

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

La constitución del dispositivo del trasplante, en la segunda mitad del siglo XX, estuvo acompañada por cuatro características centrales de las intervenciones biomédicas en la salud de la población: la expansión de la biomedicina y de la industria farmacéutica, el establecimiento del derecho a la salud, la constitución de la salud como objeto de consumo y el desplazamiento hacia las enfermedades crónico-degenerativas.

En este sentido, podemos observar que desde la segunda mitad del siglo XX las intervenciones biomédicas en la salud de la población han estado dirigidas a “combatir” las enfermedades crónico-degenerativas, además de las transmisibles (Cortina Greus et al. 1991:1455-1456; Duffy 1993:205; Menéndez 2001:30-31; Vera Bolaños 2000). A su vez, desde este periodo las intervenciones biomédicas ya no sólo han estado vinculadas con el mantenimiento, mejoramiento y reproducción de la fuerza laboral, sino también con la producción de la salud como objeto de consumo (Foucault 1990b:114-115). De esta forma, la industria farmacéutica y la biomedicina, que vivieron su mayor expansión en la segunda mitad del siglo XX (Menéndez 2001:30-31), se convirtieron en productores de la salud (Foucault 1990b:114-115). Con esto, los beneficios económicos derivados de la salud no son obtenidos tanto por los médicos como por la industria farmacéutica, la cual se sostiene del financiamiento colectivo de la salud, a través de las instituciones de seguridad social, y de la intermediación que realizan los profesionales de la salud entre los productos farmacéuticos y las “necesidades” del enfermo (Foucault 1990b:118).

A su vez, el financiamiento colectivo de la salud a través de la seguridad social está vinculado con el desplazamiento del papel del Estado en las intervenciones biomédicas. En la segunda mitad del siglo XX el objeto de acción del Estado ya no está sólo en garantizar la salud de la población para mantener el bienestar de la población y el Estado, sino en el

derecho de los individuos a mantener su cuerpo en buena salud (Foucault 1990b:94). Se buscan constituir entonces las condiciones en base a las cuales el Estado pueda garantizar y financiar la salud de la población (Foucault 1990b:96). La formación de las instituciones de seguridad social conducirá entonces al financiamiento colectivo de la salud y, de manera indirecta, a la consolidación de la industria farmacéutica.

Estas características de las intervenciones biomédicas en la salud de la población han jugado un papel importante en la constitución del dispositivo del trasplante. Así pues, el dispositivo del trasplante se constituyó directamente en torno a la meta de intervenir, a través de la sustitución de órganos, en las enfermedades crónico-degenerativas para alargar y mejorar la vida de la población. A su vez, en la década de los ochenta el dispositivo del trasplante vivió su expansión gracias a la introducción de un fármaco inmunosupresor (la ciclosporina) que hizo posible la realización efectiva de los trasplantes cadavéricos y entre vivos no relacionados (Fox y Swasey 1992:3-4, 45; Harrison 1999). Con esto, la industria farmacéutica comenzó a ser un elemento central en el dispositivo del trasplante. Desde entonces, una buena parte de las ganancias derivadas del consumo del trasplante han sido cooptadas por esta industria, a través del consumo individual en la medicina privada y, principalmente, del financiamiento colectivo de la salud a través de los sistemas de seguridad social. Así, en México cerca del 87% de los gastos del trasplante (incluyendo la medicación postoperatoria) han sido absorbidos a través de los servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de los hospitales de la Secretaría de Salud dirigidos a la población abierta (SSA 2001:43-44). Ante esto, la industria farmacéutica ha impulsado la práctica de los trasplantes a través de mecanismos dirigidos hacia el fortalecimiento de la información médica de los individuos trasplantados (para que su trasplante sea “exitoso”) y de mecanismos y apoyos dirigidos a consolidar la organización nacional del trasplante y la “cultura de la donación”.

La industria farmacéutica y los otros elementos que constituyen el dispositivo del trasplante (técnicas biomédicas, discurso de escasez, concepto de muerte cerebral, prácticas de obtención y asignación de órganos, organizaciones pro-trasplante, agencias estatales) han producido, a través de la vinculación de sus efectos, los distintos tipos de donación existentes a nivel global, los cuales se han expandido y modificado en el tiempo: donación cadavérica basada en la “muerte cardiorrespiratoria”, donación cadavérica basada en la “muerte

cerebral”, donación entre vivos “relacionados genéticamente”, donación entre vivos “no relacionados genéticamente” y donación entre vivos “relacionados emocionalmente”.

Desde el inicio de la práctica de los trasplantes renales en México se han ido desplegando esos distintos tipos de donación producidos a nivel global. A su vez, el espectro de los posibles donadores y receptores se ha ido expandiendo ante las prácticas de los profesionales del trasplante y la supresión constante de las prohibiciones legales. De esta forma, la expansión del espectro de los receptores y los donadores ha estado derivada de las prácticas de los profesionales del trasplante que expanden la lista de espera incluyendo a individuos cada vez más viejos y enfermos. Además, el espectro de los posibles donadores se ha expandido a través de la eliminación de las prohibiciones legales. Estas prohibiciones se enfocan en los donadores y no en los receptores ya que buscan proteger a la “población débil” que se considera puede ser “mal utilizada” para donar sus órganos. Así pues, con las primeras legislaciones en México se restringió el espectro de donadores vivos que podían ser utilizados para trasplante, excluyéndose a los individuos considerados como parte de la “población débil” (menores de edad, mujeres embarazadas, “incapaces mentales”, personas en “estado de inconciencia” y encarcelados). A través de los años el espectro de la “población débil”, al igual que las otras restricciones estipuladas en las primeras legislaciones, se han ido diluyendo ante las prácticas de expansión del dispositivo del trasplante en México y la búsqueda constante de alargar tanto el número de las donaciones como el espectro de los posibles donadores, de tal forma que la “población débil” ha quedado circunscrita sólo a los menores de edad, los “incapaces” y aquellos que no puedan “expresar libremente” su consentimiento.

Para los profesionales del trasplante el seguimiento constante de las legislaciones es un elemento central de su práctica, ya que en base a eso buscan crear confianza de la población en torno al trasplante. De este modo, si bien es cierto que a través de las legislaciones se intentan codificar mecanismos de poder que no pertenecen al orden jurídico, sino más bien al campo del biopoder (Foucault 1978:134), en la práctica de los trasplantes, en donde se sigue mucho las estipulaciones legales, la codificación jurídica tiene efectos concretos a través de la expansión del espectro de los posibles donadores.

A su vez, el dispositivo del trasplante se ejerce en base a los distintos tipos de donación que ha producido a nivel global. Los distintos tipos de donación conllevan diversas prácticas de objetivación durante el proceso del trasplante, a través de las cuales los individuos y sus cuerpos son constituidos como objeto de análisis y objetivos de intervención. Las prácticas de objetivación sobre el individuo y el cuerpo se despliegan a través de dos espacios de medicalización: la familia y el hospital. En base al espacio hospitalario y al espacio familiar se podrá intervenir en el individuo y su cuerpo y, a través de ello, en la salud de la población (Foucault 1991:98, 1999d:110).

La medicalización tanto del hospital como de la familia en la segunda mitad del siglo XVIII vendría a jugar un papel central en la vinculación de las intervenciones biomédicas en la población, el individuo y el cuerpo. La medicalización del hospital se dio en base a la introducción de los procedimientos disciplinarios en el espacio hospitalario y el surgimiento de la medicina urbana enfocada en el medio ambiente (Foucault 1999d:101-106). Con la introducción de la disciplina en el hospital se constituyó la observación, el análisis, el registro y la vigilancia continua del mundo de los enfermos y de las enfermedades, lo cual permitió la acción terapéutica (Foucault 1999d:106-107). A su vez, la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y la consecuente constitución del hospital terapéutico condujeron a que la biomedicina pudiese tomar como objeto de conocimiento y objetivo de intervención tanto a la población, como a los individuos y sus cuerpos (Foucault 1999d:110).

La medicalización de la familia, por su parte, se dio en un principio como parte de la búsqueda de intervenir en la salud de los “infantes” (Foucault 1991:96-99). La familia se convirtió entonces en un espacio a través del cual se podía cuidar y potenciar de manera cotidiana la salud de los “infantes” (Foucault 1991:96). Posteriormente la familia se organizó como espacio primero e inmediato de medicalización de los individuos en general y no sólo de los “infantes” (Foucault 1991:98).

A más de dos siglos de su medicalización, el espacio familiar y el espacio hospitalario juegan un papel central en el ejercicio del dispositivo del trasplante, ya que actúan sobre el cuerpo y el comportamiento del individuo trasplantado, lo cual hace posible, a su vez, la intervención en la salud de la población; el “combate” de las enfermedades crónicas que aquejan la salud de la población.

A través del espacio familiar y del espacio hospitalario se intenta asegurar el “éxito” del trasplante, esto es; que el receptor no rechace el órgano trasplantado al menos por varios años. Con este objetivo, el receptor es analizado y vigilado desde el inicio del proceso de “evaluación” hasta el último de los días en que lleva en sí el riñón trasplantado. Por el contrario, el espacio familiar no actúa en torno al donador y el interés que se le pone en el espacio hospitalario culmina cuando su riñón es extirpado.

Los miembros del equipo de trasplantes toman al cuerpo y a las características conductuales del receptor como objeto de análisis y objetivo de intervención. De este modo, el cuerpo y el comportamiento del receptor son “evaluados” durante el proceso hospitalario del trasplante para saber si éstos podrán “asegurar” el “éxito” del trasplante. El equipo de trasplantes interviene de manera directa en el cuerpo del receptor, pero para poder intervenir en el comportamiento de éste después del trasplante necesita de la ayuda del espacio familiar. Es por esto que durante el proceso del trasplante el análisis en torno al receptor se dirige también a observar si su “ambiente familiar” propiciará que el riñón trasplantado se mantenga en su cuerpo por muchos años. La familia se convierte en un espacio de vigilancia del comportamiento del receptor y de cuidado continuo de su salud. De este modo, en cuanto el receptor sale del aislamiento hospitalario entra en una suerte de aislamiento familiar donde se crean las condiciones para que no se dé el “rechazo” del riñón trasplantado y se vigila el cuidado que el receptor debe tener sobre su cuerpo. Una vez terminado ese “aislamiento familiar” la familia continúa vigilando que el receptor siga las indicaciones médicas sobre las operaciones que debe realizar sobre su cuerpo.

Dentro del espacio hospitalario existe un tipo particular de sujeto médico cuyas prácticas son centrales en el ejercicio del dispositivo: el coordinador hospitalario de trasplantes. El coordinador hospitalario de trasplantes juega un papel central en el proceso del trasplante debido a que está especializado en “identificar” a los donadores cadavéricos y en intervenir en la decisión de la familia sobre la donación de los órganos de su “muerto cerebral”. Además, el coordinador de trasplantes regula el proceso de “evaluación” tanto de los candidatos a trasplante como de sus posibles donadores vivos y realiza las labores de intermediación entre el equipo de trasplantes, los trabajadores de salud del hospital y los donadores, receptores y familiares.

En cuanto a la “petición” de la donación, el coordinador de trasplantes está especializado en analizar las conductas de los miembros de la familia del posible donador cadavérico y en actuar sobre su decisión de donar. A través de las prácticas del coordinador en torno a la familia del donador, es posible “conseguir” un mayor número de donaciones y expandir, con ello, la práctica de los trasplantes. De este modo, si el análisis de la conducta de la familia del receptor es central para “asegurar” el “éxito” del trasplante una vez realizado éste, en la donación cadavérica el análisis de la familia del donador es importante para poder “conseguir” los órganos.

Por su parte, en lo que refiere a la “identificación” de los donadores cadavéricos, el coordinador de trasplantes dedica buena parte de su tiempo a buscar a pacientes a los que se les pueda diagnosticar clínicamente la muerte cerebral. El “diagnóstico clínico” de la muerte cerebral es otro elemento central en el ejercicio del dispositivo del trasplante, ya que permite mantener los órganos del potencial donar en condiciones óptimas para trasplante.

En este sentido, podemos observar que en el proceso hospitalario del trasplante se despliegan tres diagnósticos de muerte: el “diagnostico clínico” de muerte cerebral en donde un paciente se convierte en un posible donador cuyo cuerpo hay que mantener; el “diagnostico confirmatorio” de muerte cerebral por medio del cual el paciente, bajo la mirada médica, deja de existir para convertirse en un cadáver cuyos órganos pueden ser extirpados y utilizados para trasplante, y; la “muerte biológica” que acontece al desconectar, una vez tomados los órganos, la ventilación artificial que conducirá al paro cardiorrespiratorio y a la descomposición gradual del cuerpo.

La consolidación del dispositivo del trasplante se debió, en parte, a la invención del diagnostico de “muerte cerebral” a finales de la década de los sesenta, en base al cual se aumentó el número de los órganos cadavéricos disponibles para trasplante. Pues bien, a ese diagnóstico se le antepone, durante el proceso hospitalario del trasplante, un diagnóstico (el “clínico”) practicado por los profesionales del trasplante, el cual hace posible el ejercicio del dispositivo al propiciar las condiciones para el mantenimiento de los órganos.

Con los diagnósticos de muerte cerebral es posible ver un desplazamiento del ejercicio del biopoder en torno a la vida y la muerte. Para Foucault (1993:256) el biopoder, al ejercerse sobre la vida, deja de lado la muerte. A diferencia de la vida, la muerte individual ya no es

regulada por el biopoder, el único campo de acción del biopoder sobre la muerte es a través de los procesos globales de la población. Así, más que controlar la muerte, el biopoder controla la mortalidad (Foucault 1993:256). Ahora bien, con la utilización de los diagnósticos “clínico” y “confirmatorio” la muerte individual es reintroducida en el campo de acción del biopoder a través de un dispositivo, el del trasplante, que ha buscado mejorar y alargar la vida obteniendo órganos, entre otras formas, a través de criterios específicos que permiten estipular el momento médico y legal en que un individuo ha muerto.

Además de actuar sobre el individuo y el cuerpo, el espacio hospitalario se dirige también, aunque en menor medida, a consolidar la práctica de los trasplantes al interior del hospital. En este sentido, a través de la técnica del aislamiento y del “jardín de la vida” se busca crear interés de todos los trabajadores del hospital en el “éxito” del trasplante y evitar las “desconfianzas” y “rumores” que, en forma de “filtración” de la información, “obstaculizan” la práctica de los trasplantes. A su vez, los hospitales del trasplante actúan, junto con la industria farmacéutica, las agencias estatales y las organizaciones no gubernamentales, en la construcción de la “cultura de la donación” y en la erradicación de los “rumores” y “desconfianzas” de la población en torno a la donación y el trasplante de órganos.

Las acciones de la industria farmacéutica, los hospitales del trasplante, las agencias estatales y las organizaciones no gubernamentales están enfocadas en tres aspectos centrales, a través de los cuales se ha consolidado la práctica de los trasplantes: 1) erradicar la “desconfianza” y los “rumores” de la población y de los miembros del hospital que no pertenecen al equipo de trasplantes; 2) construir una “cultura de la donación”, y; 3) optimizar y expandir la práctica de los trasplantes.

De este modo, el alargamiento y mejoramiento de la vida a través del dispositivo del trasplante se ejerce en base a las acciones tanto de la industria farmacéutica, de los hospitales del trasplante, de los organismos estatales y de las organizaciones no gubernamentales en torno a la población (que han conducido a la consolidación de la práctica del trasplante), como del espacio familiar y del espacio hospitalario (que crean las condiciones para la realización efectiva de los trasplantes).