



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Mercado regulado de órganos: el caso de Irán

Regulated market for organs: the case of Iran

Mercat regulat d'òrgans: el cas d'Iran

LUCAS COSTA DE OLIVEIRA *

* Lucas Costa de Oliveira. Doctorando en Derecho por Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG). Máster en Derecho Privado por la Pontif. Univ. Minas. Profesor de Derecho Civil de la Univ. Federal de Ouro Preto, Brasil. E-mail: lucascoliveira01@gmail.com.

Copyright (c) 2018 Lucas Costa de Oliveira



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

La escasez de órganos es un problema global constante, aun cuando se presentan diversas alternativas para superar ese problema que genera miles de muertes cada año. El presente artículo analiza los problemas éticos y jurídicos del mercado regulado de órganos, partiendo del modelo de donación recompensada de riñones en vida entre no parientes, implantado en Irán en 1988. Para ello, se realizarán algunos apuntes históricos, pasando por la presentación de los procedimientos y características de dicho modelo, concluyendo con sus principales resultados, aciertos y errores. Al final, adoptando una base empírica como punto de partida, se pretende contribuir con el debate teórico que existe en torno a esa polémica alternativa.

Palabras clave: mercado de órganos; comercio de órganos; compra y venta de órganos; donación recompensada de órganos; Irán.

Abstract

Organ shortage is a constant, global problem, even though various alternatives are presented to overcome a problem that generates thousands of deaths every year. This article analyses the ethical and legal issues of the regulated organ market, based on the model of rewarded donation of living kidneys among non-relatives, introduced in Iran in 1988. To this purpose, some historical notes will be made, including a presentation of the procedures and characteristics of the Iranian model, concluding with its main results, successes and errors. In the end, adopting an empirical basis as a starting point, the aim is to contribute to the theoretical debate that exists around this controversial alternative.

Keywords: organs market; trade in organs; buying and selling of organs; rewarded organs donation; Iran.

Resum

L'escassetat d'òrgans és un problema global constant, tot i que es presenten diverses alternatives per superar aquest problema que genera milers de morts cada any. El present article analitza els problemes ètics i jurídics del mercat regulat d'òrgans, partint del model de donació recompensada de ronyons en vida entre no parents implantat a Iran en 1988. A tal fi, es realitzaran algunes anotacions històriques, passant per la presentació dels procediments i característiques d'aquest model i conclouent amb els seus principals resultats, encerts i errors. Adoptant una base empírica com a punt de partida, el que es pretén és intervenir en el debat teòric que existeix a l'entorn d'aquesta polèmica alternativa.

Paraules clau: mercat d'òrgans; comerç d'òrgans; compra i venda d'òrgans; donació recompensada d'òrgans; Iran.

1. Introducción

El estudio de casos tiene una importancia fundamental para cualquier investigación académica, ya que muchos problemas sólo se evidencian en el plano fáctico. Las construcciones teóricas pueden mostrarse insuficientes o erróneas cuando se aplican en el mundo de la vida, en un contexto no lineal y repleto de vicisitudes. En este sentido, la adecuada comprensión de los problemas éticos y jurídicos relacionados con el mercado regulado de órganos demanda una investigación sobre el caso de Irán. La elección no es aleatoria: Irán fue el primer y único país en aprobar una legislación que regula un modelo recompensado de donación de riñones en vida entre no parientes, buscando minimizar los posibles problemas éticos involucrados en esa práctica.

El análisis de los problemas éticos y jurídicos del modelo iraní constituye el tema central de esta investigación. Para ello, se realizarán algunos apuntes históricos, pasando por la presentación de los procedimientos y características del referido modelo, concluyendo con sus principales resultados, aciertos y errores. Al final, tomando como punto de partida una base empírica, se pretende contribuir al debate teórico que existe ante esta polémica alternativa.

La nomenclatura puede generar incertidumbres debido a la poca precisión técnica y conceptual. Sin embargo, en un análisis más detenido, no quedan dudas: el modelo iraní consiste en un mercado regulado de riñones inter-vivos. Se puede decir que dicha expresión es un eufemismo común en la literatura sobre el tema, que se justifica en el intento de suavizar la carga negativa que los términos “mercado de órganos”, “comercio de órganos” y “compra y venta de órganos” poseen.

Antes de entrar en la casuística, se hace necesaria una advertencia. Los resultados obtenidos en la experiencia iraní no deben ser tratados como absolutos. Tanto las argumentaciones teóricas como las experiencias prácticas no pueden ser traspuestas de un contexto a otro sin las debidas precauciones. No obstante, los aciertos y errores de este modelo son un aporte al debate sobre el mercado regulado de órganos y tejidos humanos, en la medida que se trata del único modelo efectivamente implementado que incluye algunas consideraciones éticas.

2. Apuntes históricos

Irán, también llamado Persia en la Antigüedad Clásica, tuvo un alto grado de desarrollo científico, económico, cultural y social durante todo el primer milenio A.C. Actualmente es un país en

desarrollo, ubicado en el suroeste de Asia (Oriente Medio), con una extensión de 1.65 millones de kilómetros cuadrados y una población de unos 75 millones de habitantes.

Su población es joven: una cuarta parte de la población tiene menos de 15 años, con una expectativa de vida de 72 años. El PIB per cápita se estima en 4.520 dólares en el año 2009, pero este valor varía con frecuencia debido a la fluctuación del precio del petróleo. La tasa de desempleo era del 10,5% y el índice de alfabetización del 85% en una estimación realizada en 2008. El gasto en salud representa el 5.5% del PIB.¹

En 1967 se realizó el primer trasplante de órganos, y en 1974 fue oficializado por el Ministerio de Salud y Educación Médica el primer centro de diálisis. Entre 1967 y 1985 sólo se realizaron 112 trasplantes de riñón. La situación era devastadora debido a la guerra con Irak, y el gobierno permitió y financió que los pacientes fueran trasplantados en el exterior. Cualquier paciente que presentara los documentos requeridos y tuviera un pariente con potencial para la donación de órganos en un país extranjero podría solicitar esa financiación. Así, entre 1980 y 1985, más de 400 pacientes viajaron a países europeos (principalmente Reino Unido) y a Estados Unidos con dinero gubernamental y recibieron trasplantes renales.²

En 1985 se crearon dos centros para trasplantes renales, con el objetivo de aminorar los problemas de las largas listas de espera. En los dos años siguientes, se realizaron 274 trasplantes. Pero a pesar de estos sucesivos intentos, el problema se agravaba: los elevados costos de los trasplantes en el exterior se habían vuelto insostenibles; muchos pacientes no tenían parientes dispuestos a donar en vida; la donación *post mortem* no estaba regulada y ni siquiera había un programa para tal modalidad. La suma de estos factores llevó al gobierno a establecer en 1988 un programa de donación renal inter-vivos entre no parientes remunerada.³ En 1997 se aprobó una Ley para regular los procedimientos de dicho programa, principalmente en relación a la actuación del gobierno y sus atribuciones económicas.⁴

El último gran cambio en el sistema de trasplantes iraní sucedió en el año 2000, por medio de la Ley de Trasplante de Órganos y Muerte Cerebral, que legalizó y reguló la donación de órganos después de la muerte cerebral. Esta ley enfrentó una serie de barreras antes de ser aprobada:

¹ GHODS, AHAD J.; SAVAJ, SHEKOUFEH. "Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, n. 1, 2006, p. 1137; MAHDAVI-MAZDEH, MITRA. "The Iranian model of living renal transplantation". *Kidney International*, n. 82, 2012, p. 627.

² GHODS, SAVAJ, *op. cit.*, p. 1137; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 628.

³ GHODS, SAVAJ, *op. cit.*, p. 1137; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 628.

⁴ LARIJANI, B.; ZAHEDI, F.; TAHERI, E. "Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran". *Transplantations Proceedings*, n. 36, 2004, p. 1242.

culturales, ya que existían dudas acerca de la conformidad con los preceptos del Islam; técnicas, relacionadas al momento y los requisitos para determinar la muerte cerebral, así como a los procedimientos médicos para esa modalidad de donación; y por último, barreras operativas, en la medida en que la estructura y la logística necesarias para la donación *post mortem* son mucho mayores cuando se compara con la donación inter-vivos.⁵

3. Procedimientos y características del sistema iraní de donación renal entre vivos

El sistema está a cargo de la Asociación de Pacientes en Diálisis y Trasplante, también conocida como Fundación Iraní de Pacientes Renales. Dicha fundación está formada por pacientes con enfermedades renales en etapa final y los potenciales donantes, ninguno de los cuales debe pagar por pertenecer a la asociación, ni perciben incentivos económicos por ello. No existe espacio para agencias intermediarias o corredoras en este modelo, ya que todo el trabajo de intermediación entre paciente y donante corre a cargo de la fundación. En 2006 la Fundación contaba con 302 unidades de diálisis, 25 centros de trasplante y 79 oficinas en todo el país.

El paciente renal en etapa final que desee participar en el programa debe pasar por una evaluación médica en la que recibe información sobre las ventajas de la donación realizada por parientes, así como el problema de la escasez de órganos provenientes de donantes fallecidos en el país. Si el paciente no tiene ningún pariente vivo dispuesto a donar y no desea someterse al proceso de donación *post mortem*, se procede a su derivación con la finalidad de encontrar un donante vivo y sin parentesco.

Los donantes potenciales deben ponerse en contacto con la asociación para manifestar su voluntad de donar órganos. Tanto el candidato al trasplante, como el potencial donante se registran sin ningún costo.⁶ En cuanto al donante potencial, si todo está en conformidad con los parámetros médicos exigidos, se aprueba su inclusión en el programa. Sin embargo, es necesario el consentimiento libre y esclarecido por parte del donante y de su cónyuge, o de un familiar cercano en caso que el donante no esté casado o casada. Dicha autorización del cónyuge o pariente es obligatoria.⁷

⁵ LARIJANI, B.; ZAHEDI, F.; TAHERI, E. *op. cit.*, p. 1241-1242; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 633.

⁶ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1137; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

⁷ MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

Después del registro del paciente, se realizan pruebas en laboratorio y consultas médicas tanto con el paciente receptor del órgano como con el donante. El siguiente paso es la presentación de las partes, intermediada por la Fundación, para que se negocie el pago. La compensación económica debida al donante es doble: el gobierno contribuye con una remuneración de aproximadamente \$900 dólares, un año de seguro de salud y exención del servicio militar, y el receptor del órgano deberá ofrecer al donante una compensación extra. La negociación se realiza entre las partes y se define antes de la realización del trasplante. No existe una reglamentación sobre el precio que el receptor debe pagar, pero se establece una fiscalización para evitar precios excesivamente onerosos. Es importante mencionar la marcada presencia de las organizaciones de caridad en el modelo iraní. Si el receptor no tiene condiciones económicas para pagar esta recompensa adicional, dichas organizaciones lo ayudan para cumplir su parte de la compensación al donante.⁸

Después de la negociación y definición del pago al donante se realizan evaluaciones médicas adicionales: consultas con el nefrólogo, *crossmatch* y angiografías. Si está todo en conformidad, receptor y donante son derivados al centro de trasplante para la cirugía.⁹ La siguiente tabla describe el procedimiento completo:

⁸ FRY-REVERE, Sigrid. The truth about Iran. *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014, p. 38; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

⁹ MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

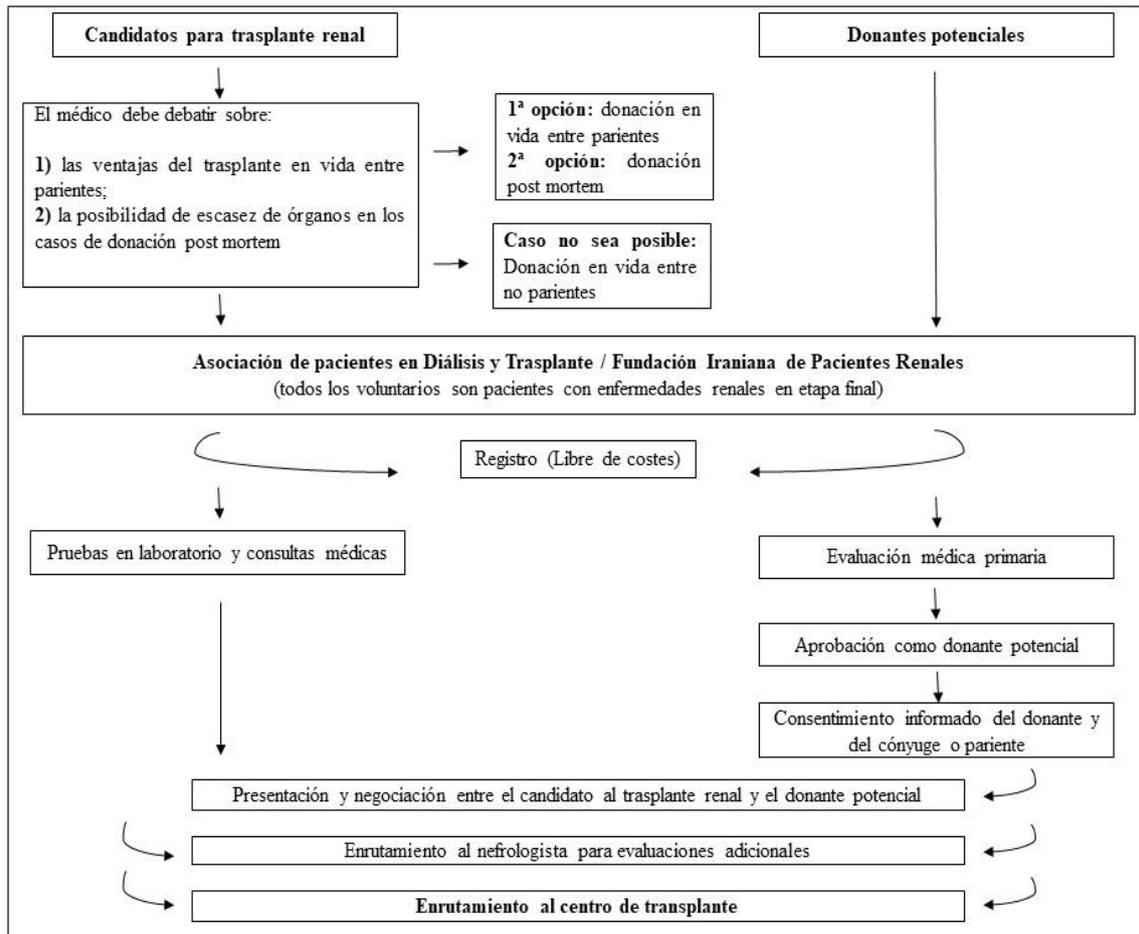


Tabla 1. Donación de riñones remunerada inter-vivos y sin parentesco en Irán. Fuente: Tabla elaborada por el autor.¹⁰

Los equipos de trasplante renal pertenecen a hospitales universitarios y todos los gastos hospitalarios son pagados por el Estado, que también subvenciona la totalidad de los medicamentos esenciales, ofreciéndolos a costo reducido para los pacientes. Es importante mencionar que en este sistema todos los pacientes con necesidad de trasplante renal son clasificados como “pacientes con enfermedades especiales” y se les cubre con un seguro médico. Las aseguradoras de salud y organizaciones de caridad mencionadas anteriormente desempeñan un papel subsidiario en el coste de los gastos adicionales.¹¹

Todo el procedimiento es rigurosamente supervisado por la Sociedad Iraní para el Trasplante de Órganos y el Ministerio de Salud y Educación Médica. Corresponde a cada

¹⁰ Elaborado en base a la información y diagramas presentados en GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1138; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

¹¹ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1138; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

Universidad de Ciencias Médicas la fiscalización y regulación de los centros médicos de trasplantes renales.¹²

Por último, debe mencionarse que el programa excluye a las personas que no son iraníes: el gobierno cerró el acceso a los extranjeros en el año 1992.¹³

4. Resultados, aciertos y errores en la experiencia iraní

El principal resultado obtenido con la implementación del modelo iraní de donación recompensada fue la eliminación de las listas de espera para trasplantes renales en 1999. Hasta finales de 2005, se habían realizado 19.609 trasplantes renales, siendo 3.421 correspondientes a la donación en vida entre parientes, 15.365 a la donación en vida remunerada entre no parientes y 823 a la donación *post mortem*.

Es importante mencionar que la eliminación de las listas de espera no se debe sólo al éxito del programa de trasplante. El número de pacientes diagnosticados con enfermedades renales en etapa final es bastante menor en comparación con los países desarrollados, porque muchos pacientes viven en pequeñas aldeas y ciudades, lo que dificulta el diagnóstico. De esta manera, con menos pacientes diagnosticados, hay menos candidatos al trasplante renal, lo que facilita la intervención en esta problemática.¹⁴ De todos modos, la experiencia iraní mostró ser eficiente, logrando superar la demanda total en un corto período de tiempo.

Otro resultado interesante fue el aumento de la donación *post mortem* desde la aprobación de la Ley de Trasplante de Órganos y Muerte Cerebral. En 2000, se realizaron 1.421 trasplantes en esa modalidad, mientras que en 2010 se realizaron 2.285, prácticamente el doble. Como consecuencia, el porcentaje de la donación remunerada inter-vivos en relación al total de trasplantes ha disminuido, bajando del 86% en 2000, al 69% en 2010.¹⁵

El análisis de estos datos indica que un mercado regulado de órganos no acaba con el altruismo: una encuesta publicada en 2009 evidenció que la principal motivación para la donación sin parentesco en vida es económica pero también altruista, correspondiendo esta respuesta al

¹² GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1138; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 629.

¹³ FRY-REVERE, *op. cit.*, p. 38.

¹⁴ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1139.

¹⁵ MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 633.

60.8% de los entrevistados.¹⁶ Sin embargo, hay que recordar que en Irán no existía un programa de donación *post mortem* hasta el año 2000, lo que relativiza esta conclusión. Se podría cuestionar si la implementación de un mercado de órganos tendría el mismo efecto en un país con un programa de donación *post mortem* consolidado, como España.

Algunos autores indican que incluso con su posición geográfica y situación económica, Irán logró eliminar el mercado negro y el turismo de órganos. A pesar de que esa referencia consta en diversos artículos, no se encuentran muchas evidencias empíricas sobre el hecho, sobre todo en virtud de la dificultad de estandarización. La afirmación se deriva de que todo el proceso es intermediado por la Fundación Iraní de Pacientes Renales, lo que no deja espacio a agencias o corredores externos, así como por la limitación geográfica del programa de trasplantes. Pero dicha afirmación es problemática y poco clara. Por un lado, los economistas afirman que “un mercado abierto de órganos reduciría drásticamente el actual mercado negro en que algunas personas con necesidades de trasplante los realizan en los países más pobres, como Turquía, donde la prohibición contra la venta de órganos es negligente.”¹⁷ El razonamiento se puede entender de la siguiente manera: el mercado negro se entiende como el conjunto de actividades realizadas al margen del control estatal, que surge a partir de la prohibición, restricción o imposición de alguna práctica social. Así, es correcto afirmar que toda prohibición jurídica puede acarrear, en mayor o menor grado, la aparición de un mercado negro. Por lo tanto, la regulación del mercado tendría como consecuencia el debilitamiento o eliminación del mercado negro. Sin embargo, son escasas las evidencias empíricas de esta afirmación, imposibilitando un análisis más detallado y asertivo. Además, existen otros tipos de mercado negro más allá de aquel que surge de la prohibición, tal como se observa en la venta ilegal de cigarrillos por precios más competitivos incluso en mercados en los que su venta está permitida.

El problema de la explotación también es bastante reducido, pues además de no tener espacio para agencias y corredores externos, hay una preocupación por el consentimiento libre y esclarecido del donante y de su cónyuge o pariente cercano. La exigencia de ese consentimiento doble se justifica por la necesidad de evitar la existencia de presiones externas, así como certificar un consentimiento efectivamente informado. En este sentido, las encuestas apuntan que el nivel de escolaridad entre los donantes es, en su mayoría, de nivel medio (64%) y básico (24%).¹⁸ Esta

¹⁶ ROUCHI, Heidari A.; MAHDAVI-MAZDEH, M.; ZAMYADI, M. Compensated living kidney donation in Iran: donor's attitude and short-term follow up. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, v. 3, n. 1, 2009, p. 36.

¹⁷ BECKER, Gary S. Should the purchase of organs for transplant surgery be permitted? *The Becker-Posner Blog*, 1 jan. 2006, p. 1, traducción nuestra.

¹⁸ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1140; ROUCHI; MAHDAVI-MAZDEH; ZAMYADI, *op. cit.*, p. 36.

información aumenta la probabilidad de que el consentimiento sea efectivamente esclarecido y libre.

Se suma a esto la frecuente fiscalización del procedimiento por diversas entidades: Sociedad Iraní para Trasplante de Órganos, Ministerio de Salud y Educación Médica, Universidades de Ciencias Médicas y el propio equipo médico de trasplante. Pero al mismo tiempo, este sistema de fiscalización estructurado en diversos niveles dificulta la investigación.

Otro argumento común a favor del modelo iraní es que tanto ricos como pobres tienen acceso al trasplante renal, lo que se comprueba con la eliminación de las listas de espera. El factor determinante es la acción de las organizaciones de caridad que pagan los gastos de aquellos que no pueden hacerlo. El Estado contribuye enormemente, haciéndose cargo de los costos hospitalarios, ofreciendo los medicamentos necesarios a precios reducidos, proveyendo de acceso a seguros de salud para pacientes de trasplante y diálisis, así como al compartir la remuneración con el donante.¹⁹

Es importante destacar también la importancia de las evaluaciones médicas durante todo el procedimiento, tanto para el donante como para el receptor. De esta manera, se reducen los daños físicos y psicológicos, al menos a corto plazo: se estima que el riesgo médico en la realización de la cirugía de trasplante en Irán es del 0.03%. En una encuesta realizada entre los años 1970 y 1989, de un total de 3.639 trasplantes, se registraron sólo dos muertes, una de ellas correspondía a un donante de 76 años en el momento de la cirugía.²⁰ Otra investigación revela que el 98% de 600 entrevistados por investigadores iraníes afirmaron estar completa o relativamente satisfechos antes de la realización de la cirugía.²¹

A pesar de estos aciertos del programa iraní, se evidencian fallos desde el punto de vista ético. La negociación directa entre donante y receptor abre la posibilidad para la explotación económica y la presión psicológica. La Asociación de Pacientes en Diálisis y Trasplante hace el papel de intermediario al presentar a las partes, pero corresponde solamente a ellas determinar los elementos a negociar. Aunque existe la fiscalización por la propia asociación, ese contacto directo puede generar consecuencias dañinas, especialmente en la población más vulnerable.

La exigencia de una recompensa adicional a ser pagada por el receptor también causa controversias. Aunque se alega que el sistema de trasplantes iraní se aplica a todos, sin distinción económica, su principal motor es la presencia de organizaciones de caridad durante todo el

¹⁹ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1140; MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 630.

²⁰ MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 630.

²¹ ROUCHI; MAHDAVI-MAZDEH; ZAMYADI, *op. cit.*, p. 36.

procedimiento. Sin embargo, en cualquier momento estas entidades pueden verse sobrecargadas, dejando a los menos favorecidos económicamente sin posibilidad de trasplante.

Una solución a estos problemas sería que el Estado pagara todos los costos, incluyendo la recompensa razonable.²² De esta manera, se evitaría el problema de la explotación derivada de la negociación directa entre las partes, así como el problema de la justicia distributiva y la equidad. El gran problema a ser analizado sería la viabilidad económica de Irán, país en desarrollo y con inestabilidad económica.

La ausencia de un sistema de registro y seguimiento a largo plazo es apuntado como el “talón de Aquiles” del modelo iraní.²³ De hecho, sin ese registro no es posible conocer las reales consecuencias económicas, psicológicas, físicas, culturales y sociales después del trasplante. La ausencia de seguimiento médico también es preocupante. Antes de la realización del trasplante, la evaluación médica y psicológica es constante, lo que no se sostiene después de la cirugía. Los estudios de Zargooshi causaron impacto en el debate sobre el sistema de donación remunerada sin parentesco en Irán. En su primer estudio empírico, investigó sobre las motivaciones para la donación recompensada de riñones y las relaciones entre donantes y receptores durante el proceso. Un primer hallazgo fue la dificultad para localizar a los donantes, ya que el 95% dió una dirección inexacta o falsa para el registro de los hospitales – ante el prejuicio y estigma social vinculado a esa práctica. Sin embargo, 150 donantes lograron ser localizados, de los cuales 100 se enmarcaban en el criterio de que la cirugía hubiera sido realizada hace dos o más años. Aquí se encuentra la mayor fortaleza de esta investigación en comparación a las otras, pues posibilita una perspectiva diferenciada.²⁴

En cuanto a la relación sostenida entre donante y receptor después del trasplante, se descubrió que en el 54% de los casos no hubo ningún tipo de relación, mientras que en el 36% de ellos se hicieron de una a cinco visitas. En el 65% de los casos en que hubo algún tipo de relación post-operatoria, el receptor no demostró ningún tipo de agradecimiento o gratitud, comportándose como un comprador del órgano. El 51% de los encuestados respondió que los sentimientos hacia el receptor eran de odio y rabia, un 29% de compasión y amor, mientras que el 20% no experimentaba ningún tipo de sentimiento. En cuanto a la motivación para la donación, para el 43% de los entrevistados fue exclusivamente económica, para el 40% fue económica con un componente menor de altruismo, para el 5% fue altruista con un menor elemento económico

²² MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 632.

²³ MAHDAVI-MAZDEH, *op. cit.*, p. 632.

²⁴ ZARGOOSHI, Javaad. Iranian kidney donors: motivations and relations with recipients. *The Journal of Urology*, v. 165, 2001a, p. 386.

y sólo para el 3% fue altruismo. Por último, en respuesta a la pregunta: “¿Cuál es su opinión sobre la prohibición de la venta de órganos?”, el 76% de los donantes respondió que estaban de acuerdo.²⁵

Sin embargo, el estudio más relevante de Zargooshi fue el que investigó sobre la calidad de vida de los donantes, en base a un cuestionario aplicado a 300 de estos donantes, pasados entre 6 a 132 meses después del trasplante. Los resultados fueron alarmantes: imposibilidad de hacer seguimiento médico (79%); impactos negativos en el trabajo (65%); problemas familiares derivados del trasplante (68%), rechazo (43%) y aumento de los conflictos maritales (73%); sentimiento de aislamiento de la sociedad (70%); depresión post-operatoria (71%); ansiedad (60%); impacto en las habilidades físicas (60%); impacto en la energía física (80%). Además, la venta del riñón causó de pocas (20%) a muchas (66%) consecuencias económicas negativas. Por último, entre otros resultados, el 86% de los encuestados respondió que no venderían el riñón nuevamente y el 76% desalentaba fuertemente que potenciales donantes cometieran el error de donar sus órganos.²⁶

En base a las investigaciones de Zargooshi, Julian Koplin defiende la tesis de que los daños físicos, psicológicos, sociales y económicos sufridos en un mercado negro de órganos y tejidos humanos persisten, incluso en un mercado regulado y ético:

Yo argumento que eliminar las prácticas abusivas del mercado negro puede no eliminar las consecuencias negativas para los vendedores, demostrando que algunos de los daños sufridos pueden persistir incluso bajo un sistema bien regulado. Las investigaciones empíricas sobre las consecuencias en los vendedores de riñón no sólo demuestran una serie de daños físicos, psicológicos, sociales y de bienestar financiero, sino que también da razones para pensar que un sistema regulado podría reproducir esos daños. Llama la atención la variedad de preocupaciones que los que defienden la venta de riñones descuidan: que los riesgos de la nefrectomía pueden ser mayores para los desesperadamente pobres que para los relativamente afluentes; que proveer seguimiento médico no garantiza que los donantes van a recibirlo; que muchos donantes experimentan depresión, ansiedad, estigma y aislamiento social como consecuencia de

²⁵ ZARGOOSHI, *op. cit.*, p. 387.

²⁶ ZARGOOSHI, Javaad. Quality of life Iranian kidney “donors”. *The Journal of Urology*, v. 166, 2001b, p. 1790.

*la venta; y que recibir el pago íntegro contribuye poco a proteger contra los problemas a largo plazo para encontrar y mantener el empleo.*²⁷

Al final de su trabajo, Koplin concluye que un mercado de órganos y tejidos humanos, ya sea regulado o no, acaba por dejar a los vendedores en una situación peor que antes de la venta, principalmente por los daños que genera este tipo de mercado.²⁸

Las investigaciones de Zargooshi son muy cuestionadas en diversos aspectos. El primero se refiere a la delimitación geográfica del estudio, correspondiente únicamente a la región de Kermanshah, una de las más devastadas en términos económicos. Además, los datos corresponden, en su mayoría, al período entre 1980 y 1990, antes de la aprobación de la Ley regulando la actuación del gobierno en el sistema de donación inter-vivos sin parentesco. De ese modo, el estudio sería sobre un mercado legal, pero no regulado —por lo tanto, más cercano al defectuoso escenario del mercado negro. Los datos quedaron desactualizados, una vez que el sistema iraní evolucionó desde su aprobación en 1988. Así, según Sigrid Fry-Revere,

*dependen de los datos limitados de Zaragooshi para describir el actual sistema iraní de donación recompensada es como generalizar sobre el estado de la asistencia médica en los Estados Unidos de hoy basado en datos recogidos hace veinte años en Alabama rural.*²⁹

También se apunta la falta de rigor científico en los estudios de Zaragooshi, que cita periódicos prohibidos en sus referencias.³⁰

Por último, la divergencia con otras investigaciones dificulta el análisis de las consecuencias de este modelo. Un ejemplo es el estudio ya mencionado de Alireza Rouchi *et al.*, indicando un índice de 86,5% de completa satisfacción antes de la cirugía y ningún relato de mortalidad o graves complicaciones entre los donantes.³¹ Glenn Cohen indica tres posibilidades para estas divergencias: el período de recolección de datos (siendo la investigación de Rouchi más reciente) lo que puede representar un nuevo grupo de pacientes o la implementación de cambios regulatorios; el momento de la aplicación de cuestionarios, antes de la cirugía (Rouchi) o después de la cirugía (Zargooshi); y, por último, el modo de aplicación de los cuestionarios, interfiriendo o

²⁷ KOPLIN, Julian. Assessing the likely harms to kidney vendors in regulated organ markets. *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014, p. 8, traducción nuestra.

²⁸ KOPLIN, *op. cit.*, p. 14.

²⁹ FRY-REVERE, *op. cit.*, p. 38, traducción nuestra.

³⁰ ARAMESH, Kiarash. A closer look at the iranian model of kidney transplantation. *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, p. 35.

³¹ ROUCHI; MAHDAVI-MAZDEH; ZAMYADI, *op. cit.*, p. 36.

ejerciendo presión en los donantes —en la investigación de Rouchi, el cuestionario fue aplicado por enfermeras, mientras que en la investigación de Zargooshi, el cuestionario fue respondido por el donante de manera solitaria o, cuando era necesario con la ayuda del propio investigador.³²

De todos modos, otros estudios apuntan fragilidades en el sistema iraní de donación recompensada. En una encuesta realizada con 500 receptores y donantes, Ghods y Savaj concluyeron que el 84% de los donantes recompensados de riñones en Irán eran pobres y el 16% eran de clase media, mientras que el 50,4% de los receptores eran pobres y el 36,2% eran de clase media.³³ Si, por un lado, esos datos excluyen el argumento de la explotación de los pobres por los ricos, por otro demuestran que se trata de un modelo que gira en torno a la pobreza.

Otros datos contribuyen al debate. A partir de la investigación de Rouchi, Mahdavi-Mazdeh y Zamyadi es posible trazar un perfil del donante iraní. La encuesta publicada en 2009 se realizó a partir del envío de cuestionarios a 25 centros de trasplante, obteniendo la respuesta de 600 donantes recompensados. Además de las conclusiones mencionadas a lo largo del capítulo, se destacan las siguientes: el 94% de las donaciones se hicieron entre personas sin parentesco; el 85% de los donantes correspondía al sexo masculino; 79.9% estaban casados; 82.6% no tenían seguro de salud. En cuanto al trabajo, el 22.5% eran desempleados; el 33% trabajaba a tiempo parcial; y el 27.9% trabajaban a tiempo completo. La renta media de los donantes era correspondiente a US \$ 175 y el 82% de éstos vivían de alquiler.³⁴

5. Conclusión

A partir del estudio de los principales resultados, aciertos y errores de la experiencia iraní de donación recompensada de riñones sin parentesco, las conclusiones se muestran poco nítidas.

Por un lado, se percibe una preocupación con los dilemas éticos en torno a un mercado regulado de órganos: la restricción del área geográfica, la necesidad de consentimiento libre y esclarecido, el continuo seguimiento y evaluación médica, el soporte económico estatal, el acceso paritario al sistema, y la fiscalización en diversos niveles comprueban la prudencia del modelo iraní. Además, se obtuvieron buenos resultados desde su aprobación, especialmente la eliminación de las listas de espera y el debilitamiento del mercado negro.

³² COHEN, I. Glenn. A fuller Picture of organ markets. *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014, p. 19.

³³ GHODS; SAVAJ, *op. cit.*, p. 1140

³⁴ ROUCHI; MAHDAVI-MAZDEH; ZAMYADI, *op. cit.*, p. 35-36.

Por otro lado, diversos problemas debilitan el modelo adoptado en Irán: la negociación directa entre donante y receptor facilita la explotación; la necesidad del pago adicional por el receptor puede ocasionar desigualdades y falta de oportunidad para todos; la falta de registro y ausencia de seguimiento médico después del trasplante demuestran falta de cuidado a los efectos posteriores al procedimiento quirúrgico. De todos modos, el principal cuestionamiento al programa iraní se refiere a los daños posteriores que la donación recompensada puede causar a sus participantes. Los estudios de Zargooshi, aunque cuestionados, son preocupantes, ya que afirman la presencia de daños físicos, psicológicos, sociales y económicos en este modelo.

De este modo, se entiende que el sistema iraní logra debilitar diversas objeciones al mercado regulado de órganos y tejidos humanos, a pesar de que todavía posee fallas desde el punto de vista ético, principalmente en relación a los daños posteriores al procedimiento. No obstante, como se mencionó al principio del artículo, las experiencias no pueden trasponerse de un contexto a otro sin las debidas precauciones. Al final, Irán es un país en desarrollo, con características culturales, sociales y económicas únicas, habiendo pasado por largos períodos de guerra. Así, en otros contextos, los resultados pueden ser diferentes, para bien y para mal.

En su mayoría, la literatura consultada concluye en enaltecer los aciertos del modelo iraní, pero apuntan desafíos que deben ser superados. Esta es también la dirección tomada en la investigación: a pesar de los aciertos del sistema iraní, todavía existen diversos aspectos que necesitan ser perfeccionados y, principalmente, evidenciados de manera clara y precisa antes de ser defendidos como la gran solución al problema de la escasez de órganos.

Referencias

- ◆ ARAMESH, K. "A closer look at the iranian model of kidney transplantation". *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014.
- ◆ BECKER, G.S. "Should the purchase of organs for transplant surgery be permitted?" *The Becker-Posner Blog*, 1 jan. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/nCenxg>>. Acesso em 1 jun. 2016.
- ◆ COHEN, I. G. "A fuller Picture of organ markets", *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014.
- ◆ FRY-REVERE, S. "The truth about Iran". *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014.
- ◆ GHODS, A. J.; SAVAJ, S. "Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, n. 1, 2006.

- ◆ KOPLIN, J. "Assessing the likely harms to kidney vendors in regulated organ markets". *The American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014.
- ◆ LARIJANI, B.; ZAHEDI, F.; TAHERI, E. "Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran". *Transplantations Proceedings*, n. 36, 2004, p. 1242.
- ◆ MAHDAVI-MAZDEH, M. "The Iranian model of living renal transplantation". *Kidney International*, n. 82, 2012.
- ◆ PAJOUHI, A. *et al.* "Paid living kidney transplantation in Iran: rethinking the challenges". *American Journal of Bioethics*, v. 14, n. 10, 2014.
- ◆ ROUCHI, HEIDARI A.; MAHDAVI-MAZDEH, M.; ZAMYADI, M. "Compensated living kidney donation in Iran: donor's attitude and short-term follow up". *Iranian Journal of Kidney Diseases*, v. 3, n. 1, 2009.
- ◆ ZARGOOSHI, J. "Iranian kidney donors: motivations and relations with recipients". *The Journal of Urology*, v. 165, 2001a.
- ◆ _____ "Quality of life Iranian kidney 'donors'". *The Journal of Urology*, v. 166, 2001b.

Fecha de recepción: 30 de abril de 2018

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2018