

El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos¹

Rotten trade: millennial capitalism, human values and global justice in organs trafficking

Nancy SCHEPER-HUGHES

Department of Anthropology, University of California, Berkeley
nsh@snowy.SSCL.Berkeley.EDU

Recibido: 12 de enero de 2004

Aceptado: 22 de abril de 2004

Resumen

Este artículo documenta el crecimiento del “turismo de transplante” y el tráfico global de cuerpos, deseos y necesidades humanas. El transplante de órganos tiene lugar hoy en día en un espacio transnacional en el que circulan cirujanos, pacientes, donantes, vendedores e intermediarios que siguen los nuevos caminos del capital y de la tecnología. En general, los órganos fluyen de sur a norte, del tercer al primer mundo, de los cuerpos más pobres a los más ricos, de negros y cobrizos a blancos, y de mujeres a hombres. La “escasez” de cuerpos y tejidos, en combinación con la escasez de pacientes con medios suficientes para pagar estas costosas intervenciones, han hecho surgir un lucrativo negocio impulsado por el cálculo de oferta y demanda de mercado. La extensión de nuevas tecnologías médicas y las nuevas necesidades, escasez y mercancías –por ejemplo, órganos y tejidos frescos– que inspiran, hacen surgir debates públicos de carácter urgente, relacionados con: la reordenación

¹ Agradecimientos: Este artículo es una versión revisada de la comunicación presentada en la sesión plenaria de la conferencia organizada por Anthony Elliot, director del Center for Critical Theory, University of the West of England, y Bryan S. Turner, University of Cambridge, sobre “Human Frailty: Rights, Ethics and the Search for Global Justice”. Este evento se celebró entre el 6 y 7 de septiembre de 2001 en Bristol, UK. También fue presentado, más recientemente, en el Taller patrocinado por el SSCR, *Oikos & Anthropos*, entre el 26 y 27 de abril de 2002 en Praga, República Checa, organizado por Aihwa Ong y Steven Collier. Estoy profundamente agradecida a los organizadores, moderadores y participantes de sendos eventos por sus numerosos comentarios críticos. Ian O’Reilly de la BBC, que asistió a la conferencia de Bristol (UK), me animó a extender mi investigación a Moldavia. Catherine Berthillier (París), Calin Goina (Budapest) y Alina Radu (Chisinau) fueron compañeras de trabajo de campo indispensables en Chisinau y Mingir, Moldavia. El trabajo de campo original en Israel, Moldavia, Argentina y Filipinas, referido aquí, fue subvencionado con una generosa beca del Open Society Institute de Nueva York y con fondos de la Universidad de California, Berkeley. Será publicado en el próximo número del *Journal of Human Rights*.

de las relaciones entre los cuerpos y el Estado en la modernidad tardía; la aparición de cuerpos “fluidos” y divisibles que ponen en cuestión nociones de la primera modernidad acerca de lo indivisible del cuerpo –*self*–; la aparición de nuevas formas de trueque e intercambio social que rompen la dicotomía convencional entre dones y mercancías y entre parientes y extraños; el juego mutuo entre magia y ciencia; y el poder de los rumores y leyendas urbanas de plantear un reto a las “narrativas” oficiales médicas y de transplantes acerca de los significados de la vida, de la muerte y del sacrificio.

Palabras clave: capitalismo, cuerpo, transplante de órganos, norte-sur, antropología médica crítica.

Abstract

This article documents the growth of “transplant tourism” and the global traffic in human bodies, desires, and needs. Organ transplantation today takes place in a transnational space with surgeons, patients, donors, sellers and brokers following new paths of capital and technology. In general, organs flow from South to North, from third to first world, and from poorer to richer bodies, and from black and brown to whites and from females to males. The “scarcity” of organs and tissues combined with the scarcity of patients of sufficient means to pay for these expensive operations, has spawned a lucrative business driven by the market calculus of supply and demand. The spread of new medical technologies and the new needs, scarcities, and commodities –for instance, fresh organs and tissues– that they inspire raises urgent public issues concerning: the reordering of relations between bodies and the state in late modernity; the appearance of “fluid” and divisible bodies that disrupt early modern notions of the indivisible and autonomous body-self; the emergence of new forms of barter and social exchange that breach the conventional dichotomy between gifts and commodities and between kin and strangers; the interplay of magic and science; and the power of rumours and urban legends to challenge the official medical and transplant “narratives” on the meanings of life, death, and sacrifice.

Key words: capitalism, body, organs transplant, north-south, critical medical anthropology.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. ¿Biosocialidad o biosociopatía? Los vendedores de riñones. 3. Bioética: el artificio de la medicina de libre mercado. 4. Justicia en el transplante: ¿escasez para quién? 5. La fundación Organs Watch: una antropología de órganos. 6. Del don incalculable –*priceless gift*– a la cara mercancía –*priced commodity*–: una cuestión de valor–. 7. Los consumidores: el cuerpo y el fetichismo de la mercancía. 8. Traficantes, cazadores de riñones y cirujanos fuera de la ley. 9. Medicina, mafia y lo militar: el terrorismo biopolítico y el libre comercio del transplante. 10. Más allá de la bioética. 11. Conclusión: regreso al don. 12. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

En el panorama actual de reajustes neoliberales en las sociedades del norte y del sur experimentamos una rápida merma casi un –“vacío”– de las ideologías, los valores y prácticas tradicionales de la modernidad y del humanismo. Cobran forma nuevas relaciones entre el capital y el trabajo, los cuerpos y el Estado, la pertenencia y la extraterritorialidad, y entre las inclusiones y las exclusiones médicas y biotecnológicas.

lógicas. Más que a un inventario convencional de la lamentable decadencia de los valores y relaciones sociales humanistas, nuestra discusión está ligada al reconocimiento sincero de que la base material, sobre la que aquellos valores y prácticas de la modernidad se asentaban, va más allá del propio reconocimiento.

Lo llamado por los Comaroff (2001) capitalismo milenarista o “segundo advenimiento” del capitalismo ha facilitado la rápida propagación de los procedimientos médicos avanzados y de las biotecnologías a casi todos los rincones del mundo, junto con otros tantos mercados extraños y “economías sumergidas”. Simultáneamente, esto ha incitado nuevos deseos y gustos por la piel, el hueso, la sangre, los órganos, los tejidos y el material genético y reproductivo de otros. En ningún ámbito estos procesos son más diáfanos que en el campo de los trasplantes de órganos, que ahora se despliega por un espacio transnacional donde tanto donantes como receptores siguen los derroteros del capital y de la tecnología médica en la economía global.

La extensión de estas posibilidades de trasplante originó una carestía global de órganos trasplantables, a la vez que la globalización económica daba pie a un éxodo de personas desplazadas y a un apetito voraz por cuerpos ajenos para hacer el “trabajo en la sombra” de la producción y proveer de órganos “frescos” al consumo médico. Las condiciones ideales de una economía de mercado “abierta” han puesto así en circulación cuerpos moribundos, transitando en una dirección, y órganos “saludables” —encerrados en su envoltorio humano—, moviéndose en otra, generando un estrambótico “anillo *kula*” de comercio internacional del cuerpo. La emergencia de mercados extraños, capital excedente, cirujanos renegados (Jiménez y Scheper-Hughes, 2002b), “cazadores de riñones” locales vinculados a la mafia internacional (Lobo y Fangaaniello, 2002) —y por tanto, a un tráfico paralelo de esclavos, niños, drogas y armas cortas—, han generado una práctica de turismo del trasplante a pequeña escala, pero extraordinariamente lucrativa que tiene mucho de ilegal y clandestina.

Esta confluencia entre los flujos de trabajadores inmigrantes y de vendedores ambulantes de riñones, que caen en manos de agentes despiadados y de notorios cirujanos de trasplantes al margen de la ley, sin escrúpulos, pero a la vez recompensados, protegidos y envidiados, es un problemático subtexto de la historia de la globalización de finales del siglo XX y principios del XXI que combina y yuxtapone elementos de la pre y postmodernidad. Estas nuevas transacciones de trasplantes constituyen una rara mezcla de altruismo y comercio, consentimiento y coerción, obsequio y hurto, ciencia y brujería, cuidado y sacrificio humano.

Por una parte, la asombrosa difusión de las tecnologías del trasplante de órganos, incluso en el truculento contexto de los mercados negros de la medicina, ha dado la posibilidad de una nueva, extendida o mejorada calidad de vida a una selecta población de enfermos renales desde los desiertos de Omán hasta las selvas húme-

das de la cuenca amazónica². Por otra parte, los nuevos desarrollos en el “turismo del transplante” han exacerbado las viejas divisiones entre norte y sur, centro y periferia, poseedores y desposeídos, generando una nueva forma de fetichismo de la mercancía demandada por consumidores de medicina en busca de productos de calidad –riñones “frescos” y “saludables”– comprados a cuerpos vivos. En estos radicales intercambios de partes del cuerpo e información somática, los procedimientos salvíficos de unos exigen el sacrificio corporal de automutilación de otros; y una biosociabilidad (Rabinow, 1996) del hombre es otra biopiratería de la mujer, dependiendo de si se habla desde un laboratorio biotecnológico o desde una cloaca –*ban-guay*– infectada de Manila.



Foto 1: Arrabal de Bangon Lupa en Manila. Escena de venta de riñón activo. Foto de Nancy Scheper-Hughes

La comercialización del transplante, una práctica que, en las biopolíticas postmodernas, se combina confortablemente con sus valores de disponibilidad, individualidad, circulación libre y transparente, ejemplifica mejor que cualquier otra tecnología biomédica el alcance y los límites del liberalismo económico. En el trans-

² Ferreira y Scheper-Hughes (s. a.). La Dra. Ferreira y yo entrevistamos a Domba –un chamán tradicional de mediana edad–, mientras se recuperaba en el famoso Hospital das Clínicas en Sao Paulo de un transplante de riñón, que afrontó con enorme entereza en comparación con el hombre de nego-

plante los dones de vida y muerte (Parsons, Fox y Lidz, 1973) prometen superar todas las restricciones y los límites “naturales” previos; y la desinhibida circulación de riñones comprados ejemplifica la episteme neoliberal, un discurso político basado en los conceptos jurídicos del sujeto individual autónomo, igualdad –al menos igualdad de oportunidades–, libertad radical, acumulación y universalidad –expansión de los derechos médicos y la ciudadanía médica³–. El riñón mercantilizado es, hasta la fecha, la divisa principal en el “turismo de transplante”; representa el patrón-oro de la venta de órganos en todo el mundo. El año pasado, sin embargo, han comenzado a proliferar en el sureste asiático los mercados de hígados y córneas de vendedores vivos.

Este ensayo continúa mi discusión (Scheper-Hugues, 2001a, 2001b, 2002) sobre el lado oscuro de la práctica del transplante de órganos. En todo este tiempo han ido surgiendo tres cuestiones cruciales sobre este tipo de comercio. La primera alude a las carestías inventadas y a las necesidades artificiales que surgen dentro de un nuevo contexto de órganos “frescos” altamente fetichizados. La escasez de órganos procedentes de cadáveres ha evolucionado hasta un comercio activo de órganos “excedentarios” de “proveedores” vivos, así como hasta formas nuevas de “biopiratería”. El segundo punto atañe a la retórica altruista del transplante, que enmascara las demandas reales de sacrificios humanos. El tercer punto se cifra en la empatía excesiva y en la relativa visibilidad de dos poblaciones distintas: los donantes de órganos, excluidos e invisibles; y los receptores de órganos, altamente visibles. Hemos encontrado casi en todas partes una nueva forma de “apartheid médico” globalizado que privilegia una clase de pacientes, los receptores de órganos, sobre otra clase de “no-pacientes” desapercibidos e invisibles acerca de quienes nada se sabe –por de pronto, un lugar excelente para una antropóloga médica crítica– (Scheper-Hugues, 1990).

Me centraré aquí en las redes del crimen organizado –la llamada “mafia del cuerpo”– que están poniendo en circulación compradores ambulantes de órganos, cazadores itinerantes de riñones, cirujanos fuera de la ley, técnicos sanitarios, quirófanos improvisados y laboratorios clandestinos en, lo que la economista Jagddish Bhagwati

cios de Sao Paulo, que ocupaba la cama contigua del hospital y que abordó su propio transplante de riñón con un miedo cerval. La relativa tranquilidad, con la que los indígenas brasileños afrontan la cirugía voluntaria, queda recogida en la reciente historia referida de Sapaim, chamán y líder espiritual de la tribu Camaiura del sur del Amazonas que se sometió a una intervención de cirugía plástica después de que un espíritu se dirigiese a él en un sueño para que “cambiase su cara”. Sapaim declaró después que la operación le hizo sentir su cara “como nueva”, como si volviese a ser un chaval otra vez. Ver “Shaman Gets Facelift After Dream”, lunes 29 de abril de 2002, Brasilia: Reuters.

³ Por ciudadanía médica entiendo la creciente conciencia y las reivindicaciones de los pacientes y los grupos organizados de pacientes por defender sus derechos, como ciudadanos y consumidores médicos, al acceso libre a la información médica –incluida la más reciente investigación de vanguardia–, a la participación –o no– en pruebas con medicamentos experimentales, al control sobre las propias condiciones del régimen de tratamiento y, últimamente, a la gestión por parte de uno mismo de la propia enfermedad y de la propia muerte.

(2002) ha denominado “el comercio infame” –“*rotten trade*”–. Bhagwati significa así todo tipo de comercio con “males” –“*bads*”–: armas, drogas, bienes robados, productos tóxicos y peligrosos, así como la trata de niños, cuerpos y esclavos, en oposición al comercio ordinario y normativo de “bienes” –“*goods*”–. En este caso, el infame tráfico de órganos humanos reúne compradores y vendedores de ubicaciones distantes para intercambios corporales fugaces, íntimos e ilícitos provocados por una lista de espera dual, formada por enfermedades mortales y por la miseria humana.

Como cualquier otro negocio, también el comercio de riñones se rige por un sencillo cálculo mercantil de oferta y demanda. En Oriente Medio, por ejemplo, desde los Estados del Golfo Pérsico hasta Israel, los órganos de cadáveres que pueden ser transplantados son extremadamente escasos debido a los pruritos religiosos, tanto judíos como islámicos, acerca del estatus ontológico del donante por muerte cerebral y a los elaborados protocolos religiosos para el correcto tratamiento y enterramiento de los muertos. No obstante, tanto el judaísmo ortodoxo como el Islam admiten el transplante de órganos y sus expertos religiosos y moralistas generalmente consideran la donación en vida como un gesto meritorio, incluso aunque el donante haya recibido dinero a cambio (Steinberg, 1996). Por consiguiente, en ciertas partes de esta vasta región han encontrado, para resolver el problema de las interminables listas de espera sembradas de enfermos renales frustrados, una solución en el transplante de órganos en el extranjero, en algunos casos, como en Israel, con el apoyo del seguro médico estatal. Programas organizados han llevado durante los últimos veinte años a pacientes adinerados desde Israel, Arabia Saudita, Omán y Kuwait, para ser sometidos a un transplante de órganos, a la India, inicialmente, y después a Turquía, Irán, Irak y, más recientemente, a Rusia, Rumanía y Moldavia, donde los vendedores de riñones eran reclutados –algunas veces bajo coacción– de los barracones del ejército, prisiones, oficinas de empleo, rastros, centros comerciales y bares. De este modo incluso podemos hablar de naciones donantes de órganos *versus* naciones receptoras de órganos.

En la India cambiar un riñón por la dote ha llegado a convertirse para los padres en una estrategia común de cara a acordar el matrimonio de la hija que, de otro modo, estaría económicamente en desventaja (Cohen, 1999); y los chabolistas “de un sólo riñón” han aflorado como esporas en las periferias de Manila y Tailandia para satisfacer las necesidades de pacientes japoneses y saudíes a la espera de un transplante y, en años recientes, de un número creciente de norteamericanos (Jiménez y Bell, 2001). En realidad, el riñón mercantilizado se ha convertido para muchos hombres y mujeres pobres en la última garantía contra la deuda y la penuria en muchas partes del mundo. Entre tanto, se han organizado paquetes turísticos de transplantes en Europa, Norteamérica y Japón para llevar enfermos a China y acordar sus operaciones, todo con la connivencia de los médicos y cirujanos chinos, coincidiendo con ejecuciones públicas que proporcionan la fuente primaria de los muy lucrativos transplantes de órganos. Los reos condenados, según se dice, son

entubados y preparados quirúrgicamente para la “recolección” minutos antes de la ejecución (Lock, 2001a).

El “turismo de transplante” se ha convertido en el activo vital de las economías médicas de los países más pobres que pugnan por permanecer a flote tras la vertiginosa privatización de hospitales y clínicas. Las “ciudades globales” (Sassen, 1991) de esta economía soterrada no son Londres, Nueva York y Tokio, sino Estambul, Lima, Lvov, Tel Aviv, Chisinau, Bombay, Johannesburgo y Manila. En general, la circulación de riñones sigue las rutas establecidas del capital desde el sur al norte, desde los misérrimos a los acaudalados cuerpos, desde los negros y mulatos a los blancos y desde las mujeres a los hombres, o desde los hombres de bajo estatus a los privilegiados. Las mujeres de cualquier parte del mundo rara vez son receptoras de estos órganos comprados o robados.

2. ¿Biosocialidad o biosociopatía? Los vendedores de riñones

Se han inventado nuevas formas de “parentesco social” y biosocialidad para poner en contacto a desconocidos –incluso “enemigos” políticos procedentes de lugares distantes–, que son descritas por los cirujanos como “parejas perfectas, igual que si fueran hermanos”, si bien uno normalmente no ve, ni mucho menos habla, con el otro⁴. Si estos “parientes renales” –“*kidney kin*”– se encuentran cara a cara será por accidente y como quien no quiere la cosa, mientras son llevados en volandas, fuertemente sedados, hasta el interior de sus quirófanos respectivos donde un cirujano *extirpa* y el otro *inserta* el riñón de la desesperación para el vendedor, el último recurso de él o de ella, ahora mágicamente transformado para el comprador en el preciado órgano de la oportunidad.

¿Quién podría imaginarse, por ejemplo, que en medio de las inmemoriales hostilidades étnicas y religiosas y en la guerra, diría, genocida del Oriente Medio, una de las principales “fuentes” de donantes vivos para los enfermos renales israelíes pudiesen ser trabajadores palestinos⁵? ¿Quién podría pensar que, tan recientemente como en marzo de 2002, los pacientes israelíes estuvieran tan bien dispuestos a viajar a Estambul para someterse a un transplante en la clínica privada de un cirujano musulmán, que decora la sala de espera con fotos de Ataturk y un ojo de cristal para espantar al diablo? (Jiménez y Scheper-Hughes, 2000b). ¿O quién imaginaría que los riñones transplantados se hubiesen obtenido de empobrecidos campesinos orto-

⁴ Una excepción de esta regla es Irak, donde los pacientes árabes –procedentes de varios países, incluidos los de Oriente Próximo– y sus donantes pagados –árabes pobres procedentes de Irak y Jordania, en su mayoría– son presentados antes de la operación y se les invita a comprometerse el uno con el otro a fin de prevenir un “rechazo” posterior, se sobreentiende que, fisiológico y psicológico.

⁵ Fuente: entrevistas con el Prof. Shamoye Cotev, anestesiólogo del Hospital Assota (Tel Aviv) y presidente del comité de ética, instituida por el Ministerio israelí de Sanidad para investigar los cargos por comportamiento criminal, imputados al Dr. Zaki Shapira del Centro Médico Bellinson respecto a su implicación en el comercio de riñones en Israel a mediados de la década de 1990. El Dr. Shapira

doxos del este, de Moldavia y Rumanía, que llegan a Turquía para vender tabaco de contrabando hasta que topan con los famosos tratantes de riñones del mercadillo Aksaray de Estambul (Jiménez y Scheper-Hugues, 2002a).

En algunas partes del mundo, especialmente en la Europa rural del este –Rumanía y Moldavia en particular–, cándidos paisanos salen buscando trabajo y tratando de forjar sus fortunas en ciudades aparentemente prósperas como Estambul, para ser embaucados y coaccionados para desprenderse de un riñón por la navajera y pistolera mafia de poca monta de Rusia y Turquía. Después, los vendedores de riñones regresan a casa para afrontar el ridículo y el ostracismo. Mientras los hombres jóvenes en Moldavia son objetivo de los traficantes en Estambul como presa fácil para el negocio renal, las mujeres rurales de similar estrato económico son reclutadas para trabajar en el extranjero en modalidades más convencionales de venta corporal. Sin embargo, tanto los vendedores ambulantes de riñones como las mujeres trabajadoras sexuales son despreciados una vez que regresan a su hogar. Viorel, un vendedor de riñones de 27 años procedente de la capital de Moldavia, Chisinau, me comentaba: “Nosotros [los vendedores de riñones] somos en realidad peores que las prostitutas, porque lo que hemos vendido no podemos ya recuperarlo. Hemos despilfarrado nuestra salud, nuestra fuerza y nuestras vidas”. Meses, incluso años después, los jóvenes siguen sintiendo una profunda vergüenza y hasta remordimientos. Nicolae, un antiguo soldador de 26 años, se desmoronaba durante un encuentro en su pequeña casa de la ciudad de Mingir, en diciembre de 2000, considerándose “una desgracia para mi familia y para mi país”.

No obstante, en Turquía uno puede encontrarse una abigarrada población de vendedores de riñones; algunos se reúnen los fines de semana en los márgenes de una estación de autobuses y en el mercadillo de Aksaray, un desvencijado barrio inmigrante de Estambul. Hay indigentes turcos, criminales de poca monta y, recientemente, han llegado inmigrantes de Europa del este. Las negociaciones discurren en torno a una taza de té turco, en un café de la calle del “mercado de maletas” y lejos de las miradas de desaprobación de los más convencionales vendedores de tabaco de contrabando, vodka ruso, chocolates Pokamon e imitaciones de perfumes franceses. Y como los vendedores de alfombras o los comerciantes de oro en el famoso Bazar Cubierto de Estambul, también ellos regatean ostensiblemente el precio de sus mercancías, siempre dispuestos a rebajarlo.

Durante el mes de marzo de 2002 me reuní con Satilmis K, un antiguo panadero de cuarenta años, con sus manos cuarteadas, el ceño fruncido y cierto aire de derrota. “Nunca pensé que llegaría a esto”, decía sobre su decisión desesperada de entrar en el mercado renal. Oriundo de una pequeña aldea en la costa turca del Mar Negro, el Sr. K, perdió su trabajo y ahora comparte con un amigo su apartamento de una

quedó absuelto debido a que, si bien perpetró transplantes de órganos adquiridos a palestinos pobres, la ley resultaba vaga y, a lo sumo, el comité sólo podría “regañar” a Shapira por la travesura médica.

sola habitación. Vive con los dos dólares diarios que gana como chamarilero, pasando con su carrito de madera por delante de los hoteles baratos y las peleterías de ocasión en Aksaray, recogiendo chatarra y latas de refresco. Fue en el mercadillo donde escuchó por primera vez hablar de los tratantes trajeados que llegaban el fin de semana buscando vendedores. Se sintió afortunado por haber encontrado a nuestro “broker” –realmente un periodista turco infiltrado– y estaba deseoso por comenzar con la negociación. El precio de salida que puso el Sr. K a uno de sus riñones –“derecho o izquierdo, tú eliges”– fue 50.000 dólares. En el lapso de unos pocos minutos redujo el precio a 20.000 dólares.

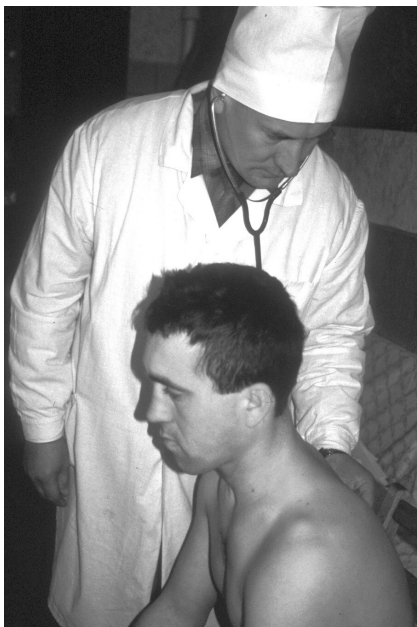


Foto 2: Nicolae en la clínica de Mingir, vendedor de riñón y antiguo soldador. Foto de Nancy Scheper-Hughes

El Sr. K cree que es la “pareja perfecta” para un paciente de transplante de riñón con sangre del tipo AB. Cuando le preguntamos sobre las dos úlceras infectadas en una de sus manos, zanjó el asunto diciendo que sólo se trataba de heridas superficiales. “Me he vacunado contra el tétanos”, nos aseguraba, aunque no podría pagarse el antibiótico que le habían prescrito. “Pero estoy limpio”, insistía, mientras desenrollaba en su mano derecha la haraposada venda tachonada de sangre y pus. “Y estoy sano; sólo he tenido la gripe”. El Sr. K no sentía temor por la cirugía, pues su propio hermano había perdido un riñón debido a una enfermedad renal no tratada y se

las arreglaba bien sin él. El único requisito del Sr. K fue que la intervención se realizase en un “buen hospital”.

Obtuvo sus requisitos y el Sr. K consideró que la venta de su riñón sería un acto radical y arriesgado, pero por el cual pensó que resultaría compensado con creces –“Mi última oferta es 10.000 dólares”, dijo finalmente cuando ya nos despedíamos⁶–. Con todo, para los “trabajadores extranjeros” procedentes de Rumanía y Moldavia, la venta de un riñón parecía un acto atroz y antinatural, comparable a una violación, y “robo” era el término más usado por ellos, incluso en los casos en que habían consentido inicialmente la operación. Sin embargo, para aquellos que viven en áreas del mundo sujetas a siglos de colonización, trabajos forzados y peonaje, como Filipinas, la idea de vender una parte prescindible del cuerpo es rápidamente asimilada y pronto parece tan natural y corriente como cualquier otra forma de servidumbre. En el enorme arrabal de Bangon Lupa en Manila, por ejemplo, la mayor parte de los hombres jóvenes está deseando, si no anhelando, vender un riñón, y sin apenas expresar remordimientos después, excepto para lamentarse de los límites naturales impuestos sobre otras partes vendibles del cuerpo: “¿Puedo vender un testículo?”, me preguntaba entre las chabolas un vendedor de riñón; “los hombres filipinos somos muy potentes y muy fértiles”, presumía.

En ese mismo *banguay* de estibadores desempleados me tropecé con una inesperada “lista de espera”, poblada de vendedores de riñón enojados y “humillados” que habían sido “descuidados” y “arrinconados” por el personal médico del hospital privado más prestigioso de Manila, Centro Médico Episcopal de San Lucas. Quizá habían sido rechazados, conjeturaban los hombres, a causa de su edad –demasiado jóvenes o demasiado viejos–, su sangre –incompatible– o su condición médica general. Cualquiera que haya sido la razón, habían sido juzgados como vendedores renales menos valiosos que algunos de sus afortunados vecinos, que ahora poseían nuevos VCR, karaokes y flamantes motocicletas. “¿En qué he fallado?”, me preguntaba un hombre de 42 años, creyendo que yo debía ser una cazadora de riñones norteamericana. “Me registré en ‘la lista’ hace más de seis meses y no me han llamado del San Lucas”, se quejaba el Sr. S, “pero si yo estoy sano, puedo todavía coger grandes pesos y mi orina es clara”. Además, decía, estaba dispuesto a vender por debajo de los 1.300 dólares fijados para un riñón “fresco”.

Lo cierto es que muchos vendedores renales esperan a las puertas de las unidades de trasplante, llenos de entusiasmo y arrojo; otros se registran en pabellones espe-

⁶ Antes de terminar la conversación, revelamos al Sr. K que no éramos cazadores de riñones, sino dos periodistas y una antropóloga que tratábamos de comprender las circunstancias que conducen a la gente a tomar esta decisión. Hicimos una aportación para cubrir sus necesidades más perentorias y le explicamos los riesgos y peligros de la nefrectomía. El Sr. K no parecía demasiado decepcionado ni particularmente disuadido por mis argumentos de advertencia. “Dime otra forma –decía– de ganar tanto dinero tan rápido. ¿Cuántas latas usadas crees que tendría que revender?”.



Foto 3: Willie P, un entusiasta vendedor de riñón en el suburbio de Bangon Lupa. Foto de Nancy Scheper-Hughes

ciales de las unidades quirúrgicas que remedan “moteles renales”, donde permanecen sobre camastros o en camas hospitalarias durante varios días, semanas incluso, mientras ven la televisión y comen patatas fritas esperando el “número premiado” que les convierta en el ganador del día de esa lotería del trasplante renal. Estas macabras escenas pueden encontrarse en hospitales y clínicas de la India, Irak, Irán, Sudáfrica, Filipinas y Turquía. Vecindarios enteros, ciudades y regiones son conocidas en los círculos del mercado de órganos como “cinturones renales”, pues muchas personas han encontrado temporalmente un nicho en el mercado de riñones. Una gran familia extensa en cualquier suburbio filipino puede, y a menudo así lo hace, suministrar un goteo continuo de riñones en venta, cobrando impulso a lo largo de las generaciones, primero el padre, luego el hijo y después la nuera, cada uno aportando su granito de arena al presupuesto familiar.

Ese estado eufórico de los vendedores de riñones del suburbio de Bangon Lupa es alentado por el aluvión de nuevos programas “donantes por dólares”, promocionados desde las administraciones empresariales de los hospitales. La doctora B. Clemente, directora médica del Centro Médico Capitol en Manila, no veía inconveniente en advertir a los extranjeros –especialmente a los pacientes estadounidenses y canadienses– de la disponibilidad de modernos servicios de trasplante en su modesto hospital, así como de riñones frescos obtenidos de donantes locales de

quienes decía; “unos pocos cientos de dólares o incluso un saco de arroz es retribución suficiente”. Cuando le preguntamos sobre la razón por la cual generalmente los riñones procedentes de cadáveres no eran utilizados, la doctora Clemente repuso que Filipinas continuaba siendo un país muy católico, en el que la mayoría de la gente aún profesaba fuertes sentimientos acerca “de la correcta disposición del muerto”. ¿Igual que para el vivo? Ellos son libres de hacer lo que crean conveniente, argumentaba la buena doctora. La donación de un órgano a cambio de una pequeña compensación –“Recuerda, no hablamos de *ventas*”– es coherente, decía, con las creencias católicas: “Podrían estar actuando como el buen samaritano, salvando la vida de un extraño”.

3. Bioética: el artificio de la medicina de libre mercado

Lo subyacente tras estas nuevas transacciones médicas son las imperecederas concepciones modernas y humanistas del holismo corporal, la integridad y la dignidad humana, sin hablar de las creencias religiosas y culturales sobre “lo sagrado” del cuerpo. ¿Y sería atinado preguntar si la “vida” que es extraída del cuerpo de uno y transferida al cuerpo de otro, guarda alguna semejanza con la vida ética de los ciudadanos libres –*bios*– o si el parecido es mayor con la inerme o desnuda vida del esclavo? Aquí, me estoy refiriendo a la distinción hecha por Giorgio Agamben (1998) y que toma de la Política de Aristóteles, entre *bios* –la auténtica vida del ciudadano– y *zoe* –la mera vida en bruto de la especie–. Tomás de Aquino traduciría más tarde estos conceptos de la Grecia Clásica en los términos cristianos medievales que distinguían la vida natural de la vida buena⁷.

Pero ni Aristóteles ni Tomás de Aquino nos convencen. En cambio, sí lo hace la nueva disciplina de la bioética, que ha sido finamente elaborada para satisfacer las necesidades de la biomedicina/biotecnología avanzada y los deseos de los consumidores médicos postmodernos⁸. Incluso un académico tan conservador como Francis Fukuyama (2002) se ha referido a la “comunidad de bioéticos” que han “crecido al unísono con la industria biotecnológica... y han sido [a veces] meros sofisticados –y sofistas– valedores de aquello que quiera hacer la comunidad científica” (Fukuyama, 2002: 204).

No por casualidad, los bioéticos han ofrecido poca resistencia al florecimiento de mercados de personas y partes corporales. Actualmente, el “derecho” a comprar o vender órganos humanos es cada vez más defendido desde las principales revistas

⁷ Agamben (1998: 2-3) y Arendt (1956: 12-49) tratan la transición desde la Grecia antigua a la Iglesia latina de maneras ligeramente diferentes.

⁸ En la medida en que los bioéticos se convirtieron en una poderosa fuerza en las políticas públicas, pasaron a estar bajo escrutinio en lo referente a los pactos que sellaban con científicos médicos y con compañías biotecnológicas, por lo que se empezó a cuestionar su independencia. Ver, por ejemplo, Stolberg, 2001.

médicas del mundo, incluidas *Lancet* y *JAMA*, entre otras. Recientemente, un reputadísimo profesional del transplante defendió el “derecho de los pacientes a comprar un órgano” como “desarrollo” y “madurez” de la ética médica (Friedlaender, 2002). Este proceso de maduración al que se refiere constituye el intento de racionalizar completamente el transplante médico, despojándolo de sus prístinos aderezos religiosos y sus sesgos humanistas, así como de alinearlos al lado de las concepciones neoliberales sobre el género humano, el cuerpo, el trabajo, el valor, los derechos y la economía.

En efecto, tanto el campo de la bioética como el de la profesión del transplante médico se han rendido ante el *ethos* dominante del mercado⁹. Un número creciente de médicos argumenta ahora que el problema real reside en la pervivencia de leyes ya anticuadas, agencias reguladoras nacionales cada vez más irrelevantes –como las de la ONU– y arcaicas normas profesionales de la medicina, que no están al corriente de las realidades de los trasplantes de órganos y de la “revolución callada” de aquellos que se resisten a encarar una muerte prematura con ecuanimidad y “dignidad”, mientras esperan pacientemente en una lista de espera oficial por un órgano de cadáver. Algunos abogan por un libre mercado de órganos humanos, otros por un mercado regulado.

Entre tanto, la ruptura en las normas médicas y la discontinuidad entre práctica y ley puede resumirse así: mientras el comercio de órganos humanos es ilegal de acuerdo con los códigos legales oficiales en prácticamente todas las naciones donde se practican trasplantes, en ningún lugar del mundo se persigue y, mucho menos, se procesa cirujanos renegados –bien conocidos por sus colegas–, traficantes de órganos y compradores o vendedores de riñones. Es fácil entender por qué los compradores y vendedores de riñones no son objeto de persecución por la ley. La compasión, antes que el agravio, es la respuesta más apropiada a sus actos desesperados. Pero el fracaso de los gobiernos, de los ministros de salud pública y las agencias jurídicas por atajar las actividades ilegales de los *holdings* internacionales del transplante, sus operaciones de blanqueo de dinero y sus conexiones con la mafia, sólo podría explicarse como un olvido *intencionado*. En realidad, algunos de los cirujanos prófugos más célebres son directores médicos de las principales unidades de transplante, sirviendo en prestigiosos planteles éticos y en comités médicos internacionales. Ninguno ha sido proscrito o al menos censurado dentro de su propia profesión, aunque algunos hayan sido investigados y otros están socialmente aislados por ciertos colegas disidentes. Todos practican su comercio ilícito libremente, si bien estos cirujanos han de mover frecuentemente sus bases de operaciones internacionales para eludir la vigilancia médica o policíaca.

⁹ “Offering Money for Organ Donation Ethical, HHS Committee Says”. 2001. *AP/Nando Times*, 3th of December.

Uno de los delincuentes del transplante más notable en todo el mundo, el Dr. Zaki Shapira del Bellinson Medical cerca de Tel Aviv, participó conmigo en el prestigioso “*Bellagio Task Force*” sobre ética del transplante y tráfico de órganos (Rothman et al., 1997). En uno de sus últimos viajes a Italia fue galardonado con un prestigioso premio al servicio humano. Mientras tanto, un paciente del Dr. Shapira, convaliente de un transplante en Jerusalén, me proporcionó copias de sus documentos médicos que me condujeron a la fraudulenta sociedad médica de Bérgamo, Italia, a la cual se pidió al paciente que enviara los 180.000 dólares que había costado su transplante ilegal en Turquía. Cuando llamé a la “sociedad médica” de Bérgamo, me dijeron que sólo eran un depósito de enciclopedias médicas.

La impunidad de estos prófugos del transplante va más allá de la laxitud gubernamental y la corrupción de la profesión médica, por más que éstas existan. En no poca medida los cirujanos están amparados bajo su descomunal privilegio sobre la vida, la muerte y los cuerpos de sus pacientes y bajo el carisma que acompaña a sus poderes aparentemente milagrosos. Pese a que sus colegas más jóvenes se muestran preocupados por la ética del Dr. Shapira, continúan elogiando con pocas excepciones su técnica quirúrgica, su “coraje”, aunque temerario, que ignora la convención médica, y el servicio que ofrece a los ciudadanos israelíes a expensas de otros ciudadanos del mundo. Lo mismo puede decirse del Dr. Yusef Somnez, el reputado “Doctor Buitre” de Estambul. La cúpula del comité turco de ética médica lamentó que “Somnez sea uno de nuestros cirujanos más excelentes. Es la primera persona que dio a conocer el transplante de órganos en Turquía”.

Estos cirujanos en ocasiones se sitúan a sí mismos “por encima de la ley”. En sus inicios, los famosos cirujanos como Christian Bernard en Sudáfrica y Thomas Starzl en los Estados Unidos, tuvieron que luchar contra la “irracionalidad” –así lo veían ellos– de aquéllos que cuestionaban la muerte cerebral como una redefinición de la muerte necesaria para el transplante. Bernard, por ejemplo, rehusó responder seriamente a sus críticos, acallándoles con su arrogancia proverbial, al replicarles que “los pacientes están muertos cuando el médico lo dice”. La misma tradición “independiente” perdura hoy entre la generación más joven de cirujanos, quienes a menudo todavía se siguen viendo y describiendo como transgresores sociales, derribando “viejos tabúes” por la senda del desarrollo de las capacidades tecnológicas. Frente a los trasplantes ilícitos con donantes pagados, un número importante de cirujanos de trasplantes renales simplemente ven la otra cara. Unos promueven ventas informales que salvarán o mejorarán la vida de algunos de sus pacientes. Otros preparan y aconsejan a los enfermos renales sobre viajes al extranjero para procurarse el transplante, y admiran la iniciativa de los que han regresado, habiéndose agenciado un riñón procedente de alguna desafortunada mujer de los suburbios de Lima o de algún reo chino ejecutado, como muy bien pudiera ser el caso. La autonomía del paciente, la libertad individual, el derecho a elegir y un vago, aunque no reflexionado, compromiso con el *ethos* utilitario “del mayor bien para el mayor

número –de seres humanos–” guían el sentido de “lo ético” de la mayoría de los cirujanos de transplantes.

En el lenguaje de la elección racional de la ética médica contemporánea, el conflicto entre la maleficencia –“no hacer daño”– y la beneficencia –el deber moral de hacer actos buenos– se resuelve cada vez más en favor del principio libertario y de orientación consumista, que permite promover o comprar un órgano humano sin que quienes lo hagan se deban ver impedidos para hacerlo. Pagar por una “donación” renal es visto como una situación en la que potencialmente “todos ganan”, o sea, en la que ambas partes se benefician (Radcliffe-Richards, 1998: 1951). Guiarse por la decisión individual y la autonomía del paciente se ha convertido en el arbitrio supremo de los valores médicos y bioéticos. La justicia social y las nociones de “buena sociedad” apenas figuran en sus debates.

En el contexto tardío o postmoderno de orientación al consumo, las antiguas prescripciones canónicas de la virtud en el sufrimiento y de la gracia en la agonía aparecen como algo absurdo por completo. Sin embargo, la transformación de una persona en una “vida”, que debe de ser prolongada o salvada a toda costa, ha hecho de la propia vida la última reificación de la mercancía. Y esa insistencia en el valor absoluto de una sola vida humana salvada, mejorada o prolongada, acaba con toda pregunta ética o moral y difumina cualquier posibilidad de una ética social global. Entre tanto, el tráfico de riñones minimiza el contenido humano de todas las vidas que toca.

4. Justicia en el transplante: ¿escasez para quién?

La “demanda” de órganos humanos, tejidos y partes corporales –y la búsqueda desesperada de los pacientes adinerados para comprarlos– está orquestada, después de todo, en torno al discurso médico sobre la escasez. El espectro de las largas “listas de espera” –a veces se trata sólo de listas virtuales con poca base material¹⁰– ha motivado y orientado dudosas prácticas de recolección de órganos a través de ventas bien visibles, junto a “donaciones de compensación”, médicos actuando como intermediarios y la fiera competición entre los hospitales públicos y privados por atraer pacientes con recursos económicos.

¹⁰ En São Paulo, Brasil, el responsable de una red de asociaciones de defensa de los pacientes renales ha rastreado incansablemente la lista de espera regional para descubrir que cientos de candidatos para el transplante fueron depuestos de la lista sin su conocimiento, y también que los poderosos médicos siempre encuentran formas de transferir órganos “públicos”, procedentes de cadáveres para sus pacientes “privados”. Si bien Neide B. no recomienda que los pacientes estancados en la diálisis traten de buscar un donante vivo pagado, comprende la frustración de quienes han sido engañados con listas de espera falseadas y susceptibles de corrupción: “los que tienen la seguridad social básica (nacional) –decía– sólo están para ‘decorar’ la lista de espera”. Con todo, gracias al SUS, el programa de la Seguridad Social Nacional de Brasil, el tratamiento de diálisis está disponible para la mayoría de los ciudadanos que lo necesitan.

La propia idea de “escasez” de órganos es lo que Ivan Illich (1975) llamaría una necesidad artificialmente creada, inventada por los técnicos del trasplante y con la que se tiente a una población cada vez más enferma, envejecida y moribunda. La resultante escasez de órganos artificialmente creada pasa “desapercibida” (Bourdieu, 1977) tras la apariencia de fenómeno médico natural. En este entorno de pragmatismo utilitario “supervivencialista” –“*survivalist*”–, la ética del trasplante de órganos supera la clásica ética “salvavidas” –“*life boat*”–. (Koch, 2001). Con las presunciones éticas de escasez, ¿aparecen de forma clara las elecciones que se deben hacer?, a saber, ¿quién entra en el bote salvavidas –“en la lista de espera”–?, ¿a quién se arrojará por la borda cuando esté atestado de gente? y ¿quién será, finalmente, “devorado” para que los otros puedan vivir –disparidades de raza y clase en la obtención de órganos y en las prácticas de distribución–?

Existe una ínfima concienciación sobre la vulnerabilidad de ciertas clases sociales y grupos étnicos que suelen describirse como poblaciones de “donantes prevalecientes”, vivos o tras muerte cerebral. En los Estados Unidos, por ejemplo, donde el trasplante de órganos procedentes de cadáveres se sigue fomentando como norma de donación –no así en la práctica–, la muerte cerebral se ceba en una población que es desproporcionadamente pobre –blancos, latinos y afroamericanos incluidos–. Los pobres y las minorías están sobre-representadas en las unidades de cuidados intensivos –UCI– de los hospitales urbanos, debido a su sobre-exposición a la violencia urbana, altas tasas de homicidios, suicidios y accidentes de tráfico, así como a los efectos acumulativos del abandono social y médico. La gran ironía es que entre quienes carecen de seguridad social –44 millones de ciudadanos–, se incluye también la legión de todos aquéllos cuyos parientes son conminados a comportarse altruistamente y a donar los órganos y tejidos de sus seres queridos. Que muchas de estas familias pobres, latinas y afroamericanas rehúsen donar no debería de sorprender: son obligados a apoyar con los cuerpos de los suyos un sistema médico y social que les excluye y dentro del cual tienen a su vez una mínima probabilidad de recibir un órgano, en caso de que fuese necesario. Uno precisa ser relativamente adinerado, y en cualquier caso tener un aspecto saludable, antes de que le recomienden para un trasplante de órganos. La tan comentada renuencia de los afroamericanos a donar órganos podría ser vista como un acto político de resistencia premeditada.

En la donación pagada, la que se realiza en vida, las injusticias sociales son más transparentes. Los vendedores de riñón proceden por lo general de segmentos socioeconómicos, en los que el acceso al cuidado médico básico y al necesario seguimiento posterior es muy a menudo inexistente. No obstante, hasta la fecha, las únicas voces disidentes, que se han alzado contra el discurso dominante del trasplante salvavidas, llegan desde muy lejos y son generalmente expresadas en unas formas desabridas que fácilmente se desmontan y desacreditan. Estas posiciones bioéticas alternativas se expresan a menudo “primitivamente”, desde los márgenes sociales y en forma de rumores y pánicos morales sobre cuerpos raptados y robos

de órganos, algunos de los cuales resultan no tener fundamento después de todo. Para la mayoría de quienes viven en las postrimerías del nuevo desorden global, la pelea por órganos y tejidos “frescos” aumenta sus sentimientos de profunda inseguridad ontológica en un mundo que valora sus cuerpos como depósitos de partes disponibles (Scheper-Hughes, 1996). Mientras la resistencia popular en México y Brasil apunta a la derogación de las nuevas y progresivas leyes condescendientes con los propósitos de la recolección de órganos, tal resistencia ha devenido ineficaz o inexistente respecto al desarrollo del mercado internacional de órganos, en la medida en que han empezado a aceptar como normal y rutinario estas habituales transacciones furtivas amparadas bajo el disimulo contumaz de la medicina.

En todas estas transformaciones radicales la voz de la antropología ha sido silenciada, mientras los debates de resonancia se libraban entre profesionales del trasplante, bioéticos, expertos juristas y economistas. Sin embargo, ¿qué otra disciplina y ciencia humana está mejor pertrechada que la antropología para interrogar valores y prácticas desde una posición de apertura epistemológica, y para ofrecer alternativas radicales al limitado utilitarismo pragmático que domina actualmente el pensamiento bioético de la medicina?

5. La fundación *Organs Watch*: una antropología de los órganos

Ante este último dilema de la modernidad tardía —este “fin del cuerpo”, como lo vemos nosotros—, la tarea de la antropología parece relativamente honesta: la recuperación de la radical promesa epistemológica todavía no cumplida por nuestra disciplina, su vínculo consubstancial con el extrañamiento primordial y la radical alteridad, manteniendo su implicación con la vida ética críticamente examinada, a la vez que poniendo en juego su compromiso práctico y político con el tético, a veces criminal y ocasionalmente peligroso, campo puesto aquí bajo consideración.

A este fin mi colega, Lawrence Cohen, y yo misma fundamos *Organs Watch* en noviembre de 1999, como recurso provisional a falta de otra organización de este tipo. Nos planteamos como tarea inicial algunas cuestiones básicas, pero necesarias: ¿cómo funciona el mercado de órganos humanos?, ¿quiénes son sus principales protagonistas?, ¿cómo se estructuran las relaciones entre el crimen organizado y la medicina ilícita del trasplante de órganos?; respecto a los pacientes, ¿de quién son las necesidades que se privilegian?, ¿qué sacrificios invisibles exigen?, ¿qué “mentiras piadosas” encubre la tan trillada retórica de la donación, las carestías y necesidades humanas?

En consecuencia, gracias a un proyecto de investigación multifocal y de colaboración¹¹, hemos investigado y documentado dimensiones del comercio de órganos

¹¹ Lawrence Cohen es el cofundador de este proyecto. Se ha incluido trabajadores de campo asociados y colaboradores de verano: Aslihan Senal (Turquía), Limor Saminian (Israel), Juan Obarrio (Argentina), María Epele (Argentina), Mariana Ferreira (Brasil), Monga Mehlwani (Sudáfrica), entre otros.

y transplantes en nueve países, centrándonos en los efectos médicos y sociales sobre los pacientes de transplantes y sus proveedores, que son algunos de los ciudadanos más vulnerables del nuevo orden mundial. Además hemos observado los procesos por los cuales los tejidos humanos –córnea, hueso, piel, válvulas cardíacas y glándulas pituitarias– se obtienen sin consentimiento a partir de cadáveres en las morgues de los hospitales públicos y en los calabozos de la policía –desde Brasil hasta Israel, pasando por Sudáfrica y Estados Unidos–, que son enviados a bancos de tejidos, o de ojos, a los laboratorios de investigación de las universidades y a las compañías de biotecnología, donde estas partes humanas son procesadas, a menudo para su venta.

En el transcurso de la investigación hemos seguido a enfermos renales desde las clínicas de diálisis hasta las reuniones con sus intermediarios en los centros comerciales de los arrabales, y de allí a los quirófanos ilegales, adentrándonos en salas de operaciones alquiladas por los hospitales públicos y privados, algunas de ellas parecidas a las antiguas clínicas abortivas de los años cuarenta y cincuenta, agazapadas en la clandestinidad de los callejones. Hemos entrevistado a docenas de compradores o buscadores de riñones en sus propias casas, en clínicas de diálisis y en sus camas de hospital para intentar comprender las condiciones de su sufrimiento. Hemos seguido la pista de traficantes de poca monta sólo para descubrir que muchos de ellos, como Ray (Foto 4), que fueron en principio vendedores de sus propios riñones, pasaron a estar contratados por sus cirujanos en calidad de cazadores de riñones en sus comunidades de procedencia. Mis colaboradores y yo nos hemos reunido con vendedores locales en los *shabeens* de Soweto, las ocupaciones ilegales de tierras en Manila, las *favelas* de Brasil, las prisiones de Israel y los bares congestionados por el humo en Chisinau y las bodegas de Mingir, ambos en Moldavia.

Concretamente, hemos ido a los lugares donde los desposeídos económica y políticamente –incluidos refugiados, trabajadores indocumentados, prisioneros, soldados desertores, viejas prostitutas, contrabandistas de tabaco, rateros y otros marginados– son embaucados para vender sus órganos. Y hemos seguido, observado y entrevistado a cirujanos de varios países que practican o facilitan operaciones ilícitas, a sus abogados y a representantes de sus comisiones de ética médica. Y nos hemos interesado también por el mapa de las conexiones médicas y financieras a escala internacional, que hacen posible su trabajo. Aunque no me enorgullezca revelarlo, durante el trabajo de campo en Turquía, en febrero de 2002, fingí ser una compradora buscando desesperadamente un riñón para un familiar, a fin de encontrar vendedores en un “mercado de maletas rusas” de un ruinoso barrio inmigrante de Estambul.

En las extrañas yuxtaposiciones de etnografía, documentación, vigilancia y trabajo en pro de los derechos humanos, el proyecto Organs Watch mezcla géneros y transgrede las aceptadas distinciones entre antropología, periodismo político, repor-



Foto 4: Ray, vendedor de riñón en Manila, convertido en cazador y traficante de riñones en el programa “Donantes por dólares” de un hospital local. Foto de Nancy Scheper-Hughes

taje científico, filosofía moral y abogacía de los derechos humanos. Estos nuevos compromisos etnográficos nos exigen entrar en espacios y en conversaciones, donde nada debe darse por supuesto y donde una hermenéutica de la sospecha reemplaza a los viejos modos de trabajo de campo que ponían entre paréntesis y suspenso la incredulidad. ¿Cómo investigar en calidad de antropóloga el comportamiento criminal y furtivo? ¿A quién debe una sus lealtades divididas? De viajante incógnito –como hice al investigar las alegaciones de captaciones ilegales de órganos y tejidos en un asilo argentino, Montes de Oca, de disminuidos psíquicos profundos– sólo tenía como vago punto de referencia el cuestionable, y más tarde rotundamente condenado, estudio de Laud Humphreys (1971) sobre las prácticas de sexo anónimo en los urinarios públicos. Pero, ¿de qué otra manera, sino de camuflaje, podría una enterarse del sufrimiento oculto de una población invisible? ¿Cómo pueden el mudo y el disminuido psíquico profundo hablar por sí mismos? ¿Qué métodos alternativos de investigación son apropiados? Esta clase de trabajo requiere una cierta militancia¹², así como una continua y despiadada forma de auto-

¹² Ver Nancy Scheper-Hughes (1995). En una de sus últimas lecturas públicas importantes, pronunciada en Atenas el verano de 2000, Pierre Bourdieu abordó la vida del “intelectual comprometido

crítica y una constante reflexión sobre la ética y la práctica antropológica –así como médica–.



Foto 5: Transplante de riñón en Ciudad de El Cabo, Sudáfrica: “¿De quién es el riñón? Organs Watch echa un vistazo al tráfico de órganos humanos”. Foto de Vivian Moos

6. Del don incalculable –*priceless gift*– a la cara mercancía –*pricey commodity*–: una cuestión de valor

Se puede decir que el transplante de órganos es la más intensamente social, incluso diría que sociable, de todas las prácticas médicas. Los orígenes del transplante han dependido de la forja de un nuevo contrato social y una confianza social, basada en la buena voluntad de la gente para compartir las partes corporales de un cerebro relativamente muerto –una nueva y periódicamente impugnada diagnosis– y estrechamente asociada a extrañas enfermedades mortales. El transplante de órganos es, según la famosa precisión de Renee Fox, tanto un salvavidas como un viático. En la donación tradicional de órganos, procedentes de un cadáver, el “don de vida” implica simultáneamente un “don de muerte” por parte de los abatidos fami-

y militante”, que para él implica un compromiso directo y político con los nuevos movimientos sociales –incluidas las fuerzas anti-globalización, organizadas contra los alimentos genéticamente modificados– y con el más tradicional movimiento obrero en una lucha conjunta contra la globalización, entendida como una teoría particular del mundo y no como una descripción de él.

liares para compartir las partes de un pariente con muerte cerebral –un nuevo y periódicamente impugnado diagnóstico– con un extraño mortalmente enfermo, pero perfectamente compatible. En consecuencia, desde sus inicios el lenguaje del trasplante y del intercambio de órganos ha sido rotundamente idealista, ético y, en cierta medida –por lo general, subliminal–, muy cristiano.

Mientras que las exhortaciones al altruismo y a los actos heroicos pueden encontrarse en todas las religiones del mundo, el énfasis de la donación de órganos en el auto-sacrificio corporal, las oblaciones anónimas y la caridad con el prójimo remeda valores explícitamente cristianos. La benevolente “mezcolanza” y el intercambio de partes del cuerpo en el trasplante de órganos evocan nítidamente las nociones católicas del Cuerpo Místico y la Comunión de los Santos, así como imágenes de camposantos medievales en los atrios de las iglesias y sus osarios donde recoger y mezclar huesos, y donde la muerte misma fue colectivizada hasta borrar cualquier signo individual y social de diferencia terrenal (Aries, 1974). En realidad, la Última Cena y la Crucifixión ofrecen al vivo un modelo divino de autosacrificio e intercambio corporal que, actualmente, motivan algunos actos extraordinarios de intercambio de órganos, como ha quedado recogido en la popular película “Jesús de Montreal”.

No cabe duda de que, a causa de estas firmes equivalencias simbólicas entre la ética del trasplante y la perspectiva sacramental sobre la vida y el cuidado del cuerpo humano, –“prestado” pero no “poseído”–, el Vaticano aceptó en seguida la tecnología del trasplante de órganos y “bendijo” la nueva definición de muerte cerebral que requiere el trasplante. Más recientemente, la tácita aceptación de la muerte cerebral para los propósitos de la recolección de órganos ha sido explicitada por el Papa Juan Pablo II en su breve discurso, pronunciado en el 18º Congreso Internacional de la Sociedad del Trasplante el 29 de agosto de 2000. Al mismo tiempo, el Papa refuerza la ética original del trasplante basada en el altruismo y la empatía con los desconocidos que proporciona fundamentos a la donación de órganos procedentes de cadáveres, y condena el comercio con órganos humanos:

Cada trasplante tiene su origen en una decisión de elevado valor ético: la decisión de ofrecer desinteresadamente una parte del propio cuerpo en pro de la salud y el bienestar de otra persona. Aquí reside precisamente la nobleza del gesto, un gesto que es un genuino acto de amor. No sólo se trata de ceder algo que nos pertenece, sino de dar algo de nosotros mismos; por virtud de su substancial unión con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser considerado como un mero complejo de tejidos, órganos y funciones... más bien, es una parte constitutiva de la persona, que se manifiesta y expresa por medio de él. Por consiguiente, todo procedimiento que tienda a comercializar con órganos humanos o a considerarlos como susceptibles de intercambio o comercio debe ser considerado moralmente inaceptable, pues usar el cuerpo como un “objeto” es violar la dignidad de la persona humana.

Obviamente, el Papa es, en el peor de los casos, mínimamente consciente de que la ética del “don” está en entredicho en muchas partes del mundo, donde la venta de riñones se ha convertido en un lucrativo negocio para médicos –si no para los vendedores de riñones– y para clínicas de trasplante públicas y privadas, algunas de ellas vinculadas a la Iglesia, consagradas a los ricos pacientes extranjeros. De este modo, tanto la donación anónima procedente de cadáveres como la de vivos relacionados con la donación renal, están siendo rápidamente suplantadas por trasplantes con riñones comprados a extraños.

El presente escenario se inició hace dos décadas con la realización de trasplantes profesionales en los Estados Unidos y allí donde los órganos de cadáveres, por razones sociales bastante complejas (Lock, 2002), no podrían surtir la creciente demanda de una oferta constante de órganos trasplantables. Entre tanto, los avances en inmunología y el desarrollo de nuevos fármacos anti-rechazo muy poderosos, como la ciclosporina, hicieron innecesaria la compatibilidad extrema entre los tejidos del donante y el receptor. Los resultados positivos obtenidos por los pacientes de trasplantes renales que habían adquirido riñones de vendedores pobres en distintas partes del mundo, donde sólo se seguían los procedimientos para compatibilizar las sangres –pero no los tejidos–, en transacciones comerciales clandestinas, condujo a una percepción cada vez más extendida de que ya no se requiere una excelente compatibilidad del sistema HLA para obtener un desenlace satisfactorio del trasplante. Actualmente, casi cualquier persona que quiera ser donante de órganos, médicamente apto o *no*, tiene la posibilidad de serlo. Y los órganos de donantes vivos –un riñón, medio hígado y el lóbulo de un pulmón– se están convirtiendo en los órganos de preferencia para satisfacer la creciente demanda de trasplantes en las desbordadas listas de espera. Además los cirujanos y sus pacientes también prefieren órganos de donantes vivos para incrementar la longevidad y viabilidad de los trasplantes. En 2001, por primera vez en los Estados Unidos, los trasplantes de riñón, procedente de un donante vivo, supusieron el 50% de todos los trasplantes, y los de hígado –de donante vivo– alcanzaron el 10% (Delmonico, Arnold, Scheper-Hughes et al., 2002).

7. Los consumidores: el cuerpo y el fetichismo de la mercancía

Los procedimientos del trasplante son enormemente caros –en los Estados Unidos un trasplante de corazón cuesta más de 300.000 dólares– y frecuentemente se frustran por las llamadas sequías de órganos. Los *media*, instados por las organizaciones de captación de órganos, hacen frecuentes referencias al número de personas que morirán cada año esperando un órgano –no hay sistema para rastrear o registrar la salud, los problemas médicos o las muertes de quienes han donado órganos–. En los Estados Unidos más de 70.000 personas engrosan las listas de espera por un órgano. Cada año, la demanda de órganos aumenta mientras las organizaciones en pro de los trasplantes, los profesionales del ramo y los grupos por los

derechos de los pacientes reclaman que nuevas –y marginales– categorías de personas sean elegibles para el transplante de órganos.

Por ejemplo, en sus jornadas anuales en Leiden, Holanda, en septiembre de 2000, miembros de Eurotrasplante apoyaron activa y entusiastamente nuevos experimentos que extienden las listas de espera hasta incluir a quienes se hallan en los márgenes médicos –mayores de 70 años, niños, enfermos de hepatitis C, seropositivos– y a los propensos, desde un punto de vista inmunológico, al rechazo del órgano. No hay conciencia o reconocimiento de que estos experimentos pudiesen inflar la demanda de órganos y promover medidas desesperadas, incluido el mercado negro, para obtenerlos. En realidad, estos programas son defendidos como democráticos por su universalidad y como un servicio que se presta a los consumidores de medicina, que reclaman su derecho a beneficiarse de todos y cada uno de los procedimientos médicos avanzados actualmente *disponibles*.

De igual manera, en muchas partes del mundo –desde Brasil a Israel, desde Irán a los Estados Unidos– los bufetes de abogados de los pacientes han articulado una nueva carta de derechos de los consumidores de medicina, donde se incluye el derecho del paciente al transplante e incluso su libre acceso a los salvadores y saludables órganos excedentes del “otro”, por los cuales los pacientes están dispuestos a viajar grandes distancias y a regatear un precio fijado por el mercado. En tanto que se continúa articulando el dilema común del transplante bajo estas nuevas condiciones sociales en términos de escasez, oferta y demanda –cuando las preciadas “mercancías” en cuestión están cada vez más unidas a cuerpos vivos–, se crean serios dilemas éticos para los pacientes y para sus doctores, que se descubren a sí mismos en una posición de pasividad e indolencia o creando activamente un espacio médicamente protegido para el comercio de riñones.

“¿Quién soy yo para cuestionar, y mucho menos para juzgar, a mis pacientes?”, preguntaba Michael Friedlaender¹³, especialista en transplantes renales del Hospital Hadassah, en referencia al creciente número de pacientes que regresan del extranjero a su consulta habiendo comprado un riñón. Después, llegó a escribir (Friedlaendner, 2002: 971-972):

Aquí empezó mi conversión desde la férrea oposición al comercio con riñones a la pasiva aquiescencia con este mercado. No pudimos impedir que nuestros pacientes viajasen a Irak –luego a Turquía, Rumanía y los Estados Unidos–. Dimos a los pacientes, que nos solicitaron consejo, toda la información que he presentado aquí, advirtiéndoles que no podríamos ayudarles fuera de nuestras fronteras nacionales, aunque garantizándoles la asistencia inmediata a su regreso.

¹³ Entrevista con la autora, marzo de 2001, Jerusalén.

Parte de la información dada a sus pacientes de diálisis se centra en las tasas de perdurabilidad diferencial entre los riñones de donantes vivos y los procedentes de cadáveres, basadas en el estudio de Wolfe y sus colegas (1999) –la mitad (50%) garantizaba una supervivencia de 21,6 años –para un riñón de donante vivo– comparados con los 13,8 para un riñón de cadáver–. “Si mis propios riñones fallasen, optaría por el transplante de órgano procedente de un donante vivo”, ha dicho públicamente el Dr. Friedlaender en más de una ocasión. Los datos de las tasas de perdurabilidad diferencial han circulado profusamente entre los cirujanos de todo el mundo y, con frecuencia, son citados por sus pacientes, contribuyendo directamente a la decisión de abandonar las convencionales listas de espera de órganos procedentes de cadáveres en busca de riñones “frescos” de donantes vivos.

Otro estímulo consumista, tras la economía sumergida de riñones de donantes vivos –y también hígados–, es el creciente rechazo de la hemodiálisis por los cada vez más sofisticados pacientes renales. El tratamiento de diálisis durante cierto período de tiempo, incluso en el ínterin mientras se espera el transplante, es visto cada vez más como un sufrimiento inaceptable por los activistas, como una especie de crucifixión. En septiembre de 2000 un joven de 23 años, al que llamaré Amatai, universitario de Jerusalén, voló a Nueva York para someterse a un transplante renal con un órgano comprado a un “donante” local amañado por un traficante en Brooklyn. Su “Seguridad Social” israelí sufragó la mayor parte de los costes de la operación –200.000 dólares–. La relación estrecha entre la naturalización de la donación en vida y el rechazo de la artificialidad de la máquina de diálisis resulta particularmente notable en su discurso:

El transplante de un riñón procedente de una persona viva es la solución más natural porque te libera de la máquina [de diálisis]. El transplante te exime de ir al hospital tres o cuatro veces a la semana, y perder tres o cuatro horas de tu tiempo. Además, después de cada sesión, te sientes fatal, duermes mucho, y los fines de semana te sientes demasiado cansado como para salir con los amigos. Quedan aún muchas sustancias en el cuerpo, y cuando no puedes eliminarlas te sientes cansado. Mira, la de la diálisis no es una vida normal. Y, bueno, también tienes restringidos ciertos alimentos. No puedes comer mucha carne, ni sal, frutas o legumbres. Cada mes debes hacerte análisis para ver si el nivel de calcio está bien, incluso si tu piel se vuelve amarilla. Estéticamente, la diálisis no es muy agradable que digamos. Un transplante renal de un donante vivo es la mejor solución, y la más natural.

Al mismo tiempo, muchos pacientes se resisten a la idea de las convencionales “listas de espera” para un órgano de cadáver, considerándolas vestigios arcaicos o residuos del racionamiento en tiempos de guerra, o aún peor, como reminiscencias de las “colas” socialistas por pan y gasolina. En el presente clima de optimismo biotecnológico y de triunfalismo biomédico, la sola idea de escasez, incluso de escasez de órganos, sugiere un fracaso de gestión básica, de mercado o de política. En la

ideología de la economía global los órganos son uno de los bienes de circulación libre e ilimitada. Así, estas nuevas mercancías se evalúan, como cualquier otra, en términos de su calidad, durabilidad y valor de mercado.

El riñón procedente de un cadáver ha sido arrojado al cubo de la basura de la historia quirúrgica por aquéllos con la capacidad de procurarse un donante vivo, como Avirham de 71 años, abogado retirado con una enfermedad renal en fase terminal, para quien el tiempo corre en su contra y para quien ni las espectrales listas de espera ni el riñón de un muerto parecen opciones razonables. Por ello, en 1999 Avirham dio el decisivo paso de volar en compañía del Dr. Zaki Shapira y varios pacientes italianos e israelíes a un lugar indefinido de Europa del este, donde todos fueron transplantados con riñones comprados a trabajadores desplazados desde las zonas rurales. La aventura resultó ser, según el propio Avirham admite, un enorme riesgo. “¡No te haces una idea de qué pobre era todo aquello!”, decía. “El hospital parecía casi tercermundista”. Pese a que era un riesgo, estaba dispuesto a evitar la cola que le esperaba en casa para serle transplantado el riñón de un muerto:

¿Por qué tendría que esperar meses o años por un riñón de alguien que tuvo un accidente de tráfico, que estuvo agonizando bajo el coche varias horas, luego en condiciones miserables en la UCI durante semanas, para sólo después de todos estos traumas injertarme este mismo órgano? Realmente, no es una idea muy agradable pensar en introducirte el órgano de un muerto. ¡Ese órgano no te va a hacer ningún bien! Su riñón está prácticamente muerto. Después de haber permanecido en hielo varias horas, ¿cómo vas a esperar que funcione bien en mí? O peor, podría tocarme el riñón de un anciano, o de un alcohólico o de una persona muerta por un infarto. Ese riñón no sirve para nada. No, mucho mejor agenciarse un riñón de una mujer o de un hombre sano, alguien que también se beneficie del dinero que yo pueda pagar. A donde fui para someterme al trasplante, la gente era tan pobre que no tenía ni pan para comer. ¿Tienes idea de cuánto supone mil, y no digamos cinco mil dólares, para uno de esos paisanos? El dinero que pagué fue un regalo, igual que el regalo que yo recibí.

Obviamente, el libre mercado médico requiere un cuerpo divisible con órganos desmontables y desmitificados, vistos como “cosas mondas y lirondas”, simple material para consumo médico. Pero estos mismos “meros” objetos pueden reaparecer, cuando menos se los espera, en forma de objetos de deseo altamente espiritualizados y fetichizados, a modo de un regreso de lo reprimido, de ecos medievales y mensajes del pasado. Como Veena Das observó irónicamente en cierta ocasión: “Un órgano *nunca* es sólo un órgano”.

Además, el riñón fetichizado y “de diseño” comprado a un donante vivo evoca creencias primitivas en la inmortalidad humana, la trascendencia y la energía mágica. Así explica Avirham su búsqueda frenética y arriesgada de un donante vivo: “Elegí la mejor manera. Pude ver a mi donante –en un pueblecito de Europa del este–. Mi médico me le señaló. Era joven, fuerte, saludable –¡todo lo que desea-

ba!-”. Aquí, las ecuaciones simbólicas entre el mercado de riñones, el mercado de esclavos y los prostíbulos emergen a la superficie.

Entre tanto, los traficantes internacionales en internet se alimentan de los prejuicios de los consumidores y de las angustias de los candidatos al transplante. Por ejemplo, “Hígados para tí” –“*Livers-4-You*”–, unas semanas antes de ser obligado a abandonar el cyber-espacio, publicitaba la siguiente dirección: kidneysurgery@s-s-net.com:

¿Qué prefiere: un donante vivo sano la próxima semana o un órgano de la morgue dentro de cinco años? Somos una nueva organización con acceso telefónico en la ciudad de Nueva York y la única experimentada en buscar alternativas en el extranjero para aquellos que esperan desde hace mucho tiempo un transplante.

8. Traficantes, cazadores de riñones y cirujanos fuera de la ley

Obviamente, encontrar una oferta disponible de vendedores de órganos fue sólo una solución parcial a las nuevas carencias generadas por las tecnologías del transplante. Incluso Jesucristo fue consciente del “pobre que llevamos dentro”. De hecho, la verdadera carencia de órganos se sustenta en pacientes, como Avirham, de recursos económicos suficientes como para costearse estas operaciones astronómicamente caras –entre 100.000 y 200.000 dólares, dependiendo del lugar–, así como suficientemente “valientes” o temerarios para viajar a los lugares donde la gente está lo bastante desesperada como para automutilarse por asegurar la supervivencia a corto plazo. Aquí reside un problema clásico de la microeconomía, cuando la oferta y la demanda surgen separadas por geografías distantes, culturas diferentes y hasta por encarnizadas hostilidades políticas y religiosas. “Creo que mi donante era un soldado iraquí”, me comentaba un paciente israelí, admirado por la capacidad organizativa y la pericia de los médicos y traficantes que habían llevado a cabo semejante proeza.

Ciertamente, las nuevas transacciones que rodean el transplante son sumamente complejas y requieren extensos y expertos equipos de trabajo integrados por médicos profesionales, desde técnicos de laboratorio hasta personal de enfermería, nefrólogos y laboratorios de sangre y tejidos, equipos de cirujanos que operan codo con codo. Se precisa alquilar unidades de cirugía, gestionar pasaportes, visas y pasajes de avión; también ocuparse de los oficiales de inmigración. Todo el proceso está impulsado por una nueva red internacional de mafia del cuerpo, que va desde el sórdido –y a veces armado y peligroso– submundo de los “cazadores de riñones” de Estambul y Chisinau (Moldavia), las sofisticadas –aunque clandestinas– agencias de “turismo médico” en Tel Aviv y Manila, hasta los intermediarios médicos que se hacen pasar por congregaciones religiosas y caritativas u organizaciones de defensa de los pacientes, radicadas en el centro de Filadelfia o en Brooklyn y Chinatown, en Nueva York.

Los traficantes de “Hígados para tí”, citados arriba, se anuncian “asociados con profesionales médicos de Filipinas y ‘países aledaños’, incluida Tailandia, para ayudar a ‘llenar el hueco’ entre la oferta y la demanda de órganos”. A los Americanos reticentes a viajar a un país en vías de desarrollo para someterse a un trasplante, se les asegura en la página web que las facultades de medicina en Filipinas son un “calco” de las facultades estadounidenses y que los cirujanos filipinos se han formado en los Estados Unidos. Además, las personas con dudas sobre la calidad de los cuidados médicos avanzados en Filipinas podrían dirigirse al consulado de los Estados Unidos de América en Filipinas, a la oficina de corporaciones multinacionales o a la Iglesia Católica filipina. Todo estaba dispuesto –así se lo aseguraba la página web a los recelosos compradores de trasplantes por internet– para proporcionar referencias positivas de la práctica quirúrgica del trasplante en Filipinas. Si bien el coste de un hígado de donante vivo es considerablemente “mayor que si procede de un cadáver”, sigue siendo “menos de la mitad de lo que cuesta normalmente un trasplante de hígado en los Estados Unidos”. La mecánica del pago –a través de una transferencia bancaria– podía ser discretamente manipulada por el personal *online* de “Hígados para tí”. Las gestiones médicas serían supervisadas por el cirujano jefe de la organización, un médico estadounidense formado y homologado que había ya realizado “muchas operaciones” en los Estados Unidos.

Además de los traficantes anónimos de internet, que tratan de captar pacientes norteamericanos¹⁴ desesperados para vendedores de riñones en el tercer mundo, han aparecido traficantes a escala local –algunos con conexiones con el crimen organizado– en los enclaves étnicos de Los Ángeles, Baltimore, Nueva York y Filadelfia, donde reclutan a inmigrantes, recién llegados, y a trabajadores indocumentados como vendedores de riñones y ayudan a los acaudalados pacientes extranjeros a encontrar a los médicos, los hospitales e incluso el hotel acomodado a sus necesidades. En los dos últimos años los paquetes turísticos, la mayoría organizados desde Oriente Medio, han traído montones de pacientes renales hasta los centros de trasplante estadounidenses, tanto públicos como privados, para someterse a intervenciones con riñones comprados procedentes de donantes vivos y muertos.

Uno de estos grupos, *United Lifeline*, empezó en Israel siendo una organización caritativa que ayudaba a los niños israelíes a conseguir caros tratamientos contra el

¹⁴ Los traficantes de órganos para trasplantes también reclutan activamente pacientes canadienses. Ver “Transplant patients wait years or they can pay this man”, un documento de investigación de Lisa Priest y Estanislao Oziewicz. 1 de junio de 2001. *The Globe and Mail*, (Metro). El artículo refiere la práctica de un hombre de negocios de Vancouver, Walter Klak, que se adentró en el escabroso mundo del turismo de trasplante, poniendo a pacientes desesperados en la vía más rápida para obtener riñones chinos frescos por 5.000 dólares americanos al contado. Klak dijo que, hasta junio de 2001, se habían inscrito más de 100 pacientes en su lista de espera para la operación de trasplante en un hospital de Shangai. Nos reveló que él y su colaborador de Shangai habían elegido China para los trasplantes porque “allí encontramos la oferta más amplia de órganos disponibles”.

cáncer en los Estados Unidos. Pasado el tiempo, *United Lifeline* llegó a convertirse en una gran organización con muchas delegaciones en las ciudades de las costas este y oeste de los Estados Unidos, donde se facilitaban transplantes para ciudadanos israelíes cansados de esperar por un órgano de cadáver en sus ciudades de origen. Sin embargo, estos servicios contribuyen, paradójicamente, a que en los centros de transplante estadounidenses se acepten, e incluso, se recluten activamente pacientes adinerados extranjeros para recibir órganos que, por otra parte, se presentan en términos de una lamentable escasez¹⁵. El Centro Médico de la Universidad de Maryland, por ejemplo, anunciaba –hasta hace poco, gracias a la presión de *Organs Watch*– su programa de transplante renal en árabe, chino, hebreo y japonés en su página-web¹⁶. Los Estados Unidos son extremadamente democráticos en, al menos, un sentido: cualquiera, sin importar de dónde provenga, con suficiente dinero puede llegar a ser un ciudadano de los Estados Unidos de América con derecho a asistencia sanitaria y a recibir un órgano homologado “*made in USA*”. Los representantes locales de *United Lifeline* –aunque últimamente vinculados al criminalizado negocio del turismo de transplante en Oriente Medio y Europa del este– son nativos a menudo bastante ingenuos, voluntarios con motivaciones religiosas que negarían rotundamente cualquier indicio de “tráfico” y no digamos de compra ilegal de órganos. Como muchos de los cirujanos con los que tratan, estos promotores también niegan los orígenes de los órganos comprados o sugieren que la existencia de leyes, que restringen las ventas, no es congruente con la realidad.

En otras partes del mundo, los imprescindibles intermediarios y traficantes de órganos son criminales de poca monta, empleados por una muy sofisticada mafia involucrada en todo género de tráfico con cuerpos humanos. Los traficantes, que abordaban a los desprevenidos jóvenes de Mingir y Chisinau en Moldavia, habían sido con anterioridad prostitutas y vendedores de riñón, que posteriormente entablaron lazos lucrativos con las grandes redes del tráfico con seres humanos dispersas por las ciudades de Rusia, Turquía, Israel e Italia. La infame Nina Ungureanu de Mingir declaraba sin ambages los motivos económicos que la habían llevado a inmiscuirse en el comercio de riñones en Oriente Medio. Pese al “acoso policial”, la Sra. Ungureanu sigue sin arrepentirse. Interpelada por un periodista infiltrado¹⁷ por la razón que la llevó a colaborar en el engaño de los jóvenes aldeanos de Mingir, Nina Ungureanu respondió:

Necesitábamos la pasta... lo estábamos pasando mal. No podíamos mantenernos por nuestros propios medios –económicos–. Sin embargo, hemos construido esta casa,

¹⁵ La United Network for Organ Sharing (UNOS) reserva el 5% de los transplantes de órganos en los centros sanitarios estadounidenses para los pacientes extranjeros. Sin embargo, sólo son investigados los centros médicos que realizan más del 15% de sus transplantes a pacientes extranjeros.

¹⁶ Ver, por ejemplo, la versión árabe –también hebrea y japonesa– del anuncio de la universidad, <http://www.umm.edu/transplant/arabic.html>

ahora nos las arreglamos solos... Además, la policía no va a hacernos nada, ni a nosotros ni a los [peces gordos] del comercio [por ejemplo, Nina Sobiola y sus colaboradores]. Aunque por lo menos podrían hacer que nos pagasen el dinero que nos deben. ¿Pero dónde van a encontrarlos? Supongo que todos vivirán en algún lugar de América... la policía nunca les encontrará; mucho menos a los peces gordos [que están detrás del negocio]... Creo que me conformaría con lo que he hecho hasta ahora, pero ellos –la policía– vienen al pueblo, me llevan de Chisinau..., abusan de una, si te niegas a hablar te abofetean. ¡Sí, me pegaron una vez! ¡A mí, una mujer!... Menos mal que por lo menos he hecho algún dinero con este negocio. ¡Gracias a Dios! ¡Nos urgía muchísimo! Estábamos en un gran aprieto. Pero ahora hemos tenido que parar. La policía nos va a hacer sudar un poco y luego nos dejará marchar a todos...

Entre tanto, los cirujanos fuera de la ley, como el Dr. Zaki Shapira en Tel Aviv y su compañero Yusuf Sonmez en Estambul, practican sus operaciones ilegales en clínicas alquiladas o improvisadas y, cuando las condiciones políticas lo permiten, en los quirófanos de alguno de los mejores hospitales públicos o privados de Israel, Turquía, Rumania, Irak y, como alguna vez se ha jactado Sonmez¹⁸, “incluso de Europa”. Realizan sus operaciones ilegales bajo la atenta mirada de los gobiernos locales y nacionales, los ministerios de sanidad, las agencias internacionales de regulación y las asociaciones de profesionales de la medicina. Claramente, están bastante protegidos. En suma, la práctica ilegal del turismo de transplante, dependiente de una amplia red de competitivos mercados de pacientes, cuerpos y órganos, es un secreto a voces en el que están involucrados algunos de los más prestigiosos cirujanos y de los más punteros hospitales universitarios y centros médicos del mundo. Además, los crímenes perpetrados en torno a los trasplantes –incluso cuando se dispara y se dejan regueros de sangre, como sucede de vez en cuando– siguen oficialmente sin investigarse ni pensarse¹⁹. En buena medida, se debe al miedo y a la intimidación que hay por todas partes. Y hasta los cirujanos más agresivos pueden encontrarse de súbito atrapados y más inmiscuidos en “el negocio” de lo que habían previsto.

¹⁷ Transcripción de una entrevista en Mingir, Moldavia, en julio de 2001, cortesía de Ian O'Reilly, BBC.

¹⁸ Entrevista en junio de 2000 con un representante de Organs Watch Berkeley.

¹⁹ La mafia local que controla el tráfico de órganos en Filipinas se considera responsable, por ejemplo, del asesinato de la hija de un antiguo director del National Kidney and Transplant Institute de Manila. La hija, de veintidós años, fue tiroteada en junio de 1999 en frente de su casa por unos asaltantes desconocidos. Los asesinos, que se cree que estuvieron involucrados en un acto de venganza contra el padre de la víctima, nunca fueron descubiertos ni llevados ante los tribunales, aunque el Ministerio de Sanidad puso en marcha una investigación y el Gobierno filipino respondió ordenando una moratoria sobre los órganos donados por no parientes. Sin embargo, tanto la investigación como la moratoria concluyeron y el actual director del National Kidney Institute no parece interesado en reabrir el caso ni en discutir el trágico suceso.



Foto 6: Viorel, vendedor de riñón, natural de Chisinau (Moldavia) y de 27 años, sigue enfadado con Nina –la traficante de Turquía– y el Dr. Sonmez –el cirujano que le extirpó el riñón derecho–. “¿Cómo puede este hombre considerarse médico? Este hijo de puta me dejó inválido”, me dijo. Foto de Nancy Scheper-Hughes

9. Medicina, mafia y lo militar: el terrorismo biopolítico y el libre comercio del trasplante

Además de la implicación del crimen organizado en el negocio internacional de órganos, los intereses y los gobiernos militares, particularmente durante los períodos de intenso conflicto interno y guerra, han jugado su papel en la protección e incluso en la organización de colectas ilegales de órganos entre los que son considerados enemigos o escoria social.

El surgimiento de los campos de exterminio, tortura y recolección de órganos y tejidos confluyen en las postrimerías del siglo XX en ciertas coyunturas. Nuestra investigación ha dejado al descubierto lo que sólo puede calificarse de “fascismo” militar y tácticas de “guerra sucia” utilizadas contra los cuerpos y los órganos del enemigo. Una nota a pie de página en la historia del terrorismo militar durante –y todavía– la “guerra sucia” en Argentina, el *apartheid* en Sudáfrica, los años de dictadura en Brasil, es el papel que los médicos han jugado en el suministro de sangre, huesos, válvulas cardíacas, órganos y todo lo necesario para los trasplantes, no sólo de niños –como en el caso de Argentina–, sino de los cuerpos de los política y socialmente “desaparecidos”. Durante la “guerra sucia” en Argentina en los años 70

y el Estado militar en Brasil (1964-1984), médicos forenses, patólogos y cirujanos recibieron órdenes para producir cuotas de órganos disponibles y tejidos necesarios para afianzar las defensas del cuerpo social y el Estado militar²⁰.

Además de la extracción de órganos y tejidos de los cuerpos de los “desaparecidos” políticos, los médicos del Estado en Argentina se sirvieron de los cuerpos de las poblaciones cautivas y socialmente despreciadas, como las de los hospicios para discapacitados mentales –donde siguen actualmente en imponentes instituciones estatales como Montes de Oca y Puerta Abierta en Luján, provincia de Buenos Aires, Argentina–. Aquí, durante las décadas de 1970 y 1980, los internos fueron utilizados rutinariamente, vivos o muertos, como fuente apropiada de sangre, córneas y otros valiosos tejidos y órganos. Incluso hoy en día se sigue tomando sangre de forma rutinaria de los internos sin su consentimiento para los bancos públicos de sangre, mientras que la córnea se obtiene de pacientes muertos, discapacitados mentales que no pudieron dar, o denegar, su consentimiento²¹. Existen indicios, si bien no verificados, de que el negocio del tráfico de órganos se inició entre el caos y la absoluta deshumanización de los campos de exterminio durante la guerra genocida en la antigua Yugoslavia.

El principal protagonista en el mercado mundial de órganos es actualmente Israel –país fuertemente militarizado–, mercado que se inició en Oriente Próximo –West Bank– y que se ha desplazado después hacia los países árabes cercanos. De acuerdo con las fuentes médicas israelíes²² más solventes, los ciudadanos israelíes son los que compran proporcionalmente mayor número de órganos *per cápita* en el mundo. Atrapado entre un público muy educado y médicamente consciente y una tasa de donación de órganos baja debido a las presiones religiosas, que obran aún en una sociedad laica, el ministro israelí de sanidad favoreció la expansión del turismo de transplante, permitiendo a los pacientes israelíes usar los programas de la Seguridad Social para costearse operaciones en otros lugares, incluso ilegalmente. Varias grandes “corporaciones mercantiles”, incluida la empresa de Coby Dyan, establecieron los vínculos necesarios con cirujanos y centros médicos de Turquía, Rusia, Moldavia, Estonia, Georgia, Rumanía y –más recientemente– los Estados Unidos de América.

En Israel, el coste del “paquete turístico” de transplante se incrementó desde los 120.000 dólares en 1998 hasta los 200.000 en 2001. El paquete, como lo llaman los pacientes, incluye el viaje en avión, el soborno a los agentes de aduanas y al personal del aeropuerto, la “doble operación” –extracción del riñón y transplante–, el alquiler

²⁰ He trabajado este tema en mi artículo: “Theft of Life: The Globalization of the Organ Stealing Rumors” (1996).

²¹ Entrevista de la autora con el personal de enfermería del asilo Montes de Oca en enero de 2000.

²² Esta estadística la citan muchos médicos de transplantes, incluidos los encargados del fallido programa oficial israelí de recolección de órganos. También aparece en los escritos del Prof. Meira Weiss, antropólogo médico de la Universidad Hebrea de Jerusalén, autor de *The Chosen Body* (Stanford University Press), de próxima aparición.

de quirófanos privados y salas de postoperatorios y el alojamiento en hoteles de los familiares acompañantes. La cuota del donante –entre 3.000 dólares y 15.000, dependiendo del origen del donante– está incluida. El coste todavía se incrementa con la presión ejercida por los candidatos al trasplante para establecer vínculos en países más desarrollados. Normalmente, los lugares específicos donde se desarrollará la operación ilegal permanecen en secreto para el paciente hasta el día del viaje, y las localizaciones se rotan continuamente para tratar de pasar de-sapercibidas. Las operaciones se realizan clandestinamente entre la medianoche y las primeras horas de la madrugada. En la situación más común, los pacientes y médicos israelíes –un cirujano y un nefrólogo– vuelan a Estambul o a otra pequeña ciudad turca, donde los donantes de riñón se reclutan entre los soldados iraquíes de la AWOL o entre los trabajadores extranjeros de Europa del este. En otras situaciones, los médicos israelíes y turcos viajan juntos hasta un tercer lugar en Europa del este, donde los vendedores de órganos son desempleados locales o trabajadores extranjeros.

La negativa del Ministro de Sanidad israelí para acabar con este negocio multimillonario, que está haciendo de Israel una especie de paria en el panorama internacional del trasplante de órganos, es preocupante. Pero, en ausencia de una cultura de la donación de órganos consolidada y bajo la presión de candidatos al trasplante bien organizados y reivindicativos, cada persona trasplantada en el extranjero es un cliente enfadado menos con el que pelearse en casa. Más perturbador todavía, sin embargo, es el apoyo y la participación del Ministerio de Defensa en el turismo ilegal del trasplante. Distintos pacientes israelíes, que se habían beneficiado de viajes pagados a Turquía y Europa del este para ser trasplantados, notaron la presencia de militares acompañando los vuelos y participando en las operaciones.

Al mismo tiempo, los defensores de los derechos médicos en Oriente Próximo se quejan de las violaciones médicas de cuerpos palestinos por los patólogos israelíes en el Instituto Nacional de Medicina Legal de Tel Aviv²³. Un comité oficial de investigación nombrado por el Ministerio de Sanidad en 2001 confirmó las sospechas de los sanitarios palestinos. El Instituto distribuye los órganos y tejidos reco-

²³ Ver “Israel kills palestinian boys, steals their organs for transplants”. 9 de enero de 2002. *IAP News, Jerusalem Post*. El artículo refiere que oficiales del gobierno israelí admitieron tácitamente que médicos del Instituto Forense israelí de Abu Kabir en Tel Aviv extrajeron los órganos vitales de tres adolescentes palestinos, muertos por el ejército israelí en diciembre de 2001. El ministro israelí de sanidad, Nessim Dahhan, dio como respuesta a una pregunta de Ahmed Teibi, miembro del Arab Knesset, que no podría negar que órganos de jóvenes y niños palestinos, muertos a manos de las fuerzas israelíes, fueran extirpados para trasplantes e investigación científica. Teibi aseguraba haber recibido evidencias, probando que los médicos israelíes del instituto forense habían realizado extracciones de órganos vitales como el corazón, los riñones e hígado de cuerpos de jóvenes y niños palestinos asesinados por el ejército israelí en Gaza y en el West Bank. En junio de 2000 recibí la fotografía del cuerpo muerto de un joven palestino, cuando era devuelto a su familia después de la disección en el Instituto Forense.

lectados entre los hospitales y los centros médicos para la enseñanza, la investigación y los procedimientos quirúrgicos. La recolección la lleva a cabo un equipo especial de cirujanos en la reserva militar. Esta práctica fue establecida por primera vez por el jefe del Banco Nacional de Piel, que había sido con anterioridad Oficial Jefe Médico de las Fuerzas de Defensa de Israel. Amparados bajo el “presunto consentimiento”, el personal del Instituto Forense y los cirujanos que recolectan ilegalmente piel y órganos se exculpan, alegando que así están salvando vidas y que éste imperativo es más importante que obtener el consentimiento de los parientes –palestinos– mal informados y afligidos. En este caso, los tejidos y los órganos del muerto se consideran objetos desmontables que pueden ser médicamente transformados en algo valioso. Algunos cuerpos, no obstante, están exentos de esta práctica, particularmente los cuerpos de los soldados israelíes, que siempre se entregan intactos a sus familias para las exequias.

10. Más allá de la bioética

Si un donante vivo puede pasar sin un órgano, ¿por qué no podría el donante aprovecharse y la ciencia médica beneficiarse? Janet Radcliffe-Richards (Rothman, 1997).

Para la mayoría de los bioéticos, las “arenas movedizas” en la medicina del trasplante comienzan con la emergencia de un mercado no regularizado de venta de órganos y tejidos. Pero para el antropólogo las “arenas movedizas” éticas empiezan cuando un humano enfermo mira a otro humano vivo y cae en la cuenta de que dentro de ese otro cuerpo vivo hay algo que podría prolongar su vida.

Los pacientes de diálisis y de trasplantes son muy visibles y sus historias se divulgan con frecuencia en los medios de comunicación. Su dolor y su sufrimiento son palpables. Pero mientras hay una empatía –e incluso una especie de empatía sobreañadida– dirigida a los pacientes de trasplante, se omite cualquier empatía para los donantes, vivos o muertos. Sus padecimientos se esconden al público. Pocos receptores de órganos conocen algo acerca del impacto del procedimiento del trasplante en el cuerpo del donante. Si los riesgos médicos y psicológicos, las presiones y las coacciones sobre el donante y sus familias se conociesen más, los pacientes de trasplante podrían reconsiderar la posibilidad de desistir de los procedimientos que tanto demandan del otro.

Desde una perspectiva orientada exclusivamente por el mercado, el problema de los indeseables y peligrosos mercados negros de órganos humanos sólo puede ser resuelto mediante la regularización, no por la prohibición. Los dilemas éticos y humanos se reducen de este modo a un simple problema de gestión. Los problemas derivados de esta solución racional son muchos. Los argumentos a favor de la “regulación” no atienden a las realidades médicas y sociales que actúan en muchas partes del mundo, especialmente en las naciones del segundo y tercer mundo. Las institu-

ciones médicas creadas para “tutelar” la recogida y distribución de órganos son con frecuencia disfuncionales, corruptas o están comprometidas con los poderes del mercado de órganos. Además está la impunidad de los traficantes de órganos y de los cirujanos que actúan fuera de la ley y están siempre dispuestos a violar la primera premisa del juramento hipocrático: por encima de todo, no causar daño.

Hasta la fecha, sólo los riñones, la médula ósea y los lóbulos de riñón pueden extraerse de donantes vivos y ser transplantados en pacientes enfermos. Las donaciones en vida implican un procedimiento arriesgado y obviamente no pueden satisfacer la “demanda” de corazones, pulmones y otras partes del cuerpo irreductibles o irremplazables. Apenas se ha prestado atención en la literatura médica a los riesgos y complicaciones que los donantes vivos padecen en el primer mundo, y mucho menos en países donde los donantes son operados y enviados a los pocos días en autobús, coche o tren a sus comunidades de origen, a sus futuros inciertos y a sus destinos médicos sin registrar. En los Estados Unidos dos donantes de riñón han muerto en los últimos 18 meses y otro ha quedado en estado vegetativo irreversible como resultado de la donación²⁴. El hecho de que muchos donantes vivos hayan muerto inmediatamente, después de una intervención quirúrgica, o se encuentren en la extrema necesidad de un trasplante renal en fechas posteriores a la donación, suena a toque de aviso sobre la donación en vida y nos recuerda que la nefrectomía no es un procedimiento exento de riesgos²⁵. La muerte innecesaria y brutal de Mike Hurewitz –57 años–, tras la extirpación de parte de su hígado transplantado a su hermano en el Centro Médico Monte Sinaí de Nueva York este pasado mes de enero, subraya los peligros de tratar la donación de órganos en vida de una manera desconsiderada e imprudente.

Los problemas se multiplican, cuando compradores y vendedores viven separados por la extremada pobreza que atrapa a los vendedores en ambientes amenazantes para sus vidas donde los riesgos cotidianos para su supervivencia son numerosos, incluida la violencia urbana, los accidentes de tráfico, la siniestrabilidad laboral y las enfermedades infecciosas que pueden incluso comprometer su riñón como último recurso. Además, cuando falla el procedimiento, los vendedores no suelen tener acceso a la diálisis y mucho menos a un trasplante de órgano. Mientras la gente pobre, en particular, no puede “prescindir” de sus órganos “extras”, la gente rica necesita esos órganos “extras” cuando envejecen y cuando un riñón sano puede compensar un riñón defectuoso o debilitado.

Los cirujanos han difundido una hipótesis no probada sobre la donación en vida “exenta de riesgos”, sin contar con ningún estudio longitudinal publicado sobre los

²⁴ “Man keeps vigil for comatose wife who gave him kidney life”. 2001. *The Holland Sentinel*, 15th of February.

²⁵ “The live donor consensus conference”. 2000. *JAMA*, 284: 2919-2926.

efectos de la nefrectomía –transplante renal– en las poblaciones pobres urbanas del mundo. Los pocos estudios disponibles sobre los efectos de la nefrectomía en los vendedores de riñones en India (Goyal, Mehta, Schneiderman et al., 2002) e Irán (Zargooshi, 2001) son inequívocos. Incluso bajo los intentos –cómo en Irán– por parte del Ministerio de Sanidad de regular y controlar los sistemas de “donación compensada”, las consecuencias son devastadoras. Los vendedores de riñones sufren dolor crónico, desempleo, estigma y aislamiento social, problemas psicológicos graves. La persistencia de férreos sentimientos negativos –decepción, rabia, resentimiento y hasta un odio furibundo hacia los médicos y los receptores de sus órganos– manifestada por 100 donantes damnificados en Irán, sugiere firmemente que allí la venta de riñones representa una seria patología social.

Mi estudio cualitativo entre docenas de vendedores de riñón en Moldavia y Filipinas –que incluye exámenes para el seguimiento médico y sonogramas– pone de relieve que los vendedores de riñones se enfrentan con frecuencia a problemas médicos, incluida la hipertensión y la subsiguiente insuficiencia renal, sin acceso a la asistencia médica y a las medicaciones necesarias. Una vez regresan a sus pueblos o a sus asentamientos urbanos, los vendedores se encuentran enfermos y desempleados, incapaces de responder a las demandas del esforzado trabajo agrícola o de la construcción, únicos trabajos posibles para hombres con sus disposiciones y trayectorias. Los vendedores se ven a veces separados de sus familias y de sus compañeros de trabajo, excomulgados de sus iglesias y, si son solteros, impedidos para contraer matrimonio. Sus hijos son ridiculizados por “uni-renales”.

En Moldavia pude documentar la enfermedad, la desventaja social y el desempleo subsecuente al que tienen que hacer frente los jóvenes vendedores de riñones. Ni uno de ellos ha ido al médico o ha sido atendido en una clínica tras sus operaciones ilegales en Estambul. Tuve que convencer a un joven para aceptar un examen clínico básico y un sonograma a expensas de Organs Watch. Algunos decían que se avergonzaban de aparecer en una clínica pública habiendo mantenido en secreto la venta; otros decían temer resultados negativos de las pruebas. Todos afirmaban que, de descubrirseles complicaciones médicas, no podrían pagarse el seguimiento de los tratamientos ni las medicaciones precisas. Sobre todo, decían, temían ser tildados de “débiles” o “incapaces” por los patrones y los compañeros, así como –en los solteros– por sus novias y esposas potenciales. “Ninguna mujer del pueblo se casará con un hombre que tenga la cicatriz delatora del vendedor de riñón”, me comentaba abatido el padre de un vendedor. “Creen que no podrán sostener a la familia”. Sergei, hombre casado de Chisinau, me reveló que su madre fue la única persona que conoció por encima las razones de su enorme cicatriz en el abdomen. Su joven esposa creía que se había lesionado en un accidente de construcción mientras estaba desplazado en Turquía.

En cualquier caso, ¿cómo puede un gobierno nacional poner precio a una parte sana del cuerpo de un ser humano sin el compromiso democrático esencial y los

principios éticos, que garantizan el valor equivalente de todas las vidas humanas? Algún sistema regulador nacional tendría que tomar parte en los mercados negros globales, donde se establece el valor de los órganos humanos con arreglo a los prejuicios del consumidor, hasta el punto de que actualmente en el mercado de riñones un riñón indio se vende por tan sólo 1.000 dólares, un riñón filipino 1.300, un riñón moldavo o rumano alcanza los 2.700, mientras un vendedor turco puede ganarse 10.000 y un peruano urbano puede percibir hasta 30.000. La circulación de riñones ya trasciende las fronteras nacionales y los mercados internacionales pueden coexistir y competir agresivamente con cualquier sistema nacional regulado. Poniendo un precio de mercado –incluso equitativo– a las partes del cuerpo, se explota la desesperación del pobre, traduciendo su sufrimiento en una oportunidad. Además, el trasplante quirúrgico de órganos no-renovables es un acto en el que los técnicos médicos, dados sus referentes éticos, no deberían ser invitados a participar. Los cirujanos, cuya responsabilidad fundamental es propiciar cuidados, no deberían abogar por la auto-mutilación pagada, incluso con miras a salvar vidas.

Los argumentos bio-éticos sobre el derecho a vender un órgano u otra parte del cuerpo están basados en nociones euro-americanas sobre el contrato y la “elección” individual. Esto crea la apariencia de una elección ética –por ejemplo, el derecho a comprar un riñón– en un contexto intrínsecamente no ético. Los contextos sociales y económicos hacen que la “elección” de vender un riñón en un suburbio de Calcuta o en una *favela* brasileña o en las chabolas filipinas sea todo menos “libre” y “autónoma”. La idea del consentimiento es problemática para con “el ejecutor” –ya sea en la antesala de la muerte o a la puerta de la chabola–, que mira por encima del hombro al vendedor que no tiene otra opción que vender un órgano. Insisto: poner un precio de mercado a las partes del cuerpo –aun siendo éste equitativo– explota la desesperación de los pobres y hace de su sufrimiento una oportunidad. Interpelar a la ley para negociar un precio justo por el riñón de un humano vivo va contra todo lo que la teoría del contrato sostiene. Cuando se invocan conceptos como los de agencia individual y autonomía para defender el derecho a vender un órgano, los antropólogos deberían sugerir que ciertas cosas “vivientes” no son enajenables ni candidatas convenientes para la mercantilización. Y los trasplantes quirúrgicos de órganos no renovables son un acto en el que los médicos, dados sus criterios éticos, no deberían ser invitados a participar.

La demanda asociada al problema de la escasez de órganos también necesita ser confrontada. Parte de la actual escasez deriva de la extensión de las listas de espera, en las que se incluyen niños muy pequeños y pacientes por encima de los 70 años, práctica que debería ser cuestionada. Las afecciones renales y hepáticas tienen su origen con frecuencia en problemas de salud pública, que podrían ser tratados de forma más intensa a nivel preventivo. Las soluciones éticas a la escasez crónica de órganos humanos no siempre son aceptables para el público, por lo que necesitarían ser reconsideradas. Entre éstas, las más destacadas son los sistemas de

“presunto consentimiento”, donde todos los ciudadanos –educados e informados– asumen ser donantes de órganos tras una muerte cerebral, a menos que hayan estipulado oficialmente de antemano su negativa. Esta práctica, extendida en Europa, preserva el valor del trasplante de órganos como un bien social, del cual nadie está incluido o excluido por su mera solvencia económica.

11. Conclusión: regreso al don

Las necesidades materiales de mi prójimo son mis necesidades espirituales. Immanuel Levinas. *Nueve lecturas talmúdicas* (Donoghue, 1996).

Terminamos este ensayo regresando al radical desafío ético implícito en esta transferencia de órganos en el que el cuerpo es entendido como un don, significando también un don para la indivisibilidad del cuerpo –*self*–. El cuerpo y sus partes son inalienables de lo indiviso de lo corpóreo –del *self*–, igual que en la más simple formulación kantiana o wittgensteiniana el cuerpo proporciona el fundamento de certeza para afirmar que uno tiene una substancia corpórea indivisible –*self*– y una existencia unitaria. Los seres humanos *son* y a la vez *tienen* un cuerpo. Para quienes ven el cuerpo en términos más colectivistas como un don –tanto los que siguen creencias y valores judeocristianos o budistas como animistas–, el cuerpo no puede venderse, si bien puede volver a donarse y redistribuirse en actos humanitarios de caridad.

Desde sus inicios, la cirugía de trasplante se presenta como un complicado problema en las relaciones de reciprocidad –*gift relations*– y en la teoría del don –*gift theory*–, un dominio al que los sociólogos y antropólogos –desde Marcel Mauss a Lévi-Strauss o Pierre Bourdieu– han contribuido poderosamente. La expansión de nuevas tecnologías médicas y de carestías y necesidades artificiales, así como de nuevas mercancías que exigen formas nuevas de intercambio social, quiebran la dicotomía convencional entre dones y mercancías y entre familiares y extraños. Mientras muchos individuos se han beneficiado enormemente de la capacidad para conseguir el órgano necesitado, la violencia asociada a muchas de estas nuevas transacciones dan motivos para acabar con ellas (Lock, 2001b). ¿Asistimos al desarrollo de la biosociabilidad o a la difusión de una biosociopatía generalizada?

En su clásico de los años setenta, *The Gift Relationship*, Richard Titmuss anticipaba muchos de los dilemas que ahora desafía el mercado mundial de órganos humanos. Su valoración de los efectos sociales negativos de los mercados de sangre en los Estados Unidos podría también aplicarse a los mercados mundiales de órganos y tejidos humanos.

La comercialización de la sangre y las relaciones de donación reprimen la expresión del altruismo, erosionan el sentido de comunidad, rebajan los valores morales cientí-

ficos, limitan tanto la libertad personal como profesional, sancionan la creación de beneficios en hospitales y laboratorios clínicos, legalizan la hostilidad entre el médico y el paciente, sujetan áreas críticas de la medicina a las leyes del mercado, gravan de inmensos costes sociales a aquéllos menos capaces de costearlos –los pobres, los enfermos y los discapacitados–, incrementan el peligro de los comportamientos inmorales en varios sectores de la ciencia y la práctica médica, y dan lugar a situaciones en las que proporcionalmente cada vez más sangre es suministrada por los pobres, los desempleados y la mano de obra no cualificada, negros y otros grupos de renta baja. (Titmuss, 1970).

El objetivo de nuestro proyecto consiste en evidenciar las cuestiones más amplias de *justicia social* para que repercutan en las prácticas globales de obtención y transplante de órganos. Este ensayo ha constituido un intento por delinear algunas de las contradicciones inherentes a la búsqueda de una solución puramente mercantil del problema de la “escasez” de órganos humanos, así como una apuesta sincera por retomar la biosocialidad original inherente a la atrevida propuesta de la circulación de órganos como un acto radical de fraternidad. Y, finalmente, ha tratado de introducir la sensibilidad de la antropología médica crítica en los debates contemporáneos sobre la mercantilización del cuerpo.

Dentro de este marco de tensiones entre los emisores de órganos y los receptores de ellos, entre médicos, pacientes y no-pacientes, entre el norte y el sur, entre lo ilegal y lo “simplemente” no ético, necesitamos aclarar qué valores y nociones sobre el cuerpo y la “corporeidad” –*embodiment*– están representados. ¿Son estos honestos intereses, expresados aquí, sobre la integridad corporal y la dignidad humana simplemente un vestigio de la ilustración occidental? De hecho, estos valores modernos tan vapuleados y amenazados en el mundo postindustrial y postmoderno, son, no obstante, firmemente defendidos en muchos reductos del tercer y cuarto mundo. Creencias profundamente afianzadas en la integridad corporal y la dignidad humana están detrás de las peticiones de las “personas influyentes” para la repatriación y el enterramiento de restos humanos, ahora almacenadas en los archivos de los museos²⁶; están tras las peticiones de los pobres miserables en favor de muertes y entierros dignos²⁷. También, ciertamente, están detrás los temores de los ladrones de órganos y el profundo odio profesado actualmente en las aldeas de la Europa del este hacia los “buitres” médicos y los “perros mafiosos”, que las han convertido en “comunidades de hombres y mujeres a medias”. En realidad, la división del mundo en compradores y vendedores de órganos es una tragedia médica, social y moral de inmensas y aún no del todo reconocidas proporciones. Esperamos que este

²⁶ Ver Nancy Scheper-Hughes, 2000a.

²⁷ Ver Nancy Scheper-Hughes, 1992: 249-264.

proyecto contribuya a establecer un nuevo programa ético para la antropología y la medicina del siglo XXI.

Traducción: Fernando Lores

12. Referencias bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio

1998 *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.

AP/NANDO TIMES

2001 "Offering money for organ donation ethical, HHS Committee says". *AP/Nando Times*, 3th of December.

ARENDT, Hannah

1958 *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.

ARIÈS, Philippe

1974 *Western Attitudes Toward Death: From the Middle Ages to the Present*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

BHAGWATI, Jaddish

2002 "Deconstructing Rotten Trade". *SAIS Review*, 22, 1: 39-44.

BOURDIEU, Pierre

1977 *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

2002 "Pour un savoir engagé: un texte inédit de Pierre Bourdieu". *Le Monde Diplomatique*, février: 3.

COHEN, Lawrence

1999 "Where it Hurts: Indian Material for an Ethics of Organ Transplantation". *Daedalus*, 128, 4: 135-168.

COMAROFF, Jean; COMAROFF, John (Eds).

2001 *Millennial Capitalism and the Culture of Neoliberalism*. Durham: Duke University Press.

DELMONICO, Francis; ARNOLD, Robert; SCHEPER-HUGHES, Nancy et al.

2002 "Organ Donation by Ethical Incentives-Not by sale". *The New England Journal of Medicine*, 346: 2002-2005.

DONOGHUE, Denis

1996 "The Philosopher of Selfless Love". *The New York Review of Books*, 21th March: 37-40.

FERREIRA, Mariana; SCHEPER-HUGHES, Nancy

s. a. *Domba's Kidney: Shamanism and Organ Transplant in Xingu Park, Brazil*. Manuscrito inédito.

FRIEDLAENDER, Michael

2002 "The Right to Sell or Buy a Kidney: Are We Failing Our Patients?". *The Lancet*, 359: 971-973.

FUKUYAMA, Francis

2002 *Our Postmodern Future*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

GOYAL, M.; MEHTA, R. ; SCHNEIDERMAN, L. et al.

2002 *The Economic Consequences of Selling a Kidney*. *Jama*, 288, 13: 1589-1593. 2th of October

HUMPHREYS, Laud

1971 *Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places*. London: Gerarld Duckworth & Co. Ltd.

IAP NEWS, JERUSALEM POST

2002 "Israel kills palestinian boys, steal their organs for transplants". *IAP News, Jerusalem Post*, 9th January.

ILLICH, Ivan

1975 *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.

JIMÉNEZ, Marina; BELL, Stewart

2001 "Organ Trade: Anatomy of a Deal. How a Wealthy Canadian Businessman Bought a New Kidney in a Manila slum". *The National Post*, 23th of Jun, B1.

JIMENEZ, Marina; SCHEPER-HUGHES, Nancy

2002a "Europe's Poorest Sell Their Kidneys". *The National Post*, 29 March: 1.

2002b "Doctor Vulture-The Unholy Business of Kidney Commerce". *The National Post*, 30th March: B1, B4-B5. Ed. Toronto.

KOCH, Tom

2001 *Scarce Goods: Justice, Fairness and Organ Transplantation*. Westpor: CT Praeger.

LOBO, Flavio; FANGAANIELLO MAIEROVITCH, Walter

2002 "O mercado dos desesperados". *Carta Capital*, 16 janeiro: 30-34.

LOCK, Margaret

2001a *Organs for Sale: China's Growing Trade and Ultimate Violation of Prisoner's Rights*. Ponencia ante el Subcomité de Operaciones Internacionales y Derechos Humanos del Comité de Relaciones Internacionales, Cámara de Representantes, CVII Congreso, primera sesión, 27 de junio de 2001.

2001b "The Quest for Organs and the Violence of Zeal", en Veena Das, Arthur Kleinman, Mamphela Ramphele et al. (eds.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley: University of California Press: 271-294.

2002 *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

PARSONS, Talcott; FOX, Renee; LIDZ, Victor

1973 "The 'Gift of Life' and its Reciprocation", en A. Mack (ed.), *Death in American Experience*. New York: Schocken Books: 1-49.

PRIEST, Lisa; OZIEWICZ, Estanislao

2001 "Transplant patients wait years or they can pay this man". *The Globe and Mail*. Metro. 1 de junio.

RABINOW, Paul

1996 "Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality", en *Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.

RADCLIFFE-RICHARDS, J. ; DAAR, A. ; GUTTMANN, R. et al.

1998 "The case for allowing kidney sales". *The Lancet*, 351, Issue 9120, 27th June: 1950-1952.

REUTERS

2002 "Shaman gets facelift after dream". *Reuters*, 29th of April. Brasilia.

ROTHMAN, David et al.

1997 "The Bellagio Task Force Report on Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs". *Transplantation Proceedings*, 29, 6: 2739-2745.

SASSEN, Saskia

1991 *The Global City: New York, London, Tokyo*. Princeton: Princeton University Press.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

1990 "Three Propositions for a Critically Applied Anthropology". *Social Science and Medicine*, 30, 2: 189-197.

1992 *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

1995 "The Primacy of the Ethical: Towards a Militant Anthropology". *Current Anthropology*, 36, 3: 409-440.

1996 "Theft of Life: Globalization of Organ Stealing Rumors". *Anthropology Today*, 12, 3: 3-11.

2000a "The Global Traffic in Organs". *Cultural Anthropology*, 41, 2: 191-224.

2000b "Ishi's Brain, Ishi's Ashes". *Anthropology Today*, 17, 1: 12-18.

2001a "Commodity Fetishism in organs trafficking". *Body and Society*, 7, 2-3: 31-62.

2001b "Neo-Cannibalism: The Global Traffic in Human Organs". *The Hedgehog Review*, 3, 2: 79-99.

2002 "The Ends of the Body: Commodity Fetishism and the Global Traffic in Organs". *SAIS Review: A Journal of International Affaires*, 22, 1: 61-80.

2003 “Keeping and eye and the traffic in human organs”. *The Lancet*, 361: 1645-1648. 10th may.

STEINBERG, A.

1996 “Ethical Issues in Nephrology-Jewish Perspectives”. *Nephrology, Dialysis and Transplant*, 11: 961-963.

STOLBERG, S. G.

2001 “Bioethicists Find Themselves The Ones Being Scrutinized”. *The New York Times*, 1th of August: 1, A-14.

THE HOLLAND SENTINEL

2001 “Man keeps vigil for comatose wife who gave him kidney life”. *The Holland Sentinel*, 15 th of February, http://hollandsentinel.com/stories/021501/loc_comatose.shtml.

TITMUSS, Richard

1970 *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. Harmondsworth: Penguin Books.

VV. AA.

2000 “The live donor consensus conference”. *Jama*, 284, 22: 2919-2926.

WEISS, Meira

En prensa *The chosen body*. Stanford: University Press.

WOLFE, R. ; ASHBY, V. B. ; MILFORD, E. et al.

1999 “Comparison of Mortality in All Patients on Dialysis, Patients Awaiting Transplantation, and Recipients of a first Cadaver Transplant”. *New England Journal of Medicine*, 341: 1725-1730.

ZARGOOSHI, Javaad

2001 “Iranian Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients”. *Journal of Urology*, 165: 386-392.