

# La donación de sangre en México: elemento para un debate

**Giulio Rizzoni**

Phd. Sapienza, Università di Roma

giulio.rizzoni@gmail.com

Recibido 1/02/2016  
Aceptado 18/03/2016

**Resumen:** En este artículo es mi intención desarrollar un análisis histórico-crítico de las políticas de gestión, organización, y promoción de la donación de sangre en la República Federal Mexicana. Empezaré con el análisis de los diferentes reglamentos, producidos a partir de los años sesenta del siglo veinte para reglamentar las transfusiones sanguíneas, y profundizaré las dinámicas y los debates que llevarán en 1987 a la prohibición de la donación remunerada, hasta aquel entonces elemento fundamental del sistema-sangre mexicano. Tomaré en cuenta las principales características de las políticas públicas implementadas en los últimos 25 años con el objetivo de resolver el problema del déficit crónico de recursos hemáticos en el sistema de salud. Analizaré las características y las contradicciones del modelo mayoritario de donación de sangre en el México contemporáneo, la donación de reposición, a partir del trabajo de investigación etnográfica llevado a cabo en el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de la ciudad de Oaxaca en 2013. En conclusión trazaré algunas reflexiones acerca del tema del acceso a los servicios transfusionales en un sistema que se centra en la donación de reposición, poniendo en evidencia el papel de las desigualdades sociales y de la “vulnerabilidad estructural” en ese proceso.

**Palabras claves:** Salud, Desigualdades, Donación de Sangre, Políticas Transfusionales, Donación de Reposición.

***Abstract:** In this paper my aim is to develop an historical-critical analysis of the blood policies and blood donation promotion efforts in the Mexican Republic. I will begin with the analysis of the different regulatory policies, from the earliest attempts to regulate the Mexican blood system, in the '60, exploring the dynamics that led, in 1987, to the prohibition of remunerated donation and blood market. I will scrutinize the characteristics of Mexican public health policies developed in the last 25 years, with the purpose to resolve the chronic deficiency of the national blood supply. Then, I will analyze the characteristics and the contradictions of the Mexican majoritarian model of blood donor recruitment system, the replacement donation, drawing from the ethnographic fieldwork carried out in the State Blood*

**Para citar este artículo:** Rizzoni, G. (2016). La donación de sangre en México: elementos para un debate. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales*, VI, pp. 106 - 117. Recuperado en <http://iberoamericasocial.com/la-donacion-sangre-mexico-elemento-debate>

*Transfusion Center of Oaxaca city. In conclusion, I will develop some critical reflection about the question of the access to transfusion medicine in a blood-system based on the replacement donation system, stressing the importance of social inequalities and structural vulnerability in determining an unequal access to such therapeutic resources.*

**Keywords:** *Health, Inequalities, Blood Donation, Blood Policies, Replacement Donation.*

En este artículo presento algunos de los resultados de mi investigación doctoral sobre el sistema sistema-sangre en la ciudad de Oaxaca de Juárez<sup>1</sup>, resultados que están fundamentados en un trabajo de investigación de campo de diez meses, centrado sobre todo en el análisis del funcionamiento del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea (CETS) de Oaxaca de Juárez, y de las relaciones con los otros bancos de sangre y puestos de sangrado del Estado, tanto los públicos e institucionales, como los privados. En concreto, me he enfocado en el estudio del funcionamiento cotidiano de una modalidad de donación que no recibió mucha atención por parte de los estudiosos: la donación de reposición (o familiar), mayoritaria en los Estados Unidos Mexicanos. Se trata de un tema poco estudiado, sobre todo desde una perspectiva socio-antropológica, en México como en muchas otras partes del mundo.

Por esta razón en este artículo me interesa principalmente esbozar el marco jurídico y el cuadro histórico en los que surgió y se consolidó la donación de reposición en México, describiendo en un segundo momento algunas características peculiares de esta forma de donación.

Con la expresión “sistema-sangre” indico la red de estructuras e instituciones que se ocupan de la recolección y distribución de la sangre, y de su transformación en recurso terapéutico (Erwin, 2006, 2009; Mancini, 2011, 2012). Centrarse en estos dos aspectos (recolección/donación – distribución/acceso) nos permite por un lado subrayar las estrategias que se persiguen para instar un don tan precioso como lo de la sangre y por el otro nos permite analizar las condiciones de acceso a este recurso terapéutico para un individuo que lo necesite.

En este sentido, considero de gran interés fijar la atención en los procesos de transformación de la sangre en un recurso terapéutico y económico de alto valor, estudiando su “vida social” y evidenciando las normas que regulan la circulación de los productos sanguíneos en el “sistema-sangre” mexicano.

De acuerdo con los antropólogos Arjun Appadurai (1986) e Sjaak Van Der Geest (Whyte, Van Der Geest & Hardon, 2002), quienes han estudiado las “vidas sociales” de los objetos, podemos considerar la sangre como un tipo particular de “objeto” con vida social, que tiene entonces una trayectoria social propia, y que nos permite reflexionar sobre diferentes aspectos de gran importancia para la comprensión del México contemporáneo, como el acceso a los servicios de salud y las relaciones entre Estado, instituciones y ciudadanos.

Entonces, ¿cómo estudiar el sistema-sangre mexicano a través de las “herramientas” de las ciencias sociales?

El punto de partida del debate socio-antropológico sobre la donación de sangre ha sido la monografía de Richard Titmuss, “The Gift Relationship” (1971), el cual trata de demostrar la superioridad de los sistemas voluntarios de recolección de sangre frente a los que comportan una remuneración, en los planos de la eficiencia, la seguridad y los costos. Titmuss es el primero que retoma el trabajo de Marcel Mauss sobre el don, trabajo que será posteriormente

---

<sup>1</sup> Este trabajo de investigación fue realizado con una beca de excelencia otorgada por el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores, y en el marco del “Programa de profesores-investigadores y estudiantes huéspedes” del CIESAS, unidad Pacífico Sur, bajo la asesoría de la dra. Paola Sesia.

analizado por parte de los estudiosos franceses del M.A.U.S.S. (Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales), quienes examinan el fenómeno de la donación voluntaria de sangre como emblema del “don moderno” (Godbout, 1992; Henrion, 2003, 2007). En los últimos años se produjeron diferentes investigaciones que han reaccionado a las recientes innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina transfusional y que han ampliado el paradigma conceptual. Jacob Copeman ha dedicado varios trabajos (2004, 2005, 2006, 2009) al estudio de la donación de sangre en India, subrayando el complejo universo de significados que se coagulan alrededor de la práctica médica. Kathleen Erwin (2006) ha llevado a cabo sus investigaciones sobre el sistema chino y ha puesto en evidencia como las relaciones de poder y las desigualdades socio-económicas influyen de una manera decisiva en el “campo de la sangre”. Kyle Valentine (2005) ha analizado con referencia al contexto australiano las tensiones y los conflictos sociales acerca de la donación de los homosexuales y de los drogadictos, cuestión que llama en causa el debate sobre los diferentes modelos de ciudadanía.

En este debate, el sociólogo irlandés Kieran Healy (2000, 2004, 2006) y el antropólogo italiano Fabio Dei (2007, Dei, Aria & Mancini, 2008) han autónomamente producido unas reflexiones muy significativas: de hecho afirman que sería erróneo estudiar la donación de sangre sin tomar en cuenta el papel desempeñado por las instituciones y las organizaciones responsables. Es una perspectiva que aún no está muy desarrollada, puesto que la mayoría de los estudios se enfoca en el análisis de las motivaciones e historias personales de los donadores.

En mi investigación de doctorado he intentado seguir estas sugerencias analíticas, puesto que el método etnográfico, con su frecuentación asidua y la observación rigurosa de los espacios de la donación, es especialmente indicado para profundizar esta perspectiva. Por esta razón, he tomado en cuenta tanto el análisis de las políticas, de las modalidades organizativas, de los instrumentos institucionales, como el estudio de las perspectivas de los trabajadores de salud, del personal de los bancos de sangre, y de las ideas, los valores y las necesidades de los pacientes y de los familiares. Es solamente tomando en cuenta estos diferentes aspectos que se puede, en mi opinión, comprender de una forma más profunda la donación y la distribución de sangre en México, y que en definitiva se pueden imaginar instrumentos y estrategias para alcanzar las metas de incrementar la donación altruista, o de facilitar el funcionamiento de la misma donación de repetición familiar.

### **Breve historia de la donación de sangre en México**

Antes de describir y problematizar las dinámicas cotidianas de funcionamiento de la donación de reposición, voy a presentar un breve cuadro histórico y estadístico que permita comprender este fenómeno diacrónicamente.

Los primeros reglamentos en materia de medicina transfusional datan de 1954 y 1961 y se limitan a prescribir los lineamientos generales de operatividad y normatividad para los bancos de sangre, públicos y privados. En estos primeros reglamentos no aparece ni una explícita prohibición ni un efectivo reconocimiento del comercio de tejidos humanos y sus derivados o de la donación remunerada, y por eso en los años sesenta y setenta estos fenómenos crecen y se difunden, deviniendo dominantes en el sistema-sangre mexicano. En 1981 en México son activos alrededor de 500 bancos de sangre comerciales que surten las estructuras hospitalarias e industrias farmacéuticas<sup>2</sup>. Durante estos años México no logra todavía satisfacer la demanda interna de sangre y hemoderivados pero se integra rápidamente en el mercado internacional como exportador de materia prima (plasma) e importador de productos finidos (fármacos hemoderivados).

2 “La comercialización, gran freno al altruismo”, “La compraventa del plasma, gran negocio fronterizo”, in Proceso 21/03/1981.

Los bancos de sangre comerciales están, en ese entonces, concentrados principalmente en las periferias de las grandes ciudades, lugares donde se reclutan los donadores remunerados entre los estrados sociales más humildes. Existían también (y siguen existiendo), numerosos centros de recolección de plasma en la zona de frontera con Estados Unidos (por el lado norteamericano), que recibían, y siguen recibiendo<sup>3</sup>, la sangre por parte de donadores remunerados que viven en México y venden su sangre a las empresas farmacéuticas norteamericanas (Hagen, 1982, p. 170). La difusión de bancos de sangre privados durante estos años crece progresivamente: en la zona de México DF se estima que en 1977 el 64% de la sangre recolectada provenía de donadores remunerados (Hagen, 1982, p. 171).

En los años ochenta sigue el proceso de reglamentación de la medicina transfusional, y se empieza a construir un sistema de gestión de la sangre a nivel federal: el dos de marzo de 1981 nace el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea [CNTS] (DOF 16-03-1981). En 1984 se asiste a una reforma de la Ley General de Salud, que conlleva algunas novedades normativas. El artículo 332 dictamina lo siguiente:

La sangre humana podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente o de proveedores autorizados que lo hagan mediante alguna contraprestación. La sangre obtenida gratuitamente de voluntarios no podrá en ningún caso ser objeto de actos de comercio. (Ley General de Salud, DOF 07-02-1984)

En este artículo controvertido se establece y se legitima un doble sistema basado en la coexistencia de donadores “autorizados”, que proporcionan sangre en cambio de una contraprestación, y donadores voluntarios, que la proporcionen gratuitamente.

El cuadro cambia radicalmente en correspondencia con la explosión de la crisis internacional del VIH-SIDA, cuando se reconoce la posibilidad de transmitir el virus a través de la sangre y de transfusiones sanguíneas. El virus aparece por primera vez en México en 1983, pero en un primer periodo se considera como una enfermedad concentrada en las comunidades de homosexuales de nivel social medio-alto y de extracción urbana, por ende no se toman medidas para controlar el fenómeno de la donación remunerada (Smallman, 2007, p. 117).

Es solamente a partir de 1987 que se empieza a buscar la manera de prohibir la donación remunerada y el mercado de la sangre, en consecuencia de la parcial contaminación de las reservas hemáticas nacionales y de una significativa epidemia entre los donadores remunerados, que se infectaron en los bancos de sangre que no seguían adecuadas medidas de higiene y seguridad.

Se vuelve a reformar la Ley General de Salud, y cambia el artículo 332, formalizando la prohibición de la donación remunerada y del mercado de los tejidos humanos:

La sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio. (DOF 27-05-1987)

Desde 1987, además, se concretiza de forma más completa un sistema de gestión de la sangre a nivel federal (Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea - CNTS) descentralizado (Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea – CETTS).

---

<sup>3</sup> (“Juarenses desempleados venden su sangre en EU para subsistir”, in La Jornada 03/09/2012; “Sobrevive... con la venta de su sangre” in El Diario 27/12/2013).



Uno de los asuntos más problemáticos sigue siendo lo de los bancos de sangre privados, que constituyen todavía un elemento importante del sistema-sangre mexicano, puesto que ofrecen sus servicios tanto al sector de la medicina privada como al sector público, cuando esto no logra la autosuficiencia hemática.

Los bancos privados subieron una fuerte represión inicial en los primeros años noventa, muchos fueron cerrados y secuestrados, pero lograron cambiar lógica de organización formal, poniéndose en regla con las nuevas normas que prohíben la remuneración del donador.

La posición de los bancos de sangre privados será oficialmente reglamentada con la norma de 2012, en la cual aparece un artículo:

4.10. Toda donación de sangre o componentes sanguíneos deberá ser voluntaria, libre de coacción y no remunerada. No deberá otorgarse al donante pago alguno, tanto en dinero en efectivo ni en formas equivalentes.

No se considerarán como pago el refrigerio que se les da después de la donación, el pago de los costos estrictamente necesarios para el traslado al sitio de la donación o pequeños obsequios tales como bolígrafos, prendedores promocionales y otros artículos semejantes. (NOM-253-SSA1-2012)

Además en el mes de enero de 2013 se añadió un párrafo importante al artículo que prohíbe la remuneración del donante (artículo 327 – ex 332):

No se considerarán actos de comercio la recuperación de los costos derivados de la obtención o extracción, análisis, conservación, preparación, distribución, transportación y suministro de órganos, tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, y células progenitoras o troncales. (DOF 24-01-2013)

A pesar de la prohibición de la compraventa de sangre (artículo 327 – ex 332), con estas dos recientes modificaciones del cuadro jurídico y normativo se legitima, de hecho, un espacio para el mercado de la medicina transfusional, y se contribuye a la reaparición de varias formas de donación remunerada, directa (por parte de los bancos de sangre privados) e indirecta (por parte de los pacientes).

Estas entonces son las condiciones normativas que permiten que los bancos de sangre privados sigan operando en el sector de la medicina transfusional.

¿Cuál es, entonces, la situación general del sistema-sangre mexicano?

Los porcentajes de la donación altruista en los últimos años nunca lograron superar el 3% de la sangre captada, y en el estado de Oaxaca la tasa está muy debajo del 3% (Rojo Medina, 2012). El 97% de las donaciones son catalogadas como “de reposición”. Dentro de este 97% está oculta la donación remunerada, que sigue siendo muy importante dentro del sistema-sangre mexicano contemporáneo.

### **La donación de reposición en Oaxaca**

¿Cómo funciona en la cotidianidad el proceso de donación de reposición?

Para contestar a esta pregunta imaginamos un paciente que se dirija a los servicios de un banco de sangre “público”,

perteneciente a la institución de salud correspondiente al seguro médico que se posee<sup>4</sup>. El paciente tiene una solicitud en la que se explicita la demanda de sangre y hemoderivados necesarios. El personal del banco de sangre, en la figura de las trabajadoras sociales, se encarga de examinar la solicitud e indicar la cantidad de donadores necesarios. Las trabajadoras sociales proporcionan al paciente folletos informativos acerca del proceso de donación y de las precauciones que el donador tiene que seguir los días antes de la donación<sup>5</sup>.

La mayor parte de los hospitales en Oaxaca piden a los pacientes dos donadores como requisito, también si no se necesitan hemoderivados para el tratamiento. Para cualquier forma de cirugía programada, el suministro de sangre y hemoderivados es subordinado al cumplir con el número de donadores de reposición que se piden, siguiendo una proporción respecto a la tipología y a la cantidad de productos necesarios. Se tenga presente que en las instituciones públicas la proporción es de dos donadores cada unidad de sangre, mientras en los privados es de tres a uno. En casos de urgencias se “liberan” las unidades de hemoderivados necesarios y se solicita la familia del paciente a reponer las unidades “prestadas” con donadores de reposición, a menudo bajo la amenaza de no dar de alta al paciente hasta que no se cumpla con las condiciones establecidas por el banco de sangre. En cambio, solitamente, las cirugías programadas se posponen hasta que el paciente cumpla con el número de donadores que se le están pidiendo.

Para cumplir con estas condiciones, la familia del paciente emprende un itinerario muy complejo a través de sus relaciones sociales para satisfacer los requisitos que la institución establece. Generalizando un proceso que en la realidad cotidiana es muy variable, podemos decir que la búsqueda empieza dentro de los mismos familiares más cercanos. En segundo lugar, se contactan familiares más lejanos y diferentes redes de amistades y compadrazgos. Cuando ya se terminan las opciones entre personas conocidas, se pueden explorar varios medios como anuncios públicos en la radio, en la televisión, en los periódicos o en las redes sociales. En última instancia, se intenta con la donación remunerada.

A pesar de la ilegalidad, desde 1987, de este tipo de “donación”, es muy frecuente que se ofrezcan cantidades variables de dinero para convencer personas para que donen sangre como donadores de reposición. De hecho, hay formas diferentes de remuneración.

Haciendo referencia a las entrevistas que recolecté es posible, generalizando, reconocer dos formas de donación remunerada: la donación remunerada profesional y la donación remunerada no profesional. Los donadores profesionales son un pequeño grupo de personas que se dedican a esta actividad junto con muchas otras formas de trabajo informal. Se paran cerca de los hospitales que cuentan con banco de sangre y ofrecen sus servicios a las personas que lo necesitan, por no haber logrado con los requisitos del banco de sangre. Los donadores profesionales no tienen relaciones previas directas con el paciente o con la familia, y donan con base en un tarifario establecido y bastante elevado (1 donación puede costar hasta 1,000-1,500 pesos). Se trata de un fenómeno que aún existe aunque sea en calo y personalmente recolecté exclusivamente algunos testimonios indirectos.

4 Para una presentación general y análisis del sistema de salud mexicano se vean (Frenk, 1994, Homedes & Ugalde, 2009; Laurell 2007, 2011)

5 Los requisitos generales de idoneidad son: “Ser mayor de 18 años; Pesar mínimo 50 Kg.; En general tener buena salud; Presentar una identificación oficial con fotografía; Personas sin tos, gripe, dolores de cabeza o de estómago; No padecer, o haber padecido, epilepsia, hepatitis, sífilis, paludismo, cáncer, sida o enfermedades severas del corazón; No haber ingerido bebidas alcohólicas en las últimas 48 horas; No haber tenido ningún tipo de cirugía en los últimos seis meses; No haberse realizado tatuaje, perforación o acupuntura en el último año; No haber sido vacunado contra hepatitis o rabia en el último año, y En ayuno mínimo de 4 horas” ([http://cnts.salud.gob.mx/interior/bs\\_donsan.html](http://cnts.salud.gob.mx/interior/bs_donsan.html)). Por más informaciones sobre los requisitos de idoneidad se vea (NOM-253-SSA1-2012, sección 6: “Selección de donantes para uso terapéutico alogénico”).

Es más frecuente que las familias pregunten a conocidos o también a desconocidos – que pero no se dedican a esto “profesionalmente” –, ofreciendo voluntariamente cantidades variables de dinero, a manera de incentivo o compensación de los gastos del transporte, de los alimentos o del día de trabajo.

Se trata de pagos de no gran entidad (muchas veces entre los 100 y los 300 pesos, llegan hasta los 500 pesos), informales, implícitos y que normalmente no se consideran como un verdadero acto de comercio, una venta, sino más bien como una compensación, una gratificación.

En muchas ocasiones el paciente no logra cumplir con el número de donadores que el banco de sangre le está pidiendo a través de la ayuda gratuita de familiares o conocidos y, por esto, muchas veces es necesario recurrir a una remuneración económica para convencer los donadores de reposición. Las razones que determinan la dificultad de las familias en cumplir con las condiciones de los bancos de sangre son múltiples, podemos individuar tres motivos principales:

1. La diferente capacidad de cada persona de movilizar recursos sociales, sobre todo cuando se trata de encontrar un número elevado de donadores como 10, 15 o 20;
2. Las dificultades estructurales, como la lejanía de los bancos de sangre respecto a las comunidades de donde provienen los pacientes. En Oaxaca esto es un problema muy significativo porque muchas veces acuden al Hospital Civil personas que viven a varias horas de viaje de la capital (hasta 10 horas). El traslado de los donadores implica numerosos gastos que están a cargo de la familia del paciente (el pasaje, la comida, el hospedaje), y es muy frecuente que las personas necesitadas no dispongan de suficientes recursos económicos.
3. Muchos pre-donantes no pasan los controles para la donación, y en estos casos es la familia que tiene la responsabilidad de encontrar nuevos donadores de reposición.

En el CETS de Oaxaca, entonces, se asiste cotidianamente al frustrado tentativo por parte de numerosas familias de pacientes de cumplir con los requisitos exigidos por el banco para que se autorice el uso de las unidades de sangre necesarias. ¿Qué pasa cuando falla también la búsqueda de donadores remunerados?

Se abre un espacio de negociación entre la familia y el banco de sangre: el banco tiene el poder de bajar el número de donadores requeridos o, en el caso del CETS de Oaxaca, de transformar el número de donadores que faltan en cuotas de dinero para la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Oaxaca. En este caso, también si los trabajadores del CETS clarifican que no se trata de la venta de sangre, el pago de una cuota de dinero está inevitablemente percibida por parte de las familias como una verdadera venta: casi diario, durante el periodo de mi investigación, llegaban a la ventanilla del CETS hombres y mujeres que preguntaban a las trabajadoras sociales: “¿Es aquí que se vende la sangre?”.

A lado del CETS y de los bancos institucionales hay el sistema de bancos de sangre privados, que permiten a los usuarios dejar directamente un depósito en dinero proporcional al número de unidades de sangre requeridas (1,300-1,500 pesos cada unidad de sangre) – reflejando de una manera aún más transparente la asociación con una lógica de compra-venta. El usuario puede recuperar el dinero depositado llevando al banco el número correcto de donadores de reposición<sup>6</sup>.

Para recapitular, a través la movilización de las redes de familiares, amistades y conocidos, la búsqueda de personas dispuestas a donar bajo alguna forma de remuneración, la contratación con las trabajadoras sociales del CETS, la

6 No voy a detenerme en el análisis del funcionamiento de los bancos de sangre privados, que merecería una larga exposición autónoma.

utilización directa del dinero como cuota de recuperación, o depósito en los bancos privados, las familias logran, a menudo entre muchas dificultades, obtener la liberación de las unidades de sangre necesarias.

### Reflexiones conclusivas

Si se analizan los programas y los planes de la Secretaría de Salud con respecto a la medicina transfusional y a la donación de sangre, se puede constatar cómo se insiste en la necesidad impostergable de acatar las directivas de la OMS, promoviendo de manera activa la donación voluntaria altruista de repetición y acabando de una vez con la donación de reposición (SECRETARÍA DE SALUD CNTS, 2002, 2008, 2014). No obstante estas posiciones oficiales, las tasas de donación altruista no han cambiado ni de un punto en porcentaje desde 1987. De hecho, en estos casi 30 años no se llevó a cabo ningún programa a nivel federal para impulsar verdaderamente un cambio en las dinámicas de la donación de sangre. El CNTS, que es la máxima institución federal, organiza colectas extraordinarias, pero únicamente en el área del Distrito Federal. En los otros estados de la República, la responsabilidad de la promoción pertenece a los diferentes centros estatales, que en la mayoría de los casos prefieren utilizar los escasos recursos económicos para garantizar la continuidad de las reservas hemáticas a través de la donación de reposición. En el estado de Oaxaca, por ejemplo, no se organizan en ninguna ocasión campañas extraordinarias de donación, también porque actualmente no se dispone de unidades móviles. Es una situación que se refleja claramente en las bajas tasas de donación altruista, entre las más bajas en el mundo.

La complejidad del sistema-sangre vigente en México y, en particular, en el estado de Oaxaca, hace que cotidianamente surjan conflictos entre los bancos de sangre y los usuarios. Por un lado, por parte de las estructuras sanitarias, existe la necesidad de captar unidades de sangre para tener las reservas de hemoderivados en activo. En un sistema que no puede contar con un elevado número de donadores altruistas es necesario que se capte continuamente sangre para que el banco de sangre sea capaz de responder a las emergencias. Para lograr este objetivo, sin embargo, el sistema se exenta de cualquier responsabilidad respecto a la búsqueda de los donadores, responsabilidad que recae enteramente sobre las familias del paciente que necesita la transfusión. Se genera entonces una relación vertical, autoritaria e impositiva entre instituciones y usuarios, a través de la cual se intenta resolver el problema del reclutamiento de donadores, con una consiguiente desresponsabilización del Estado y de las instituciones. De esta manera se alimenta una profunda falta de confianza en las instituciones responsables de la gestión de la sangre por parte de las familias que la necesitan, que se concretiza en un rechazo a la misma idea de donación altruista: la mayoría de las personas que pude entrevistar me ha confirmado que prefiere donar sangre por algún familiar o amigo que lo necesite y nunca considera una opción la donación altruista de repetición.

Las dificultades que encuentran las familias para cumplir con el número correcto de donadores de reposición se concretizan en la significativa reaparición de diferentes formas de donaciones remuneradas, no obstante el estatus jurídico ambiguo. Las instituciones se ven obligadas a hacer la vista gorda, también porque para muchas familias, en el Estado de Oaxaca, sería impensable cumplir con el número de donadores sin ofrecer una remuneración que pueda cubrir por lo menos los gastos del transporte, de los alimentos y del alojamiento, o compensar el día de trabajo que el donador pierde yendo a donar. Se necesita tener en cuenta que a menudo para los usuarios la donación de reposición es un sistema muy dispendioso, según el número de donadores requeridos, y entonces de manera proporcional a la gravedad del problema de salud que están enfrentando: más grave es el problema, más costosa será la búsqueda de donadores.

En un contexto socio-cultural como aquello del Estado de Oaxaca, altamente estratificado, caracterizado por



enormes diferencias socio-económicas y culturales<sup>7</sup>, es indispensable por lo tanto preguntarse cuáles son las efectivas condiciones de acceso a la sangre como recurso terapéutico, y lo que hemos dicho pone en evidencia como la diferente capacidad de movilizar recursos económicos y sociales se concretiza en una diferente posibilidad de acceso a los servicios transfusionales. La condición de “vulnerabilidad estructural” (Quesada, Hart & Bourgois, 2011) en la que vive la mayoría de la población oaxaqueña – campesinos, indígenas, pobres urbanos, obreros, trabajadores y trabajadoras del sector informal – nos permite considerar las políticas de salud en el sector de la medicina transfusional, retomando la definición de los antropólogos Arachu Castro y Merrill Singer, como un ejemplo de “políticas de salud insalubres” (Castro & Singer, 2004).

## Referencias

Appadurai, A. (1986). *The Social life of things: commodities in cultural perspective*. Cambridge [Cambridgeshire]: Cambridge University Press.

Castro, A. – Singer, M. (a cura di) (2004). *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: AltaMira.

Copeman, J. (2004). Blood will have blood: A study in Indian political ritual. *Social Analysis*. 48, (3), pp.126-48.

Copeman, J. (2005). Veinglory: Exploring processes of blood transfer between persons. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 11, pp. 465-85.

Copeman, J. (2006). Cadaver donation as ascetic practice in India. *Social Analysis*. 50, pp.103-26.

Copeman, J. (2009). *Veins of devotion: Blood donation and religious experience in North India*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Dei, F. (a cura di) (2007). *Il sangue degli altri. Culture della donazione tra gli immigrati stranieri in Italia*. Firenze: Avisbook.

Dei, F. – Aria, M. – Mancini, G.L. (a cura di) (2008). *La donazione del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*. Pisa: Pacini.

Erwin, K. (2006). The Circulatory System: Blood Procurement, AIDS and the Social Body in China. *Medical Anthropology Quarterly*. 20, (2), pp.139-159.

Erwin, K. (2009). Glorious Deeds: Work Unit Blood Donation and Postsocialist Desires in Urban China.

<sup>7</sup> Para un cuadro histórico e antropológico sobre las desigualdades sociales en la ciudad de Oaxaca se vean (Murphy & Stepick, 1991; Higgins, 1983, Higgins & Coen, 2000).

*Body & Society*. 15, (2), pp.51–70.

Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México, DF: FCE, SEP, CONACYT.

Godbout, J. (1992). *L'esprit du don*. Paris: La Découverte.

Hagen, P.J. (1982). *Blood: Gift or merchandise. Towards an international blood policy*. New York: Alan R. Liss Inc.

Healy, K. (2000). Embedded altruism: Blood collection regimes and the European Union's donor population. *American Journal of Sociology*, (105), 6, pp.1633–1657.

Healy, K. (2006). *Last best gifts: Altruism and the market for human blood and organs*. Chicago: Chicago University Press.

Henrion, A. (2003). *L'énigme du don de sang. Approche ethnographique d'un don entre inconnus*. Faculté de Philosophie et Lettres, Liège: Université de Liège.

Henrion, A. (2007). *Le don du sang. Approche ethnographique du recevoir et du rendre*. Revue de M.A.U.S.S. Permanent, <http://www.journaldumauss.net/?Le-don-de-sang> (15/01/2015)

Higgins, M.J. (1983). *Somos tocayos: Anthropology of urbanism and poverty*. Lanham, MD: University Press of America.

Higgins, M.J. & Coen, T.L. (2000). *Streets, bedrooms & patios: The ordinariness of diversity in urban Oaxaca: ethnographic portraits of street kids, urban poor, transvestites, discapacitados, and other popular cultures*. Austin: University of Texas Press.

Homedes, N. & Ugalde, A. (2009). Twenty-Five Years of Convoluting Health Reforms in México. *PLoS Medicine*, 6, (8), pp. 1-8.

Laurell, A.C. (2007). Health system reform in México: a critical review. *International Journal of Health Services*, 37, (3), pp. 515–535.

Laurell, A.C. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciência & Saúde Coletiva*, (16), 2, pp. 2795-2806.

Mancini, G.L. (2011). Il sistema sangue in Toscana: antropologia di una quasi istituzione. Pavanello, M. – Vasconi, E. (coord.). *La promozione della salute e il valore del sangue: Antropologia medica e sanità pubblica*, pp. 161-192. Roma: Bulzoni.

Mancini, G.L (2012). *Donatori e istituzioni: antropologia del sistema sangue in Toscana*. Tesi di dottorato in etnologia e etnoantropologia (XXIV ciclo), Roma: Università di Roma La Sapienza.

Murphy, A.D. & Stepick, A. (1991). *Social inequality in Oaxaca: A history of resistance and change*. Philadelphia: Temple University Press.

Quesada, J. – Hart, L.K. - Bourgois P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*. 30, (4), pp.339-362.

Rojo Medina, J. (2012). Blood supply system in México. *Isbt Science Series*. 7, (1), pp.244-250.

Smallman, S.C. (2007). *The AIDS pandemic in Latin America*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Titmuss, R.M. (1971). *The gift relationship. From human blood to social policy*. New York: The New Press.

Valentine, K. (2005). *Citizenship, identity, blood donation*. *Body and Society*. 11, (2), pp.113-128.

Whyte, S.R. – van der Geest, S. – Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

### Documentos consultados

DOF 01-03-1955 – Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 8-11-1961 - Reglamento de bancos de sangre, servicios de transfusión y derivados de la sangre.

DOF 13-03-1973 - Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 16-03-1981 - Reglamento Interior de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

DOF 28-03-1983 - Acuerdo por el que se establece el Consejo Interno del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

DOF 07-02-1984 - Ley General de Salud.

DOF 20-02-1985 - Reglamento de la Ley General de salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos

DOF 26-11-1987 - Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos

DOF 18-07-1994 – (Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993) - Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

DOF 26-10-2012 - Norma Oficial Mexicana (NOM-253-SSA1-2012) - Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

DOF 12/12/2013 - Programa Sectorial de Salud

SECRETARÍA DE SALUD CNTS 2002 - Programa de acción: transfusión sanguínea, México D.F: Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD CNTS 2008 - Programa de acción específico 2007-2012: transfusión sanguínea, México DF: Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD CNTS 2014 - Programa de acción específico 2013-2018: transfusión sanguínea, México DF: Secretaría de Salud.