



Trasplante y comercio de órganos en Perú

P. Méndez Chacón^{1,2}, M. Camacho² y A. Vidalón Fernández^{1,3}

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ²Coordinador de Trasplantes de Órganos y Tejidos. ³Ex Gerente de Trasplantes de Órganos y Tejidos de EsSalud.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los trasplantes en nuestro medio cursó aparejado con un creciente número de interrogantes, particularmente aquellos en alusión a la fuente de órganos utilizada para tales fines.

Consiguientemente, la remoción de órganos bien sea de vivos o de cadáveres, dio lugar a serie de cuestionamientos y reflexiones. Tratándose del dador vivo, surge siempre la pregunta si hubo o no una transacción económica directa con el receptor o si ésta se efectuó mediante la participación interesada de intermediarios, situación que usualmente confrontamos cuando evaluamos pacientes trasplantados con donantes no relacionados.

La disponibilidad de órganos en nuestro país se encuentra muy por debajo de la creciente demanda de trasplantes, tal cual acontece en las diferentes latitudes del orbe¹⁻³, desequilibrio que congestiona las listas de espera, con el añadido de considerables complicaciones médicas de los receptores, trastornos emocionales del entorno familiar y mayores costos, todo ello hasta acceder al ansiado trasplante.

Aproximadamente 3.000 pacientes llegan anualmente a la insuficiencia renal crónica en el país⁴ pero dada la falta de universalización de su tratamiento, sólo 1.200 tienen expedito el derecho de ingreso a los Programas de Diálisis y únicamente 50 se benefician finalmente de un trasplante^{1,5}, violándose los principios éticos de justicia y equidad.

Desde que se realizara el primer trasplante renal en el país (1969), el comercio de órganos estuvo siempre ligado a la actividad trasplantadora (Diario El Comercio, Lima 31 de mayo de 1994), situación favorecida por las diferencias socioeconómicas de la población y porcentaje elevado de extrema pobreza.

Esta mezcla de circunstancias aunada a la simplicidad técnica del trasplante renal y la creciente demanda, favorecen la aparición posterior de grupos comercializadores de órganos, que ofertan servicios principalmente a receptores foráneos y también connacionales con adecuada capacidad económica.

Por otro lado, el donante nacional se convierte en principal sujeto de explotación a manos de los intermediarios⁶⁻⁸, que lucran inmisericordemente con la pareja, aprovechando la necesidad imperiosa del receptor, la angustia económica del dador y la permisividad de nuestra ley.

Cabe preguntarse si debemos permanecer ajenos a esta realidad, permitiendo con nuestro silencio, el floreci-

miento y expansión del mercado negro de órganos en detrimento de un verdadero Programa Nacional de Trasplante con donante cadavérico⁷.

En el presente estudio alcanzamos nuestra amplia experiencia nacional en el campo de la Coordinación de los Trasplantes de Órganos, con énfasis en aspectos de índole moral y cultural en un país andino con fuerte carga de prejuicios ancestrales.

TRANSACCIÓN ECONÓMICA SIN INTERMEDIACIÓN ENTRE RECEPTOR Y DONANTE

En nuestro país se realizó el primer trasplante renal el año de 1969, y desde entonces, se advierten claramente dos etapas en relación a la fuente de donantes. Una primera (1969-1991) utilizando donantes principalmente vivos no relacionados (DVNR) (66%)⁴ con casi ausencia de dadores cadavéricos (3,5%), y una segunda etapa (1992-a la fecha) implementando verdadero Programa de Trasplante con Donante Cadavérico (89%), descartando el tipo de dador vivo no relacionado (fig. 1) el cual resulta utilizado en algunas clínicas particulares.

El comercio de órganos ha estado siempre presente en la evolución de los trasplantes en nuestro medio, centralizado en Lima-capital, con la característica que inicialmente la transacción económica se efectuaba directamente entre el receptor (o representante) y su donante, permaneciendo ajenas a la negociación tanto la clase médica como las instituciones sanitarias.

Los donantes eran en gran mayoría personas que acudían a los hospitales a vender periódicamente su sangre donde coincidentemente encontraban receptores ansiosos por comprar además un riñón, preferentemente de sujetos jóvenes.

El paciente acudía al consultorio externo en compañía de su potencial donante manifestando: «... doctor, se me ofrece el riñón en cuatro mil dólares, favor evaluarlo para saber si somos compatibles». Durante el período que duraba el estudio pre trasplante, la pareja donante-receptor se mostraba inseparable dado el beneficio mutuo existente, permaneciendo la manutención del postor a merced del receptor. No obstante, cabe mencionar que algunos ofertantes, en el fuero interno no abrigaban ninguna buena intención; en consecuencia no merecían el calificativo de donantes, por cuanto ocultaban su único propósito cual era esquilmar al paciente mediante el chantaje, la extorsión o estafa, cuando no el robo de las pertenencias aprovechando la confianza depositada en ellos. Bajo éstas circunstancias «el donante» desistía o desaparecía luego de recibir parte del trato convenido. Estas desagradables experiencias obligaron a los familiares a tomar mayores precauciones, montando horas de vigilia en los días precedentes a la intervención, con la clara

Correspondencia: Pedro Méndez Chacón
Av. Los Tallanes G-34 Urb. La Capullana-Surco,
Lima-Perú
E-mail: elirodricas@yahoo.com

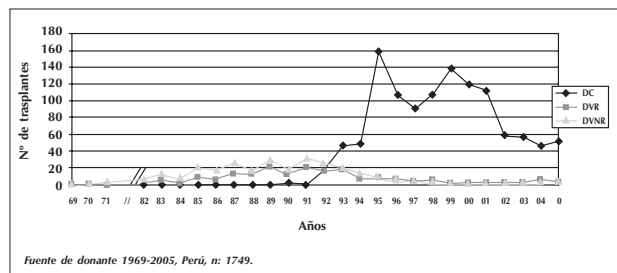


Fig. 1.—Trasplante renal hospitalario.

intención de evitar la fuga del «dador». Fuimos testigos de la presión ejercida por familiares de un donante instantes previos a la intervención, exigiendo duplicar el importe ya concertado del riñón.

Se escuchaba de los receptores expresiones tales como «...con cada posible donante me las juego y arriesgo mi dinero», «...he vendido muchas de mis pertenencias para encontrar ese órgano», «...la enfermedad nos ha empobrecido y el trasplante resulta una esperanza». Cabe deducir que con esta compra-venta del riñón, pacientes con bajos recursos económicos y que correspondían a la gran mayoría, se automarginaban del Programa de Trasplante Renal, trastocándose los principios de justicia y equidad, valores que debieran preservarse en todo sistema de donación de órganos^{9,10}.

En encuesta realizada a 67 pacientes en lista de espera, sólo 24% tenían posibilidad de acceder a la compra de un órgano¹¹; quien posee dinero puede recabar de los que no tienen hasta lo más preciado de ellos en provecho propio^{6,8}.

Al estilo de la India^{1,12-14}, otros pacientes solicitaban riñones de «urgencia» a través de anuncios en la prensa local, ofreciendo recompensa económica, cuidado postoperatorio y seguimiento clínico hasta por un año, acuñando el término de «donante gratificado». Se ocultaba su verdadero sentido comercial haciendo declarar al donante y por escrito: que la cesión del órgano se realiza en base «al amor profundo y afecto por el paciente», obviamente todo ello con posterioridad al pago correspondiente. Hubo también anuncios periodísticos de un estudio de abogados que ofrecía donantes saludables y legalmente garantizados.

La venta del riñón resulta la salida más fácil a la situación económica del donante, en un país donde sólo uno de cada cinco trabajadores pueden considerarse adecuadamente empleados y siete de cada diez en situación de subempleo. De los 7 millones de jóvenes que hay en el país, entre los 15 y 29 años, aproximadamente 2 millones no estudian ni trabajan. El 48% de ellos migra a la capital en busca de un «trabajo y de lo que fuere». (Diario El Comercio, Lima 20 de noviembre 2005, pág. 9.)

El precio del órgano oscilaba entre 1.000 y 10.000 dólares americanos y los donantes reales mayoritariamente procedían de zonas rurales, quienes en ausencia de trabajo se vieron forzados a «rematar» su riñón.

El avance en la inmunosupresión e histocompatibilidad fue de gran importancia para una mayor sobrevida de los injertos⁸, conforme se reporta en más de 200 Centros de Trasplante en los Estados Unidos, incluyendo los trasplan-

tes efectuados con donantes vivos no relacionados. Con anterioridad al año 1992 aproximadamente 20% de la totalidad de aquellos Centros estaban involucrados en trasplantes con donante vivo no relacionado, y en el período de 1996-1998 este porcentaje se incrementó al 60% (146 de 244 Centros)^{10,15}, sobrepasando en muchos al porcentaje de trasplantes con dador cadáver^{10,16-18}.

Concomitante a la escasez de órganos cadavéricos, otros países desarrollados se suman al fomento de trasplantes renales con dador vivo no relacionado^{16,19} e incluso Japón donde no se acepta el concepto de muerte cerebral, igualmente se asimila a estos Programas^{4,15,20}, con la salvedad que en todos ellos se considera la donación como un acto de generosidad del más elevado altruismo^{10,12,16,21-25}. Se admite con sorprendente credulidad, en los EE.UU., donaciones espontáneas de sujetos sin el más mínimo parentesco genético con el interesado, no haciendo falta la menor suspicacia para entender se trata de un ardid previo a la transacción económica⁸. El contrabando de personas con este fin deviene en industria lucrativa, situación difícil de comprobar en la práctica. Hace años nos propusieron evaluar y coordinar el viaje de una persona al exterior como potencial donante de riñón, lo que fue totalmente rechazado.

En el Perú la satisfacción del donante tiene una significación diferente, pues «el pago por el riñón» permite satisfacer necesidades primarias de sobrevivencia.

La encuestadora americana Gallup señala un 57% de sujetos dispuestos a donar altruistamente riñones a sus amigos y un 93% de padres a hijos¹. Debido a la buena sobrevida del injerto y positiva reacción psicológica, los dadores vivos no relacionados encuentran justificación tanto médica como ética^{1,26-28} a condición que se evite la comercialización y que la decisión sea libre y sin presiones de ninguna índole^{22,29}.

No obstante la prohibición explícita de algún tipo de ganancia pecuniaria por donación, registrada en las diferentes leyes de trasplante del mundo incluyendo la nuestra, en la práctica aquello se soslaya, tanto así que nuestra sociedad acepta la retribución económica «como algo humano»^{6,8,12}. Los defensores del trueque señalan que con este acto se benefician dos personas y sus respectivas familias, la una recuperando su salud y la otra resolviendo su extrema pobreza^{13,30}. Un Ministro de la Corona inglesa en 1989 decía: «La venta de riñones es completamente inaceptable en una sociedad civilizada», los órganos humanos son inestimables en su valor e imposible de estructurarle costos⁹. Este mercado de órganos instaurado en el país se fue mentalizando para luego formar parte del subconsciente^{8,10} de la sociedad peruana, dejando secuelas como la identificada en la encuesta realizada entre 2.000 estudiantes con edades de 15 a 20 años, donde el 59% de los casos advierte falta de convicción referente al buen destino de los órganos cedidos generosamente^{31,32} (tabla I).

BARRERAS EN LA OBTENCIÓN DE ÓRGANOS CADAVERICOS

En la primera fase los trasplantes renales, a la sazón casi exclusivamente con donantes vivos no relacionados, no alcanzaban a la clase social con escasos recursos eco-

nómicos. El 02-02-1992, uno de los autores (PMCH), logra obtener con éxito la primera donación de órganos cadavéricos (riñones), dando inicio a la segunda etapa de nuestro Programa de Trasplantes.

Esta última modalidad de donación implicó enfrentarse diariamente a poblaciones de gran diversidad cultural (Etnias) y concepciones diferentes respecto a la salud, la vida y la muerte. Hubo necesidad entonces de establecer estrategias de comunicación a nivel escolar, universitario, asentamientos humanos, poblaciones semi-analfabetas o analfabetas (12% de la población nacional), lidiando además con variedad de lenguas y dialectos especialmente de grupos migrantes del Perú profundo. Eran los albores de una cultura de donación en nuestro medio, con escasa o nula participación del Estado²⁵ y evidente desinterés de la clase médica especializada.

Los deudos aún sin comprender el real significado de la petición, reaccionaban negativamente cada vez que les planteaban la donación de órganos, atemorizándose y usualmente manifestando: ...«la falta de órganos no es nuestro problema»... «se entierra completo tal como nació»; otros se mostraban desconfiados con respecto al destino de los órganos donados.

Otra barrera correspondió al personal paramédico de los hospitales, tanto así que de un total de 720 encuestados³³, 35% se pronunciaron adversamente a la donación, «dejar al fallecido en paz» (36%), mostrando desagrado por la mutilación del cadáver (35%), prejuicios en relación al comercio de órganos (17%) e incredulidad en relación a la muerte cerebral (12%) (tabla II).

Incluso la clase gobernante del país puso reparos a la donación, puesto en evidencia cuando se discutió la Ley de Trasplantes en el Parlamento Nacional. Un médico, a la sazón ex primer ministro, relataba... «la muerte cerebral carece de relevancia y sólo se debe hablar de muerte cuando ocurra paro cardiorrespiratorio... estoy seguro que ninguno de los aquí presentes en el parlamento permitiría que retiren los órganos si un familiar se halla todavía con el corazón batiente...».

La prensa amarilla también jugó papel negativo en la promoción de los trasplantes con dador cadáver^{8,34}, propalando noticias alarmantes y engañosas relativas a la captación de órganos, logrando infundir incredulidad en nuestra población referente a la ética de tales procedimientos. Así por ejemplo argumentaban por televisión... «en la morgue central de Lima existiría una mafia de traficantes de córneas... habría una banda que asesina personas y luego esperaría en la morgue para sacar los órganos».

Estos y otros prejuicios, que sería largo enumerar, trabaron la cultura de donación en el país^{4,7,35}. No obstante y con mucho empeño, los trasplantes con dador cadáver se fueron llevando a cabo en nuestros Programas (EsSalud). Los pacientes marginales y con escasos recursos económicos, al igual que los quechua y aymarahablantes (pacientes indígenas), recién pudieron acceder a tales intervenciones, pues se implementó un régimen de elección imparcial obedeciendo a criterios exclusivamente médicos y no económicos^{1,36}.

La tasa de trasplantes renales con dador cadáver aumentó progresivamente hasta llegar a 8,7 pmp/año a nivel nacional (1995) en tanto el avisaje periodístico en búsqueda de donantes vivos no relacionados paralelamente disminu-

yó hasta desaparecer finalmente. La fuente de órganos cadavéricos posibilitó además la implementación de los Programas de Trasplante de hígado y corazón en nuestro medio.

La fuente de órganos cadavéricos posibilitó además la implementación descentralizada de los Programas de Trasplante de hígado y corazón en nuestro medio.

Con el advenimiento de la ciclosporina, la sobrevida del injerto cadavérico mejoró equiparándose a los trasplantes renales con donante vivo no relacionado¹, y por tal razón en los hospitales de la Seguridad Social se obvió en lo sucesivo a donantes vivos con excepción de familiares directos. Esta inicial experiencia evidenció que donantes vivos no relacionados no serían necesarios si los riñones cadavéricos fueran mayoritariamente utilizados como ya ocurría en España y Austria²¹. Por otro lado un estudio realizado en la ciudad de Lima³⁷ proyectó en 7 hospitales mayores una generación de 552 potenciales donantes cadavéricos al año, equivalente a una tasa promedio de 40 donantes pmp/año (población de Lima 6.200.000 habitantes), cantidad suficiente para cubrir cualquier demanda de trasplantes en el mismo periodo. No obstante, y en gran medida por las barreras señaladas, el número de donantes reales fue notoriamente inferior⁴.

EL COMERCIO DE ÓRGANOS EN PAÍSES DEL TERCER MUNDO

A diferencia del «modelo español»³⁸ se observa en la mayoría de países tendencia a la disminución de donantes reales, esto debido al deterioro en la imagen de los trasplantes en clara relación al tráfico de órganos y su cobertura mediática³⁹.

La crisis de órganos cadavéricos en países de mayor desarrollo, como consecuencia de la mejor prevención de accidentes de tránsito, ocasiona desequilibrio entre la oferta y la demanda creciente, obligando a pacientes en lista de espera buscar nuevas alternativas de solución, entre ellas optar por riñones de donantes vivos procedentes de países en vías

Tabla I. Actitud y conocimientos de la población estudiantil peruana acerca de la donación de órganos cadavéricos³² (n: 2000)

Información general

- 84,3% desconocimiento que la Iglesia Católica esté de acuerdo.
- 70,6% desconocimiento de la existencia de la Ley de Trasplantes.
- 37,0% desconocen concepto de Muerte Cerebral.
- 34,5% no saben que existe Lista de Espera.

Fuente de Información

- 61,5% televisión.
- 16,5% periódico.
- 12,5% radio.

Actitud hacia la donación de órganos

- 62,2% no autorizarían la donación de órganos de familiares.
- 58,1% no confían en el destino de sus órganos.
- 50,7% creen que deben enterrarse con sus órganos.
- 41,7% no donarían sus órganos.
- 28% retribución económica por la donación.

de desarrollo^{1,24,40} y que no cuenten con leyes restrictivas; combinación que induce al comercio de órganos^{8,41}.

Aprovechando ésta situación, existen organizaciones que promueven la compra-venta de riñones con el único propósito de lucrar, lamentablemente a expensas de la pareja receptor-donante, estableciendo diversas estrategias a fin de captar el mayor número de postores. Los mentores organizan «tours de riñones» y los receptores acceden con la esperanza de poner punto final al sufrimiento comprando un órgano fuera de su país y a un precio razonable^{1,42,43}.

Países como China^{8,10}, Egipto⁸, Filipinas¹⁰, Taiwán, Irak^{22,24,44} y algunos de Latinoamérica^{8,10,45}, son los llamados países «proveedores» de órganos, característicamente con leyes permisivas en poblaciones de similar rango socioeconómico, que cuentan además con listado extenso de personas prestas a vender su riñón y por otro lado disponer de una plana de cirujanos especialistas llanos a ofrecer sus servicios⁸.

Italianos y árabes suelen desplazarse a la India, donde se trasplantan sin mayores garantías y con riesgo de contraer enfermedades infecto contagiosas^{1,8,17,46} de la región. Consiguientemente existen pueblos cercanos a Bombay y Madras (India), donde la mayoría de la población es monorrena y de seguir así grandes áreas de habitantes hindúes quedarían en similar estado. Se constató en un periodo mensual que 300 individuos pobres de la India vendieron su riñón¹³. Recientemente los norteamericanos están más interesados en acudir a Latinoamérica incluyendo el Perú, en virtud de las mayores facilidades en el traslado y reales garantías de ofrecimiento del órgano deseado (donante vivo no relacionado)^{4,8,10}, toda vez que en USA la escasez de donantes cadavéricos, principal fuente para los trasplantes, se acentúa en los últimos años.

LA COMERCIALIZACIÓN DE ÓRGANOS EN EL PERÚ. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La proscripción de trasplantes renales con DVNR en los hospitales de la Seguridad Social devino en la comercialización de los trasplantes en algunas Clínicas privadas, utilizando ésta calidad de donantes en pacientes mayoritariamente foráneos.

A una década del inicio de ésta práctica subrepticia de compra-venta de riñones, la organización decide lanzar una promoción internacional a través de los medios de comunicación, en afán de captar mayor cantidad de receptores. Se recurrió entre otras herramientas, al uso de internet para pactar sus transacciones comerciales¹⁰.

El 14-02-03 se revela en la TV norteamericana (CBS cadena internacional) una investigación sobre comercio de órganos en Lima-Perú, vídeo donde el «broker» internacional de la organización otorga facilidades para la realización de trasplantes: «200 donantes saludables ya examinados», ofreciendo clínicas autorizadas para realizar el trasplante y llenado de fichas que le permitan recuperar dinero de la compañía de seguros; tres equipos de trasplantólogos con 20 médicos especializados, diálisis y hoteles elegantes de la gran Lima.

El avisaje del diario norteamericano USA Today fue bastante elocuente en sus fines propagandísticos: «personas que necesitan un riñón», «trasplante de riñones efectua-

Tabla II. Actitud y conocimientos de la donación de órganos cadavéricos en el personal paramédico³³ (n: 720)

Información general

- 80% desconocen posición de la Iglesia Católica.
- 40% desconocen existencia de Lista de Espera.
- 27% no comunicarían presencia de donante potencial.
- 14% desconocen la existencia de la Ley de Trasplantes.
- 9% desconocen concepto de Muerte Cerebral.

Actitud hacia la donación de órganos

- 55% oposición a la donación de órganos de familiares.
- 36% «dejar al fallecido en paz».
- 35% no donarían sus órganos.
- 35% desagrado por la mutilación del cadáver.
- 20% indiferencia.
- 17% prejuicio en relación al comercio de órganos.
- 12% temor a la muerte aparente.

dos por médicos peruanos entrenados en Europa y América», «usted puede obtener riñón en 48 hrs... y lo tendrá». A la sazón, en Venezuela una nota periodística pro-palaba (El Nacional de Caracas 01-07-97): «en Perú están dispuestos a donar riñones a Venezuela», añadiendo «queremos ser precursores de la unión entre los pueblos latinoamericanos conforme el sueño de Bolívar... operando pacientes venezolanos en Perú».

En años siguientes se consolida la organización convirtiéndose en empresa floreciente, implementando laboratorio de histocompatibilidad bien equipado donde se tiene un listado de los donantes idóneos.

Los integrantes de la organización se encuentran categorizados y con funciones definidas, es así que un grupo prepara receptores y selecciona donantes, en tanto los cirujanos se concentran en la extracción e implante de los injertos.

El seguimiento postoperatorio del receptor promedialmente se extiende un mes y una semana para el donante, luego se procede al alta poniendo fin al compromiso de atención médica. Prolongar el seguimiento del receptor tornaría poco rentable esta práctica y sería muy riesgosa para los intereses de la organización⁸. La curación ambulatoria de la herida quirúrgica del donante implicaría gasto adicional por consulta... «recibí dinero por costo de mi riñón y ahora me citan y cobran por curación... es un abuso... no tengo a quien quejarme».

Las transacciones económicas se realizan mediante pago al contado y sin huella de registro bancario, a fin de eludir cualquier compromiso de orden tributario⁴⁷, refiriendo además con sarcasmo: «...irán a las clínicas y no encontrarán rastros»⁴⁷.

No disponemos del número exacto de riñones comercializados^{8,13} pero todo apunta se trata de una actividad creciente y de muy difícil control. No obstante un «ex-miembro» de la organización informó públicamente en el Parlamento Nacional, haberse efectuado 64 «trasplantes privados» en los últimos tres años (abril 2002)⁷⁰ y una comisión del Colegio Médico recabó informe de 30 intervenciones que se realizaron en algunas Clínicas Privadas⁷².

LA FIGURA DEL «BROKER» LOCAL EN EL COMERCIO DE ÓRGANOS

Esta función la desempeña uno de los médicos de la organización quien evalúa los potenciales donantes captados a través de los anuncios en los medios, calificando el precio de compra-venta del riñón y por supuesto con notable diferencia entre ambos y a favor siempre de la Organización, tanto mayor la ganancia cuanto mejor sea la capacidad económica del paciente. El objetivo es promover un mercado abierto de órganos y abastecer de riñones a pacientes del primer mundo y ricos del país.

Otra de las misiones del «broker» o intermediario o tratante, consiste en la búsqueda y reclutamiento de pacientes nacionales idóneos monetariamente, para lo cual desarrollan plan premeditado de visitas hospitalarias, recurriendo a frases estudiadas con lo cual pretenden convencer a los elegidos... «¿tienes dinero?», «sabemos que tienes tres hijos en Italia trabajando y ellos deberían pagar tu trasplante»... «En nuestras manos nunca tenemos rechazo y puedes aportar bien sea dinero y/o inmuebles...» «obtendrán un producto de alta calidad y eso tiene un buen costo», «estamos dando vida que por lo demás no tiene precio». Argumentan: «somos los mejores y por eso nos tienen envidia, sólo los capaces lo hacen, no permitiremos que sigan evaluando nuestra labor privada, los vamos a enjuiciar con nuestro staff de abogados».

Para los intermediarios es sugestivo laborar en hospitales trasplantadores y ocupar cargos relevantes, a fin de ejercer suficiente influencia y controlar cualquier acción contraria a sus intereses.

Igualmente intentan copar Sociedades Científicas, al igual que puestos claves en el Colegio Médico o bien como miembros de Consejos Éticos, con lo cual obtienen ventajas previsible⁸.

Tienen doble comportamiento cuando tratan la pareja donante-receptor, bien representando a uno u otro, evitando en todo momento confrontar ambas partes⁹, precisamente para obtener mayores ganancias secundarias en la transacción, eludiendo con ello además posibles objeciones. En la primera etapa (1969-1991) el pago se efectuaba directamente del receptor al donante, sin intervención del intermediario, pues existía comunicación donante-receptor, sin embargo hoy existe una barrera que evita estos entendimientos que irían en perjuicio de la organización.

El intermediario utiliza diversos mensajes²⁴: «mi paciente tiene lo que tu necesitas (dinero)» y tu tienes (riñón) lo que mi paciente necesita, comprenderás que es una transacción comercial en beneficio mutuo». Aprovechan al máximo la asimetría de información; si los donantes fueran mejor aleccionados es improbable que venderían sus órganos por lo menos en las condiciones propuestas^{4,13,15,27,49}.

A diferencia de los trasplantes realizados en hospitales, con evaluaciones exhaustivamente analizadas, en las clínicas privadas por el contrario no existiría tal meticulosidad^{40,50} por cuanto lo importante es salvar el primer mes y «descargar» rápidamente al paciente luego de obtenida la ganancia pre fijada. Lo mismo reza para el donante. Lo que ocurra después está fuera de contrato, el intermediario manifiesta «le dimos de alta en perfectas condiciones». El donante probablemente pertenece a ese 25% de población del

país, que no posee acceso a los servicios de salud. Por otro lado los receptores estarían expuestos a contagios con infecciones predisponentes, todo por falta de buen control sanitario mediatizado por ese afán desmedido en lograr los objetivos pecuniarios en los plazos pre establecidos.

EL DONANTE EN PAÍSES DE MENOR DESARROLLO

Esta calidad de donante posee características especiales, diferenciándose de aquel correspondiente a los países de mayor desarrollo. Carece de toda protección sanitaria post-donación, cuando precisamente debiera contar con un plan de seguimiento y aseguramiento estatal. Lamentablemente, esto no podrá ser factible por tratarse de una actividad ilegal.

La Organización Americana de Trasplante (United Network for Organ Sharing) reporta 56 casos de insuficiencia renal crónica terminal en sujetos monorrenos dadores previos de riñón¹⁰, dos casos de fallecimiento post nefrectomía y un coma vegetativo^{10,15,28} entre enero 1999 y junio 2001; consecuentemente la donación procedente de seres vivos no está libre de riesgos^{7,10,19,22,27}.

El DVNR en países del tercer mundo generalmente vende su riñón para cancelar sus deudas^{13,30,47}, a fin de lograr un mejoramiento en su estándar de vida, satisfacer requerimientos nutricionales básicos, recuperar la salud de un familiar enfermo o realizar un viaje al extranjero en busca de trabajo. El 95% de 292 donantes de la India manifestaron que no fue el querer ayudar a la persona enferma su principal decisión de vender¹³. La persona pobre se siente obligada so riesgo de morir en obtener imperiosamente el pago monetario por una parte de su cuerpo¹⁰. No obstante, este sacrificio no los beneficia económicamente como pudiera suponerse, pues el donante que aporta la materia prima sólo recibe pequeña cantidad de lo pagado por el receptor (5-10%)⁹, asumiendo además gastos subsiguientes en el control de su salud, la cual queda mellada física y psicológicamente^{10,13,40}. En los pobres del país recae la responsabilidad y el esfuerzo de vender sus propios órganos; ellos no son considerados personas sino objetos y como tales los traficantes pueden comprar sus órganos y/o venderlos. En otras realidades como en la India, el promedio mensual salarial es de tres a cinco dólares americanos, de modo que los 800 a 1.000 dólares recibidos por donación equivalen a 13-16 años de arduo trabajo^{3,24}.

En el Perú, con un salario mínimo mensual estipulado en 130 dólares, lo recibido por la venta de un riñón equivale a tres años para el que tiene trabajo ininterrumpido. Una pareja de esposos y un cuñado manifestaron haber realizado «el gran negocio de sus vidas» al vender sus órganos. Los traficantes de órganos como buenos negociantes, consiguen rebajar las pretensiones económicas del donante aprovechando la urgente necesidad de los mismos... «tu precio es excesivo»... el donante comenta: «pedí 3.000 dólares, relativamente poco, y tuve que rebajar mis pretensiones porque me dijeron que había mucha gente ofertando...»; ésta situación se agudiza cuando las organizaciones actúan como gran monopolio, logrando mayor fluidez en los trasplantes gracias a reserva holgada de donantes, equiparable a verdadero «surtidor de órganos».

Es frecuente constatar personas que acuden a las oficinas de Coordinación de Trasplantes y Centros de Diálisis, ofertando su riñón hasta en 1.000 dólares, percibiéndose en ellos precaria situación económica y/o de salud, ocultando antecedentes patológicos de importancia y/o presencia de enfermedades concomitantes.

Los donantes pagados, detectados en la muestra recabada, en su mayoría fueron de sexo masculino en proporción de 3 a 1, con edades de 20 a 42 años. La donación procedente de mujeres jóvenes no les merece ninguna objeción, tampoco les interesa calcular los riesgos de complicaciones médicas a futuro²¹. Un cirujano urólogo invitado a una Clínica Privada para participar en la nefrectomía de un joven de 20 años, manifestaba arrepentido... «no pude dormir esa noche pensando que podía ser mi hijo». El 70% de los donantes proceden de provincias, cuentan con instrucción secundaria y algunos con instrucción universitaria.

En el Perú el 51,6% de familias se ubican en sector de pobreza y un 19% se hallan en situación de extrema pobreza. En provincias el problema del desempleo se agudiza y la pobreza alcanza cifras del 77% de la población. Comprensiblemente los jóvenes migran hacia la capital en busca de trabajo y en ausencia de éste se ven tentados a comercializar sus órganos, constituyendo la pobreza el principal factor de éxito del mercado de órganos. Ocurrida la donación muchos de ellos presentan complejo de culpa, refiriendo sentirse avergonzados, olvidados, atrapados... que tienen un problema en su cuerpo^{27,30}. En un estudio reportado, 79% de los 264 donantes no recomendaría vender su riñón y sólo el 21% lo haría nuevamente^{13,47}.

ROL DEL RECEPTOR EN EL COMERCIO DE ÓRGANOS

Los pacientes sin recursos económicos no pueden acceder al Trasplante Renal con donante pagado en Clínica Privada. Un paciente indígena nacido en una zona pobre del Perú enfrenta un futuro más difícil para el Trasplante Renal privado que un paciente nacido en un barrio rico de Lima.

En la muestra de 30 trasplantes renales realizados en Clínicas Privadas en receptores con aptitud pecuniaria, el 65% derivaron del exterior, predominando los varones en proporción de 3 a 1 y cuyas edades fluctuaron de 44 a 71 años. El comercio de órganos constituye un fenómeno globalizado, presente tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, revelándose el Perú como país ofertante de riñones. Según código de la Organización, los candidatos a intervenir no deben conocer sus donantes, tal y conforme lo atestigua el vídeo de la denuncia, ocurriendo situaciones como lo manifestado por un receptor... «Pagué 18.000 dólares por el riñón...», cantidad que la donante peruana jamás imaginó por cuanto ésta fue pactada directamente entre el intermediario y el receptor. La donante recibió probablemente un monto irrisorio a cambio.

En una de las clínicas se trasplantan preferentemente pacientes venezolanos, dada la vinculación del grupo con la Asociación de Enfermos Renales de aquel país, otras en cambio comercializarían con pacientes procedentes de Europa o Norteamérica.

Los receptores extranjeros registrados en las Clínicas Particulares, generalmente inscriben sus nombres ficticiamente a fin de evitar su identificación y prevenir cualquier tipo de in-

vestigación ulterior. Ellos tienen consignados 2 a 3 ingresos promedio en las oficinas de migraciones para evaluaciones previas al trasplante.

En tanto, no es improbable que alguno de los receptores nacionales pueda evaluarse preoperatoriamente en hospitales trasplantadores y luego encausarse a Clínicas trasladando toda información.

Para evitar mayores responsabilidades, la Organización se ocupa particularmente del trasplante y post-operatorio inmediato y concretada el alta el paciente es derivado al lugar de origen lo más pronto posible, salvando los mayores riesgos correspondiente a la etapa inicial. Tratándose de pacientes locales, ellos reingresarían a los hospitales trasplantadores, donde serían asistidos por los mismos profesionales que se ocuparon de su preparación.

EL LUCRO COMO OBJETIVO PRIMORDIAL

Es obvio que la ganancia desmedida de dinero es la razón fundamental de las Organizaciones dedicadas al comercio de órganos con fines de trasplante, prioridad que se halla encima de cualesquiera otra consideración, bien sea médica, social o ética.

Esta actividad como lo destacáramos anteriormente, escapa al control de todo sistema tributario. No enfrentan competencias, tratan al cuerpo humano como objeto de venta, estando a merced del empleo utilitario del mercado. Los intermediarios internacionales asignan precio a los órganos, los mismos que varían de acuerdo al país, edad y sexo del donante¹⁰; así como por ejemplo en Bombay (India) el valor promedio del riñón de mujer es de 1.000 dólares, en Manila (Filipinas) de 2.000 dólares (riñón de varón) y en Latinoamérica hasta 10.000 dólares². Algunas Clínicas privadas de la India optan por el trato directo con donantes¹³ a fin de salvaguardar precio justo de venta, evitando abuso de los traficantes de órganos.

Los beneficios económicos obtenidos por dichas organizaciones son considerables y resultan cuantiosos si se comparan con la estructura de costos correspondiente a cualquier Centro Hospitalario Estatal Trasplantador⁵¹.

En el Perú por ejemplo, el gasto total hospitalario de un trasplante renal de donante cadavérico incluida la terapia inmunosupresora asciende a 12.000 dólares. En tanto que un trasplante renal privado consignado en las páginas de Internet y en el vídeo de la denuncia se valoriza entre 60.000 a 200.000 dólares para el receptor foráneo^{10,44} y entre 25.000 a 35.000 dólares para el receptor local. Estas cifras no incluyen pago por riñón del donante ni costo de la terapia inmunosupresora.

Como se presume, estas Organizaciones Comerciales cancelan generalmente menos cantidad de lo pactado al donante¹³ y tienen como política habitual reducir al máximo los honorarios profesionales de los especialistas invitados, así por ejemplo, un médico urólogo que cumple la función de ayudante en la ablación del riñón obtiene sólo 500 dólares, cifra insignificante comparativamente a lo que recibe la Organización de manos de los receptores. Es obvio que pacientes extranjeros son bienvenidos a Clínicas Privadas, debido a que ellos pagan hasta 10 veces más el precio de pacientes loca-

les por la misma operación⁷¹. Anecdóticamente algunas clínicas regentadas por congregaciones religiosas que participan en estas actividades han sido sorprendidas por estas Organizaciones.

HACIA LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS ÓRGANOS DEL DONANTE CADAVERÍCO

No se excluye la probabilidad, que ante la creciente escasez de órganos, los países con situación socioeconómica y cultural similar a la nuestra, encuentren terreno fértil para ingresar al comercio de órganos con dador cadáver.

En algunas Instituciones Hospitalarias del país ajenas a la Seguridad Social, ya se acepta el trato «amical» entre los deudos y los representantes del receptor, los cuales de llegar a un acuerdo, lo plasman en un documento notarial bajo la denominación de «Donación por altruismo», siempre que se tenga el estudio de «cross match» negativo y grupo sanguíneo compatible.

Bajo este panorama, y no habiendo un Sistema Nacional de Regulación y Control de Trasplantes, se prevé la aparición del «intermediario» en la donación de órganos cadavéricos. Con relativa frecuencia los familiares del paciente en muerte cerebral nos solicitan «precio justo» por sus órganos y ante nuestra negativa manifiestan su deseo de conversar con los pacientes en lista de espera, los que a su vez aceptan cualquier arreglo económico que posibilite el anhelado trasplante que ponga fin a la esclavitud de la diálisis.

En una encuesta llevada a cabo por nosotros en población estudiantil del último año de secundaria, el 28% de los 2.000 entrevistados participaron de la idea de retribuir económicamente el acto de la donación³².

En el pasado alguno de los agentes intermediarios pretendieron persuadirnos llamando a nuestros celulares con intención de adscribirnos como proveedores de donantes cadavéricos, solicitándonos información retribuida referente a la idoneidad de los potenciales donantes cadavéricos y su exacta ubicación en los establecimientos de salud, para luego ellos «continuar con el trabajo» y trasladarlos finalmente a las Clínicas Privadas.

De otro lado, en un medio de comunicación, un periodista propugnaba la compra y venta de órganos cadavéricos (Diario Perú 21, Lima 10-10-05, pág. 6)⁵² señalando entre otras cosas lo siguiente: «... miles de personas podrían beneficiarse si devolvemos a los familiares el derecho pleno sobre sus cadáveres... el que no quiere vender que no lo haga... eso no obstante no debe impedir el derecho de los otros». Opiniones verdidas sin considerar la inequidad que tal proceder conlleva. Tales actitudes responden a la conducta contemplativa del colectivo peruano respecto a la comercialización de órganos con donante vivo no relacionado existente en el país.

PERMISIVIDAD DE LA LEY Y EL COMERCIO DE ÓRGANOS

Un objetivo primordial de todas las Leyes de Trasplante del orbe radica en prohibir explícitamente la comercialización de

los órganos^{10,53}, propendiendo a una justa distribución en los Programas con dador cadáver a fin de lograr el máximo nivel de equidad entre los receptores⁴⁴, concordante con las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Trasplantes^{4,43,54,55} y resoluciones de la Organización Mundial de la Salud^{7,36}.

En la práctica los enunciados legales en países como India, China y Pakistán, cuyos reglamentos aseguran altruismo en la donación, no bastan para frenar la ola de venta de órganos.

En los Estados Unidos de Norteamérica, se admite la donación proveniente de sujetos no relacionados genéticamente, arguyendo tratarse de actos solidarios, dejando ostensiblemente abierta la posibilidad de transacciones económicas subrepticias⁸.

En nuestro medio, los traficantes de órganos pugnan por que sus procedimientos sean considerados válidos y enmarcados dentro de la Ley, consecuentemente dándoles un cariz «ético» a su proceder.

Nuestra reciente Ley de Trasplantes (marzo 2005) favorece a los traficantes. Gracias a la presión ejercida por ellos en las diferentes instancias del Congreso Nacional, logran que la ley sea sumamente flexible y permisiva, legitimando al donante vivo no familiar y con ello volver a los trasplantes renales con donante vivo no relacionado en nuestros hospitales. Cuando se discutía la dación de la nueva ley de trasplantes un congresista manifestó: «ponerle trabas a la donación del DVNR equivale a una ley genocida para los pacientes», en cambio con la presente Ley no existen impedimentos legales en la provisión de órganos para pacientes provenientes del mundo desarrollado. «Esta Ley abarcaría todas las oportunidades de ayuda al ser humano sin limitar a nadie... los pacientes urémicos son iguales aquí y en cualquier parte para acceder a un trasplante... existe la más amplia posibilidad de donar y recibir órganos», según manifestación de uno de los integrantes de la Organización comercializadora de órganos.

EL CULTO A LOS MUERTOS EN LOS PUEBLOS DEL PERÚ. UN OBSTÁCULO A LA DONACIÓN

La Sociedad Peruana es creadora de su cultura, con propia escala de valores heredada tradicionalmente a lo largo de los siglos, lo cual rige aspectos de la vida social entre otros. Esta cultura se muestra contraria a la donación y comercialización de los órganos.

La Cultura Incaica tenía alto concepto de los muertos enraizado en la vida de los pueblos. Para tal efecto desarrollaron una cuidadosa técnica de momificación y conservación de los cuerpos en su integridad. Estos eran venerados tal si fuesen verdaderos dioses. Los pobladores de Mochica y Chimú (Culturas Pre Incas) enterraban a sus muertos rodeados con cantidades enormes de metales preciosos, finísimos textiles y ornamentos de madera tallada. Evidencias palpables del culto a los muertos, tradición que se conserva en los pueblos del Perú profundo⁵⁶.

La modernidad con su impresionante presencia mediática no ha podido erradicar esta costumbre. De ello deriva que los deudos manifiesten: «Deseo que el cuerpo sea sepultado íntegramente y tan igual como nació... nos pueden castigar si dañamos el cadáver».

Nuestra dilatada experiencia en la procura de órganos, nos ha enseñado que el apellido de la familia (quechua o aymarahablante), la procedencia, el bajo nivel de instrucción y hasta el tipo de vestimenta con que acuden al hospital, presagian que la aceptabilidad familiar será contundentemente negativa.

Existe la creencia popular, arraigada en el subconsciente colectivo, de la supervivencia del alma después de la muerte. Cuando solicitamos la donación usualmente manifestamos a los familiares: «... de seguro que el alma de sus seres queridos está escuchando con sumo interés este acto de solidaridad...», complementado en ocasiones con el concurso del sacerdote para informarles que la donación de órganos no altera el tránsito del alma. Ellos manifiestan: «... Podría quedar el alma vagando por los alrededores de su antigua vivienda reclamando a sus parientes y amigos la integridad de su cuerpo para su total descanso». Consideran que con la donación sufrirán la persecución del muerto, corriendo también no sólo el peligro de un castigo divino sino social, mereciendo la indignación y desprecio de los pobladores. De aceptar la donación, prefieren que ésta se mantenga en absoluta reserva. De la encuesta realizada en la población estudiantil el 50,7% de los 2.000 interrogados consideran que sus seres queridos deben enterrarse con sus cuerpos completos³², confirmando así el culto a los fallecidos (tabla I).

Existe la creencia que el alma se encuentra localizada en el corazón y es por ésta parte del cuerpo por donde puede entrar o salir el alma; consiguientemente la donación multiorgánica sería equivalente a la eutanasia⁵⁷.

De un total de 720 encuestados entre el personal paramédico de nuestro Hospital³³, el 36% considera que deben dejar al fallecido en paz y un 35% desaprueba «la mutilación del cadáver» (tabla II).

EL TEMOR A LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS ÓRGANOS

La historia peruana tiene un recorrido sorprendente, consistente en un abanico de miedos en diferentes períodos de su evolución, ordenados de acuerdo a secuencia cronológica, que van desde los miedos ancestrales, coloniales hasta el presente⁵⁸.

El temor a lo desconocido es una característica del colectivo peruano que data desde tiempos inmemorables.

Actualmente existe entre nosotros una variante de lo antedicho, que constituye el miedo al comercio de órganos. Esto se traduce en la práctica en un aumento de la negativa familiar a la donación, con las repercusiones que ello implica en los Programas de Trasplante. Cuando planteamos la petición, solemos escuchar «...tengo miedo que el resto de familia y amigos piensen que hemos vendido sus órganos...».

La técnica de petición para donación de órganos en nuestro medio, se torna en problema de propiedad que deviene en un «jala y afloja» continuo, contraponiendo nuestros argumentos de solidaridad, religiosidad, avances científicos, al temor, irracionalidad y consternación entre los familiares como respuesta a nuestros requerimientos.

Ocasionalmente, estas reacciones emocionales se traducen en comportamientos agresivos y de incredulidad,

temor a lo desconocido y a lo que vendría con la donación, llevando a cabo vigiliat permanentes del potencial donante, a fin de «prevenir cualquier retiro subrepticio de los órganos», desconfianza de que dispongamos de «aparatos especiales» para extraer órganos, advirtiendo: «no deben tomar ni un pelo de mi ser querido».

Eventualmente se asesoran con abogados, médicos, policías y otros, quejándose ante las autoridades del presunto tráfico de órganos en el hospital.

El mercado de órganos actualmente constituye una realidad, contando además con el conocimiento de las autoridades estatales. Según encuesta, entre escolares del último año de secundaria, el 58,1% desconfía del destino final de los órganos obtenidos³², «temen que los órganos de su ser querido terminen en las Clínicas».

También ocurre otro tipo de incertidumbre y que corresponde a los donantes vivos no relacionados en el proceso mismo de la intervención quirúrgica. Enfrentados al «miedo a la muerte», durante el acto operatorio de extracción del órgano ya vendido, agregan «...ni siquiera tendré el derecho de afrontar mi propia muerte porque la decisión de cortar mi vida le pertenece a otros...».

La incredulidad alcanza también a los pacientes en lista de espera para trasplante, cuando señalan erróneamente «...de seguro han derivado el órgano cadavérico a un paciente rico a cambio de algún dinero...». Una razón de peso para que integrantes del Programa Estatal de Trasplantes se eximan de participar en mismas actividades médicas en su práctica privada a fin de evitar conflicto de intereses^{22,36}.

EL IMPACTO DEL COMERCIO DE ÓRGANOS EN LOS PROGRAMAS DE TRASPLANTE CON DONANTE CADAVÉRICO Y DONANTE VIVO

Es un hecho fehaciente la incidencia negativa de la difusión pública del tráfico de órganos en las tasas de donación^{8,9,12}.

Las poblaciones son renuentes a donar sus órganos altruistamente, cuando constatan la compra venta de los mismos con el único propósito de lucrar, atenuándose cualquier expresión de solidaridad a la par que se incrementa el rechazo a todo trato injusto y desigual^{8,10,12,21,41,51}.

En el Perú el tráfico de órganos se ha propagandizado considerablemente mermando la donación voluntaria⁸, en perjuicio de los trasplantes con dador cadáver. En la India, no existen Programas Nacionales de Donante Cadavérico, pues virtualmente todos los riñones proceden de donante vivo^{13,17,59}.

El balance a nivel nacional de los trasplantes renales durante el año 2005, arroja un total de 53 intervenciones, tasa irrelevante para una población de 28 millones de habitantes (1,9 pmp/año) (fig. 1).

En nuestro medio resulta cada vez más difícil la obtención de órganos, cediéndose muchas veces a las exigencias de los familiares, como aquella de conocer previamente a los potenciales receptores⁶⁹. Un 30% finalmente logra ese propósito, quedando finalmente satisfechos al constatar que los órganos donados permanecen en el hospital y la distribución es equitativa entre los pacientes. Argumentan: «hubo muchas noches de preocupación por no saber el destino de

los órganos donados y si fueron trasplantados en pacientes pobres del hospital» y luego de conversar con los receptores manifiestan: «toda mi familia le agradece doctor, nos ha sacado usted una gran carga de preocupación», otros increpan: «porque tanto interés en la donación de los órganos de mi familiar?... no es un secreto que en el país existe comercialización de órganos».

Algunos deudos presumen que los Coordinadores de Trasplante son integrantes de las organizaciones que comercializan órganos y nos preguntan «si los riñones extraídos permanecerán en el hospital o serán derivados a las clínicas». En una ocasión fue necesario aceptar la presencia de un familiar paramédico en sala de operaciones a fin de que certifique el buen destino de una donación cardíaca.

No causa extrañeza las cuatro acusaciones judiciales que tuvimos que afrontar por «supuesta desaparición» de órganos y/o cadáveres para su «venta respectiva», lo cual implica citaciones interminables y lentitud en los procesos.

Evaluando la actitud y pronunciamiento de una población estudiantil y profesional paramédico respecto al comercio de órganos, se corrobora la desconfianza existente acerca del destino de los órganos, manifestada en el 59% y 16%, respectivamente^{32,33} (tablas I y II).

Igualmente, ésta incredulidad respecto a la donación de órganos se muestra presente en la misma sociedad peruana, traduciéndose en el bajísimo porcentaje de aceptación equivalente sólo al 12% de los 14 millones de inscritos que optaron por el sí en el Documento Nacional de Identidad y aún así, en muchos casos las familias decidieron no aceptar el deseo póstumo de donar.

El mercadeo de órganos también impacta en el seno de algunas familias pobres, que debido al bajísimo ingreso salarial reclaman una «compensación económica» por donación cadavérica que cubra sus «gastos funerarios»... «si no existe solidaridad con los pobres cómo nos pueden hablar de otro tipo de solidaridad...», «no seamos ingenuos doctor, los órganos tienen un precio y mucha gente rica los necesita en tanto el difunto deja su familia en la orfandad...». Algunas otras familias fueron más audaces a nuestras solicitudes de donación en proponernos un listado de precios por órganos. El 27% de la población estudiantil encuestada está interesada en la necesidad del pago por órganos de donante cadavérico. Otras experiencias diferentes a la nuestra también reportan ese interés aunque en menor porcentaje (14%)⁶⁰.

Es preocupante que la pérdida del altruismo se haya extendido incluso entre los donantes vivos relacionados familiarmente; así tenemos el caso de una hermana que aceptó donar su riñón por 6.000 dólares americanos al «cash» e inmuebles equivalentes a 14.000 dólares; el receptor manifestaba: «aparte del pago concertado con mi hermana he tenido que seguir solventando dinero para cubrir sus penurias económicas... fue una tragedia... me hubiera convenido comprar el riñón de un extraño». Ese mismo paciente cuando reingresa a diálisis por pérdida del injerto, nos refiere: «esta vez mis otros hermanos tienen interés en venderme sus riñones... tengo lo justo para pagar otro riñón, ya que debo sobrevivir con mis pequeños hijos».

En base a nuestra experiencia podemos colegir que sólo la donación de padres a hijos y no a la inversa, es la única variante de donación voluntaria exenta de toda transacción comercial.

ÉTICA Y TRASPLANTE RENAL. COMENTARIOS FINALES

La ética exalta lo correcto, bueno y justo de la conducta humana^{9,61}. Señala que determinados órganos del cuerpo humano sano pueden científicamente utilizarse en beneficio de personas que clínicamente lo requieran, y entre cuyos pares exista a su vez verdaderos lazos de amor y solidaridad, naturalmente todo ello libre de cualquier ganancia pecuniaria^{12,62}.

Por tanto, la venta voluntaria de una de las partes vivientes del organismo, deviene en ofensa para consigo mismo^{27,43,45}.

El cuerpo humano en su conjunto y por ende cualesquiera de sus componentes, no se considera objeto alguno y funciona indesligablemente como un todo, constituyéndose en un ente invalorable, inviolable e inalienable, adjetivos elementales adscritos a la dignidad humana^{12,36}. Vender un órgano significa degradar la humanidad en la persona que subvaluándose como tal, no es capaz de preservar su propia esencia.

El tráfico de órganos subvierte el principio de equidad y desvanece el sentido altruista de la donación, actitud que debiera anteponerse en cualquier circunstancia de índole humanitaria. Implica la explotación del hombre por el hombre⁶, propiciando desiguales oportunidades de acceso a un trasplante, favoreciendo a los poseídos en perjuicio de los pobres, quienes por otro lado incluso pueden verse forzados a «rematar» sus órganos, en orden de cubrir requerimientos mínimos de la propia existencia.

La televisión internacional propaló recientemente un reportaje de investigación, inédito en la historia de las comunicaciones, bajo la denominación «Florecente comercio de órganos en Lima Perú», desnudando todo el proceso de transacción comercial de un órgano, apreciándose en detalle la extracción renal en el dador y el traslado a otra sala quirúrgica para su implantación en un adinerado empresario californiano. La donante resultó ser una joven peruana en situación de extrema pobreza, condición social que corresponde al 19% de la población peruana⁶¹.

Los trasplantados foráneos de regreso a sus respectivos países, generan a su turno un dilema ético en la conciencia de los profesionales que los reciben, que necesariamente deben asistirlos responsabilizándose íntegramente del curso evolutivo, a sabiendas que proceden del mercadeo de órganos, acto por lo demás penalizado en sus respectivos lugares de origen. Este fenómeno singular también se constata en nuestro medio, donde especialistas que laboran en los hospitales de la Seguridad Social, asumen responsabilidad total en el manejo de los receptores provenientes de clínicas particulares, afrontando las probables complicaciones médicas y encargándose del seguimiento respectivo de modo indefinido.

Los «intermediarios o tratantes» son los personajes que corrompen y distorsionan la donación altruista de la sociedad con el consiguiente colapso de los Programas Nacionales de Trasplante, según revelan nuestros magros resultados (fig. 1).

No es improbable la existencia de manipulación en las listas de espera, particularmente si la responsabilidad en la elección de los receptores recae en un profesional «convencido» de la impunidad del tráfico de órganos. Este con-

flicto de intereses, cuando se hace público, genera desconfianza en la población, y resiente la solidaridad al interior de los equipos de trasplante, tanto así de importante, que las organizaciones europeas de mayor prestigio. (EDTA-ERA) a través de resoluciones, propician el alejamiento de los Programas de Trasplante a los médicos probadamente inmersos en el tráfico de órganos³⁶.

Frente a tales hechos, surge la interrogante si éticamente es plausible convalidar tales comportamientos de organizaciones engegucidas en enriquecerse a ultranza, a expensas de los pacientes y donantes, que bajo circunstancias de estrechez económica no pocas veces incumplen los protocolos pre trasplante establecidos.

Los hombres de ciencia no deben permanecer impávidos frente al futuro social de la actividad trasplantadora y merecen asumir la responsabilidad moral que les corresponde, mas aún tratándose de un accionar médico de la mayor importancia para el destino de la salud mundial.

En el año 1990, un médico británico realizó sendos trasplantes de riñones procedentes de cuatro ciudadanos turcos (DVNR) que fueron retribuidos con 2.500 a 3.000 libras esterlinas por cada órgano, a consecuencia de lo cual el mencionado profesional fue separado como era previsible del registro médico, acotándose que dicha conducta «conlleva deshonor al ejercicio de la medicina en el Reino Unido»^{9,48}.

Algunos integrantes de estas Organizaciones suelen referir... «no sabíamos que era malo comercializar los órganos...». De modo que la tesis que exige de responsabilidad moral por una supuesta ignorancia debe reconsiderarse, dado que el traficante de órganos está obligado a enterarse en tales circunstancias.

Con la puesta en vigencia de la reciente Ley de Trasplantes, nuestro país corre el riesgo de consolidarse legalmente como verdadero proveedor de órganos para países de mayor desarrollo económico.

Las instituciones médicas tutelares están en la obligación de exigir la derogatoria de la mencionada ley en los acápite que promocionan la donación proveniente de sujetos vivos no relacionados, verdadero resquicio que da cabida al comercio de órganos.

Está claro, que todo lo antedicho es causa de la creciente desconfianza de la población con respecto al destino humanitario de los órganos, y que se traduce en una espectacular disminución de los trasplantes, esto último con un incremento paralelo de los costos al permanecer los pacientes en diálisis³¹.

Lo que acontece en el Perú es un símil de lo que ha ocurrido o pueda acontecer en países que posean condiciones propicias para igual comportamiento, donde se incentive no sólo la venta de riñones, sino segmentos de hígado o pulmón de donantes vivos para su posterior implantación^{8,63-65}.

El comercio de órganos es un problema moral que no podrá resolverse sólo con las armas de la medicina o del derecho, ni le compete exclusivamente a los países en vías de desarrollo, por cuanto los países del primer mundo indirectamente contribuyen a su propagación³⁶ y sostenimiento.

Un premio Nóbel de medicina catalogó al comercio de órganos como una nueva forma de criminalidad⁶⁶, invocando la necesidad de crear un mecanismo internacional

que investigue y controle tales prácticas, poniendo coto a tamaña tropelía^{8,44,66-68}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirpal S. Chugh, Vive Kanand Jha: Commerce in transplantation in third world countries. *Kidney International* 49: 1181-6, 1996.
2. A. S. Daar: Quest for Organ Donors: development of Transplant Ethics. *Transplantation Proceedings* 30: 3616, 1998.
3. Cossé TJ, Weisenberger TM, Taylor GJ: Public feelings about financial incentives for donation and concern about incurring expenses due to donation in one US city. *Transplantation Proceedings* 29: 3263, 1997.
4. Duro García V: Kidney Donors in Latin America. *Nefrología* XIII (Supl. 2), 1993.
5. Vijay Kher: End-stage renal disease in developing countries. *Kidney International* 62: 350-62, 2002.
6. Rothman DJ: Ethical and social consequences of selling a kidney. *JAMA* October 2, 288 (13), 2002.
7. Camacho M, Méndez P: Donación de Órganos. Vacíos Legales y Ética. VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Órganos y Tejidos. La Habana, Cuba. Abril 1995.
8. Matesanz R: Tráfico de Órganos: hechos, ficciones y rumores. *Nefrología* XIV, 6: 633-45, 1994.
9. Stewart Cameron J, Hoffenberg R: The ethics of organ transplantation reconsidered: paid Organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney International* 55: 724-32, 1999.
10. Delmonico FL, Arnold R, Scheper-Hughes N, Siminoff LA, Kahn J, Youngner SJ: Ethical incentives-not payment for organ donation. *New England Journal of Medicine* 346, 25 (20): 2002-5, 2002.
11. Bardales F, Camacho M, Cavassa J: Actitud de los pacientes en Diálisis frente al Trasplante con Donante Cadavérico y Donante Paga. VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Órganos y Tejidos. La Habana, Cuba. Abril 1995.
12. Dossetor JB, Manickavel V: Ethics in organ donation: contrasts in two cultures. *Transplantation Proceedings*, 23 (5): 2508-11, 1991.
13. Goyal M, Megta RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR: Economic and Health consequences of selling a kidney in India. *JAMA* 288 (13): 1589-93, 2002.
14. Shrivastava A, Bhandari, M, Kumar A, Singh P: Quest for Organ Donors: ethical Considerations in India. *Transplantation Proceedings* 30: 3629-3620, 1998.
15. David Z: Levine Ethical Issues in Living Organ Donation. *American Journal of Kidney diseases* 32 (4): 676-91, 1998.
16. Daar AS: Living non related kidney transplantation: time to be taken seriously. *Transplantation Proceedings* 31: 1769-71, 1999.
17. Divakar D, Thiagarajan CM, Reddy KC: Ethical aspects of renal transplantation in India. *Transplantation Proceedings* 30: 3626, 1998.
18. Cecka JM: Results of more than 1.000 recent living unrelated donor transplants in the United States. *Transplantation Proceedings* 31: 234, 1999.
19. Gjertson DW, Cecka JM: Living unrelated donor kidney transplantation. *Kidney International* 58: 491-9, 2000.
20. Chebil I, Loussaief H, Hajri M, Kellou K, Ben Slama MR, Ben Hassine L, Ben Abdallah T, Jenn M, Ayed M: Removal of kidneys from living donors: technical of Ethical problem? *Transplantation Proceedings* 29: 2429-30, 1997.
21. Thiel G: Emotionally related living kidney donation: pro and contra. *Nephrol Dial Trasplant* 12: 1820-4, 1997.
22. Steiner RW, Pert B: Ethical Selection of Living kidney Donors. *American Journal of Kidney Diseases* 36 (4): 677-86, 2000.
23. Lewisky NG: Organ Donation by unrelated donors. *The New England Journal of Medicine* 343 (6): 430-1, 2000.

24. Frishberg Y, Feinstein S, Drukker A: Living unrelated (commercial) renal transplantation in children. *Journal of the American Society of Nephrology* 9: 1100-3, 1998.
25. Lloveras J: What should be the role of the State in the Development of Transplantation? *Transplantation Proceedings* 31, 1765-1768, 1999.
26. Brown-Saltzman K, Diamant A, Cohen Fineberg I, Gritsch A: Surrogate consent for living related organ donation. *JAMA* 291 (6): 728-31, 2004.
27. Matas AJ, Garvey CA, Jacobs CL, Kahn JP: Nondirected donation of Kidney from living donors. *The New England Journal of Medicine* 343 (6): 433-6, 2000.
28. Domínguez JM, González ZA, Morales Otero LA, Torres A, Santiago-Delpin EA: Knowledge and attitude about Organ Donation in a Hispanic Population. *Transplantation Proceedings* 23 (2): 1804-6, 1991.
29. Abcassiz M, Adams M, Adams P, Arnold RM: Consensus Statement on the live Organ Donor. *JAMA* 284 (22): 2919-26, 2000.
30. Karrfelt HME, Berg UB, Lindblad FIE, Tyden GE: To be or not to be a living donor. *Transplantation* 65 (7): 915-8, 1998.
31. Méndez P, Berríos C, Vidalón A, Camacho M: Impacto del Comercio de Órganos en la Actividad Trasplantadora-Perú. IX Congreso Peruano de Nefrología. 14-17 de octubre del 2004. pp. 177. Libro de Resúmenes.
32. Méndez ChP, Camacho BM: Actitud y conocimientos de la población estudiantil peruana acerca de la donación de órganos. VII Congreso Peruano de Nefrología, 2000.
33. Méndez ChP, Camacho BM: Actitud y conocimientos acerca de la donación de órganos en el personal hospitalario. VII Congreso Peruano de Nefrología, 2000.
34. Commerce in transplantation in third world countries. *Kidney International* 49: 1181-6, 1996.
35. Méndez P, Camacho M: Donación de Organos Cadavéricos para Trasplante en Perú. Factores de Negatividad. VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Órganos y Tejidos. La Habana, Cuba. Abril 1995.
36. Botella J: Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos. *Nefrología* XIV (Supl. 1): 61-63, 1994.
37. Camacho BM, Méndez ChP: Capacidad Trasplantadora en la Ciudad de Lima. *Revista Médica Peruana IPSS* 4 (2): 41-3, 1995.
38. Miranda B, Fernández Lucas M, De Felipe C, Naya M, Matanzas R: Organ donation in Spain. *Nephrol Dial Transplant* 14 (Supl. 3): 15-21, 1999.
39. Organización Nacional de Trasplantes: Memoria 1991. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
40. Suküsever M, Kazancioglu R, Yildiz A, Türkmen A, Ecdar T, Kayacan SM, Celik V: Outcome of living unrelated (commercial) renal transplantation. *Kidney International* 60: 1477-83, 2001.
41. Cruz Abascal RE: Tráfico de Organos: ¿Estrella o constelación? *Nefrología* XV (6): 604, 1995.
42. Schafernak KT: Organ Commerce revisited. Letter to the Editor. *Kidney International* 901, 2000.
43. Schlitt HJ: Paid non-related living organ donation: horn of plenty or Pandora's box? *The Lancet* 359 (16): 906-7, 2002.
44. Friedlaender MM: The right to sell or buy a kidney: are we falling our patients? *The Lancet* 359 (16): 971-3, 2002.
45. Cohen, D'Amato J: Contemporary ethical considerations related to organ transplantation. *Transplantation Proceedings* 28 (1): 144-5, 1996.
46. Akpolat T, Öztürk M: Commerce in Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 30: 710-1, 1998.
47. Kaplan AL: Ethical and Policy Issues in the Procurement of Cadaver Organs for Transplantation. *The New England Journal of Medicine* 311 (15): oct. 11, 1984.
48. Hou S: Expanding the kidney donor pool. Ethical and medical considerations. *Kidney International* 58: 1820-36, 2000.
49. Rose SM, Blustein N, Retrosen D: Recommendations of the expert panel on ethical issues in clinical trials of transplant tolerance. *Transplantation* 66 (9): 1123-5, 1998.
50. Ivanovski N, Stojkovski L, Cakalavoski K, Polenakovic M: Living unrelated (paid) Renal transplantation: besides the ethics. *Transplantation Proceedings* 29: 3631, 1997.
51. Schrivastava A, Singh P, Bhandari M, Kumar A: Economics of organ transplantation in India. *Transplantation Proceedings* 30: 3121-2, 1998.
52. Caplan AL, Van Buren CR, Tilney NL: Financial compensation for cadaver organ donation: good idea or anathema. *Transplantation Proceedings* 25 (4): 2740-2, 1993.
53. Gäbel H: What should be the role of the state in the development of transplantation? *Transplantation Proceedings* 31: 1782-4, 1993.
54. Wendler D, Emanuel E: Assessing the ethical and practical wisdom of surrogate consent for living organ donation. *JAMA* 291 (6): 732-5, 2004.
55. Galea G, Pegg D: The ethics of donation: changes are necessary and soon. *The Lancet* 362 (20): 932, 2003.
56. Millones L, Kapsoli W: La memoria de los Ancestros. Libro. Universidad Ricardo Palma. Editorial Universitaria Peruana. pp. 1-256, 2001.
57. Kaulicke M: Memoria y Muerte en el Perú antiguo. Libro: Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial, 2000.
58. Rosas Lauro C: El miedo en el Perú. Siglo XVI al XX. Libro: Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial, 2005.
59. Singh P, Shrivastava A, Kumar A: Current Status of Transplant Coordination and organ donation in India. *Transplantation Proceedings* 30: 3627-8, 1998.
60. René AA, Viera E, Jiles R, Daniela DE: Organ Donation Awareness: Knowledge, Attitudes and Beliefs in a Puerto Rican Population. *Transplantation Proceedings* 27 (2): 1893-6, 1995.
61. Miller RB: Ethics of paid organ donation and the use of executed prisoners as donors: a dialectic with professors Cameron and Hoffenberg. *Kidney International* 55: 733-7, 1999.
62. Rivera López E: Ética y Trasplante de Órganos. Libro Ediciones del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 7-228, 2001.
63. Zinberg JM: Live Organ Donation. *Curr. Opin Organ Transplant* 10: 338-9, 2005.
64. Neuberger J, Price D: Role of living liver donation in the United Kingdom. *BMJ* 327 (20): 676-9, 2003.
65. Malagó M, Burdelski M, Broelsch CE: Present and Future Challenges in Living Related Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings* 31: 1777-81, 1999.
66. Dausset J, Rapaport F: Criminal Hazards of Human Organ Traffic. *Transplantation Proceedings* 28 (1): 42, 1996.
67. Giesecke J: Prevention, not panic-epidemics and trade Sanctions. *Lancet* 356: 588-9, 2000.
68. Beasley CL, Hull AR, Thomas Rosenthal J: Living kidney donation: a survey of professional attitudes and practices. *American Journal of Kidney Diseases* 30 (4): 549-57, 1997.
69. Camacho M, Méndez P: Factores Condicionantes a la Donación de Órganos de Donantes Cadavéricos. Actitud Tercermundista. VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Órganos y Tejidos. La Habana, Cuba. Abril, 1995.
70. Primer Ciclo de mesas de trabajo: donación y trasplante de órganos y tejidos. Congreso de la República Peruana. Comisión de Salud, población, familia y personas con discapacidad. Lima, 10 de abril 2002.
71. Smith CS: Doctors Worried as Americans get organs of chinese inmates. *The New York Times*. November 11, 2001.
72. Comité de Vigilancia, Ética y Deontología. Consejo Regional III. Colegio Médico del Perú, 2004-2005.