función de la condición laboral y la capacidad de pago de las personas; al interior de éstos el acceso a los servicios de salud está segmentado en diferentes instituciones, las cuales tienen políticas específicas para otorgar atención médica a la población bajo su responsabilidad con beneficios y coberturas distintos.

La estructura fragmentada del SNS representa una barrera para la cobertura y calidad en el acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social, ya que existen brechas en el paquete de servicios de salud entre la población afiliada al Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y la derechohabiente de las instituciones de seguridad social.⁸⁸

Esta diferencia de beneficios es evidente si consideramos que el paquete de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) a sus derechohabientes. En 2015, el SPSS se integraba por tres carteras de beneficios: una de servicios esenciales que fueron definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); una de servicios de alta especialidad y elevado costo que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y otra más de servicios de media y alta especialidad, que no estaban incluidos en las anteriores, dirigida a niños menores de cinco años, los cuales estaban determinados en las reglas de operación del programa Seguro Médico Siglo XXI.

En 2015, las 494 intervenciones médicas⁸⁹ establecidas en las tres carteras de servicios de salud que ofrece el SPSS (CAUSES, FPGC y SMSXXI) cubrieron un total de 1,016 enfermedades, que representaron únicamente el 7.0% de los

⁸⁸ Jesús Waldo Martínez y Gabriela Cabestany, “Decisiones legislativas recientes en materia de salud y seguridad social”, en Revista Pluralidad y Consenso, nueva época, año 5, núm. 26, Instituto Belisario Domínguez.

⁸⁹ La desagregación de las intervenciones médicas cubiertas por el CAUSES, el FPGC y el SMSXXI se incluyen en los anexos.

14,423 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE).⁹⁰

La limitada cobertura de padecimientos del SPSS es un aspecto trascendental en el tema de donación y trasplante de órganos, toda vez que el referido sistema no incluye dentro de las intervenciones médicas que ofrece, el trasplante de órganos vitales como el riñón, el corazón, el hígado y el páncreas. La importancia epidemiológica de las enfermedades de estos órganos estriba en sus altas tasas de mortalidad⁹¹, su alto grado de complejidad y elevado costo de tratamiento.

La falta de acceso a tratamientos médico quirúrgicos como los trasplantes implica que la población sin seguridad social (no derechohabiente) debe disponer del presupuesto familiar para costear el pago de los servicios de salud, lo que incrementa el riesgo de pobreza, como consecuencia de la falta de un seguro que cubra estas intervenciones y de los bajos ingresos de la población, habitualmente las personas se encuentran obligadas postergar o renunciar a la atención médica, provocando un deterioro en su estado de salud, y la mortalidad prematura.

Ésto conlleva un severo problema de desigualdad que impacta en los 9.6 millones de personas que aún carecen de algún esquema de seguridad social y en los 57.1 millones afiliados al SPSS⁹², ya que el paquete de servicios de salud ofertados por este sistema, no incluye entre las intervenciones médicas el trasplante de dichos órganos,⁹³ por lo que esta población se encuentra

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 2013.

⁹¹ En 2015, las enfermedades del corazón representaron la segunda causa de mortalidad; las del hígado la tercera, y las del riñón la décima causa de las defunciones del país.

⁹² La desagregación de la población afiliada por entidad federativa se incluye en los anexos.

⁹³ En el caso específico de la enfermedad crónica renal el SPSS incluyó en 2012 el trasplante de riñón en menores de 18 años; sin embargo, no incluyó el tratamiento de diálisis o hemodiálisis que son indispensables para sustituir la función renal y continuar viviendo, mientras se espera el trasplante.

desamparada ante el eminente gasto catastrófico⁹⁴, o en muchos casos empobrecedor⁹⁵, que estas enfermedades pueden implicar.

3.9. Información sobre las donaciones y los trasplantes de órganos

El Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes se oficializó en 2004, donde se comenzaron a registrar las donaciones. En la ley⁹⁶ se establece que el CENATRA tiene a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la información correspondiente a los establecimientos autorizados para la extracción y los trasplantes; los cirujanos de trasplantes responsables de dichas actividades y los coordinadores hospitalarios; los datos de las donaciones de las personas fallecidas; los datos de los trasplantes efectuados; los datos de los receptores considerados candidatos a recibir el trasplante de un órgano, integrados en bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional; y los casos de muerte encefálica en los que se haya concretado la donación, así como los órganos y tejidos que fueron trasplantados en su caso.

Es pertinente aclarar que, para la operación del Registro Nacional de Trasplantes, una herramienta indispensable para mantener al día los datos, la constituye el sistema informático, que toma su nombre del mismo registro: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, por lo que dicha herramienta debe ser actualizada, a fin de que sea idónea para manejar la información de los diferentes centros de salud de toda la república donde se

⁹⁴ Sergio Sesma-Vázquez y otros, "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes", en Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 47, suplemento 1, 2005, Pp. 37-46.

⁹⁵ El gasto empobrecedor se refiere al gasto en salud que realizan los hogares y que los ubican por debajo de la línea de pobreza determinada o bien, que estando por debajo de ella, los coloca en un nivel de pobreza más profundo. En nuestro país, el referente de pobreza es la línea de bienestar mínimo que elabora el CONEVAL, este parámetro marca el umbral de carencia social más profundo, cuyo significado es que las personas que se ubican por debajo de ella son incapaces de obtener una canasta básica alimentaria, aun utilizando todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes que la integran.

⁹⁶ Ley General de Salud, artículo 338.

realicen extracciones de órganos y trasplantes. Con ello, un elemento de vital importancia para el éxito de la política sanitaria en dicha materia, es la confiabilidad de la información.

Un ejemplo para asimilar lo anterior es el siguiente: al preguntarle al CENATRA sobre la información correspondiente a las donaciones efectuadas de riñón que por diversas circunstancias no se hayan podido efectuar en el mismo hospital donde fueron extraídos y que por tanto, hayan sido distribuidos a otros centros de salud, con el propósito de que fueran utilizados, el centro respondió que en 2015, no se recibió reporte alguno sobre trasplantes de riñón que no se hayan llevado a cabo y por tanto hayan sido distribuidos nuevamente a otro establecimiento⁹⁷. Sobre este hecho se identifica que la información debe ser reportada por los establecimientos y el CENATRA únicamente se encarga de registrarla.

Considerando que el órgano más requerido por la población es el riñón, es interesante determinar que otro indicio de que el sistema se encuentra incompleto, y que por tanto aún hay muchos puntos que deben ser mejorados, es que de acuerdo con el propio CENATRA, una de las acciones⁹⁸ que debía efectuar era la de promover la creación de un Registro Nacional de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; del cual, hasta 2016 no se tenían avances, y si bien, en el RNT se considera la información de pacientes con dicha insuficiencia, inscritos en espera de un trasplante renal; a la fecha de conclusión de este trabajo, no se tenía el registro nacional único de pacientes con dicha enfermedad, que concentrará los datos de todas las instituciones y entidades federativas.

Para entender la importancia relativa de que los datos sean confiables, se pueden considerar los ejemplos hipotéticos siguientes: supongamos en un centro médico se realiza la extracción de un órgano, pero por negligencia o simplemente por un

⁹⁷ Información proporcionada por el CENATRA como respuesta a la solicitud de información folio 1200600003316 del 26 de septiembre de 2016.

⁹⁸ Programa de Acción Específico. Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018)", Estrategia 1.5.

error médico, al órgano no se le da el tratamiento quirúrgico adecuado para poderlo trasplantar y el órgano se pierde.

Otro ejemplo es el siguiente: en un hospital de la Secretaría de Salud de una entidad federativa se realiza la extracción de un órgano, pero en el traslado, éste se pierde debido a que no se le dio el tratamiento adecuado para su transportación.

Finalmente, un ejemplo más, podría ser que se efectúa una cirugía de trasplante, pero como no se realizaron todas las pruebas necesarias para definir la compatibilidad del receptor con el órgano donado, este es rechazado, con lo cual la cirugía se considera un fracaso.

Los ejemplos anteriores, aunque hipotéticos, podrían ocurrir en esta política sanitaria, por lo que no tener un mecanismo adecuado que asegure que en el sistema de información, los datos son registrados de manera adecuada y verídica, implica que no se tenga un diagnóstico real de los casos de éxito y, por tanto, no se pueda medir el correcto desempeño de los responsables de la misma que permita valorar el desempeño gubernamental en el procedimiento.

Lo anterior es relevante si consideramos que una política de salud que en gran medida logra sus objetivos por la participación de los ciudadanos (donantes), debe de rendir cuentas en cuanto los casos de éxito en los procesos, pues si éstos son altos, se vuelven en un incentivo para que las personas decidan donar.

De lo anterior, se desprende que, si bien el sistema informático es responsabilidad del CENATRA, y en específico de la dirección encargada de administrar el RNT, dicho centro no ejerce acciones coercitivas para asegurarse de que la información reportada sea cierta, más aún, no hay un mecanismo estricto de control para cerciorarse que quienes deben reportar información, en verdad lo hagan. Este hecho se puede comprobar al revisar la normativa en dichas cuestiones.

En la Ley General de Salud sólo se considera un artículo⁹⁹ sobre la sanción de no inscribir la información del receptor o donador extranjero en el registro; y éste fue incluido en el sentido de inhibir un delito, más no para asegurarse de la confiabilidad de la información para obtener datos verídicos, ya que se advierte que los establecimientos de salud en los que se realicen trasplantes deben asegurarse de que no existan circunstancias que hagan presumir una simulación jurídica o comercio de órganos.

Otra cuestión relevante es que dentro del marco jurídico, se especifica la responsabilidad de los gobiernos de las entidades federativas para establecer centros de trasplantes, los cuales deben coadyuvar con el CENATRA, además de presentar sus programas de trasplantes, con la integración y actualización de la información del RNT¹⁰⁰; sin embargo, éste es un acto de intención, más no es una exigencia que tengan por ley los gobiernos estatales, ya que nada los obliga.

Aunado a ello, a la fecha de integración del presente documento, el CENATRA no tenía firmado algún convenio de colaboración con los gobiernos de los estados donde se comprometieran a realizar dicha tarea, tal y cómo se hace en otras políticas de similar naturaleza, donde se depende de la voluntad de los actores para efectuar una acción como la que se está describiendo. Además, de acuerdo con la planeación de mediano plazo del centro¹⁰¹, dicha tarea también estaba prevista a realizar.

Es hasta el Manual de Organización del CENATRA donde se pueden identificar que se tiene establecida a nivel de una de las subdirecciones del centro¹⁰², la responsabilidad de supervisar que en los establecimientos de salud se registre correctamente la información de: a) sus datos generales, entidad federativa e institución a la que pertenecen; b) sus programas de donación y/o trasplante, c) lo correspondiente a la licencia sanitaria, y d) el registro de los profesionales de

⁹⁹ Ley General de Salud, artículos 333 y 462 Bis.

¹⁰⁰ Ley General de Salud, artículo 314 Bis.

¹⁰¹ Programa de Acción Específico. Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2013-2018)", Estrategia 4.2.

¹⁰² Manual de Organización Específico del CENATRA, numeral, 1.9.7.0.1.1. Subdirección de Enlace Interinstitucional, adscrita a la Dirección del Registro Nacional de Trasplantes.

salud que intervienen en actividades de donación y trasplantes; sin embargo, considerando que es una sola subdirección y que el sistema tiene alcance nacional, por lógica esto es insuficiente; además no es posible identificar que el CENATRA a través de la subdirección mencionada, tenga un plan de trabajo específico o una metodología que asegure que en cada establecimiento si se registrará de manera adecuada y confiable la información, lo cual vuelve una limitante esta falta de certeza de la información.

Como ya se mencionó por medio del sistema informático es posible registrar cierta información, pero ésta no es exhaustiva sobre las acciones de donación y trasplante, ya que, por ejemplo, el sistema informático no considera información que podría ser necesaria para conocer la situación actual del problema público de la falta de donación y trasplantes.

Lo anterior se puede observar en la situación que se expresa a continuación. En el sistema no se tienen los datos correspondientes a las muertes por paro cardiorrespiratorio, lo cual, de acuerdo con las normas vigentes, es importante, ya que se establece que, entre los posibles donadores se encuentran las personas que fallezcan por causas de muerte encefálica o cardiorrespiratorio.

Otra limitante la encontramos en que el sistema únicamente registra el número de casos en los que los órganos donados no fueron trasplantados por considerarse inviábiles, pero no se tiene mayor explicación de porqué se consideran inviábiles para ser trasplantados, debido a que dicha información la resguardan los comités internos de los establecimientos autorizados para la donación y trasplantes, y aunque no sería viable incluir todo el reporte sobre cada caso, si sería bueno al menos incluir una síntesis, a fin de establecer una estadística sobre este hecho.

Una cuestión más, que es pertinente mencionar es que fue hasta 2016 cuando se publicó en el SIRNT, la “guía para el funcionamiento de los comités internos de trasplantes y responsables sanitarios de establecimientos autorizados para actividades de donación, trasplantes y banco de tejidos”, que tiene como principal función “Proporcionar información a los responsables sanitarios, a los

profesionales de la salud y a los integrantes de los Comités Internos de Trasplantes de los establecimientos autorizados con actividades de donación, trasplantes y/o bancos de tejidos para que documenten sus actividades en Actas y las reporten al Registro Nacional de Trasplantes de acuerdo con la normativa vigente”¹⁰³; lo cual indica que hasta dicho año no se tenía un documento base para ayudar a los diferentes responsables en los centros médicos para reportar la información en el sistema.

En el mismo tenor que el punto anterior, fue apenas en 2015, cuando el CENATRA y la COFEPRIS firmaron unas bases de colaboración para intercambiar información de establecimientos destinados a la disposición de órganos, lo cual debió de establecerse desde un inicio de la operación del sistema informático, considerando que la COFEPRIS es la entidad administrativa responsable de dar el visto bueno para que los centros médicos obtengas las licencias de extracción y trasplante de órganos. Lo anterior demuestra que existen rezagos en materia de oportunidad de la información.

Si bien el sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes con el que cuenta el CENATRA constituye una herramienta indispensable para obtener información sobre las acciones de donación y trasplantes, dicho sistema puede y debe ser mejorado por los operadores de la política pública en la materia, ya que hacen falta datos estadísticos que ayuden a una mejor comprensión del fenómeno problemático que actualmente no son incluidos en el sistema; los cuales podrían ser de gran ayuda para determinar los avances y las deficiencias de la política sanitaria, en aras de que se puedan determinar acciones para mejorar estas últimas.

Además, en cuanto a la confiabilidad de los datos, es necesario que se diseñen y utilicen mecanismos para reforzar los que actualmente se tienen para el registro de la información, a fin de que se pueda asegurar, que quienes deben de registrar

¹⁰³ Guía para los comités internos de trasplantes y responsables sanitarios de establecimientos autorizados para actividades de donación, trasplantes y bancos de tejidos, Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), México.

la información lo hagan, así como que dicha información tenga un grado de confiabilidad suficiente.

Capítulo 4. Situación actual de México en cuanto a la política de salud en materia de donación y trasplantes

Como se ha visto en capítulos anteriores, en México existe un rezago en la política sanitaria respecto de la promoción de la donación y la realización de trasplantes de órganos, la cual se explica por las deficiencias ya tratadas previamente; por ello, es relevante comprender que dichas carencias se traducen en un problema serio de salud para la población, en tanto que si hubiera más donaciones y por consiguiente, más trasplantes, significaría que muchas de las personas que se encuentran en una situación grave por alguna enfermedad, podrían resolver sus padecimientos. Es por ello, que a continuación se expone la magnitud actual del problema con base en los datos disponibles.

A 2015, de acuerdo con las cifras del RNT, existían 20,157 personas que requerían de un trasplante y el año anterior (2014) se registraron 19,031 personas que estaban en espera de una donación de órganos. Al cierre de ese mismo año, únicamente el 31.5% (5,987) pudieron ser atendidos, lo que significa que menos de la mitad de personas al año tiene la posibilidad de resolver su problema de salud.

En el cuadro siguiente se muestra la atención a la demanda de trasplantes en el periodo 2007-2014.

ATENCIÓN A LA DEMANDA DE RECEPTORES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE, 2007-2014

Operaciones	Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Incremento 2007-2014 (%)
1	Receptores en espera de riñón	4,584	5,540	6,120	7,240	8,054	9,086	10,043	11,302	146.5
2	Trasplantes realizados	2,095	2,274	2,376	2,442	2,643	2,720	2,756	2,610	24.6
3=2/1	Atención de la demanda	45.7	41.0	38.8	33.7	32.8	29.9	27.4	23.1	N.a
4	Receptores en espera de hígado	359	338	332	333	321	395	373	394	9.7
5	Trasplantes realizados	97	97	87	85	104	108	152	132	36.1
6=5/4	Atención de la demanda	27.0	28.7	26.2	25.5	32.4	27.3	40.8	33.5	N.a
7	Receptores en espera de córnea	5,677	5,378	5,974	6,429	7,157	7,427	7,296	7,293	28.5
8	Trasplantes realizados	2,639	2,716	2,555	2,529	2,688	3,104	3,091	3,204	21.4
9=8/7	Atención de la demanda	46.5	50.5	42.8	39.3	37.6	41.8	42.4	43.9	N.a
10	Receptores en espera de corazón	50	60	45	39	40	39	48	42	-16.0
11	Trasplantes realizados	16	14	17	17	27	39	46	41	156.2
12=11/10	Atención de la demanda	32.0	23.3	37.8	43.6	67.5	100.0	95.8	97.6	N.a
13=1+4+7+10	Subtotal receptores en espera	10,670	11,316	12,471	14,041	15,572	16,947	17,760	19,031	78.3
14=2+5+8+11	Subtotal trasplantes realizados	4,847	5,101	5,035	5,073	5,462	5,971	6,045	5,987	23.5
15=14/13	Total porcentaje de atención	45.4	45.1	40.4	36.1	35.1	35.2	34.0	31.5	N.a

N.a: No aplicable.

Incremento

2007-2014: Se refiere al porcentaje que se incrementó de 2014 respecto al año base (2007).

Fuente: elaboración propia con base en la información: Centro Nacional de Trasplantes, "Informe Anual de Donación y Trasplante 2014", México 2016.

Como se observa en la tabla anterior, de acuerdo con los datos del CENATRA, la lista de personas en espera de un riñón se incrementó 146.6%, al pasar de 4,584 personas en 2007 a 11,302 personas en 2014; mientras que el número de trasplantes de riñón aumentó sólo 24.6%, al pasar de 2,095 trasplantes en 2007

a 2,610 trasplantes en 2014. El comportamiento de ambas variables incidió en que la atención de la demanda disminuyera 49.8%, al reducirse la cobertura de 45.7% en 2007 a 23.1% en 2014.

En el caso de la atención de la demanda de hígado, la lista de receptores en espera de ese órgano se incrementó 9.7%, al pasar de 359 receptores en 2007 a 394 receptores en 2014, mientras que el número de trasplantes aumentó 36.1%, al pasar de 97 trasplantes en 2007 a 132 trasplantes en 2014, por lo que la cobertura de atención se incrementó de 27.0% en 2007 a 33.5% en 2014.

Respecto de la atención de la demanda del corazón, la lista de receptores en espera de ese órgano disminuyó 16.0%, al pasar de 50 receptores en 2007 a 42 receptores en 2014, mientras que el número de trasplantes se incrementó 205.0%, al pasar de 16 trasplantes en 2007 a 41 trasplantes en 2014, por lo que la cobertura de atención aumentó de 32.0% en 2007 a 97.6% en 2014. El comportamiento de las variables muestra una tendencia favorable en la atención de la demanda de personas que requieren un corazón, al lograr casi el 100.0% de cobertura.

En el caso de la atención de la demanda de las córneas, la lista de receptores en espera de córneas aumentó 9.7%, al pasar de 5,677 receptores en 2007 a 7,293 receptores en 2014, mientras que el número de trasplantes se incrementó 36.1%, al pasar de 2,639 trasplantes en 2007 a 3,204 trasplantes en 2014, el comportamiento de ambas variables incidió en que la cobertura de atención disminuyera de 46,5% en 2007 a 43.9% en 2014.

Es importante indicar que una persona que está en espera de un trasplante de órgano no tiene una calidad de vida adecuada, y a medida que transcurre el tiempo, su situación se agrava. En muchos casos, las personas nunca son beneficiadas y esto puede derivar en el fallecimiento de las personas. Ahora bien, es importante identificar que la necesidad de trasplantes también se da de acuerdo al tipo de órganos.

En 2014, de las 19,031 personas en espera de un trasplante, el 59.4% (11,302 personas) requería un riñón; el 38.3% (7,293 personas), córneas; el 2.1% (394 personas), hígado, y el 0.2% (52 personas), corazón.

De los 5,991 trasplantes realizados en 2014, el 53.5% (3,204 tejidos) correspondió a córnea; el 43.5% (2,604 órganos), a riñón; el 2.2% (131 órganos), a hígado; y el 0.8% (51 órganos), a corazón.

Es importante aclarar, que los casos más críticos en México corresponden a los requerimientos de riñón, ya que además de ser el órgano que más se necesita, tiene otras implicaciones particulares como las que se mencionan a continuación:

Hay un crecimiento exponencial del número de casos de enfermedad renal crónica o ERC, por sus siglas en español, ya que, si bien en 2014 se realizaron 2,604 trasplantes de riñón, se debe tener en cuenta que, como se mencionó anteriormente, existen alrededor de 129 mil personas con dicho padecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ERC se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, esta enfermedad tiene una prevalencia del 10.0% en la población, por lo que es considerado un problema de salud pública a nivel mundial.

En México, la enfermedad renal crónica es una de las principales causas de atención en hospitalización y es la segunda enfermedad que provoca un mayor número de años de vida perdidos. La ERC está considerada como una enfermedad catastrófica, debido al número creciente de casos, el rezago en su atención, los elevados costos para atenderla, la falta de infraestructura y los recursos humanos limitados, así como las altas tasas de morbilidad y mortalidad que presenta.

Una problemática que tiene en específico la ERC en el país, es que se carece de un registro de pacientes, por lo que se desconoce el número preciso de los órganos que se requieren, los grupos de edad, el sexo más afectado, así como el propio comportamiento, desempeño o resultados de los programas de atención. No obstante lo anterior, el Instituto Nacional de Salud Pública ha estimado que la incidencia de esta enfermedad es de 40,000 casos nuevos cada

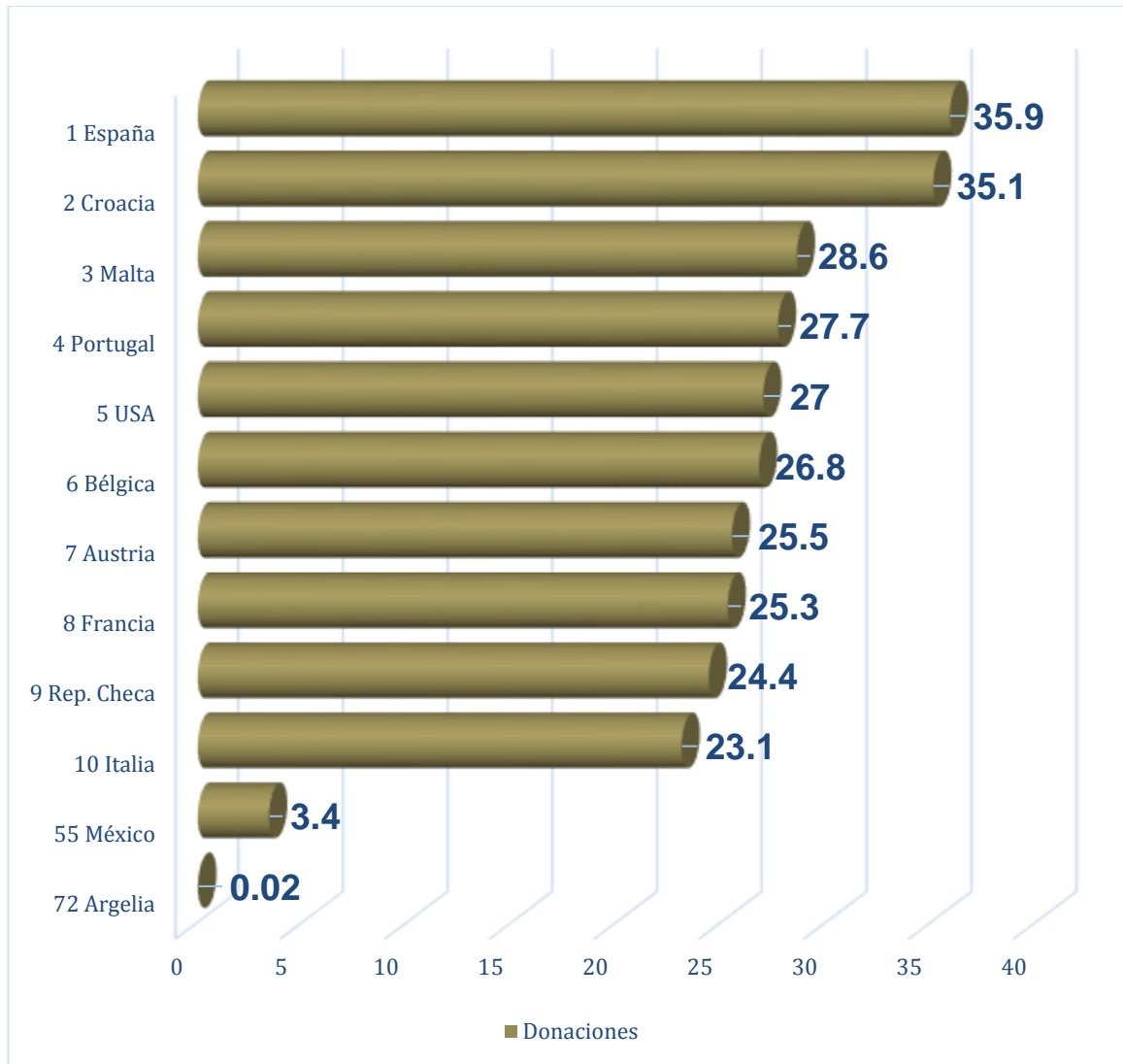
año y que existen alrededor de 10,000,000 personas que padecen enfermedad renal crónica, de las cuales 129,000 se encuentran en etapas avanzadas, por lo que requieren un tratamiento sustitutivo de la función de sus riñones como la diálisis, hemodiálisis o el trasplante.

A 2015 seguía habiendo una insuficiente atención de las personas que requieren de un trasplante. Los datos oficiales indican que en el país existen aún deficiencias en la atención de personas que requieren ser trasplantadas, ya que México ocupa el lugar 42 de 84 en trasplantes de órganos; además, a 2015 de acuerdo con las cifras del Registro Nacional de Trasplantes¹⁰⁴, existían 20,157 personas que requerirían de un trasplante y el año anterior (2014) se registraron 19,031 personas que estaban en espera de una donación de órganos y al cierre de ese mismo año, únicamente el 31.5% (5,990) pudieron ser atendidos, lo que significa que menos de la mitad de personas al año tiene la posibilidad de resolver su problema de salud.

Es importante indicar que una persona en espera de un trasplante de órgano no tiene una calidad de vida adecuada, y a medida que transcurre el tiempo, su situación empeora. Además, existen muchos casos en que las personas nunca son beneficiadas, provocándoles su fallecimiento que, en muchos casos, es a acorta edad. Los datos anteriores explican porque, de acuerdo con datos de la *International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODAT)*, México está por debajo de la media en comparación con otros países, en lo que respecta a las donaciones y trasplantes realizados, como se muestra a continuación:

¹⁰⁴ Página Oficial del CENATRA:
http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html

SITUACIÓN ACTUAL DE LA DONACIÓN DE ORGANOS EN EL MUNDO, 2014
(Por cada millón de habitantes)



Nota: Los datos se refieren a donaciones de órganos cadavéricas.

Fuente: International Registry in Organ Donation and Transplantation, Final Numbers 2014, gráfico: WORLDWIDE ACTUAL DECEASED ORGAN DONORS 2014, diciembre 2015.

Como lo señala el gráfico anterior, México está muy por debajo de los diez países con un mayor número de donaciones con una tasa de donación de 3.4 por millón de habitantes, mientras que el dato más alto correspondió a España que registró

en 2014 una tasa de 35.9 donaciones por cada millón de habitantes, seguido de países como Croacia y Malta.

La situación de México en cuanto a las donaciones es precaria en comparación de países como España o Croacia que son los que registran un mayor porcentaje en donaciones cadavéricas, por ello sería importante que el país, por medio de los diferentes actores gubernamentales, comiencen a efectuar una reevaluación de sus acciones a la luz de los resultados que se tienen en la actualidad, con la finalidad de que se implementen las labores necesarias que realmente comiencen a dar frutos en la materia, ya que de continuar con la inercia actual de la política, no será posible revertir la tendencia del problema público, más aun si consideramos que la aparición de enfermedades crónicas son cada vez más frecuentes en la población.

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Al ser la salud un derecho humano indispensable para que se logre la cohesión y el desarrollo de toda la sociedad, es necesario que en México la política sanitaria en materia de donación y trasplantes sea revisada y reforzada, ya que tal como lo apuntan teóricos como Subirats, al ser una materia importante dentro de la agenda pública, es un tema que debe ser tratado como prioritario por los actores gubernamentales. Además, tal como se vio a lo largo de este trabajo, de acuerdo con autores como Parsons, la falta de donación y trasplantes se vuelve un problema público, al ser una actividad humana que necesita ser regulada, pero, sobre todo, ser operada eficaz y eficientemente.

En adición a lo anterior, es necesario que, en la operacionalización de las acciones de donación y trasplantes, el problema identificado para la política pública, sea tratado desde la concepción de un problema maldito, ya que se debe considerar que es un problema altamente complejo, al cual no es posible encontrarle una solución rápida y sencilla, por lo que se debe tener ésta consideración al efectuar las acciones necesarias para darle atención.

Aunque las deficiencias en la operación identificadas en este trabajo como son la poca importancia que le da el gobierno a dichas acciones; la insuficiencia de recursos que se le destinan; la inexistencia de mecanismos de medición; la falta de promoción y difusión para la donación; la insuficiencia de hospitales con licencia para realizar la procuración y los trasplantes; la carencia de modelos consolidados para operacionalizar las acciones; el insuficiente personal médico, así como la falta de personal para coordinar el proceso; la fragmentación del sistema de salud que no permite atender a las personas; y la insuficiente información sobre los mecanismos para acceder a las cirugías para un trasplante; no son exhaustivas, si permiten dar un panorama sobre el estado actual de la política sanitaria en materia de donación y trasplantes; por lo que es necesario que los encargados de la política de salud en este país hagan un esfuerzo por mejorar dicha situación.

La investigación documental sobre este tema permite ver que un factor que separa a México de otros países en cuanto al tema de salud en general, y que por ende, impacta en las acciones de donación y trasplantes, es la conceptualización que tienen los gobiernos respecto de lograr que el total de la población tenga salud, ya que como se mencionó, una de las características más importantes de los modelos de salud europeos es la universalidad de ésta, que genere un sentimiento de seguridad en las personas. Además de lo anterior, es posible observar que en el tema de donación y trasplantes otros países han avanzado más que México, ya que, por ejemplo, en el caso francés, además de ser precursor en el tema con la Ley Callaivet de 1976, la normativa francesa permite que se extraigan órganos de personas fallecidas para ser trasplantados, siempre y cuando no exista una negativa expresa por escrito; otras de las acciones efectuadas a destacar es que desde 2011, con la modificación a la Ley sobre bioética, se le dio a la donación de órganos carácter de prioridad nacional. Otros de los avances en este sentido se han logrado los franceses son: la frecuencia en las campañas mediáticas a favor de la donación de órganos, que la Agencia de Biomedicina órgano de gobierno encargado de gestionar la asignación de órganos en todo su territorio, tiene reglas estrictas basadas en la transparencia, la igualdad, la justicia y la necesidad de un trasplante, de tal forma que la actividad relativa a los trasplantes está reservada a los hospitales públicos, la existencia de un sistema médico-coordinador en cada hospital, la coordinación de su sistema y la importancia que le dan a la donación, entre otras.

Otro caso igual de ejemplar que el francés, es España, en donde se han logrado tener cifras récord en el tema de donación de órganos. El éxito español puede deberse a factores generales como el hecho de haber podido conformar un sistema único que amalgama al conjunto de servicios de salud, logrando con ello su articulación, con lo cual se pudo alcanzar, entre otras cuestiones, la cobertura universal de la salud para la población, pero lo más relevante es que en la materia aquí estudiada, los españoles han logrado conformar un sistema de donación y trasplantes que se ha convertido en un referente en la materia; las cuestiones que se pueden destacar en este sentido son que el modelo está basado en la

organización de la coordinación que se estructura en los tres niveles de salud que se tienen en el país, que se cuenta con una agencia de servicios en el tema que realiza adecuadamente sus funciones, que además funciona como soporte de todo el sistema y que tiene como finalidad contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante en todos los sentidos; el interés específico que se le da al coordinador de trasplantes dentro del sistema; la extensa red de servicios de salud de atención y una eficiente red de referencia de pacientes; y la formación de los recursos humanos.

Es relevante decir que los problemas que tiene México para poder incrementar las cifras de donación y, por tanto, para realizar mayores trasplantes que contribuyan a mejorar la salud de las personas y, en algunos casos, para salvarles la vida, no puede ser entendida sin la participación de la sociedad, pero también es necesario apuntar que dicha participación no se elevará si los responsables de la política sanitaria no hacen mejoras en la política de salud en dicha materia, ya que en el presente trabajo se identificaron deficiencias graves que si no son atendidas no permitirán lograr un avance en el tema, entre las deficiencias identificadas se tiene que, en cuanto las pretensiones del gobierno en cuestión de las acciones de donación y trasplantes, la importancia que le da el gobierno al tema es relativamente nula, ya que dicho tema no es mencionado en particular dentro de la planeación nacional, y aunque se retoma en el programa sectorial de salud, no se establecen instrumentos, ni un planteamiento concreto para dar atención al problema. Además, no se tienen mecanismos de medición claros sobre las acciones a implementar, al carecer de parámetros sobre lo que se espera lograr en dicho tema.

En cuanto a los recursos públicos destinados a las acciones de donación y trasplantes, no es clara la posición del gobierno en cuanto al gasto específico de éstas, debido a que ni en el presupuesto del CENATRA, que es responsable de la política pública en la materia, ni en los demás entes públicos que participan en tales cuestiones, se identifica una programación concreta de acciones y el destino de recursos presupuestales, lo que afecta que se destinen a la consecución de los objetivos que se enmarcan en la política pública en materia

de donación y trasplantes, pues desde un inicio se carece de un rumbo fijo para hacer que la política tenga éxito. En cuanto a un sistema de evaluación de desempeño para controlar y determinar los avances en la materia, el gobierno carece de dicho instrumento, lo cual propicia que no se pueda identificar, medir y evaluar con facilidad el desempeño del gobierno en la política pública. Además de que no sea posible mejorar o corregir el rumbo de las acciones ejecutadas hasta el momento.

En cuanto a la promoción para la donación de órganos, que es una cuestión relevante para la política sanitaria en cuestión, se tiene que esta labor no ha sido sistemática, por lo que sus acciones están atomizadas, teniendo como consecuencia que el fomento y la difusión no tengan un resultado concreto, debido a ello, tampoco se tienen estudios de impacto con el que se logre verificar si las acciones que se han llevado a cabo están llegando a donde se requiere para propiciar que cada vez más personas se conviertan en donadores potenciales.

Un problema de la política que tiene que ver con la infraestructura para atender el problema público estudiado, es la carencia de licencias para procuración y trasplantes de órganos, ya que existen pocos establecimientos médicos que cuentan con los permisos necesarios, pero también es importante dejar en claro que la obtención de licencias no debe constituir un fin en sí mismo, ya que sólo es un medio para llevar a cabo los trasplantes, pero si no hay un verdadero compromiso para hacerlo, aunque se cuenten con todos los permisos, esto no se llevará a cabo.

Por otra parte, una asunto problemático aún más complicado que el anterior, es el que se refiere a la falta de coordinación de los diversos actores que deben de intervenir en la política sanitaria en las cuestiones de donación y trasplantes, lo cual se ve reflejado en la falta de un modelo institucional de coordinación de donación, los modelos de procuración y trasplantes de órganos y tejidos, así como el modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes; y aunque el propio gobierno mexicano reconoce que es necesario un

modelo institucional de coordinación de donación, contar con modelos de procuración y trasplantes; así como tener un modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes; a la fecha de elaboración de este trabajo no se tenían, por lo que es una cuestión pendiente. Además, un tema vinculado estrechamente con lo anterior, es que, en cuanto a la conformación y operación de los CETRAS, es que la falta de los modelos tiene como consecuencia que haya opacidad en cuanto a la forma en que deben operar, interrelacionarse e integrarse en la política de salud para lograr la donación y trasplantes de órganos.

En cuanto al tema de recursos humanos se tienen identificadas dos complicaciones, por un lado, la falta de médicos para efectuar trasplantes, debido a que dentro de la política de salud no se han coordinado esfuerzos por generar un mayor número de personas que se desempeñen en el sector público para poder dar atención a los problemas de salud, lo cual impacta directamente en las acciones de donación y trasplantes; y por otra parte, se tienen deficiencias en la formación de recursos humanos que funjan como una figura de coordinador hospitalario que propicie el éxito de los procesos de donación y trasplantes, ya que no hay una definición específica sobre su perfil y sobre las características sobre las aptitudes y actitudes en que deben ser formados.

En cuanto a la fragmentación del sistema de salud, esto también es una barrera para las acciones de donación y trasplantes, ya que la falta de cobertura y calidad en el acceso a los servicios de salud para la población hace que existan brechas graves en la atención médica entre la población. En lo que corresponde a la información sobre las donaciones y los trasplantes de órganos, del sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes del CENATRA es una herramienta indispensable para obtener información al respecto; sin embargo, es deficiente al carecer de datos estadísticos que ayuden a una mejor comprensión del fenómeno problemático; asimismo, la confiabilidad de los datos no es la adecuada, ya que se carece de medios de verificación de la misma.

Las deficiencias descritas revelan, que a 2015, la donación y trasplante de órganos en México era una política pública inconclusa, ya que se tenía una

insuficiente atención para las personas que necesitaban de un órgano, colocando a México en el lugar 42 de 84 en trasplantes de órganos; cifra que además ha crecido si se considera que a dicho año existían 20,157 personas con esta necesidad y el año anterior (2014) se tenían 19,031; además, únicamente el 31.5% pudieron ser atendidas, es decir menos de la mitad; por lo que existen personas que viven sin calidad de vida, y a medida que pasa el tiempo, su situación lejos de mejorar se vuelve más crítica, lo que deriva en la muerte en muchos de los casos.

Recomendaciones

El presente trabajo abordó problemas identificados que tiene la política pública de salud respecto a la falta de donación y trasplantes de órganos, que como ya se mencionó, si bien no se acotan a éstos, si brindan un contexto actual de la situación, en la cual es necesario que los ejecutores de la misma realicen un ejercicio introspectivo de las acciones realizadas hasta el momento, así como que consideren la gravedad del problema sanitario, pero sobre todo que sean conscientes de que éste puede ser atenuado con una aplicación efectiva de mecanismos que coadyuven a incrementar las donaciones y los trasplantes de órganos. Por ello, a continuación, se describen algunas sugerencias para mejorar la situación actual de la política de salud en la materia aquí tratada.

- El gobierno debe dar mayor importancia al diseño de la política pública sanitaria en materia de donación y trasplantes, para ello, será necesario que revise el planteamiento actual de las acciones implementadas y replantee otras más, a la luz de las implicaciones que tiene el problema público sanitario correspondiente al incremento de enfermedades crónico degenerativas, las cuales pueden ser resueltas mediante trasplantes de órganos.

Además, será necesario que a las acciones de donación y trasplantes se les de mayor relevancia en la agenda nacional, con la finalidad de que se concrete un planteamiento específico sobre estas; estableciéndose para

ello, instrumentos adecuados con los que se dé impulso a las acciones de donación y trasplantes.

Con ello, será importante que se implementen mecanismos claros de rendición de cuentas en cuanto a establecer parámetros adecuados sobre lo que pretenda hacer el gobierno federal en el tema sanitario en materia de donación y trasplante.

- En materia presupuestal, es necesario dar un enfoque de presupuesto basado en resultados a los recursos públicos destinados a las acciones de donación y trasplantes, para lo cual es necesario etiquetar el dinero público que será destinado específicamente para estas labores médicas. En los sistemas programático presupuestales del CENATRA y de los demás entes públicos que deben participar en las tareas de donación y trasplantes, se debe de clarificar y especificar cuánto será el recurso económico requerido para la promoción de la donación y para las operaciones quirúrgicas de trasplantes; y dentro de tales acciones, se deberá especificar el presupuesto necesario para los procesos internos que se ven implicados en dichas cuestiones.
- En correlación con el punto anterior, en cuando a tener mecanismos de evaluación de las acciones de donación y trasplantes, será necesario que se consolide una matriz de indicadores de desempeño de estas tareas, en el marco del sistema de evaluación al desempeño; con la finalidad controlar y determinar los avances que se vayan obteniendo.
El sistema que se de indicadores que se elabore, deberá servir para evaluar las acciones del gobierno, a fin de que sean un insumo en la toma de decisiones de los actores que operen la política pública en la materia; ya que deberá servir también para evaluar y retroalimentar los diferentes procesos que implican efectuar una tarea tan delicada como la que se esta tratando aquí.
- En cuanto a las actividades de promoción para la donación de órganos, se debe elaborar una guía para homologar el proceso dentro de la totalidad

de hospitales y centros médicos, a fin de concientizar a la comunidad sobre la importancia de ésta.

Además, se debe diseñar y aplicar una estrategia para sistematizar el fomento y la difusión de las acciones de donación y trasplantes, lo cual se puede hacer mediante campañas permanentes; de tal forma que se busque llegar a la mayoría de la población posible. Además, se necesitan mensajes contundentes para que el mensaje realmente permee en la conciencia de la gente. Por lo anterior, también será necesario buscar alternativas a los medios más comunes de comunicación, y hacer uso y explotación de medios que no han sido utilizados hasta el momento, como el uso de las redes sociales.

Se deberán elaborar estudios de impacto sobre las campañas y las acciones de difusión correspondientes a la estrategia que se implemente para tales fines, con la finalidad de determinar si estas dan resultados en cuanto al impacto, o en su caso, corregirlas.

- En cuanto a los establecimientos médicos en donde se lleven a cabo acciones de procuración y trasplantes de órganos, es necesario que se realice un diagnóstico para determinar cuáles de éstos son potenciales para tener las licencias correspondientes y, con ello, definir un plan de acción para incrementar el número de establecimientos médicos que efectúen dichos procesos, con la finalidad de incrementar la cobertura de las acciones.

Es necesario implementar una línea de acción que implique incentivos para que cada vez más hospitales deseen tener licencias de procuración y trasplantes, ya que los responsables hospitalarios deben ver esto como un incentivo, y no un problema de administración de recursos. En el mismo sentido, deben establecerse incentivos para los establecimientos que ya cuentan con alguna de las licencias médicas, a fin de que incrementen sus acciones de procuración y trasplantes.

- En cuanto a los modelos que sirvan de referencia para operacionalizar la donación y los trasplantes, es necesario que el gobierno concrete su

elaboración, ya que, si bien se tienen como una pretensión, es urgente que se materialicen, pues mediante estos se deben de establecer líneas de acción concretas en cuanto a los diversos procedimientos para hacer efectiva la donación y los trasplantes de órganos. El modelo institucional de coordinación de donación, deberá de incluir entre otras cosas, una referencia sobre los responsables sanitarios que deben de participar, así como establecer los márgenes de acción de cada institución y órgano de gobierno involucrado; también será necesario que se establezcan convenios específicos de colaboración en la materia, con la finalidad de que los diversos actores sean un impulso a la política y no un obstáculo. En cuanto a los modelos de procuración y trasplantes, es necesario que además de establecer los procedimientos médicos propios de la materia, planteen la necesidad de establecer guías específicas para casos difíciles, así como protocolos de actuación en casos de emergencia, con el objeto de que no se pierdan órganos por negligencia, ni por obstáculos administrativos. Por lo anterior, será necesario que se diseñen manuales de fácil entendimiento para todos los involucrados en un proceso de donación o trasplante.

En lo que toca al modelo de gestión de calidad para los procesos de donación y trasplantes, será necesario que se plantee la forma de homologar el proceso en la mayoría de los establecimientos médicos de todo el país y que se diseñen los mecanismos necesarios para que cada uno de estos pueda asegurar la calidad de los procesos, por lo que será necesario crear una serie de certificaciones al respecto; lo cual va de la mano de los incentivos que deben de diseñarse.

- De la mano del punto anterior, es necesario especificar la naturaleza administrativa y jurídica que deben tener los CETRAS, a fin de dar mayor claridad a su marco de actuación, que, en conjunto con el diseño de los modelos antes referidos, propiciará una mejora en su forma de operación y actuación.

- En lo que corresponde a los recursos humanos, es necesaria la creación de incentivos personales para lograr que un mayor número de médicos se conviertan en médicos que lleven a cabo trasplantes de órganos, sobre todo dentro de la administración pública.

También será necesario que el gobierno se vincule con instituciones educativas que imparten carreras médicas para generar conciencia de la importancia de los trasplantes; y brindar apoyos a los estudiantes para que estos formen vínculos con las instituciones médicas públicas con el propósito de formar recursos humanos que lleven tales acciones en el campo de lo público.

Es importante que el gobierno reconozca la importancia de la labor de un coordinador hospitalario de trasplantes, a fin de que se generen programas de formación de este tipo de personal.

Por la importancia que tiene para que se logre un trasplante, se debe de especificar el perfil del coordinador de trasplantes y se deben de diseñar programas específicos para su capacitación, para ello será necesario llevar a cabo un diagnóstico de necesidades, así como establecer las características que debe cumplir una persona que quiera fungir como coordinador; lo cual también debe de ir de la mano de incentivos para que estos efectúen su tarea de la forma más eficaz posible.

- A fin de atenuar un poco las consecuencias de tener un sistema de salud general fragmentado, el gobierno deberá crear una serie de mecanismos para hacer que los trasplantes estén dentro de las operaciones que puedan tener acceso todos los ciudadanos, por lo que se podrían generar un programa específico para población que no es derecho habiente de ningún sistema público de salud para que sean atendidos si su situación socioeconómica lo amerita.
- En lo que corresponde al sistema de información sobre el tema de donaciones y trasplantes de órganos, se debe revisar la manera de que se logre tener toda la información estadística real posible, a fin de que el sistema actual se constituya en una verdadera herramienta que ayude a

la toma de decisiones, para ello se debe de lograr que los hospitales y centros médicos del país tengan la obligatoriedad de reportar información y, de ser el caso, establecer sanciones sí no lo hacen; además se debe de revisar que el sistema sea confiable, por lo que será necesario identificar si se tienen los sistemas adecuados de seguridad informática, además de establecer el compromiso a los responsables de subir la información de que esta sea verídica. Por ello también es necesario que se realicen revisiones periódicas para comprobar que la información que se reporta es confiable y que no se está omitiendo nada.

Bibliografía.

- López P, Rico B, Langer A, Espinoza G, comp., 2003, “Género y política en salud”. México, DF, Secretaría de Salud.
- Chapela Mendoza Ma. del Consuelo, Contreras Garfias Ma. Elena, Coordinador “La Salud en México”. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- Chávez Carapia Julia del Carmen, Padilla Aguilar Margarito, coordinadores, 2013, “Administración pública y políticas de salud”. México, Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública.
- Geddes Barbara, 2003, “Paradigms and sand castles: Theory building and research design in comparative politics”. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Agranoff, R., 1993, “Las relaciones intergubernamentales y el Estado de las Autonomías”, Política y Sociedad.
- Martínez, H y A. Méndez, 1996, “El estudio de las relaciones intergubernamentales. Una revisión bibliográfica”, México: CIDE.
- Méndez, J.L. 1997, “Estudio introductorio” en Para entender las relaciones intergubernamentales, D Wright, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública A.C, Universidad Autónoma de Colima y Fondo de Cultura Económica, México.
- Parsons, W., 1997, “Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas”, México: FLACSO México/Miño y Dávila.
- González, A., D. Zabaleta y A. Cerdán, 2008, “Conclusiones: Balance general y retos para el fortalecimiento de la política de evaluación del desempeño”, en Alejandro González, coordinador, ¿Gobernar por resultados? Implicaciones de la política de evaluación del desempeño del gobierno mexicano, GESOAC A.C., México.
- González Gómez, Javier, 2011, “La evaluación del desempeño en cifras: vínculo entre el análisis y la acción en el gobierno federal”, Revista Política Digital, edición 60, 2011.

- Salamon, Lester M. (ed.), 2002, *The Tools of Government*, New York: Oxford University Press.
- Lascoumes, Pierre y Patrick Le Galès, 2007, “Introduction: Understanding Public Policy through its Instruments”, *Governance*.
- Mejía, José, 2003, “La evaluación de la gestión y las políticas públicas”, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Revista DETRASPLANTES, editada por el SENATRA, México.
- Cleary Eda, *El Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector público. Apuntes sobre su aplicación en el sector público de América Latina*, Biblioteca Virtual TOP, www.top.org.ar.
- Martínez Chávez Víctor Manuel, 2002, “Diagnostico Administrativo, Procedimientos, procesos, reingeniería y benchmarking”, Trillas, México.

Anexos.

ANEXO I: INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL FPGC Y AÑO DE INCORPORACIÓN, 2004-2015

Núm	Grupo	Subgrupo	Clave CIE-10	Subdiagnóstico	
1	Cuidados intensivos neonatales	Recién nacido	P07	Prematurez.	
2			P22	Insuficiencia respiratoria.	
3			P36	Sepsis bacteriana del recién nacido.	
4	Trastornos pediátricos quirúrgicos, congénitos y adquiridos	Cardiovasculares	Q20-Q28	Malformaciones congénitas cardíacas.	
5		Aparato digestivo	Q39	Atresia de esófago.	
6			Q79.2	Onfalocele.	
7			Q79.3	Gastrosquisis.	
8			Q41.0	Atresia/ estenosis duodenal.	
9			Q41.0	Atresia intestinal.	
10			Q42.0,Q42.1,Q42.3	Atresia anal.	
11			Riñón	Q60.3,Q60.5,Q61.4	Hipoplasia/ displasia renal.
12		Uréter	Q62.6	Ureter retrocavo.	
13				Meatos ectópicos.	
14			Q62.1	Estenosis ureteral.	
15			Q62.3	Ureterocele	
16		Vejiga	Q64.1	Extrorfia vesical	
17		Uretra y pene	Q64.0,Q54x	Hipospadias / Epispadias.	
18			Q64.2,Q64.3	Estenosis uretral	
19			Q64.3	Estenosis del meato uretral	
20		Columna vertebral	Q05X,Q76.0	Espina bífida.	
21		Menores de 10 años (previa autorización)	Enfermedades lisosomales	E75.2	Enfermedad de Fabry/ de Gaucher.
22				E76.0, E76.1, E76.2	Mucopolisacaridosis tipo I, II y IV
		Hemofilia		D66	Deficiencia hereditaria del factor VIII.
	D67			Deficiencia hereditaria del factor IX.	
	D68.0			Enfermedad de Von Willebrand.	
23	Cáncer en menores de 18 años	Tumores del sistema nervioso central	C71.9	Astrocitoma.	
24			C71.6	Meduloblastoma.	
25			C47	Neuroblastoma.	
26			C72.9	Ependimoma.	
27			n.a.	Otros.*	
28		Tumores renales	C64	Tumor de Wilms.	
29			n.a.	Otros.*	
30			Leucemias	C91.0	Leucemia linfoblástica aguda.

Núm	Grupo	Subgrupo	Clave CIE-10	Subdiagnóstico
31			C92.0	Leucemia mieloblástica aguda.
32			C91.1, C92.1, C93.1,	Leucemias crónicas.
33			D46.9	Síndromes preleucémicos.
34		Tumores hepáticos	C2.2	Hepatoblastoma.
35			C22.7, C22.9	Hepatocarcinoma.
36		Tumores óseos	C40	Osteosarcoma.
37			C41	Sarcoma de Ewing.
38		Linfomas	C82, C83, C85	Linfoma No Hodgkin.
39			C81.0, C81.9	Enfermedad o Linfoma de Hodgkin.
40		Tumores del ojo	C69.2	Retinoblastoma.
41		Sarcomas	C49	Sarcoma de partes blandas.
42		Tumores germinales	C56X, C62	Gonadales.
43			C56X, C62	Estragonadales.
44		Carcinomas	n.a.	Diversos.*
45		Histiocitosis	C96.1	Histiocitosis maligna.
46	Cáncer en mayores de 18 años	Cáncer cérvico-uterino	C53	Tumor maligno del cuello del útero.
			D06	Carcinoma IN SITU del cuello del útero.
47		Cáncer de mama	C50	Tumor maligno de mama.
48		Cáncer testicular	C62	Seminoma / No Seminoma.
49		Linfoma no Hodgkin	C82, C83	Folicular / difuso.
50		Tumor maligno próstata	C61	Tumor maligno de próstata.
51		Tumor maligno de ovario	C56	Tumor maligno de ovario.
52		Cáncer de colon y recto	C18, C19, C20	Tumor maligno del colon.
53	Tratamiento médico	Tratamiento de VIH	n.a.	n.a.
54	Menores de 60 años	Infarto del miocardio	I21	Menores de 60 años.
55	20 a 50 años	Hepatitis crónica tipo C	B18.2	Hepatitis viral tipo crónica.
56	Todas las edades	Trasplantes	Z94.7	Trasplante de córnea.
57			Z94.8	Trasplante de médula en menores de 18 años.
58				Trasplante de médula en mayores de 18 años.
59			Z94.0	Trasplante renal en menores de 18 años.
60		Síndrome de Turner.	Q96	Síndrome de turner.

FUENTE: Catálogo de Intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, 2004-2015.

ANEXO II: INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL SMSXXI, 2015

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis del sistema nervioso.	A17
2		Tuberculosis miliar.	A19
3		Listeriosis.	A32
4		Tétanos neonatal.	A33.X
5		Septicemia no especificada (incluye choque séptico).	A41.9
6		Sífilis congénita.	A50
7		Encefalitis viral, no especificada.	A86
8		Enfermedad debida a virus citomegálico.	B25
9		Toxoplasmosis.	B58
10	Tumores	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores	D11
11		Tumor benigno del mediastino.	D15.2
12		Hemangioma de cualquier sitio.	D18.0
13		Tumor benigno de la piel del labio.	D23.0
14		Tumor benigno del ojo y sus anexos.	D31
15	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Púrpura trombocitopénica idiopática.	D69.3
16		Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos.	D80
17	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Intolerancia a la lactosa.	E73
18		Fibrosis quística.	E84
19		Depleción del volumen.	E86
20		Hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales.	E25.0
21		Galactosemia.	E74.2
22		Fenilcetonuria.	E70.0
23	Enfermedades del sistema nervioso	Parálisis de Bell.	G51.0
24		Síndrome de Guillain-Barré.	G61.0
25		Parálisis cerebral infantil (diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G80
26		Hemiplejía (diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G81
27		Paraplejía y cuadriplejía (diagnóstico, terapia y en su caso, los insumos o medicamentos especializados utilizados; anual y hasta por 5 años).	G82
28	Enfermedades del ojo	Retinopatía de la prematuridad.	H35.1
29	Enfermedades del oído	Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal).	H90.3
30		Rehabilitación auditiva verbal en niños no candidatos a implantación de prótesis de cóclea (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10
31		Implantación prótesis cóclea.	20.96 a 20.98 (CIE9 MC)
32		Habilitación auditiva verbal (anual hasta por 5 años).	V57.3 (CIE9 MC)
33	Enfermedades del sistema circulatorio	Miocarditis aguda.	I40
34		Fibroelastosis endocárdica.	I42.4
35		Insuficiencia cardíaca.	I50
36		Hipertensión pulmonar primaria.	I27.0
37	Enfermedades del sistema respiratorio	Neumonía por Influenza por virus identificado.	J10.0
38		Neumonía por Influenza por virus no identificado.	J11.0
39		Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte.	J15
40		Neumonitis debida a sólidos y líquidos.	J69
41		Piotórax.	J86
42		Derrame pleural no clasificado en otra parte.	J90.X
43		Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte.	J91.X
44		Neumotórax.	J93
45		Otros trastornos respiratorios	J98.0 al J98.8
46	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes.	K00
47		Estomatitis y lesiones afines.	K12
48		Otras enfermedades del esófago	K22.0 al K22.9
49		Otras obstrucciones intestinales.	K56.4
50		Constipación.	K59.0
51	Enfermedades de la piel	Síndrome estafilocócico de la piel escaldada.	L00.X
52		Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco.	L02
53		Quiste epidérmico.	L72.0
54	Enfermedades del sistema osteomuscular	Artritis piógena.	M00
55		Artritis juvenil.	M08
56		Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas.	M30
57		Fascitis necrotizante.	M72.6
58	Enfermedades del sistema genitourinario	Síndrome nefrítico agudo.	N00
59		Síndrome nefrótico, anomalía glomerular mínima.	N04.0
60		Uropatía obstructiva y por reflujo.	N13
61		Insuficiencia renal aguda.	N17
62		Insuficiencia renal terminal.	N18.0
63		Divertículo de la vejiga.	N32.3
64		Infección de vías urinarias, sitio no especificado.	N39.0
65		Hidrocele y espermatocoele.	N43
66		Torsión del testículo.	N44.X
67		Orquitis y epididimitis.	N45

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10
68		Fístula vesicovaginal.	N82.0
69	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos.	P00.0
70		Feto y recién nacido afectados por ruptura de membranas.	P01.1
71		Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna.	P04.4
72		Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal.	P05
73		Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	P07.0, P07.2
74		Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer.	P08
75		Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento.	P10
76		Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso.	P11
77		Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo.	P12
78		Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento.	P13
79		Traumatismo del sistema nervioso periférico.	P14
80		Otros traumatismos del nacimiento.	P15
81		Hipoxia intrauterina.	P20
82		Asfixia al nacimiento.	P21
83		Dificultad respiratoria del recién nacido.	P22.0, P22.8, P22.9
84		Taquipnea transitoria del recién nacido.	P22.1
85		Síndromes de aspiración neonatal.	P24
86		Neumomediastino originado en el periodo perinatal.	P25.2
87		Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal.	P26
88		Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal.	P27.1
89		Otras apneas del recién nacido.	P28.4
90		Sepsis bacteriana del recién nacido.	P36
91		Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve.	P38.X
92		Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido.	P52
93		Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido.	P53.X
94		Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.	P55
95		Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica.	P56
96		Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas.	P58
97		Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas.	P59
98		Coagulación intravascular diseminada en el feto.	P60.X
99		Policitemia neonatal.	P61.1
100		Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos.	P70
101		Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio.	P71
102		Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido.	P74.2
103		Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido.	P74.3

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10
104		Síndrome del tapón de meconio.	P76.0
105		Otras peritonitis neonatales.	P78.1
106		Enterocolitis necrotizante.	P77
107		Convulsiones del recién nacido.	P90.X
108		Depresión cerebral neonatal.	P91.4
109		Encefalopatía hipóxica isquémica.	P91.6
110		Anencefalia.	Q00.0
111		Encefalocele.	Q01
112		Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal.	Q10.5
113		Catarata congénita.	Q12.0
114		Otras malformaciones congénitas del oído	Q17
115		Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial.	Q18.0
116		Malformaciones congénitas de la nariz.	Q30
117		Malformación congénita de la laringe (incluye laringomalacia congénita).	Q31
118		Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios.	Q32
119		Malformaciones congénitas del pulmón.	Q33
120		Otras malformaciones congénitas del intestino	Q43
121		Malformaciones congénitas de vesícula biliar.	Q44
122		Páncreas anular.	Q45.1
123	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Anquiloglosia.	Q38.1
124		Síndrome de Potter.	Q60.6
125		Duplicación del uréter.	Q62.5
126		Riñón supernumerario.	Q63.0
127		Riñón ectópico.	Q63.2
128		Malformación del uraco.	Q64.4
129		Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra.	Q64.5
130		Polidactilia.	Q69
131		Sindactilia.	Q70
132		Craneosinostosis.	Q75.0
133		Hernia diafragmática congénita.	Q79.0
134		Ictiosis congénita.	Q80
135		Epidemólisis bullosa.	Q81
136		Nevo no neoplástico, congénito.	Q82.5
137		Anormalidades cromosómicas (diagnóstico).	Q90-Q99
138	Síntomas y signos generales	Choque hipovolémico.	R57.1
139		Traumatismo superficial del cuero cabelludo.	S00.0

Núm.	Grupo	Enfermedad	Clave CIE-10
140	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Fractura de la bóveda del cráneo.	S02.0
141		Traumatismo intracraneal con coma prolongado.	S06.7
142		Herida del cuero cabelludo.	S010
143		Avulsión del cuero cabelludo.	S080
144		Herida del tórax.	S21
145		Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otro(s) dedo(s).	S67.0
146	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo.	T203, T2013, T223, T233, T243, T253, T293, T303
147	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo.	Y51
148		Efectos adversos de vacunas bacterianas.	Y58
149	Factores que influyen en el estado de salud	Atención de orificios artificiales	Z43

FUENTE: Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2015, México, 28 de diciembre de 2014.

ANEXO III: CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD, 2014

INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA				
1. Vacunación contra tuberculosis (B.C.G.).	2. Vacunación contra hepatitis B (HB) menores de 14 años.	3. Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, Hib).	4. Vacunación contra rotavirus.	5. Vacunación contra neumococo Conjugado (heptavalente).
6. Vacunación profiláctica contra influenza (gripe estacional) menores de 14 años y grupos de	7. Vacunación contra sarampión, parotiditis y rubeola (SRP).	8. Vacunación contra difteria, tosferina y tétanos (DPT).	9. Vacunación contra poliomielitis (Sabin).	10. Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH).
11. Vacunación contra hepatitis B (HB) mayores de 14 años.	12. Vacunación contra sarampión y rubeola (SR).	13. Vacunación contra tétanos y difteria (TD).	14. Vacunación contra el neumococo para el adulto mayor.	15. Vacunación profiláctica contra influenza (gripe estacional) para mayores de 60 años.
16. Acciones preventivas para recién nacido.	17. Acciones preventivas para menores de 5 años.	18. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años.	19. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.	20. Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años.
21. Acciones preventivas para mujeres de 20 a 59 años.	22. Acciones preventivas para hombres de 20 a 59 años.	23. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años.	24. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.	25. Prevención y atención a violencia familiar y de género.
26. Acciones preventivas para adultos mayores de 60 años en adelante.	27. Otras acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.			
INTERVENCIONES DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD				
28. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropiva y por deficiencia de vitamina B12.	29. Diagnóstico y tratamiento por deficiencia de vitamina a.	30. Diagnóstico y tratamiento de escarlatina.	31. Diagnóstico y tratamiento de sarampión, rubeola y parotiditis.	32. Diagnóstico y tratamiento de varicela.
33. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda.	34. 34. Diagnóstico y tratamiento de tos ferina.	35. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa.	36. Diagnóstico y tratamiento de rinoфарингитis aguda.	37. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.
38. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica y vasomotora.	39. 39. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico.	40. Diagnóstico y tratamiento del síndrome diarreico agudo.	41. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis.	42. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea.
43. 43. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster.	44. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis oral.	45. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea.	46. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por chlamydia.	47. Diagnóstico y tratamiento de trichomoniasis.
48. Diagnóstico y tratamiento de sífilis precoz y tardía.	49. Diagnóstico y tratamiento de cistitis.	50. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda.	51. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda.	52. Diagnóstico y tratamiento de chancro blando.
53. Diagnóstico y tratamiento de herpes genital.	54. Diagnóstico y tratamiento de amebiasis.	55. Diagnóstico y tratamiento de anquilostomiasis y necatoriasis.	56. Diagnóstico y tratamiento de ascariasis.	57. Diagnóstico y tratamiento de enterobiasis.
58. Diagnóstico y tratamiento de equinococosis.	59. Diagnóstico y tratamiento de esquistosomiasis.	60. Diagnóstico y tratamiento de estroñgiloídiásis.	61. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis.	62. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis.

63. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis.	64. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis.	65. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis.	66. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de brucelosis.	67. Diagnóstico y tratamiento escabiosis.
68. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis.	69. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales.	70. Diagnóstico y tratamiento de onicomycosis.	71. Diagnóstico y tratamiento de eripela y celulitis.	72. Diagnóstico y tratamiento de procesos infecciosos de rezago (paludismo, lepra, enfermedad)
73. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica y de contacto.	74. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica.	75. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes.	76. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del panal.	77. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa.
78. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica.	79. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares.	80. Diagnóstico y tratamiento del acné.	81. Diagnóstico y tratamiento de infección aguda por virus de la hepatitis A y B.	82. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda, duodenitis y dispepsia.
83. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable.	84. Diagnóstico y tratamiento de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2.	85. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial.	86. Diagnóstico y tratamiento conservador de artrosis erosiva y poliartritis no	87. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia.
88. Atención por algunos signos, síntomas y otros factores que influyen en el estado de salud.	89. Método de planificación familiar temporal con anticonceptivos hormonales.	90. Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción mediante el uso del condón.	91. Método de planificación familiar temporal con dispositivo intrauterino.	92. Atención prenatal en el embarazo.
93. Diagnóstico y tratamiento por déficit de atención con componente hiperactivo.	94. Diagnóstico y tratamiento de autismo y síndrome de asperger.	95. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria.	96. Diagnóstico y tratamiento del climaterio y menopausia.	97. Diagnóstico y tratamiento trastornos benignos de la mamá.
98. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial.	99. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica	100. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis	101. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral	102. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.
103. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.	104. Diagnóstico y tratamiento de desnutrición leve, moderada y severa	105. Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo kwashiorkor.	106. Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo marasmo.	107. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición.
108. Diagnóstico y tratamiento médico del sobrepeso y obesidad en niños y	109. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueitis aguda	110. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	111. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	112. Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en adultos.
113. Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en menores de 18 años.	114. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES).	115. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente (TAES).	116. Diagnóstico y tratamiento de psoriasis	117. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo.
118. Diagnóstico y tratamiento de ulcera gástrica y péptica crónica.	119. Diagnóstico y tratamiento de dislipidemia	120. Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo.	121. Diagnóstico y tratamiento de crisis tiro tóxica.	122. Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo.
123. Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 1.	124. Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca	125. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.	126. Diagnóstico y tratamiento de hiperuricemia y gota	127. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide.
133. Diagnóstico y tratamiento conservador de luxación.	134. Rehabilitación de fracturas.	130. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicóticos y esquizotípico).	131. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de epilepsia y crisis convulsivas.	132. Diagnóstico y tratamiento médico de enfermedad de Parkinson.
		135. Diagnóstico y tratamiento de parálisis facial.	136. Prevención y detección temprana de adicciones.	

INTERVENCIONES DE ODONTOLOGÍA				
137. Prevención de caries dental.	138. Aplicación de selladores de fosetas y fisuras dentales	139. Restauraciones dentales con amalgama, ionomero de vidrio y resina, por caries o fractura.	140. Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal.	141. Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares.
142. Terapia pulpar.	143. Extracción de tercer molar			
INTERVENCIONES EN URGENCIAS				
144. Atención en urgencias por intoxicación aguda.	145. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva	146. Estabilización en urgencias del paciente diabético con cetoacidosis.	147. Manejo en urgencias del síndrome hipoglucémico hiperosmolar no cetosico.	148. Estabilización en urgencias por angina de pecho.
149. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por fenotiazinas.	150. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por álcalis, cáusticos y sustancias alcalinas similares.	151. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por salicilatos.	152. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por metanol.	153. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por insecticidas organofosforados y
154. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por monóxido de carbono.	155. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por mordedura de serpiente.	156. Diagnóstico y tratamiento de picadura de alacrán.	157. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos.	158. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria.
159. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.	160. Extracción de cuerpos extraños.	161. Curación y suturas de lesiones traumáticas de tejidos blandos.	162. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve.	163. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado.
164. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.	165. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.	166. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.	167. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.	168. Diagnóstico y tratamiento conservador de esguince.
169. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.				
INTERVENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN				
170. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis.	171. Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis.	172. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda.	173. Diagnóstico y tratamiento de meningitis y meningoencefalitis.	174. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis.
175. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis.	176. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en menores de 18 años.	177. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en adultos.	178. Diagnóstico y tratamiento de absceso hepático amebiano.	179. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad pélvica inflamatoria.
180. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto.	181. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pre término.	182. Atención del parto y puerperio fisiológico.	183. Diagnóstico y tratamiento de pelvipertonitis.	184. Diagnóstico y tratamiento de endometritis puerperal.
185. Diagnóstico y tratamiento de choque séptico puerperal.	186. Atención del recién nacido.	187. Diagnóstico y tratamiento de ictericia neonatal.	188. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones.	189. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia.
190. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con bajo peso al nacer.	191. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia leve y moderada.	192. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.	193. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.	194. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia obstétrica puerperal (incluye choque hipovolémico).
195. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro	196. Diagnóstico y tratamiento de infección de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica.	197. Diagnóstico y tratamiento de litiasis renal y uretral.	198. Diagnóstico y tratamiento de litiasis de vías urinarias inferiores.	199. Diagnóstico y tratamiento del síndrome escrotal agudo.

200. Diagnóstico y tratamiento de retención aguda de orina.	201. Diagnóstico y tratamiento de prostatitis aguda.	202. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico.	203. Diagnóstico y tratamiento de traumatismo craneoencefálico.	204. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda.
205. Diagnóstico y tratamiento hospitalario del estatus epiléptico y crisis convulsivas	206. Tratamiento hospitalario de hipertensión arterial.	207. Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca aguda y del edema agudo pulmonar.	208. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	209. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes.
210. Tratamiento hospitalario de úlcera y del pie diabético infectado	211. Diagnóstico y tratamiento hospitalario de quemaduras de segundo grado.	212. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva.	213. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de hellp.	214. Diagnóstico y tratamiento de corioamniotitis.
215. Diagnóstico y tratamiento de embolia obstétrica.	216. Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.	217. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión inducida y/o preexistente en el embarazo.	218. Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en el embarazo y puerperio.	
INTERVENCIONES EN CIRUGÍA GENERAL				
219. Laparotomía exploradora.	220. Diagnóstico y tratamiento de apendicitis.	221. Esplenectomía.	222. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad diverticular.	223. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de isquemia e infarto
224. Diagnóstico y tratamiento de obstrucción intestinal.	225. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de perforación gástrica y/o intestinal.	226. Diagnóstico y tratamiento del vólvulo colónico.	227. Diagnóstico y tratamiento del absceso perirrectal.	228. Diagnóstico y tratamiento de fistula y/o la fisura anal.
229. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad hemorroidal.	230. Diagnóstico y tratamiento de hernia hiatal.	231. Diagnóstico y tratamiento de hipertrofia congénita del píloro.	232. Diagnóstico y tratamiento de hernia crural.	233. Diagnóstico y tratamiento de hernia inguinal.
234. Diagnóstico y tratamiento de hernia umbilical.	235. Diagnóstico y tratamiento de hernia ventral.	236. Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis.	237. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los condilomas.	238. Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario.
239. Diagnóstico y tratamiento de torsión de anexos.	240. Método definitivo de planificación familiar en la mujer.	241. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedad trofoblástica.	242. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo	243. Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto (no incluye
244. Atención de cesárea y del puerperio quirúrgico.	245. Reparación uterina.	246. Ablación endometrial.	247. Tratamiento laparoscópico de la endometriosis.	248. Miomectomía.
249. Histerectomía abdominal y vaginal.	250. Colpoperineoplastia.	251. Método definitivo de planificación familiar en hombres (vasectomía).	252. Circuncisión.	253. Orquidopexia.
254. Prostatectomía abierta y transuretral.	255. Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma).	256. Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos.	257. Amigdalotomía con o sin adenoidectomía.	258. Tratamiento quirúrgico de papiloma faríngeo (incluye
259. Reparación de labio hendido con o sin paladar hendido.	260. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo.	261. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo.	262. Tratamiento quirúrgico de glaucoma.	263. Tratamiento quirúrgico de pterigion.
264. Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia.	265. Colocación y retiro de diversos catéteres.	266. Disección radical de cuello.	267. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax.	268. Tratamiento quirúrgico de luxación congénita de cadera.
269. Tratamiento quirúrgico de pie equino en niños.	270. Safenectomía.	271. Reducción de luxaciones bajo anestesia por manipulación.	272. Reducción quirúrgica de fractura de clavícula.	273. Reducción quirúrgica de fractura de humero.
274. Reducción quirúrgica de fractura de cubito y radio.	275. Reducción quirúrgica de fractura de mano.	276. Reducción quirúrgica de fractura de cadera.	277. Reducción quirúrgica de fractura de fémur.	278. Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné.
279. Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie.	280. Tratamiento artroscópico de las lesiones de la rodilla.	281. Artroplastia total de rodilla.	282. Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético.	283. Tratamiento de quiste sinovial y ganglión.
284. Diagnóstico y tratamiento de arritmias cardíacas.	285. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de cataratas.			