

## 9. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: ¿ALTRUISMO O NEGOCIO?

*Chloë Ballesté\**

### 1. Introducción

En la actualidad, el trasplante de órganos es considerado internacionalmente la terapia de elección en patologías orgánicas en estado avanzado que provocan el fallo de la función del órgano de manera permanente.

El trasplante, tanto de órganos y de tejidos como de células, tiene la peculiaridad, a diferencia de las otras áreas médicas, de no depender únicamente de los avances técnicos y farmacológicos, sino que esta terapia depende principalmente de la sociedad. Los donantes de órganos, tejidos y células son ciudadanos que altruistamente ceden parte de su cuerpo para que pueda ser trasplantado a otros ciudadanos (1, 2). Este hecho hace que exista una gran variedad de factores que influyan en el proceso de la donación, desde la organización del sistema de salud hasta la educación de los profesionales pasando por la confesión religiosa de la sociedad y el marco legal de esta actividad.

La experiencia acumulada y los resultados obtenidos en los últimos treinta años han propiciado el aumento de las indicaciones para el trasplante, lo que significa una mayor demanda de órganos. Teniendo en cuenta que la donación de órganos no ha aumentado en la misma medida en la mayoría de las regiones del mundo, las listas de

---

\* Universidad de Barcelona.

espera de enfermos para recibir un órgano siguen creciendo (3, 4). Esta penuria de órganos se ha convertido en un problema mayor en los sistemas de salud de los países más desarrollados (5, 6) y es una realidad fehaciente en la mayoría de los países.

Los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT) estiman que se están trasplantando en el mundo alrededor de 120.000 órganos al año, lo que representa menos del 10% de las necesidades estimadas. Además, la mayoría de estos trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes vivos (7). El desequilibrio entre la alta demanda de trasplantes y la falta de donantes de órganos en la mayoría de los países del mundo favorece el tráfico de órganos, tejidos y células y la existencia de mecanismos ilegales que se aprovechan de esta necesidad.

Según Organs Watch, de la OMS, de los 70.000 riñones trasplantados anualmente a nivel mundial, 20.000 provienen de donantes vivos, de los cuales 10.000 se obtienen de forma ilícita (8). El desplazamiento de enfermos a la espera de un órgano hacia países en los cuales se puede comprar órganos a donantes vivos o fallecidos, o bien la inclusión ilegítima en listas de espera locales, son algunos ejemplos de estas acciones ilegales.

La desesperación de los enfermos que no pueden ser tratados en sus países de origen debido a la falta de un programa de donación de órganos eficiente, lleva una vez más a la explotación de las poblaciones más desfavorecidas y vulnerables. Los organismos internacionales, como la OMS y The Transplantation Society (TTS), han manifestado su preocupación ante esta situación pues aumenta las desigualdades y vulnera los derechos humanos fundamentales.

Actualmente están accesibles en la red multitud de portales que facilitan este tipo de transacciones y que ponen en contacto a individuos o intermediarios entre diferentes países. Basándose en la libertad individual, muchos países siguen legitimando la existencia de estos mercados.

En el ámbito internacional es en la segunda década de este siglo cuando se empieza a prestar atención a esta realidad. En los últimos años se han publicado artículos, casos e investigaciones de campo que identifican las redes, los procesos judiciales de cirujanos, nefrólogos, *brokers* de órganos, «cazadores de riñones», receptores y vendedores de órganos. La complejidad de estas redes ilícitas explica su

difícil vulnerabilidad. Los obstáculos para acabar con ellas incluyen diferencias en las jurisdicciones legales, leyes incompatibles y la inmundidad de los profesionales involucrados (9).

La solución a este problema mundial pasa por el desarrollo local de sistemas de donación de órganos. Esta actividad debe regularse a nivel gubernamental e implementarse en los hospitales por los profesionales de la salud para permitir que, tras el fallecimiento, los ciudadanos puedan convertirse en donantes altruistas de órganos y tejidos.

España es líder mundial en donación de órganos desde hace veinticinco años, alcanzando en 2015 una tasa de 39 donantes por millón de habitantes. El Modelo Español en la Donación de órganos se ha convertido en un referente internacional, por eso la fundación sin ánimo de lucro Donation and Transplantation Institute (DTI) y su programa educativo Transplant Procurement Management (TPM) respaldado por la Universidad de Barcelona, que cuenta con el reconocimiento de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y de la OMS, desempeña proyectos de cooperación internacional para adaptar este modelo a otros países y que éstos sean autosuficientes en la obtención de órganos para el trasplante y luchar así contra el tráfico de órganos.

## 2. Definiciones

Es importante destacar la labor que se ha realizado desde la Declaración de Estambul en mayo de 2008 (10) para definir y clasificar las diferentes formas de explotación del ser humano con el propósito de extraer órganos, tejidos o células. En esta primera declaración multilateral se acordó que el *tráfico de órganos* incluía tres elementos claves:

- Una acción de reclutamiento, transporte, transferencia o recepción de donantes vivos, fallecidos o de sus órganos.
- Un medio a través del cual se ejecuta la acción: uso de fuerza u otras formas de coerción, abducción, fraude, decepción, abuso de poder o de posición de vulnerabilidad o bien pago y/o recibo de dinero o beneficios para conseguir el consentimiento de una persona o de un tercero para tener el control sobre el donante.
- Un propósito de explotación humana para extraer los órganos para el trasplante.

Estos términos se basan en el Protocolo de Palermo (11), pero persiste una ambigüedad en los términos utilizados puesto que son vagos y vastos. Por este motivo la comercialización de los órganos humanos y su amplio espectro de prácticas y formas en que se lleva a cabo sigue suscitando controversia y confusión en la literatura.

A modo de resumen y con el objetivo de simplificar los términos más usados, éstas son las definiciones aceptadas internacionalmente (10, 11, 12, 13):

- Comercialización del trasplante: práctica en la que un órgano humano es tratado como un producto, siendo vendido o comprado para obtener una ganancia material.
- Viaje para el trasplante: el movimiento de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante entre fronteras jurisdiccionales con el propósito de realizar trasplantes de órganos.
- Turismo del trasplante: el viaje para el trasplante se convierte en turismo del trasplante si:
  - Incluye tráfico de órganos y/o comercialización del trasplante.
  - Los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplante) son usados para proveer de un trasplante a pacientes de otro país o región y se hace en detrimento de la capacidad del país para proveer de trasplantes a su propia población.
- Mercado negro de órganos: mercado ilegal de órganos para el trasplante que coexiste con un sistema legal de donación de órganos.

### **3. Prácticas ilícitas de tráfico de órganos**

Pese a la negación durante muchos años de la existencia de prácticas de explotación humana con el fin de extraer órganos para el trasplante, en los últimos diez años se ha trabajado para sacar a la luz los mecanismos, redes y *modus operandi* de estas prácticas en las diferentes regiones del mundo.

Como resultado de estas investigaciones se han publicado casos y artículos que describen la complejidad y, en muchos casos, la sofisticación de estas tramas transnacionales que implican profesiona-

les sanitarios, intermediarios, vendedores y, a veces, instituciones gubernamentales.

Para entender estas tramas es preciso conocer el perfil y las motivaciones de los diferentes actores implicados:

1. Receptores: en algunos casos también son identificados como «compradores». Hay diferentes motivos por los cuales un paciente con una enfermedad crónica que requiera de un trasplante decida trasplantarse de manera ilegal a través del tráfico de órganos, pero en todos los casos se basa en la desesperación y el intento por sobrevivir. Hay pacientes en lista de espera o en programa de diálisis de países en los que el tiempo de espera les resulta demasiado largo, pacientes que aún no han entrado en lista de espera y a quienes se les ofrece un «sistema» más rápido, pacientes que no reúnen las condiciones para ser trasplantados o pacientes procedentes de países en los que el trasplante no se ofrece como una opción terapéutica (14, 15, 16, 17). La mayoría de estos receptores provienen de países con un alto Producto Interno Bruto (PIB) y obtienen la información directamente por los profesionales sanitarios que los tratan, por portales de Internet o por familiares y conocidos que viven en países que ofrecen este tipo de «servicio». En Israel, hasta 2010, la cobertura sanitaria cubría los gastos del trasplante en el extranjero (16, 18, 19, 20).

Se han comunicado los resultados obtenidos de estos trasplantes y tienen una mayor incidencia de complicaciones post-trasplante, en su mayoría debido a infecciones. Tanto la supervivencia de los receptores como la de los órganos trasplantados son significativamente inferiores a las supervivencias de los trasplantes realizados de forma legal (21, 22, 23, 24).

2. Suministradores de órganos: también denominados «donantes», «vendedores», «proveedores», «donantes vivos comerciales» o «víctimas». Su principal motivación es la compensación económica dado su estado de pobreza, endeudamiento o imposibilidad de sustentar a sus familias (9).

La mayoría de estos «donantes» proviene de países pobres en desarrollo o en los cuales existe una desigualdad social y económica. Estos países exportadores de órganos son, según los datos accesibles: India, China, Filipinas, Pakistán, Bangla-

desh, Kazajistán, Ucrania, Rusia, Irak, Jordania, Egipto, Rumania, Moldavia, Kosovo, Turquía, Israel, Brasil, Colombia, Perú y Bolivia. En la mayoría de estos países el perfil se repite: hombres jóvenes pobres con bajo nivel educativo. Muchos de estos ciudadanos son captados por una persona o agencia (normalmente *brokers*) o bien responden a anuncios colgados en la red por receptores o tramas especializadas. Estos «donantes» pueden someterse a la intervención en su mismo país, adonde el «receptor» se desplaza para ser trasplantado, en el país de origen del «receptor» o en un tercer país adonde ambos («receptor» y «donante») se desplazan para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas (25, 26, 27).

Está descrito que para la gran mayoría de ellos la venta de órganos no ha mejorado su situación económica; en cambio, ha empeorado su expectativa y calidad de vida (28, 29, 30).

3. *Brokers*: son aquellos individuos que facilitan el proceso y median entre los «donantes», los profesionales o centros sanitarios y los «receptores» con fines lucrativos.

Pueden ser profesionales sanitarios, agencias, centros hospitalarios o incluso laboratorios que cursan muestras de sangre para el tipaje HLA necesario para asignar la compatibilidad donante-receptor. Los *brokers* también pueden facilitar el transporte, alojamiento, documentos y otras gestiones relacionadas con el proceso (26, 31, 32).

4. Profesionales sanitarios: cirujanos, médicos trasplantadores (nefrólogos, hepatólogos, cardiólogos, inmunólogos etcétera), anesthesiólogos y coordinadores de trasplantes son los principales profesionales sanitarios involucrados directamente en estas prácticas ilícitas. Su motivación principal es lucrativa y pueden trabajar en su país de origen o bien viajar para realizar las intervenciones en otros países.

Existen otros actores implicados en las tramas, como son los hospitales o centros médicos donde se realizan las intervenciones. Se trata normalmente de centros privados, aunque en algunos casos se ha dado en hospitales públicos. Los laboratorios médicos donde se realizan las pruebas de compatibilidad han funcionado en algunas ocasiones como mediadores del proceso. Cabe destacar el papel que han desempeñado las compañías de seguros médicos que han incentivado es-

tas prácticas ilegales cubriendo parcialmente el coste de éstas. En algunos casos incluso los gobiernos se han visto implicados en las tramas.

Existen diferentes modalidades y *modus operandi* en el tráfico de órganos. Éstos son los principales casos identificados:

### ***Donantes vivos en su país de origen***

Se trata de la práctica más común y se realiza tanto en países pobres como pueden ser India, Pakistán o Filipinas, como en países ricos como Estados Unidos o Israel. En algunos casos el donante y el receptor provienen del mismo país y en otros hay un desplazamiento del receptor hacia el país del donante donde se realiza el trasplante. El donante tiene, en todos los casos, un estatus económico inferior al receptor y recibe una retribución económica.

### ***Donantes vivos desplazados al país de origen del receptor***

En estos casos el trasplante se hace en un centro hospitalario del país de origen del receptor y mediante un *broker* se localiza y transporta un donante vivo de otro país. Muchas veces el profesional sanitario se escuda en el desconocimiento de esta práctica, puesto que se aceptan donantes no relacionados con el receptor y no se investiga si existe transacción económica entre ellos. En Estados Unidos es donde se han registrado más casos de este tipo.

### ***Trasplantes realizados en terceros países con donantes vivos***

Estas tramas, más complejas, resultan más difíciles de identificar puesto que en algunos casos ninguno de los actores implicados es del país donde se realiza el trasplante. Pueden realizarse en centros reconocidos en el que el receptor acude con su donante vivo presuntamente altruista. Por ejemplo, ciudadanos de Arabia Saudita han practicado durante muchos años esta modalidad acudiendo a centros reconocidos de Estados Unidos o de India para realizar un trasplante junto con un donante vivo de otro país. En otras ocasiones, el centro

trasplantador no es conocido y realiza el trasplante de forma ilegal, como fue el caso en Kosovo, donde un cirujano turco trabajaba para un *broker* israelí que traía receptores principalmente de Israel a una clínica en Kosovo y los donantes vivos procedían de países del este de Europa. En Sudáfrica, otro *broker* israelí ponía en contacto receptores de Israel con donantes brasileños y rumanos y los trasplantes eran realizados por un equipo de profesionales sudafricanos.

### ***Inclusión en listas de espera extranjeras***

Algunos órganos sólo pueden obtenerse de donantes cadavéricos (corazón y pulmón, principalmente) y en el caso del hígado en algunas ocasiones está indicado el trasplante del órgano entero, por lo que también se requiere de un hígado de donante fallecido. La donación cadavérica está mucho más regulada que la donación de vivo y normalmente la inclusión en la lista de espera se realiza por los profesionales sanitarios a receptores residentes o ciudadanos del país. El caso más conocido fue el de ciudadanos israelíes que mediante la ayuda de su cobertura sanitaria nacional eran incluidos con identidades falsas en listas de espera colombianas. Los cirujanos y centros implicados en esta trama actuaban sin el consentimiento de las autoridades nacionales.

### ***Manipulación de listas de espera***

Los algoritmos de adjudicación de los órganos son muy complejos e incluyen datos analíticos para objetivar la gravedad de los pacientes en listas de espera. Las listas de espera y los movimientos que se hagan en ellas son regulados por los organismos estatales responsables de la donación y el trasplante de órganos. Sin embargo, la verificación de los datos analíticos introducidos son difíciles de contrastar y el sistema se basa en la confianza y la profesionalidad de los equipos médicos. En los últimos tres años se han destapado en Alemania varios casos de manipulación fraudulenta de resultados analíticos por parte de profesionales sanitarios con el fin de aventajar a pacientes y priorizar su trasplante.



### *Donantes cadavéricos a demanda*

Hasta enero de 2015, la fuente legal de órganos para el trasplante en China eran los procedentes de condenados a muerte del país. Debido al aumento de casos de turismo del trasplante que se daban en China desde el año 2000 por receptores provenientes de otros países (Estados Unidos, Arabia Saudita, Inglaterra, Alemania, Israel, Japón, etcétera) y del creciente negocio que representaba para los hospitales, el gobierno chino prohibió en 2009 el trasplante de extranjeros en el territorio chino. Desde aquel momento se empezó a trabajar desde los hospitales para implementar otros sistemas de donación voluntaria de personas fallecidas en los hospitales, y actualmente sólo esta fuente de donantes fallecidos voluntarios y los donantes vivos relacionados están autorizados en China.

### *Compensación reglada de donación de vivo y cadavérica*

Sin formar parte de lo que entendemos como tráfico de órganos, existen otras prácticas en las que está regulada a nivel nacional una compensación económica por la donación de órganos para trasplantes. Éste es el caso de Irán, que desde la primera Guerra del Golfo instauró como medida de emergencia ante la destrucción de los centros de diálisis una compensación económica del gobierno a aquellos donantes no relacionados que donaran un riñón. Esta práctica ha persistido a lo largo del tiempo y sigue en pie, aunque dada la baja remuneración que comporta para el donante, en muchos casos el receptor la completa de forma ilícita. En los últimos diez años Irán ha trabajado intensamente en la construcción de un sistema nacional de donación cadavérica basada en los hospitales públicos y está dando sus resultados.

Otro caso es el de Arabia Saudita, donde los familiares de los donantes con muerte encefálica son compensados económicamente en caso de donar los órganos de su familiar. En Catar la compensación de los familiares no es económica, sino que se les ofrece disfrutar de cobertura sanitaria y otras ayudas sociales. En ambos casos las familias suelen ser extranjeras (paquistaníes, bangladesíes, filipinas, etcétera) y carecen de la ciudadanía saudí o catari.

#### 4. Precios y tarifas

Existen grandes diferencias en el pago que reciben los donantes por vender su riñón o segmento del hígado en los diferentes países. También son notables las diferencias en las tarifas que pagan los receptores para ser trasplantados. En el trabajo publicado por el proyecto HOTT, cofinanciado por la Comisión Europea (9), se reflejan estos datos:

Pagos a donantes:

<b>País</b>	<b>Órgano</b>	<b>Pago en dólares</b>
Irán	Riñón	1.219
India	Riñón	1.070
Pakistán	Riñón	1.377-1.600
Filipinas	Riñón	2.133 - 6.368
Bangladesh	Riñón	1.400
Colombia	Riñón	1.712
Colombia	Hígado	1.881

Tarifas para trasplantes:

<b>País</b>	<b>Órgano</b>	<b>Pago en dólares</b>
India	Riñón	20.000
Pakistán	Riñón	7.271
Egipto	Riñón	35.000 - 40.000
China	Riñón	42.000
China	Hígado	63.000 - 75.000

#### 5. Conclusiones y valoraciones éticas

Las prácticas descritas de tráfico de órganos (o de personas con el propósito de extraerles los órganos para el trasplante) ponen en evidencia que estamos ante un problema global de índole legal, médica y social cuya solución es compleja y debe ser enfocada de manera internacional. Sin embargo, los procesos regulatorios para que sean de aplicación internacional van a tomar demasiado tiempo y en muchos casos van a ser poco o nada operativos. Sin duda hay que seguir trabajando a este nivel para llegar a consensos y que estos crímenes

sean juzgados y condenados, pero el abordaje del problema como un asunto médico, técnico o de organización regional/nacional parece ser más práctico y eficiente. Si se lograra que los pacientes que necesitan un trasplante de órgano pudieran ser trasplantados en el menor tiempo posible sin tener en cuenta su país de residencia ni estatus económico, esta situación no existiría. La autosuficiencia en órganos para el trasplante no se alcanza sin un apoyo institucional que implique a los gobiernos. Hay que destinar recursos para formar a los profesionales en esta actividad y aplicar los medios necesarios en los hospitales para identificar y evaluar a los potenciales donantes de órganos para poder llevar a cabo el proceso de forma satisfactoria.

El tráfico de órganos viola los principios bioéticos de no-maleficencia, autonomía y justicia, además de dañar la integridad de la profesión médica y menoscabar la confianza en el trasplante de órganos.

Por todo lo anterior es necesaria una reacción contundente a esta situación que pasa por la cooperación internacional y el intercambio de conocimientos.

## Fuentes consultadas

1. MANYALICH, M. (1999), «Organization of Organ Donation and Role of Coordinators: Transplant Procurement Management», *Saudi J Kidney Dis Transplant*, 10 (2), pp. 175-182.
2. —, VALERO, R. y PAÉZ, G. (2007), *Transplant Coordination Manual*. TPM/Fundació IL3 – Universitat de Barcelona, Barcelona.
3. ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES, tomado de <<http://www.ont.es/infesp/Paginas/DatosdeDonacionyTrasplante.aspx>>.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Data and Statistics, tomado de <<http://www.who.int/research/en/>>.
5. IRODAT – International Registry of Organ Donation and Transplantation, tomado de <[www.tpm.org](http://www.tpm.org)>.
6. MAÑALICH, R.; PAEZ, G.; VALERO, R. y MANYALICH, M. (2007), «IRODAT: the International Online Registry for Organ Donation and Transplantation 2007», *Transplantation Proceedings* 2009, julio-agosto, 41 (6), 2030-2034.
7. GLOBAL OBSERVATORY ON DONATION AND TRANSPLANTATION (GODT) (2014), *Organ Donation and Transplantation activities 2012: Organización Nacional de Trasplantes*, 7 de enero.

8. <www.who.int>.
9. AMBAGTSHEER, F. y WEIMAR, W. (eds.) (2016), *Pabst Science Publishers*, D-49525 Lengerich, tomado de <www.hottproject.com>.
10. «The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism», *Transplantation*, 86(8), pp. 1013-1018.
11. United Nations Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Conventions Against Transnational Organized Crime, United Nations Office on Drugs and Crime, Viena, Treaty series, vol. 2237, 2000.
12. EUROPEAN UNION (UE) (ed.) (2010), «European Parliament and the Council of the European Union. Standards of Quality and Safety of Human Organs Intended for Transplantation», en L 207/14 Bruselas, *Official Journal of the European Union*.
13. COUNCIL OF EUROPE (2002), *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine Concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin*, Estrasburgo 24-1-2002.
14. BERGLUND, S.S.L. (2012), «“I had to leave”»: Making Sense of Buying a Kidney Abroad», en Gunnarson, M. y Svenaeus, F. (eds.), *The Body as a Gift, Resource and Commodity: Exchanges of Organs, Tissues and Cells in the 21<sup>st</sup> Century*, Södertörn studies in practical knowledge, Huddinge, pp. 321-342.
15. CANALES, M.T., KASIKE, B.L. y Rosenberg, M.E. (2006), «Transplant Tourism: Outcomes of United States Residents who Undergo Kidney Transplantation Overseas», *Transplantation*, 82(12), pp.1658-1661.
16. GEDDES, C.C.; HENDERSON, A.; MACKENZIE, P. y RODGER, S.C. (2008), «Outcome of Patients from the West of Scotland Traveling to Pakistan for Living Donor Kidney Transplants», *Transplantation*, 86(8), pp. 1143-1145.
17. HIGGINS, R. (2003), «Kidney Transplantation in Patients Traveling to India or Pakistan», *Nephrol Dial Transplant*, 18, p. 851.
18. FINKEL, M. (2001), «This Little Kidney Went to Market», *NY Times Magazine*, pp. 1-13.
19. SCHEPER-HUGHES, N. (2006), «Kidney Kin: Inside the Transatlantic Transplant Trade», *Harvard International Review*, 27(4), pp. 62-65.

20. MURALEEDHARAN, V.R.; JAN, S. y RAM PRASAD, S. (2006), «The Trade in Human Organs in Tamil Nadu: the Anatomy of Regulatory Failure», *Health Econ Policy Law*, 1(Pt 1), pp. 41-57.
21. FAN, S.T. y WANG, H.B.K.L., «Follow up of Chinese liver transplant recipients in Hong Kong», *Liver Transplantation*, 15(5), pp. 544-550.
22. GIL, J.; MADHIRA, B.R.; GJERTSON, D.; LIPSHUTZ, G.; CECKA, J.M.; PHARM, P.T. *et al.* (2008), «Transplant Tourism in the United States: a Single-Center Experience», *Clin J Am Soc Nephrol*, 3(6), pp. 1820-1826.
23. INSTON, N.G.; GILL, D.; AL-HAKIM A. y READY, A.R. (2005), «Living Paid Organ Transplantation Results in Unacceptably High Recipient Morbidity and Mortality», *Transplant Proc*, 37(2), pp. 560-562.
24. PRASAD, G.V.R.; SHUKLA, A.; HUANG, M.; D'A HONEY, R.J. y ZALTZMAN, J.S. (2006), «Outcome of Commercial Renal Transplantation: a Canadian Experience», *Transplantation*, 82(9), pp. 1130-1135.
25. MENDOZA, R.L. (2012), «Transplant Management from a Vendor's Perspective», *Journal of Health Management*, 14(1), pp. 67-74.
26. SHIMAZONO, Y. (2007), «The State of the International Organ Trade: a Provisional Picture Based on Integration of Available Information», *Bull WHO*, 85(12), pp. 955-962.
27. SCHEPER-HUGHES, N. (2000), «The Global Traffic in Human Organs», *Current Anthropology*, 41(2), pp. 191-224.
28. BUDIANI-SABERI, D. y MOSTAFA, A. (2011), «Care for Commercial Living Donors: The Experience of an NGO's Outreach in Egypt», *Transplant Int*, 24(4), pp. 317-323.
29. PAGUIRIGAN, M.S. (2012), «Sacrificing Something Important: The Lived Experience of Compensated Kidney Vendors in the Philippines», *Nephrol Nurs J.*, 39(2), pp. 107-117; quiz 18.
30. NAVQUI, S.A.A.; ALI, B.; MAZHAR, F.; ZAFAR, M.N. y RIZVI, S.A.H. (2007), «A Socioeconomic Survey of Kidney Vendors in Pakistan», *Transplant Int.*, 20(11), pp. 934-939.
31. MONIRUZZMAN, M. (2012), «“Living Cadavers” in Bangladesh: Bioviolence in the Human Organ Bazaar», *Med Anthropol Q.*, 26(1), pp. 69-91.
32. PASSAS, N. (2012), *Cross-Border Crime in the Interface Between Legal and Illegal Actors*, Wolf Legal Publishers, Nimega.