

# EN LA COYUNTURA ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS: TENDENCIAS, CONCEPTOS Y AGENDAS

AT THE CROSSROADS OF ANTHROPOLOGY  
AND ORGAN TRANSPLANTS: TENDENCIES,  
CONCEPTS AND AGENDAS

ALEJANDRO CASTILLEJO CUÉLLAR

*Profesor asociado, Departamento de Antropología  
Universidad de los Andes, Colombia  
acastill@uniandes.edu.co*

**RESUMEN** Este artículo es una revisión general de la tecnología de trasplante de órganos desde las ciencias sociales. El trabajo está dividido en varias partes: primero, presenta algunas de las discusiones más relevantes en torno a la ética de trasplantes. Segundo, discute el encuentro profesional o una antropología de la práctica médica. Tercero, examina el tema a la luz de su relación con el llamado tráfico internacional de órganos humanos. Finalmente, ofrece algunas posibilidades en cuanto a las agendas de investigación en América Latina, y particularmente en Colombia.

**PALABRAS CLAVE:**

Trasplante de órganos humanos, antropología, tecnología.

**ABSTRACT** This text is an overview of the debates around the technology of human organ transplantation from the perspective of the social sciences. The article is divided into four sections: on the one hand, it presents some of the main currents regarding the ethics of human organ transplantation. Secondly, it dwells into the professional encounter and the anthropology of the medical practice. Thirdly, the paper discusses the main problems with transplantation as it relates to the trafficking of human organs. Finally, it hints at the possible research agendas relevant in Latin America, and particularly in Colombia.

**KEYWORDS:**

Organ Transplant, Anthropology, Technology.

# EN LA COYUNTURA ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS: TENDENCIAS, CONCEPTOS Y AGENDAS

ALEJANDRO CASTILLEJO CUÉLLAR<sup>1</sup>

# U

**INTRODUCCIÓN:  
LA MEDICINA Y LOS NUEVOS  
ORDENAMIENTOS DE LA REALIDAD**

216

UNA DE LAS MARCAS DISTINTIVAS DEL MUNDO CONTEMPORÁNEO es el desarrollo de tecnologías médicas que posponen, redefinen el instante de *la muerte* gracias al control técnico del “evento” y la intervención en la constitución física del cuerpo humano<sup>2</sup>. Desde este punto de vista, el encuentro entre el respirador artificial y el cuerpo, en un escenario médico, es lo que Donna Haraway (1991) ha designado de manera sucinta como *cyborg*, una entidad parcialmente organismo, parcialmente máquina, cuya ambigüedad en tanto tal refleja las contradicciones y transgresiones de la actual tecnología bio-médica. La imagen de un paciente muerto cerebralmente –y en este sentido legalmente muerto– pero cuyas funciones cardiovasculares son sostenidas tecnológicamente se asemeja a la de los muertos vivientes y las pesadillas futuristas de la literatura y el cine.

- 1 Antropólogo Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Máster en Estudios para la Paz, European University for Peace and Conflict Studies, Austria. Máster en Antropología Cultural, New School for Social Research, EE.UU. Ph.D. en Antropología Cultural, New School for Social Research, EE.UU.
- 2 La última definición de la muerte, la cesación permanente e *irreversible* de las funciones cardiovasculares y de la total actividad del cerebro, se estableció en los Estados Unidos en 1968 por un comité *ad hoc* de la escuela médica de Harvard, y ha sido adoptada por países en los que se aplica la tecnología de trasplantes. Desde la perspectiva de varios comentaristas, la definición es en sí misma ambigua. Así, críticas desde el establecimiento médico han cuestionado los datos científicos que afirman que hay una falta de actividad neurológica en pacientes con muerte cerebral. Otras críticas han señalado sus inconsistencias internas, especialmente su apego a la noción de *irreversible*. Para una visión global del debate, véase Ott (1995) y Younger, S. J., Robert M. Arnold, y Reinie Shapiro (1999).

Desde un punto de vista médico, ya es conocido cómo una serie de temas incrustados culturalmente se han visto al menos cuestionados por la inyección de tecnologías que mapean, representan y redefinen el cuerpo humano. Las tecnologías reproductivas y la ingeniería genética (Rapp, 1999; Rabinow, 1997; Nelkin y Andrews, 1998); la redefinición de la muerte (Younger, S. y Arnold, R. S., 1999); la alteración del cuerpo (Benthal, 1974; Helman, 1988; Balsamo, 1991); la amputación voluntaria –dada por razones tanto terapéuticas como cosméticas (Elliot, 2000)– y los trasplantes de órganos (Kimbrell, 1993) son algunos de los planos de clivaje donde la injerencia de la actual tecnología en los diferentes dominios que constituye el ser humano ha hecho de la biomedicina una preocupación central entre estudiosos en diversos campos<sup>3</sup>.

En este sentido, hay varias preguntas que son especialmente interesantes, producto no solamente de las contradicciones éticas en las que están inmersas, sino también de la medida en que las nuevas tecnologías médicas les dan un nuevo contenido. Por un lado, ¿qué es una persona al principio de la vida?, y de hecho, ¿cuál es el momento en el que realmente comienza la vida? Segundo, ¿qué es la muerte, es un proceso, o un evento o un momento específico en el flujo del tiempo? Tercero, ¿cómo la alteración del cuerpo, tal como lo implica un trasplante de órganos, transforma la concepción de una persona sobre sí mismo, y qué clase de definiciones del *yo*, *la identidad* y *el otro* se obtienen de estas alteraciones? Finalmente, ¿cuáles son los límites –sociales, culturales o de otro tipo– del uso de estas nuevas tecnologías médicas?

Uno podría incluso sentirse tentado a afirmar que el triunfalismo de la narrativa teleológica del desarrollo médico occidental, desde la antigua teoría galénica griega sobre los humores hasta el pináculo tecnológico de fines del siglo xx, jamás ha experimentado la clase de cambios que ahora podemos apreciar (véase como ejemplo paradigmático Nuland, 1997). No es solamente el advenimiento gradual de nuevos instrumentos que mapean el cuerpo humano, con sus dinámicas internas y múltiples funciones, sino también la conformación de distintas metáforas organizadoras. Desde el concepto vasaliano de cuerpo-territorio hasta la fisiología mecanicista post cartesiana, las nuevas palabras implican un

3 Prueba de esto es el crecimiento enorme, en las últimas décadas, de centros de investigación, revistas especializadas y organizaciones profesionales preocupados por los dilemas éticos asociados con el desarrollo científico (Marshall, 1992). Esto se da en el contexto de los trabajos pioneros alrededor de la sociología de la ciencia y la sociología del conocimiento científico, de los estudios críticos y culturales sobre ciencia y tecnología (Harding, 1991; Hess, 1997), la teoría de redes (Latour, 1987; 1993) los estudios sobre laboratorios distribuidos en una serie de escuelas y programas (Knorr, 1983; Latour y Woolgar, 1986; Pickering, 1995), al igual que una serie de volúmenes editados, son evidencia de la intensidad de estas discusiones (Hess y David, 1997; Hess, David y Linda Layne, 1991; Knorr-Cetina, Karin y Michael Mulkay, 1983; Pickering, Andrew, 1995; Shelia Jasanoff, Gerald Markle, James Paterson, and Trevor Pinch, 1994; Lindembaum, y Margaret Lock, 1993; Wiebe Bijker, Thomas Hughes y Trevor Pinch, 1987).

grupo emergente de nuevas prácticas, nosologías y otras formas de delinear los contornos sociales-tecnológicos de la salud (Des Chenes, 2000; 2001).

Y, hasta cierto punto, semejante aseveración podría ser verdad. Al final, diferentes momentos históricos en distintas sociedades traen consigo diversas formas de entender el cuerpo y su bienestar, de la misma manera que otros *artefactos culturales* están inmersos indefectiblemente en redes dinámicas de relaciones sociales<sup>4</sup>. Al menos dos eventos se necesitan para substanciar esta aseveración. Primero, las transformaciones generadas por el respirador artificial y la re-conceptualización de la muerte de acuerdo con un canon diferente; segundo, las tensiones éticas que están en juego cuando las innovaciones tecnológicas se confrontan con las interpretaciones culturales. Ambos, ciertamente, son producto de nuestro tiempo. Y es en este sentido particular en el que la llamada sociedad occidental jamás ha visto la clase de transgresiones que se han experimentando en las últimas décadas. Eso no quiere decir que esa abstracción llamada Occidente no haya experimentado momentos de transgresión, como en el Renacimiento, o que no hayan sido a la vez producto de encuentros con otras tradiciones médicas, como en el caso de los pensadores árabes y su decisiva influencia en la constitución del *corpus* aristotélico-médico en la Europa medieval (Menocal, 2002; Sonneborn, 2006).

Aun así, las concepciones emergentes de la vida y la muerte hoy son tan paralizantes y complejas como lo fueron a principios de la Modernidad las disecciones públicas de cuerpos humanos con el propósito de investigación “científica”. De esta manera, lo que parece ser la única posible generalización es el hecho de que la inserción gradual y la naturalización de las tecnologías médicas traen consigo cambios radicales en las sociedades en las que se usan.

Es importante revisar brevemente, a manera de ilustración, uno de esos momentos en la configuración de lo que Michel Foucault ha llamado la *mirada clínica* (Foucault, 1979). En su fascinante libro, Jonathan Sawday (1996) ha documentado rigurosamente los anfiteatros europeos durante el siglo XVI y el inicio del XVII. Durante el periodo entre la publicación de la primera edición del tratado anatómico de Vasalio *De Humani Corporis Fabrica* en 1543 y la publicación de las *Meditaciones sobre la primera filosofía* (1641) de Descartes, una nueva forma de describir el interior del cuerpo fue desarrollada. Éste fue uno de los momentos en que se forjó “la nueva ciencia del cuerpo”. Fue un perio-

4 A lo largo de estas líneas, veo la tecnología de trasplante de órganos como un artefacto *cultural*. Primero, como el producto de un régimen particular de lenguaje, inmerso en una matriz cultural heterogénea y discontinua, limitada por consideraciones espaciales y temporales, y configuradas por una diversidad de prácticas y discursos en disputa. Este régimen puede investir el cuerpo con un contenido muy diferente a través del cual el poder se expresa, reproduce, rechaza, difumina o se extiende por medio de las diversas redes sociales.

do de transformación de radicales pero a la vez graduales cambios en la forma en que se concebía el cuerpo, sus partes constitutivas y su dinámica interna. Fue el momento en que la dependencia medieval del *corpus* aristotélico y de la medicina humoral de Galeno fue profundamente cuestionada por nuevas conceptualizaciones<sup>5</sup>. Pero al mismo tiempo, el periodo de Vasalio precedió las nociones cartesianas del cuerpo/máquina (Wear, 1996).

El texto de Sawday rastrea la correlación entre los viajes al Nuevo Mundo y los viajes a las regiones desconocidas del cuerpo humano. El cuerpo era una entidad geográfica, un territorio con toda clase de tesoros ocultos. El anatomista es al cadáver lo que el viajero a las nuevas tierras: un heroico explorador cuya misión era la de llevar un proyecto colonizador y civilizador. Así, “como los exploradores de Colón, estos descubrimientos tempranos marcaron sus nombres en un mapa, sobre el terreno encontrado” (Sawday, 1996: 23). La fisiología humoral de la Antigüedad fue transgredida, colonizada y apropiada de la misma manera que el Nuevo Continente se transformó en parte de un sistema *transnacional* de producción. El viajero-anatomista se parecía al conquistador: primero, marca el camino nombrando el nuevo sitio y sus habitantes, como es el caso de Fallopius, por ejemplo. Luego, la narrativa de la Conquista y la explotación integró los nuevos moradores del Nuevo Mundo a un sistema de consumo global. En este sentido, los órganos eran vistos como propiedades fijas, con fronteras precisas y recursos cuantificables. Esos exploradores, como Andreas Vasalio, fueron los primeros en *ver cómo* era realmente la *Terra Incognita*. Una transformación fundamental tuvo lugar durante este periodo. El apego de la Antigüedad a las autoridades escritas se reemplazó por la evidencia ocular. El ojo se volvió el instrumento del conocimiento. La nueva ciencia emergente destruyó los tabúes de la Antigüedad respecto a la inviolabilidad de los cadáveres humanos. Una nueva mirada, un nuevo régimen de representación, se empezó a producir en diferentes dominios de la sociedad.

Lo interesante en el caso de Sawday es que encontró otros dominios de la cultura, desde la medicina moral hasta la poesía, la cartografía, la filosofía, el deseo y la muerte, atravesados por todos estos elementos. Sawday rastreó estas conceptualizaciones del cuerpo en los anfiteatros y concluyó que no solamente fueron parte del desarrollo de una nueva ciencia, sino también de una red extendida y discontinua de significados. Así, parafraseando lo dicho en el hermoso libro de Ariès (1981), Sawday concluye:

5 Respecto a Galeno e Hipócrates ver el análisis crítico en Nutton (1995a; 1995b). Para un análisis detallado sobre las formas de reapropiación medieval de los textos antiguos ver Jacquart y Thomasset (1988), especialmente sobre el trabajo de Isidoro de Sevilla. Un recuento más preciso de las prácticas médicas e institucionales en ese periodo aparece en la interpretación que Siraisi hace sobre los tiempos de Taddeo Alderotti (1981). Para un análisis del los sentidos históricos investidos sobre el cuerpo, ver Hillman D. y Mazzi, (eds.) (1997) y Le Goff (1989).

... es la localización de una “moda” de la anatomía dentro de una mayor e imaginativa exploración de las dimensiones de la sexualidad y el dolor lo que es de potencial interés. Tal determinación en poner los esfuerzos del anatomista fuera de un marco de referencia puramente utilitario o racionalista tiene el efecto de hacernos cuestionar el tradicional diagrama de la historia de la ciencia (...) divorciado de un más amplio, quizás perturbador, fenómeno cultural (Sawday, 1996: 43).

La introducción de los anfiteatros no puede ser separada de otras dimensiones de la sociedad. Implicó una interpretación diferente del cuerpo y planteó las condiciones de posibilidad para posteriores transformaciones durante el periodo cartesiano. El lento proceso de inicio y uso de ciertas tecnologías produce cambios que pueden ser parte de conversaciones sociales más amplias.

Teniendo en cuenta este argumento general, en lo que sigue, discutiré tres áreas de investigación en las cuales la antropología y el trasplante de órganos y tejidos humanos se intersecan entre sí. Centraré mi atención en la importancia de la reciente investigación etnográfica en la medida en que intento inscribirlas en los debates más extensos sobre los estudios sociales de la ciencia. Finalmente, concluiré proponiendo posibles tendencias de la investigación futura en estas áreas.

220

■ **DESCENTRANDO LOS DISCURSOS:  
LA INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA SOBRE  
LA BIOÉTICA Y LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS**

Desde los años cincuenta, el trasplante de órganos ha sido usado como un procedimiento terapéutico para tratar una variedad de condiciones terminales. Su historia es simultáneamente la historia de otras áreas adyacentes: los procedimientos de extirpación, el desarrollo de máquinas que sostienen la vida, el procesamiento de agentes farmacológicos que ayudan a mantener al cuerpo muerto como si estuviera vivo, reduciendo el riesgo de daño a los tejidos, la síntesis de la *cyclosporina* y otras drogas inmunosupresoras que reducen la posibilidad del rechazo a los órganos transplantados. Finalmente, la implementación de protocolos que permitirán, especialmente en el actual mundo transnacional, procesos controlados y estandarizados de trasplante. Desde la perspectiva de algunos comentaristas (Nuland, 1997), el trasplante de órganos es el resultado obvio del crecimiento de la medicina y uno de los grandes milagros de la ciencia.

Dadas las complejidades sociales y técnicas de esta realidad multidimensional llamada “trasplante”, una gran variedad de dilemas éticos se han hecho parte del escrutinio público. Especialmente luego de la experimentación con humanos en la Alemania nazi y la colonizada Manchuria por los japoneses, cuestiones tales como el consentimiento informado, el consentimiento presunto, la revelación de información y la confidencialidad, y el influi-

gir dolor a los seres humanos, se convirtieron en el nuevo *ethos* de la bioética de la segunda posguerra (Anna, G. y Grodin, M., 1992; Proctor, 1998; Aly, 1994, Castillejo, 2007). La práctica del trasplante de órganos lleva a una miríada de problemas éticos. Por ejemplo, ¿qué tan *informado* y *negociado* es un consentimiento informado? Si el equipo médico trabaja sobre el presupuesto de un consentimiento presunto, ¿cuál es el peso de la opinión de la familia al oponerse a cualquier tipo de procedimiento? ¿Cuál es el sentido contextual de “presunto” y cómo, sobre la base de interpretaciones culturales y religiosas, se vuelve un término difuso y ambiguo? ¿Quién es el propietario del “cuerpo”, de sus “derechos de propiedad” (Gold, 1996)? Y, en este contexto, ¿qué clase de tensiones están en juego cuando la noción de *bien común* choca con la noción de *voluntad individual*? ¿Cuándo y a través de qué prácticas un procedimiento experimental estandariza una rutina terapéutica? ¿Cuándo se traza la línea? La lista de preguntas, desde luego, se puede extender de manera indefinida.

Algunas de estas nociones son usadas de manera flexible. El manejo de protocolos, por ejemplo, puede tener áreas de incertidumbre y ambigüedad. Lock (1995) ha mostrado la resistencia de los japoneses a apropiarse del concepto de *muerte cerebral*, y cómo el trasfondo social y cultural en el que las prácticas médicas están inscritas, en realidad permean la manera como se siguen los protocolos.

De cara a esta diversidad de problemas, sugiero analizar las consideraciones éticas en dos registros diferentes –pero complementarios– de sentido. El primero de ellos es el dominio colectivo: aquellas consideraciones éticas que aparecen como consecuencia de actitudes generales y colectivas hacia los trasplantes, usualmente *traducidas* en la legislación o en prohibiciones internacionales, que crean el escenario para políticas nacionales e incluso transnacionales. En este sentido, debo considerar dos posiciones fundamentales con respecto a la *consecución de órganos*: primeramente, un sistema de consecución basado en una forma de regalo *altruista* y *generoso*. Y segundo, un sistema *basado en el mercado*. Ambos modelos están sustentados en la idea de que hay una “escasez de órganos para el trasplante” a escala mundial. Sin embargo, se proponen maneras distintas de resolver el problema. El segundo registro de sentido es micro, y se refiere a la práctica clínica. Por ejemplo, la manera en que son abordados los donantes potenciales y el tipo de discursos utilizados para “convencer” a los parientes del donante de ceder sus órganos, son todas cuestiones enmarcadas dentro de concepciones colectivas y legitimadas en la búsqueda de órganos. Las contradicciones que surgen dentro de este registro pertenecen al mundo fenomenológico, es decir al universo de encuentros cara a cara.

Para el propósito de esta sección, haré un comentario sobre el primer registro, dada su centralidad en el debate sobre trasplante de órganos. Dejaré por ahora de lado la cuestión de la fenomenología de la práctica médica para retomarla en la sección en que la coyuntura entre la antropología y las prácticas médicas llevan a una nueva interpretación de los dilemas éticos.

El sistema altruista está de alguna manera basado en la experiencia del sistema de donaciones de sangre (Starr, 1998; Kimbrell, 1993). En este sentido, el modelo, tras años de batallas legales, se ha basado principalmente en la idea de donaciones voluntarias. De la misma manera, la retórica del trasplante de órganos apela al llamado deseo de ayudar a los otros (Prottas, 1983). Defensores de esta perspectiva arguyen que la metáfora según la cual “el órgano es un regalo” refuerza la idea de unidad, solidaridad y sentido de colectividad. Con base en el trabajo de Marcel Mauss, se podría concluir que las iniciativas opuestas admitirían cualquier forma de transacción comercial en la consecución de órganos.

Autores como Prottas (1983) se apresuraron a argüir en favor de un beneficio adicional derivado de la implementación del sistema altruista (Healy, 2000; 2004). No es sólo que procure gran parte del material biológico humano necesitado para fines de trasplantes, sino que su implementación tiene un valor adicional: encarna una proposición moral, una forma de manejar las necesidades de alguien. El modelo altruista es reproducido y legitimado con un discurso que usa la narrativa del “regalo de la vida” como su fuerza semántica principal. Los órganos son metonimias de la vida y un donante es potencialmente un agente dador de vida. Los vínculos implícitos en el modelo altruista producen, como en las sociedades que Mauss estudió, una obligación moral.

Un receptor de este regalo se siente obligado a retribuir la acción del donante, produciendo de esta manera una circularidad entre dar y recibir, lo que asegura la integración social. Pero los defensores de este discurso han visto cómo esta estructura ideal choca en la realidad con los protocolos que buscan mantener el estado estrictamente anónimo entre donante y receptor. Los protocolos estandarizados tienden a evitar de diferentes maneras cualquier tipo de red postrasplante. Desde este punto, Murray por ejemplo, se ha basado en otras variaciones del mismo tema en donde la última expresión de solidaridad es la donación a un *extraño*. Esto es, en sí mismo, un acto moral y caritativo que motiva nuestra responsabilidad hacia otros, una acción anónima y desinteresada que no tiene ningún compromiso más allá, pero que tiene suficiente fuerza centrípeta y unificadora. Murray concluye de cierta manera idealista que “Los regalos a los extraños afirman la solidaridad de la comunidad sobre y por encima de la despersonalización y las fuerzas alienantes de la sociedad de masas y las relaciones de mercado” (Murray, 1987: 35).



El tema de la *donación desinteresada* es parte del mito cristiano de sacrificio voluntario. ¿Hasta qué punto el problema de la consecución de órganos tiene alguna clase de la resonancia religiosa, de tal manera que induce a los ciudadanos a la donación desinteresada? ¿Hasta qué punto es una respuesta idiosincrática y contextual a una necesidad particular?

Pero las críticas a esta alternativa arguyen que la industria del trasplante no puede depender del deseo altruista de la gente. La brecha entre la consecución y la asignación de órganos, dicen estos críticos, es prueba del fracaso del sistema (Barney y Reynolds, 1989; Blumstein, 1993; Blair y Kaserman, 1991). Según Blair y Kaserman (1991), por ejemplo, no solamente el sistema altruista no funciona –significando que no reduce la escasez de órganos–, sino también tiende a agrandar la brecha entre donantes y receptores –el ritmo de la consecución es más lento que el de la asignación–. La alternativa a esta “escasez endémica” sería un sistema de consecución guiado por el mercado que dejaría a “las fuerzas naturales del mercado” regular la tensión entre la oferta y la demanda, los precios, la accesibilidad, etcétera. Su éxito dependería de tres condiciones complementarias: como Blair y Kaserman han argüido en su ensayo sobre trasplantes de riñones cadavéricos, primero, un más eficiente uso de las partes del cuerpo (ver por ejemplo a Glauber, Joel, Meta y Banta, 2000); segundo, la creación de incentivos financieros para los donantes de órganos; y finalmente, la transferencia de los derechos de propiedad del anterior donante a los receptores. Dadas estas condiciones, “las fuerzas naturales del mercado” regularían los precios de los órganos, quizás de acuerdo a la clase de órganos –si provienen de cadáveres o de personas vivas–, e incluso la disponibilidad del órgano mismo –los riñones son más fáciles de obtener que los hígados en ciertas localidades–, así como también la complejidad de los procedimientos médicos, etcétera. Además, un sistema de mercado no solamente reduciría la plausibilidad de un mercado negro, sino también reforzaría el bienestar social y reduciría los costos de un tratamiento patrocinado por el Estado para acabar con la enfermedad renal terminal u otras condiciones terminales, al menos en los Estados Unidos, donde todos estos estudios fueron realizados. Blair y Kaserman arguyen que una diálisis de por vida es mucho más cara que un trasplante de riñón.

En el mundo de lo que Donald Joralemon ha llamado de manera oportuna “la ideología de los derechos de propiedad” (Joralemon, 1995: 344), cuestiones tales como el contenido, contexto y naturaleza de las –injustas– transacciones, o desaparecen, o son resueltas con ceguera tecnocrática. De acuerdo con Blair y Kaserman, el sistema se basa en un consenso social y en decisiones “racionales” que excluyen cualquier forma de coerción. Entonces, “La esencia de la coerción es la de introducir una acción bajo el uso de la fuerza o de la amenaza” (Blair y Kaserman, 1991: 445). Y,

Si uno acepta el concepto básico de libertad individual, entonces debe adherirse a la visión de que el individuo debe ser libre de tomar sus propias decisiones y de tener responsabilidad sobre éstas. Dada esta visión, un intercambio voluntario entre dos partes no puede incluir ninguna forma de coerción económica o de otro tipo (Blair y Kaserman, 1991: 445).

Tomando los discursos de manera conjunta, una variedad interesante de presupuestos necesitaría un mayor desarrollo. Estoy de acuerdo con Joralomon en que la “ideología del regalo” y la “ideología de los derechos de propiedad” funcionan como “equivalentes ideológicos de drogas inmunosupresoras, diseñadas para inhibir el rechazo cultural” (Joralemon, 1995: 235). Ellas naturalizan la clase de transgresiones culturales que la tecnología de trasplantes encarna. Ambos discursos, de diferentes maneras, se enfrentan a una cuestión de valor. Murray, uno de los defensores de la generosidad desinteresada, empieza uno de sus ensayos diciendo que “Los cuerpos humanos tienen valor, y no sólo las personas cuyos cuerpos ellas son” (Murray, 1987: 30). No hay necesidad de recordar la forma que esta pregunta toma cuando se confronta con la ideología de mercado: los órganos tienen un valor de cambio, un valor monetario. En síntesis, sugiero que ambos sistemas tratan de imprimir una noción específica del valor de los órganos. Quizás eso es posible gracias a que la reificación del cuerpo sufre: la analogía órgano-cosa, en su simplicidad mecanicista, vacía de cualquier contenido la multidimensionalidad del cuerpo (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

El sistema de consecución de órganos oscila de manera ambigua entre el *egoísmo capitalista* y el *desinterés religioso*, entre el lenguaje de la *indeferencia emocional* y el lenguaje del *anonimato* y la *extrañeza*, respectivamente. Quizás éste es el contorno social que los debates éticos han tomado en los Estados Unidos y que ha irradiado a otras partes del mundo.

Finalmente, un breve desvío. Hay una interesante yuxtaposición semántica entre las nociones de cuerpo, cosa, propiedad y territorio. La manera en que estos conceptos interactúan dará una visión de las ideas de “valor” y “riqueza” en lugares concretos. Por ejemplo, si la familia de un pandillero muerto cerebralmente se rehúsa a donar sus órganos a otro joven, el cuerpo se convierte en “tierra baldía”, ya que ningún órgano fue “cosechado”. Ambos, el cuerpo y el territorio son “cosechados” en orden de ser productivos. La noción de “cosechar” inmediatamente recuerda la relación entre territorio-riqueza-cuerpo. Una forma de romper la actitud de la familia es *traducir* el dilema en un problema de valor: “Los órganos de su hijo son una forma de *redimir* una vida perdida”. Aquí, *el valor* atraviesa y yuxtapone los dominios del pasado y del futuro; la familia está atrapada entre estas temporalidades simultáneas.

El cuerpo es un sitio fundamental de producción y reproducción del poder. Colonizado por la mirada biomédica, ya sea por la invasión tecnológica o

por un discernimiento ético, el trasplante de órganos parece replicar otros dominios de las relaciones de poder. Pero estas reflexiones son sólo la semilla de futuras interpretaciones.

La pregunta que sigue sin respuesta es si este debate ideológico es reproducido de la misma manera en otros espacios sociales, y si es así, qué formas adquiere. En este momento, las prohibiciones internacionales contra la venta de órganos han dejado el sistema altruista como la única alternativa moralmente viable para conseguir órganos, en la medida en que la definición de muerte no cambie. Por lo tanto, ¿qué clase de alternativas a este sistema, y qué variaciones locales pueden aparecer en otros países? ¿Y qué implicaciones tienen estas alternativas en las redes internacionales?

### LA ANTROPOLOGÍA Y EL ENCUENTRO CLÍNICO

Como en otros momentos históricos, el uso de nuevas tecnologías médicas puede llevar a una serie de transgresiones culturales. En el siglo XVI, las técnicas de disección transformaron distinciones culturalmente construidas entre la vida y la muerte, a la vez que cuestionaron el *status* epistemológico de los “escritos antiguos” respecto a la configuración del saber médico (Sawday, 1996). A pesar de profundas diferencias, desde la disección de los cuerpos en los anfiteatros hasta las cirugías de trasplantes, la tecnología entra en el dominio de las relaciones sociales de formas muy complejas.

Como lo mencioné anteriormente, la distinción estricta entre vida y muerte ha sido transgredida por el uso de la cirugía de trasplantes. Pero ha sido el detallado estudio de las prácticas médicas en contextos locales lo que ha mostrado el grado en que estas fronteras se han borrado. Parece interesante que tales prácticas aún disten de estar estandarizadas globalmente. Al contrario, están atravesadas por interpretaciones culturales y sociales. La investigación antropológica ha establecido las relaciones entre la sociedad y el mundo biomédico (Martin, 1994; Downey y Dumit, 1997), y ha mostrado hasta qué punto la biomedicina, en su proceso interno de toma de decisiones a la luz de consideraciones éticas y técnicas, está plagada de contradicciones (Yeung, Kong y Lee, 2000; Browning y Thomas, 2001; Crowley, 2005; Martínez *et ál.*, 2001).

Entre estas tendencias enfocadas en el trasplante de órganos en la antropología médica, por ejemplo, consideremos el trabajo de Eniko Ohnuti-Tierney (1994). Ella nos reporta, de una forma muy general, el rechazo de la sociedad japonesa a acoger el concepto de muerte cerebral (véase también Lock, 1995). Como un contraejemplo, Ohnuti-Tierney describe la relativa facilidad con la que el concepto ha sido absorbido por el establecimiento médico en los Estados Unidos desde 1968. En ambos países, los debates sociales, las disputas morales e incluso la opinión experta han abordado el tema de manera muy distinta.

Hasta hace muy poco, en Japón había un rechazo a aceptar *incuestionablemente* –dada la legitimidad intrínseca de la ciencia– tal definición. La resonancia de la muerte está en el centro de la experiencia religiosa y social en Japón. El público en general ve muy difícil aceptar como muerto “un cadáver que respira”, un cuerpo conectado a un respirador artificial que parece alguien en un sueño profundo, cuyas funciones vitales *observables* parecen continuar.

La *imagen* de un cadáver que respira es *inimaginable*, representa toda suerte de contradicciones. Dada la imposibilidad y la plausibilidad de esta liminalidad, la sociedad japonesa tiende a ver el esfuerzo de la empresa de trasplantes como un área ambigua y extremadamente sensible, en la cual el límite entre asesinato y extracción de órganos puede volverse confuso. En este sentido, Lock (1996: 584) reporta el caso de médicos acusados de homicidio porque, de acuerdo con la familia del donante, el doctor extrajo los órganos antes de que el paciente estuviera “muerto”. El caso del doctor Wada en 1968 se convirtió en uno de los casos de negligencia en el que la condición crítica de un paciente fue sobreestimada con el propósito de realizar el primer trasplante de corazón en Japón. Estos eventos plantearon preguntas sobre la contextualidad social de la muerte y las formas complejas en que las tecnologías interactúan con los cuerpos. La metáfora mecanicista que representa el cuerpo como una máquina no puede percibir estos dominios, al mismo tiempo que no contempla otras consideraciones sociales.

Quizás el trabajo de Margaret Lock (1995; 1996; 1997) dé luces sobre este problema con mayor especificidad. Basándose en su propia investigación etnográfica, Lock afirma que la muerte cerebral es una definición aceptable en los Estados Unidos “en la medida en que el criterio tecnológico sea cumplido” (Lock, 1996: 575). Hasta cierto punto el escáner cerebral ha reemplazado, magnificado y transformado el poder de la evidencia ocular para leer el cuerpo. La definición cardiopulmonar de la muerte se ha basado en parte en el hecho de que el ojo funciona como un instrumento de interpretación. Los pulmones dejaron de funcionar y, por lo tanto, se puede inferir que la persona ha muerto. La distinción entre muerto y vivo se reforzó por una lectura médica que incluye una herramienta basada en el ojo-instrumento.

En pacientes muertos cerebralmente, conectados a respiradores artificiales, la lectura de la muerte está mediada por una tecnología distinta. De nuevo, la imagen del *cadáver que respira* viene a la mente. La implementación de esta tecnología conduce a una serie de transgresiones que Ohnuti-Tierney ha resaltado. Pero en este contexto, la declaración de la muerte sólo es posible después de cumplir con ciertos criterios tecnológicos. Uno de estos, quizás el más fundamental, es una prueba –un escáner cerebral y un electroencefalograma plano– que “nos dice” si el cerebro en su totalidad aún tiene una actividad neuronal integrada o no. Con la ausencia de toda actividad cerebral, los movimientos in-

voluntarios de los músculos –como el latido del corazón o la respiración– no pueden darse de ninguna manera. El escáner cerebral es una imagen que, dado un criterio particular de *interpretación*, lee el momento de la muerte.

Lock ha documentado cómo la declaración de la muerte, de acuerdo con el cumplimiento del criterio tecnológico, tiende a “naturalizar” y “normalizar” lo que en otras circunstancias se vería como algo transgresor. El escáner simplifica una variedad inmensa de tensiones en un único sistema de interpretación. Para la industria de los trasplantes, la importancia de la definición de muerte cerebral reside en el hecho de que tener una declaración exacta del *momento* de la muerte facilitaría la administración médica de donantes potenciales y el control estricto sobre las condiciones fisiológicas del cuerpo. Una parte fundamental del éxito de cualquier trasplante depende de la administración de estos protocolos. Pero también, el criterio que debe ser cumplido transforma el proceso de la muerte en un evento único, enmarcado en un espacio-tiempo tecnológico en el cual una interpretación apropiada del momento requiere de una gran cantidad de subtextos altamente sofisticados, solamente posibles en el contexto de las unidades de cuidados intensivos<sup>6</sup>. Sobra decir que una vez la muerte ha sido situada en lo abstracto, pero a la vez en el dominio de lo concreto, todas las consideraciones sociales desaparecen. La transgresión se normaliza y se invisibiliza. Tendríamos que esperar hasta la inserción concreta de la tecnología en una red de interacciones sociales para percibirla como profundamente problemática.

Pero aun cuando los médicos realizan la prueba del escáner para determinar *objetivamente* el momento de la muerte, las prácticas relacionadas con el trasplante de órganos están llenas de contradicciones<sup>7</sup>. El trabajo de Lock también dirige especial atención a este dominio. El tratamiento del cuerpo de un donante potencial, por ejemplo, puede ser una de esas prácticas. Cada Unidad de Cuidados Intensivos que participe en la red de trasplantes de órganos en los Estados Unidos y en otras partes, debe *tratar los cadáveres* de la misma manera. Una vez la persona ha sido declarada muerta, e incluso antes de ese momento, el cuerpo tiene que ser intervenido médicamente. Literalmente, en vista de este *neomort*, existe una considerable ambigüedad en la manera en que dicho cuerpo debe ser tratado. Desde una aproximación puramente mecanicista, y a pesar del hecho de que “muchos estarían de acuerdo con que esos donantes ya

6 Aquí considero la intervención médica y la declaración de la muerte como una red de acciones significativas que interactúan.

7 El examen de *apnea*, cuando el paciente es desconectado del respirador artificial al menos durante diez minutos, es otra *forma* de determinar la muerte cerebral. Pero aún el procedimiento en sí mismo es parte de un debate más amplio, en el cual no hay un criterio definido para el lapso de tiempo que se debe tomar. Instituciones diferentes lo aplican de manera distinta.

no son más personas” (Younger *et ál.*, 1985: 323), debe considerarse como una cosa, una entidad reificada totalmente vaciada de algún contenido vivo.

Las enfermeras habitan este mundo de ambigüedad. Entre los clínicos, en los casos reportados por Lock en los Estados Unidos, hay una gran ansiedad siempre que una apnea y otras pruebas físicamente invasivas van a ser realizadas en el cuerpo. Un pequeño error de interpretación haría que una terapia médica se convierta en una experiencia dolorosa. En lo puramente fenomenológico, el universo de la racionalidad de las definiciones médicas –muerte cerebral, por lo tanto no es persona– se encuentra a sí mismo inmerso en redes de significación. Una consecuencia directa de esta ambigüedad es el planteamiento de preocupaciones a los filósofos y a los especialistas en ética sobre el cuidado de un paciente que se encuentra en estado crítico, pero que a la vez se puede categorizar como un donante en potencia. Los pacientes pueden ser tratados como muertos antes de que el evento realmente suceda. La cuestión central es la de los derechos de los enfermos terminales.

Esta dificultad es lo que Linda Hogle ha llamado “la estandarización a través de dominios no estandarizados” (Hogle, 1995: 482). A pesar de la necesidad de una red de trasplantes nacional y transnacional que formule procedimientos estandarizados –tales como la *calidad* de los órganos, las prácticas de extracción, la definición de los donantes potenciales, los cuidados postoperatorios–, en el contexto médico local son disputados, reformulados o adaptados a las circunstancias sociales e históricas particulares (véase también Hogle, 1999). Por un lado, la historia, una forma particular de mirar el pasado, determina la manera como las nuevas tecnologías se entrelazan con la sociedad en general. Hogle ha mostrado de manera precisa este punto con respecto a la influencia de la investigación médica nazi en la manera cómo la tecnología de trasplantes es organizada en la Alemania contemporánea. Los eventos en los campos de concentración en Polonia, donde fueron efectuados trasplantes en los prisioneros, aún tienen resonancia en los actuales debates entre el monopolio de un Estado decidiendo las nuevas tendencias de la investigación y la autonomía que los médicos tratan de mantener cuando se enfrentan a las decisiones que implica la extracción de órganos. La historia de la medicina alemana ha influido en la manera cómo funcionan las redes de trasplantes en ese país. A la luz de estas coyunturas, el problema de la *estandarización* parece no ser un tema fácil de resolver.

El otro tema importante que Hogle discute es la producción y la aplicación de los protocolos. Éstos son fundamentales, dada la diversidad de miembros de la Unión Europea que poseen un programa de consecución de órganos. Lo que Hogle arguye en su libro (1999) es hasta qué punto los protocolos son negociados. Tomemos, por ejemplo, el concepto de “calidad del suministro”, es decir, la forma en que el perfil de un “buen donante” es definido. El grado de éxito en un

trasplante de riñón depende seriamente de la *calidad* tanto del órgano como del organismo “cosechante”. Así, parte de la calidad también incluye cualquier información complementaria sobre el donante que pueda dar claves sobre el estado de sus riñones y la plausibilidad de su uso. Un riñón de un alcohólico puede no ser conveniente para un trasplante. Pero Hogle encontró que esta información paralela –sea lo que sea que el coordinador del trasplante piense que es importante para un procedimiento exitoso– está moldeada por variables de género, clase y etnicidad. Hogle trae el caso del perfil de una donante potencial que fue descrita como “lesbiana”. Por esta razón, un prejuicio en contra de una población que de hecho tiene las estadísticas más bajas de VIH-SIDA en Alemania, sus órganos no fueron retirados. Ella se convirtió en una mala donante.

La investigación antropológica en esta área se ha concentrado en una diversidad de contextos, especialmente en países industrializados, donde los trasplantes de órganos se llevan a cabo regularmente. Sea desde la perspectiva de los coordinadores de trasplantes, enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos, o desde la perspectiva de los receptores mismos –véase por ejemplo, el ensayo de Sharp (1995) sobre la “identidad postrasplante”–, tal investigación ha revelado el flujo de presupuestos, concepciones y contradicciones entre las Unidades de Cuidados Intensivos, UCI, y el resto de la sociedad. La práctica científica no está separada de los significados disponibles en los discursos sociales. El trabajo de Emily Martin *Flexible Bodies*, por ejemplo, describe cómo la metáfora según la cual “el sistema inmunológico es flexible” parece poseer una fuerza significativa, interpretativa y organizacional en otras áreas de la sociedad. Nociones altamente especializadas sobre el sistema inmunológico permean de maneras no deterministas otros dominios de la sociedad, tales como la economía y la administración. Los muros de la *ciudadela* se fracturan, revelando sus planos de clivaje y los múltiples lugares en los que el saber y la sociedad, en vez de estar separados, se coproducen mutuamente.

Igualmente, el trasplante de órganos fluye dentro de la sociedad y se basa en matrices culturales e históricas que cubren con significados intrincados la multiplicidad de caras que adquiere. Veena Das (2000) analiza la manera cómo el “mundo de los trasplantes” en la India, e incluso en otras realidades nacionales, está constituido por una serie de discursos y prácticas íntimamente ligados. Así,

... considero las dispersiones que ocurren sobre varios *status*, lugares y posiciones que pueden ser ocupados dentro de este discurso. Desde su introducción hasta su implementación, la tecnología de trasplantes atraviesa universos éticos, legales y médicos. Forja relaciones entre mundos altamente técnicos de pabellones súper especializados en los hospitales, el mundo de las organizaciones y los individuos que procuran órganos, y las familias dentro las cuales las decisiones de regalar o vender “donantes cadavéricos” son tomadas (Das, 2000: 263).

Finalmente, a la luz de esta multiplicidad de textos y *traducciones* entre los mundos del trasplante de órganos y las redes adyacentes, la bioética es traída de vuelta a la discusión de una forma muy distinta. El trabajo de Patricia Marshall (1992) afirma que la bioética en América del Norte ha sido influenciada por fuertes principios de la filosofía racional y analítica. Marshall define de manera sucinta el campo de la bioética como una “pregunta sobre los dilemas morales creados por las aplicaciones teóricas y prácticas de los desarrollos tecnológicos asociados a la ciencia biomédica occidental” (Marshall, 1992: 50). A este respecto, las consideraciones morales y los dilemas éticos se construyen sobre principios asociados a la racionalidad occidental, tales como la autonomía para decidir un curso particular de acción, la autodeterminación y la conciencia. Esta “aproximación positivista” (Hoffmaster, 1990: 241) se basa en principios normativos generales que pueden ser aplicados a circunstancias concretas. Ésta ha sido la corriente más fuerte en la ética anglosajona, arguye Hoffmaster, donde “la experiencia moral de la enfermedad” es aprehendida a través de la filosofía moral aplicada<sup>8</sup>, un legado de la causalidad cartesiana que separa el lenguaje abstracto en la ética de la moralidad en la vida cotidiana.

230

En otro texto, Hoffmaster (1992: 1422) ha criticado la noción de “ética aplicada” como una “teoría motivada y basada filosóficamente en cómo esa actividad debe ser conducida”. Hoffmaster sigue enumerando lo que él llama críticas *internas* y *externas* contra la filosofía moral aplicada. Respecto a las segundas, documenta la presunción de universalidad en el uso del lenguaje para representar “objetivamente” los dilemas éticos<sup>9</sup>. De otro lado, llama la atención sobre la idea de que los conflictos morales –sus principales temas y aproximaciones– se encuentran cultural e históricamente situados. Los dilemas éticos son producto de las concepciones sociales sobre la ética y los fundamentos sobre los que éstas se basan.

Marshall, al igual que Hoffmaster aunque de diferente manera, sugiere la reconceptualización de la experiencia moral al tomar en consideración la densidad –y yo sugeriría el entrelazamiento– de voces yuxtapuestas inmersas en toda clase de interacciones humanas, incluyendo los textos que intentan representar esas interacciones, esto es el “caso” en sí mismo. En vez de unas reglas generales, ambos autores sugieren reinscribir la contradicción, la negociación

8 Ted Chambers (1999: 10) ha señalado cómo el debate entre los filósofos morales y los especialistas en ética aplicada es visto como una discusión sobre la autoridad narrativa.

9 De nuevo, Chambers documenta la configuración narrativa sobre la cual residen los reclamos de objetividad de la ética aplicada. Ciertos dispositivos retóricos, como empezar un caso con una historia médica del paciente, pueden dar una sensación de desapego y de objetividad en la aproximación al dilema moral. En resumen, Chambers llama la atención sobre la inmensa complejidad que emana de los reclamos de la autoridad en los discursos éticos.



y la complejidad social en el proceso de la toma de decisiones. Por lo tanto, lo que parece perdido del panorama es una “fenomenología moral” (Hoffmaster, 1992: 53), una *ética del encuentro* que la etnografía es capaz de revelar.

Esta revelación puede darse o bien a través de la visibilización de la densidad de la experiencia humana y los juegos del lenguaje en los que las interacciones son posibles, o bien problematizando y desfamiliando los fundamentos culturales de los dilemas morales. Así, abogando por la incorporación de la etnografía en el análisis ético, Jeannings afirma que los eticistas fracasan en reconocer “los conceptos y las categorías morales inmersos en las formas de práctica social y experiencia que se estructuran vía patrones institucionales o con el encuentro con ciertas limitaciones tecnológicas” (Jeannings, 1990: 269). Nuevas aproximaciones se han presentado en los últimos años como lo son la ética contextual (Hoffmaster, 1992), la ética situacional (Blum, 1991), la hermenéutica (Lock, 1990; Leder, 1990; Baron, 1990; Carson, 1990) y el análisis narrativo (Chambers, 1999). La perspectiva del detalle, tan particular de la etnografía, enriquece todas estas aproximaciones.

La discusión pública y los debates académicos se han alimentado de la investigación antropológica sobre las redes y las prácticas de los trasplantes de órganos y tejidos humanos.

### **EL TRÁFICO DE ÓRGANOS: ENTRE EL ROBO Y LA NARRATIVA DE RESISTENCIA**

En años recientes, un grupo de médicos, activistas de derechos humanos, antropólogos, historiadores de la medicina y abogados, entre otros, han venido liderando la discusión internacional sobre el tráfico de órganos humanos. Algunos datos reunidos en investigaciones en Sudáfrica (Niewijk, 1999; Scheper-Hughes, 2000), India, Brasil y China (Human Rights Watch, 1999) han planteado posibles ejemplos sobre los mercados ilegales de órganos humanos. A pesar del hecho de que el comercio con órganos humanos sólidos es ilegal en todas partes en el mundo, y de que la Asociación Médica Mundial ha dado declaraciones públicas contra éste (World Medical Association, 1985; 1987; 1989; 1994), el debate parece centrarse sobre si estas “historias” de robos de órganos son rumores o “hechos reales”.

Sobre este punto, consideraré dos posiciones al respecto: la primera trata de argumentar un caso a favor de la hipótesis que plantea la mercantilización del cuerpo y sus partes (Rothman, 1998; Scheper-Hughes, 2000). La segunda ve en los rumores del tráfico ficciones que hablan sobre las vidas y los cuerpos de personas bajo los regímenes de opresión colonial, especialmente en Sudáfrica (White, 1997).

Scheper-Hughes escribe:

La emergencia de mercados extraños, exceso de capitales, excedentes de cuerpos y una abundancia de partes ha generado un comercio global de cuerpos que promete a selectos individuos con medios económicos en cualquier parte en el mundo (...) una extensión milagrosa de (...) la vida nuda (Scheper-Hughes, 2000: 4).

Lo que este documento plantea es la posibilidad, en un lenguaje mercantil, de un sistema desigual e injusto de extracción y asignación de órganos. Scheper-Hughes trae a colación una serie de datos de diferentes lugares para mostrar la existencia de unos mercados negros, robo, redes de corredores, compradores y vendedores. Es interesante que los casos hayan sido permeados por la violencia, la exclusión y la pobreza. Sin embargo, su texto es un informe fragmentado que plantea la plausibilidad de dicho mercado, pero es difícil inferir de él los diferentes lugares y procesos de donde los órganos y los injertos de los pobres son literalmente “cosechados”. A pesar de la presencia de testimonios de todos los tipos, desde médicos hasta habitantes de tugurios, resulta difícil señalar con precisión la existencia de redes y vínculos del mercado de órganos. El estudio se ampliaría si se considerara la imbricación de las redes oficiales de trasplantes con las redes de sufrimiento. Desde mi punto de vista, si existe un mercado de órganos, tales redes deben situar sus transacciones no en el dominio de una conspiración global irreconocible, sino en el tipo de *transacciones* que hacen posible que los órganos sean “objetos de la conciencia” (Das, 2000: 287). No es difícil ver cómo las prácticas médicas, por ejemplo, son reconfiguradas por grupos de interés como los cirujanos de trasplantes, o los receptores acaudalados, entre otros.

Sin embargo, el trabajo de Scheper-Hughes trae de nuevo a la discusión el hecho de que el trasplante de órganos, de una manera u otra, es parte de un mundo transnacional, y esto incluye no solamente el mundo industrializado donde la tecnología ha tenido una resonancia específica; también ha sido implementado en circunstancias sociales donde la exclusión y la pobreza son rampantes. A pesar de esta clarificación, su trabajo es muy general y quizás demasiado fragmentado para ser persuasivo. Pero su trabajo tiene algo de lo que los otros carecen: problematiza la tecnología de trasplantes en los límites —donde el estado de emergencia es crónico—, y cuestiona la relación que tal tecnología establece con la economía global.

La otra percepción en el tráfico de órganos, que voy apenas a mencionar, está basada en su aspecto narrativo. Los rumores de robo de órganos no se basan en hechos, sino en narrativas que “dicen algo” sobre la vulnerabilidad del cuerpo en tiempos de dominio colonial. Son narrativas de resistencia que tratan de hacer inteligible un mundo profundamente hundido en la violencia. Esos rumores aparecen en momentos particulares en el tiempo, en diferentes lugares, con características específicas. Son sólo parte de leyendas urbanas. El

caso que White (1997) reporta es el tráfico de cabezas de niños durante los años ochenta en Sudáfrica. Es interesante notar cómo el debate se ha polarizado en un grupo de oposiciones: entre la verdad y la falsedad, entre la precisión de los hechos y la invención narrativa.

### CONCLUSIÓN: LLENANDO LOS VACÍOS

La investigación antropológica sobre el trasplante de órganos se ha centrado en la forma en que el saber científico no solamente es producido en laboratorios especializados, sino también en otros dominios de la sociedad. En esta línea de pensamiento, una manera de concebir la antropología de la ciencia es tomando un escenario científico especializado, enmarcado dentro de una cultura en particular, es decir,

... las formas, las estrategias que se reconocen y se usan e inventan para darle sentido, desde el sentido común hasta las disputas, desde la enseñanza hasta el aprendizaje, son también la manera de hacer y usar las cosas y las formas en que ellas hacen su mundo (Traweek, citado en Martin, 1998: 28).

Una aproximación cultural a la ciencia vería estas estrategias como constituidas por patrones de interacción, formas de agenciamiento, marcadores de diferencia e identidad, expectativas y sentido de historia compartida. Así uno podría estar de acuerdo con Latour en acercarse al laboratorio como los antropólogos se aproximan a pequeñas comunidades, cara a cara; pero eso sería simplificar demasiado el trabajo antropológico y sólo revelaría una parte del cuadro general. La otra parte implicaría ver la práctica de esta comunidad hiperespecializada como un producto cultural inmerso en más amplias redes. Yo argumentaría que el trasplante de órganos puede ser visto desde ambos puntos de vista, esto es, poniendo la tecnología y la ciencia en una perspectiva cultural e histórica para problematizarla.

Pero, a diferencia de otras perspectivas en la producción social de conocimiento donde esta *citadela* supuestamente está aislada y se mantiene fuera de la influencia de la sociedad en general, la investigación antropológica ha cuestionado los presupuestos según los cuales la producción científica es parte de un dominio aislado. Los científicos arguyen que lo que ellos hacen en sus laboratorios no tiene nada que ver con lo que pasa *allí afuera*, en la contingencia de la vida diaria. Pero esta percepción parece cada vez más difícil de mantener. Abstrayendo la ciencia de su escenario altamente especializado, el del laboratorio —uno podría incluso hacer una aproximación etnográfica del mismo—, y a través de una relación más dinámica entre la producción científica y la sociedad, se ha producido un serio interés no solamente en dichas prácticas, sino también en el flujo, adaptación y problematización de los discursos científicos en otros dominios sociales.

En este sentido, parece importante trazar las condiciones de circulación y las *genealogías* particulares del trasplante de órganos en Colombia, desde su concepción hasta su implementación tecnológica. Conceptos y discursos son investidos con nuevos significados o reforzados en su concreción pragmática. Un discurso altruista absorbido o bien se reconstruye o bien se *traduce* en términos diferentes, y ésta es una pregunta fundamental. En relación con esto, Veena Das ha documentado cómo la cuestión de la “escasez de órganos” y la configuración de los sistemas de consecución y asignación en la India ha tenido connotaciones nacionalistas (Das, 2000: 268).

Si la ciencia está cimentada en la sociedad, su producción hoy es parte de mayores tensiones económicas y políticas. La distribución estratégica de relaciones de poder parece ser una de sus fuerzas rectoras. Grupos de interés en la producción del conocimiento, capital especulativo, doctores, compañías farmacéuticas, grupos de apoyo a pacientes, y el prestigio académico dan un contorno diferente a la tecnología y la ciencia (Rabinow, 1996). La implementación de ciertos dispositivos técnicos no es meramente la consecuencia triunfalista de la razón aplicada al cuerpo humano, sino la forma que adquieren los intereses estratégicos. Por lo tanto, no solamente las limitaciones técnicas dan forma a la investigación científica sino también los presupuestos históricos (Fox Keller, 2000), las restricciones financieras, la aplicabilidad potencial, las expectativas de mercadeo, e incluso, las interpretaciones culturales de la tecnología –tengamos en cuenta el debate sobre la muerte cerebral en Japón–.

Parcialmente, la antropología médica se ha enfocado en cómo las tecnologías médicas y las redes de prácticas que las constituyen traen consigo las transgresiones culturales en el contexto de tensiones de poder más amplias. Respecto a esto, es importante problematizar su producción y su *naturalización* de manera tal que se perciban los diversos vínculos que esas tecnologías y discursos tienen con otras formas de poder y otros dominios de la sociedad (Martin, 1994). Por lo tanto, al proponer Colombia como un posible sitio de investigación, varios problemas se pueden plantear.

El primero de ellos es que la investigación antropológica de mayor profundidad sobre los trasplantes humanos ha sido producida dentro de los límites de los países industrializados, principalmente Estados Unidos, Japón y Alemania. La investigación en Colombia daría claves sobre cómo las redes de trasplantes de órganos realmente funcionan en contextos –profundamente permeados por la violencia– distintos a los de los países industrializados.

Observando la economía política de la *consecución de órganos y tejidos* en Colombia, se podría ver el proceso por el cual la retórica hegemónica producida en los Estados Unidos es *traducida* en un medio médico y social diferente. En ese sentido, hay una historia de transferencias y transacciones de conceptos,

imaginarios, discursos, técnicas especializadas y máquinas de enclaves industrializados en otros contextos locales. En este sentido, los médicos colombianos son un tanto “consumidores” del “avance” tecnológico –situándolos fuera de la *ciudadela* superespecializada– y, al mismo tiempo, las Unidades de Cuidados Intensivos constituyen *ciudadelas* en sí mismas.

Desde este punto, en un primer nivel, sería importante explorar los nexos académicos de los médicos, la historia de entrenamiento y las organizaciones profesionales a las que pertenecen. ¿De qué manera, por ejemplo, el personal médico colombiano ha tomado prestado los debates éticos sobre la consecución de órganos de otros ámbitos? Es importante ver cómo los discursos y las prácticas son reformulados, adaptados e incluso cuestionados por aquellos que están relacionados con la “industria” de órganos. ¿Cómo es traducida –y bajo qué términos y metáforas– la retórica de la “escasez de órganos” que ha permeado la sociedad colombiana? ¿Cómo han aparecido aquí los temas del altruismo y el mercadeo? Hasta cierto punto, la tecnología de trasplantes de Colombia está simultáneamente informada y transformada por contextos locales violentos e influencias internacionales. De la misma forma, la tecnología de trasplantes impulsa una relación entre productor y consumidor que se conecta con el capitalismo transnacional.

Enfocándose en el escenario local, dos tipos de problemas deben ser atendidos. Primero, ¿existe un espacio –multilocalizado– en el cual las redes de prácticas y discursos sobre trasplantes –desde la consecución hasta la asignación– se intersecan con las redes de sufrimiento social y se yuxtaponen a éstas? En otras palabras, ¿hasta qué punto la actual situación del país, desde la pobreza masiva hasta la producción geométrica de cuerpos invisibles desconocidos, influye en el trasplante de órganos? La prensa ha documentado el uso en escuelas médicas de indigentes asesinados. Al mismo tiempo, un antiguo Ministerio del Interior abrió una oficina a cargo de la investigación de trasplantes humanos ilegales y del robo de órganos. Dónde, en las redes de sufrimiento, esto se convierte en una posibilidad, es un problema que debe ser investigado. Lo que trato de sugerir, sin embargo, es que en Colombia los rumores de robo de órganos corren a través de inmensas *comunas* y barrios marginales. Sin embargo, sería interesante estudiar el *robo de órganos* no como un tema *per se*, sino más bien la naturaleza de las transacciones involucradas en su consecución.

En relación con el sistema de la consecución de órganos y teniendo presente la cuestión del robo, se pueden identificar dos cuestiones importantes. Una es el proceso de asignación que implica donantes y receptores compatibles, produciendo listas de espera, y sobre todo, definiendo un “buen receptor” dentro del grupo de candidatas potenciales.

La segunda cuestión se refiere al proceso de consecución de órganos: cómo los órganos son escogidos, “cosechados” y removidos; cómo los tejidos

y los injertos son tomados de los cadáveres, y alrededor de qué circunstancias técnicas; qué clase de interacciones y transacciones a nivel micro produce la inercia particular del sistema. Es en este nivel en donde la desesperanza, las situaciones estresantes, las transacciones injustas y las contradicciones éticas son negociadas. Entonces, ¿cómo son construidas y bajo qué posibilidades? El interés en estos temas reside en el hecho de que estas observaciones pueden extenderse desde este centro hacia otros dominios del mundo del trasplante de órganos. Es un movimiento hacia “afuera”, por así decirlo, de un encuentro clínico institucional –médicos, coordinadores, etcétera– a otras transacciones sociales fuera del dominio de los encuentros estrictamente médicos.

El segundo grupo de problemas se deriva de los primeros. ¿Qué dicen los rumores sobre el robo de órganos en Colombia, sobre el cuerpo, su maltrato e invisibilidad? Otro tema complementario implica rastrear y deconstruir el tema de la muerte en la legislación colombiana e investigar si la definición de Harvard ha sido “transplantada” o no. ¿Cuál es el contenido implícitamente metafórico de esta definición de la muerte y cómo ella choca no solamente con restricciones culturales sino también con grupos de interés?

236

Reuniendo estas consideraciones, tenemos un sistema de trasplante de órganos con redes de consecución y asignación. Ambas redes tienen dos aspectos delicados: las transacciones de consecución y las de asignación. Así, una parte de la investigación sobre el tema debe “localizarse” en tres centros complementarios. Uno, y el más importante, es la práctica médica y el encuentro clínico, que incluiría la experimentación médica<sup>10</sup>, las transacciones de consecución y los protocolos de estandarización –quizás, una aproximación etnográfica de la *citadela*–. Segundo, la existencia de grupos de apoyo para quienes la negociación del significado del trasplante es fundamental para apoyarlo o disputarlo. ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de donar órganos, de ser forzado a tomar un conjunto de drogas todos los días para tener una vida “normal” –en el caso de los donantes vivos–? ¿Cómo la noción de “trasplante exitoso” se problematiza por pacientes y se idealiza por médicos? Esta parte mostrará que los trasplantes de órganos están constituidos por una multiplicidad de voces.

Finalmente, ¿qué tipo de relación tiene el trasplante con otras instituciones? En las universidades, por ejemplo, a los estudiantes se les enseña a habitar en ese lenguaje y a reforzar ciertas prácticas de interacción, a dar peso ético a ciertos problemas y no a otros. Las instituciones legales y las narrativas, a las

10 Es importante anotar que el Instituto Nacional de Salud tiene varios programas experimentales en asociación con universidades privadas. Hay cuatro bancos de órganos y tejidos, ojos, riñones, piel y huesos. En esta área particular, parece importante rastrear cómo los procedimientos experimentales se vuelven terapéuticos y cómo esa tensión es resuelta.

que pertenecen por ejemplo jueces, abogados y leyes, también son sitios donde las transacciones y las relaciones de poder finalmente se inscriben. ¿Cómo y por qué las leyes sobre trasplantes fueron escritas, sobre qué presupuestos y con qué objetivos? El proceso de consecución es negociado en algún punto de la interacción de esos centros, lugares y discursos discontinuos. —☞

#### REFERENCIAS

**Aly, Göts, Peter Chroust and Christian Pross**

1994 *Cleansing the Father Land. Nazi Medicine Racial Hygiene*. Baltimore and London, Johns Hopkins University Press.

**American Academy of Pediatrics (Committee on Bioethics)**

1992 "Infants with Anencephaly as Organ Sources: Ethical Considerations" en, *Pediatrics* 89 (6) pp. 1116-1119.

**Anna, G. and Grodin, M.**

1992 *The Nazi Doctors and Nuremberg Code*. New York, Oxford University Press.

**Aries, P.**

1983 *The hour of Our Death*. Harmondsworth, Penguin.

**Balsamo, A.**

1991 "On Cutting Edge: Cosmetics Surgery and the Technological Production of the Gendered Body" en, *Camera Oscura* 258, pp. 207-238.

**Barney, L. D. and R. L. Reynolds**

1989 "An Economic Analysis of Transplant Organs" en, *Atlantic Economic Journal* 17, pp. 12-20.

**Baron, R.**

1990 "Medical Hermeneutics: Where is the "Text" We are Interpreting?" en, *Theoretical Medicine* 11(1), pp. 25-28.

**Benthall, J.**

1974 "Modern Surgery as a Form of Body Alteration" en, *Anthropology Today* 2, pp. 16-17.

**Bernat, J.**

1997 "A Defense of the Whole-Brain Concept of Death" en, *Hastings Center Report* 27(1), pp. 14-23.

**Bijker, W., Hughes, T. y Pinch, T. (eds.)**

1987 *The Social Construction of Technological Systems*. Cambridge, MIT Press.

**Blair, R. D. and David L. Kaserman**

1991 "The Economics and Ethics of Alternative of Cadaveric Organ Procurement Policies" en, *Yale Journal on Regulation* 8, pp. 403-452.

**Blum, L.**

1991 "Moral Perception and Particularity" en, *Ethics* 101(4), pp. 701-725.

**Blumstein, J.**

1993 "The Use of Financial incentives in Medical Care: The case of Commerce in Transplantable Organs" en, *Health Matrix* 3, pp. 1-30.

**Braidotti, R.**

1989 "Organs Without Bodies" *Differences* 1(1), pp. 147-161.

**Browning, Colette and Shane A. Thomas**

2001 "Community values and preferences in transplantation organ allocation decisions" en *Social Science and Medicine* 52, pp. 853-861.

**Caplan, A. and Daniel H. Coelho**

1998 *The Ethics of Organ Transplants*. Amherst, Prometheus Books.

**Carson, R. A.**

1990 "Interpretive Bioethics: The Way of Discernment" *Theoretical Medicine* 11(1), pp. 51-60.

**Casper, M. J. and Marc Berg**

1995 "Constructivist Perspectives on Medical Work: Medical Practices and Science and Technology Studies" en, *Science, Technology, and Human Values* 20(4), pp. 395-407.

**Castillejo, Alejandro**

2007 "Raza, alteridad y exclusión durante la Alemania de la década de 1920" en, *Revista de Estudios Sociales* 26, pp. 126-137.

**Chambers, T.**

1999 *The Fiction of Bioethics*. New York and London, Routledge.

**Clark, Margaret**

1993 "Medical Anthropology and the Redefining of Human Nature" en, *Human Organization* 52(3), pp. 233-242.

**Conrad, L. I. et ál.**

1995 *The Western Medical Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press.

**Crowley-Matoka, Megan**

2005 "Desperately seeking 'normal': the promise and perils of living with kidney transplantation" en, *Social Science and Medicine* 61, pp. 821-831.

**Csordas, Th. J.**

1990 "Embodiment as a Paradigm For Anthropology" en, *Ethos* 18, pp. 5-47.

**Csordas, Th. J.**

1995 *Embodiment and Experience*. Cambridge, Cambridge University Press.

**Das, Veena**

2000 "The Practice of Organ Transplants: Networks, Documents, Translations" en, Lock, M., Allan Young and Alberto Cambrosio (eds.), *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 263-287.

238

**Des Chenes, Dennis**

2001. *Spirits and Clocks: Machine and Organism in Descartes*. Ithaca, Cornell University Press.

**Des Chenes, Dennis**

2000 *Life's Forms: Late Aristotelian Conceptions of the Soul*. Ithaca, Cornell University Press.

**Downey, G. E. and Joseph Dumit (eds.)**

1997 "Locating and Intervening/An Introduction" en, Downey, G. E. and Joseph Dumit (eds.), *Cyborgs and Citadels*. Santa Fe, New Mexico, School of American Research Press.

**Elliot, C.**

2000 "A New Way to Be Mad" en, *The Atlantic Monthly* December, pp. 73-84.

**Feher, Michel, Ramona Naddaff and Nadia Tazi**

1989 *Fragments for a History of the Human Body*. Vol 2, 3. New York, Zone Books.

**Foucault, Michel**

1979 *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. New York, Vintage.

**Gallagher, C.**

1989 "The Biopolitics of Our Mutual Friend" en, Feher, Michel, Ramona Naddaff and Nadia Tazi, *Fragments for a History of the Human Body*, Vol 3. New York, Zone Books pp. 345-365.

**Glauber, B., Beverly Joel, Heavy Meta, and Alyssa Banta**

2000 "Choice Cuts" en, *Harper's Magazine*, December, p. 92.

**Gold, E. R.**

1996 *Body Parts*. Washington, Georgetown University Press.

**Greenblatt, S.**

1997 "Mutilation and Meaning" en, Hillman, D. and Carla Mazzio (eds.), *The Body in Parts. Fantasies of Corporality in Early Modern Europe*. New York and London, Routledge, pp. 221-241.

**Gudeman, S.**

1992 "Remodeling the House of Economics: Culture and Innovation" en, *American Ethnologist* 19, pp. 141-155.

**Guttmann, R.**

1991 "The Meaning of The Economics and Ethics of Alternative of Cadaveric Organ Procurement Policies" en, *Yale Journal on Regulation* 8, pp. 453-462.

**Haraway, D.**



1989 "The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse" en, *Differences* 1(1), pp. 3-43.

**Haraway, D.**

1991 *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature*. New York, Routledge.

**Harris, Sheldon**

1993 *Factories of Death. Japanese Biological Warfare, 1932-1945, and the American Cover-up*. London, Routledge.

**Healy, K**

2000 "Embedded Altruism: Blood Collection Regimes and the European Union's Donor Population", en *The American Journal of Sociology*, Vol. 105, No. 6. (May, 2000), pp. 1633-1657

**Healy, K**

2004 "Altruism as an Organizational Problem: The Case of Organ Procurement" en, *American Sociological Review*, Vol. 69, No. 3. June, pp. 387-404

**Helman, C.**

1988 "Dr. Frankenstein and the Industrial Body" en, *Anthropology Today* 4(3), pp. 14-16.

**Hess, D.**

1997a "If You're Thinking of Living in sts" en, Downey, G. E. and Joseph Dumit (eds.), *Cyborgs and Citadels*. Santa Fe, New Mexico, School of American Research Press, pp. 143-164.

**Hess, D.**

1997b *Science Studies. An advance Introduction*. New York, New York University Press.

**Hess, D. y Layne, L. (Eds.)**

1991 *Knowledge and Society. Vol. 9: The Anthropology of Science and Technology*. Greenwich, Connecticut, JAI Press.

**Hillman, D.**

1997 "Visceral Knowledge. Shakespeare, Skepticism, and the Interior of the Early Modern Body" en, Hillman, D. and Carla Mazzio (eds.), *The Body in Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*. New York and London, Routledge pp. 81-105.

**Hillman, D. and Carla Mazzio**

1997 "Introduction. Individual Parts" en, Hillman, D. and Carla Mazzio (eds.), *The Body in Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*. New York and London, Routledge pp. xi-xxix.

**Hoffmaster, B.**

1990 "Morality and the Social Science" en, George Weisz (ed.), *Social Science perspective on Ethics*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, pp. 241-260.

**Hoffmaster, B.**

1992 "Can Ethnography Save the Life of Medical Ethics?" en, *Social Science and Medicine* 35(12), pp. 1421-1431.

**Hogle. L.F.**

1995 "Standardization across Non-standard Domains: The Case of Organ Procurement" en, *Science, Technology, and Human Values* 20(4), pp. 482-500.

**Hogle. L.F.**

1999 *Recovering the Nation's Body*. New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press.

**Huet, M. H.**

1993 *Monstrous Imagination*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

**Human Rights Watch/Asia**

1995 *An Executioner's Testimony. Supplementary Submission by HRW/A the U.S. Senate Committee on Foreign Relations May 4, 1995, Hearing on China's Use of Executed Prisoner's Organs*.

**Jacquart, D. and Thomasset, C.**

1988 *Sexuality and Medicine in the Middle Ages*. Princeton, Princeton University Press.

**Jasanoff, Sheila, G. Markle, J. Petersen, T. Pinch**

1995 *Handbook of Science and Technology Studies*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.

**Jennings, B.**

- 1990 "Ethics and Ethnography in Neonatal Intensive Care" en, George Weisz (ed.), *Social Science Perspective on Medical Ethics*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, pp. 261-72.
- Joralemon, D.**  
1995 "Organ Wars: The Battle for the Body Parts" en, *Medical Anthropology Quarterly* 9(3), pp. 335-356.
- Jordanova, L.**  
1999 *Nature Displayed. Gender, Science and Medicine, 1670-1820*. London and New York, Longman.
- Keller, E. F.**  
2000 *The Century of the Gene*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Kimbrell, A.**  
1993 *The Human Body Shop*. San Francisco, Harper.
- Kirmayer, L.**  
1992 "The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience" en, *Medical Anthropology Quarterly* 6(4), pp. 323-346.
- Kleinman, A.**  
1995 *Writing at the Margin*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Knorr-Cetina, K.**  
1983 "The Ethnographic Study of Science: Towards a Constructivist Perspective", en K. Knorr-Cetina and M. Mulkay (eds.), *Science Observed: Perspectives on the Social. Study of Science*. London, SAGE.
- Knorr-Cetina, K. y Mulkay, M. (eds.)**  
1983 *Science Observed: Perspectives on the Social. Study of Science*. London, SAGE.
- Latour, B.**  
1986 *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. Princeton, Princeton University Press.
- Latour, B. y Woolgar, S.**  
1993 *We have Never Been Modern*. Cambridge, Harvard University Press.
- Leder, D.**  
1990 "Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine" en, *Theoretical Medicine* 11(1), pp. 9-24.
- Le Goff, J.**  
1989 "Head or Heart. The Political Use of Body Metaphor in the Middle Ages" en, Feher, Michel, Ramona Naddaff and Nadia Tazi (eds.), *Fragments of a History of the Human Body*. Vol 3. New York, Zone Books, pp. 13-27.
- Lindembaum, S. y Lock, M. (eds.)**  
1993 *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, University of California Press.
- Lock, J.**  
1990 "Some Aspects of Medical Hermeneutics: The Role of Dialectics and Narrative" en, *Theoretical Medicine* 11(1), pp. 41-50.
- Lock, M.**  
1995 "Transcending Mortality: Organ Transplants and the Practice of Contradictions" en, *Medical Anthropology Quarterly* 9(3), pp. 390-399.
- Lock, M.**  
1996 "Death in Technological Time: Locating the End of Meaningful Life" *Medical Anthropology Quarterly* 10(4), pp. 575-600.
- Lock, M.**  
1997 "Displacing Suffering: The Reconstruction of Death in North America and Japan" en, Kleinman, A., Veena Das and Margaret Lock (eds.), *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, pp. 207-244.
- Lock, M.**  
2000a "On Dying Twice: Culture, Technology and the determination of Death" en, Lock, M., Allan Young and Alberto Cambrosio (eds.), *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 233-262.
- Lock, M.**

2000b "The quest for Human Organs and the Violence of Zeal" In Veena Das, Arthur Leinman, Mamphela Ramphele and Pamela Raynolds (eds.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, pp. 271-295.

**Lock, M., Allan Young and Alberto Cambrosio (eds.)**

2000 *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge, Cambridge University Press.

**Low, S. M.**

1994 "Protest of the Body" en, *Medical Anthropology Quarterly* 9(4), pp. 476-478.

**Marshall, P.**

1992 "Anthropology and Bioethics" en, *Medical Anthropology Quarterly* 6(1), pp. 49-73.

**Menikoff, J.**

1999 "Organ Swapping" en, *Hastings Center Report* 29(6), pp. 28-33.

**Mahowald, M.B., Jerry Silver and Robert A. Ratcheson**

1987 "The Ethical Options in Transplanting Fetal Tissue" *Hastings Center Report* 17(1), pp. 9-15.

**Martin, E.**

1992 "The End of the Body?" en, *American Ethnologist* 19, pp. 121-140.

**Martin, E.**

1994 *Flexible Bodies*. Boston, Beacon.

**Martin, E.**

1998 "Anthropology and Cultural Study of Science" en, *Science, Technology, and Human Values* 23, pp. 24-44.

**Martinez, José, Jorge S. Lopez, Antonio Martin, María J. Martín, Barbara Scandroglio, Jose M. Martín**

2001 "Organ Donation and Family Decision-Making within the Spanish Donation System" en, *Social Science and Medicine* 53, pp. 405-421.

**Menocal, Maria Rosa**

2002 *The Ornament of the World*. New York, Little Brown and Company.

**Morgan Capron, A.**

1987 "Anencephalic Donors. Separate the Dead from the Dying" en, *Hastings Center Report* 17(1), pp. 5-8.

**Murray, Th. H.**

1987 "Gifts of the Body and the Needs for Strangers" en, *Hastings Center Report* 17(2), pp. 30-38.

**Nelkin, Dorothy and Lori Andrews**

1998 "*Homo Economicus*. Commercialization of Body Tissue in the Age of Biotechnology" en, *Hastings Center Report* 28(5), pp. 30-39.

**Niewijk, A.**

1999 "Tough Priorities. Organ triage and the Legacy of Apartheid" en, *Hastings Center Report* 29(6), pp. 42-50.

**Nuland**

1997 *Doctors. The Biography of Medicine*. New York, Alfred A. Knoff.

**Nutton, V.**

1995a "Medicine in the Greek World, 800-50 BC" en, Conrad, L. I. et al. *The Western Medical Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 11-38.

**Nutton, V.**

1995b "Roman Medicine, 250 BC to 200 AD" en, Conrad, L. I. et al. *The Western Medical Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 39-70.

**Ohnuti-Tierney, E.**

1994 "Brain Death and Organ Transplantation" en, *Current Anthropology* 35(3), pp. 233-254.

**Ott, B. B.**

1995 "Defining and Redefining Death" *Alternative Therapies in Health and Medicine, American Journal of Critical Care* 4(6), pp. 476-480.

**Paster, G. K.**

1997 "Nervous Tension. Networks of Blood and Spirit in the Early Modern Body" en, Hillman, D. and Carla Mazzo (eds.), *The Body in Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*. New York and London, Routledge pp. 107-125.

**Pickering, A. (Ed.)**

1995 *Science as Practice and Culture*. Chicago, Chicago University Press.

**Porter, R.**

1995 "The Eighteenth Century" en, Conrad, L. I. et ál., *The Western Medical Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 371-475.

**Price, David**

2000 *Legal and Ethical Aspects of Organ Transplantation*. Cambridge, Cambridge University Press

**Proctor, Robert**

1998 *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

**Prottas, J.**

1983 "Encouraging Altruism: Public Attitudes and the Marketing of Organ Donation" en, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 61(2), pp. 278-306.

**Rabinow, Paul**

1996 *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, Princeton University Press.

**Rabinow, Paul**

1997 *Making PCR*. Chicago and London, University of Chicago Press.

**Rapp, R.**

1999 *Testing Women, Testing Fetus*. New York and London, Routledge.

**Robertson, J.**

1999 "The Dead Donor Rule" *Hastings Center Report* 29(6), pp. 6-14.

**Rothman, D. et ál.**

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

**Rothman, D.**

1998 "The International Organ Traffic" en, *New York Times*, March 26.

**Sawday, J.**

1996 *The Body Emblazoned. Dissection and the Human Body in Renaissance Culture*. New York, Routledge.

**Scheper-Hughes, N. and Margaret Lock**

1987 "The Mindful Body: A Prolegomenon to the Future of Medical Anthropology" *Medical Anthropology Quarterly* 1, pp. 6-41.

**Scheper-Huges, N.**

2000 "The Global Traffic in Human Organs" en, *Current Anthropology* 41(2).

**Schiebinger, L.**

1993 *Nature's Body: Gender in the Making of Modern Science*. Boston, Beakon Press.

**Sharp, L. A.**

1995 "Organ Transplantation as a Transformative Experience: Anthropological Insights into the Reconstructing of the Self" en, *Medical Anthropology Quarterly* 9(3), pp. 357-389.

**Silberner, J.**

1999 "Organ Wars" *Hastings Center Report* 29(6), p. 5.

**Siminoff, L. and Kata Chillag**

1999 "The Fallacy of the 'Gift of Life'" en, *Hastings Center Report* 29(6), pp. 34-41.

**Siraisi, N. G.**

1981 *Taddeo Alderotti and his Disciples*. Princeton, Princeton University Press.

**Sissa, G.**

1989 "Subtle Bodies" en, Feher, Michel, Ramona Naddaff and Nadia Tazi. *Fragments for a History of the Human Body*. Vol. 3. New York, Zone Books pp. 133-156.

**Sonneborn, Liz**

2006 *Averroes/ibn Rushd: Muslim Scholar, Philosopher, And Physician of Twelfth-century Al-Andalus*.

**Star, S. L.**

1995 "Epilogue: Work and Practice in Social Studies of Science, Medicine, and Technology" en, *Science, Technology, and Human Values* 20(4), pp. 501-507.

**Starr, D.**

1998 *Blood*. New York, Quill.

**Stevens, S. M.**

1997 "Sacred Heart and Secular Brain" en, Hillman, D. and Carla Mazzio (eds.), *The Body in Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*. New York and London, Routledge pp. 265-282.

**Truog, R. D.**

1997 "Is it Time to Abandon Brain Dead?" en, *Hastings Center Report* 27(1), pp. 29-37.

**Wear, A.**

1996 "Medicine in Early Modern Europe, 1500-1700" en, Conrad, L. I. et al. *The Western Medical Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 215-361.

**White, L.**

1997 "The Traffic in Heads: Bodies, Borders and the Articulation of Regional Histories" en, *Journal of Southern African Studies* 23(2), pp. 325-337.

**Wolfe, Sidney**

1999 *Letter to Dr. Jane Henney, Commissioner, U.S. Food and Drug Administration*, February 10.

**World Health Organization**

1997 "Informal Listing of Selected International Declarations, Guidelines, etc. on Bioethics/Health Care Ethics/Human Rights Aspects of Health" en, <http://www.csu.edu.au/learning/eubios/Declarations.html>

**World Medical Association**

1985 "Statement on Live Organ Trade" Adopted by the 37th World Medical Assembly, Brussels, Belgium.

**World Medical Association**

1987 "Declaration on Human Organ Transplantation" Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain.

**World Medical Association**

1989 "Statement on Fetal Tissue Transplant" Adopted by the 41st World Medical Assembly, Hong Kong.

**World Medical Association**

1994 "Resolution on Physicians' Conduct Concerning Human Organ transplantation". Adopted by the 46th World Medical Assembly, Stockholm, Sweden.

**Yeung, Iris, S.H. Kong, Janet Lee**

2000 "Attitudes towards organ donation in Hong Kong" en, *Social Science & Medicine* 50, pp. 1643-1654.

**Younger, S. J., M. Allen, E. T. Barlett, et al.**

1985 "Psychological and Ethical Implications of Organ Retrieval" en, *New England Journal of Medicine* 313, pp. 321-324.

**Younger, S. J., Robert M. Arnold and Michael A. Devita**

1999 "When is Dead?" en, *Hastings Center Report* 29(6), pp. 14-21.

**Younger, S. J., Robert M. Arnold and Renie Shapiro**

1999 *The Definition of Death: Contemporary Debates*. Baltimore, Md., Johns Hopkins University Press.

