

Órganos vitales y metáforas mortales: Un relato sobre hospitales portugueses y diáspora africana

Vital Organs and Deadly Metaphors: A Narrative about Portuguese Hospitals and African Diaspora

Ramon SARRÓ

Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa
ramon.sarro@ics.ul.pt

Recibido: 22 de agosto de 2006

Aceptado: 6 de marzo de 2007

Resumen

Este artículo, basado en un caso de negligencia médica hacia un inmigrante africano, explora los rumores que surgen entre las comunidades de africanos sobre robos de órganos en hospitales portugueses. El autor ve estos rumores como una expresión de rabia hacia una sociedad que margina y excluye a los inmigrantes. Contrariamente a autores que han estudiado el robo de órganos como una expresión del “capitalismo mileranista”, sugiere que nos centremos más en las continuidades que en lo novedoso. Propone también un distanciamiento frente a quienes consideran que la investigación sobre estos rumores sólo tendría sentido en la medida en que pudiera denunciar casos reales de tráfico. Para el autor, los rumores nos pueden orientar hacia otras injusticias, mucho más cotidianas, que también deben ser denunciadas.

Palabras clave: cuerpo, tráfico de órganos, inmigración, diáspora africana, hospitales, Portugal, Lisboa.

Abstract

This article, based on a case of medical neglect towards an African migrant, explores rumours about organ theft in Portuguese hospitals spread among African migrants. The author sees these rumours as an expression of rage against a society that marginalizes and excludes migrants. Contrariwise to authors who have studied organ theft rumours as an expression of “millennial capitalism”, he proposes to centre the attention in the continuities rather than in abrupt ruptures. The author takes some distance from scholars for whom the investigation on rumours would only make sense inasmuch as it could lead towards denouncing specific real cases. For the author, rumours themselves can lead us towards other injustices, much more embedded in our everyday life, that must also be denounced.

Keywords: body, organ traffic, immigration, African diaspora, hospitals, Portugal, Lisbon.

SUMARIO: 1. Miedo y asco en Lisboa. 2. Aquí y allá: la geografía asimétrica de los cuerpos transnacionales. 3. El hospital voraz. 4. La enfermedad africana. 5. Neocanibalismo, neoliberalismo y otras novedades no tan nuevas. 6. Referencias bibliográficas.

1. Miedo y asco en Lisboa

*Lo más triste –se ha dicho– en los enfermos
de delirio de persecuciones es que tienen razón.
Eugenio d’Ors (1954: 9)*

Al terminar de ver la película, mucha gente se preguntaba: ¿Pero esto es así? ¿Existen realmente estos desalmados que trafican con órganos de inmigrantes? ¿Vive en el Londres de hoy en día gente dispuesta a vender su riñón para obtener a cambio un pasaporte falso con identidad británica, francesa o italiana? Preguntas que nadie sabría responder...¹.

Me estoy refiriendo a la película de Stephen Frears que lleva el críptico título de *Dirty Pretty Things* (Reino Unido, 2002) y que vi en dos cineforums: el primero organizado en Lisboa en 2003 por la ONG SOS-Racismo y el segundo por Eloy Fernández Porta y por mí en el seno de la Cátedra UNESCO de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) en mayo del 2006. La película trata, entre otras cosas, de un grupo de personas dispuestas a sacrificar partes de sus cuerpos para quedarse en Occidente y de unos cínicos traficantes que se aprovechan de las penurias de los inmigrantes para enriquecerse, trocando pasaportes de mentira por riñones de verdad. La película comienza con el trágico descubrimiento de un corazón humano atascado en el retrete de un hotel. Es a partir de ese corazón hallado a medio camino entre la visibilidad y la invisibilidad, entre la superficie y las cloacas, como el protagonista, un médico nigeriano convertido ahora en empleado de hotel,

¹ Una versión preliminar de este texto fue leída en el seminario internacional “Medicina Colonial: Estructuras de Imperio y Vidas Postcoloniales en Portugués” organizado por Cristiana Bastos en el Instituto de Ciências Sociais de la Universidad de Lisboa en enero de 2006. Quería agradecer a Cristiana Bastos su invitación, así como los comentarios y sugerencias de los participantes, particularmente los de Cristiana Bastos, Cristina Santinho, Chiara Pussetti, Iolanda Evora, João de Pina Cabral, João Vasconcelos, Lorenzo Bordonaro, Omar Ribeiro Thomaz y Susana Matos Viegas. La versión castellana fue muy mejorada gracias a los comentarios de los dos lectores anónimos de la RAS así como a la ayuda editorial de Alicia Campos, que también me hizo comentarios de fondo muy pertinentes. Unos agradecimientos muy especiales van para Marina P. Temudo, cuya colaboración va mucho más allá los meros comentarios, y para “Lamín”, “Omar”, “Mambu”, “Abdul” y el resto de los amigos africanos residentes en Lisboa –*Os lisboetas*, como son llamados con una mezcla de envidia y desprecio en África–.

empieza a desvelar una red mafiosa de traficantes de órganos a la que pertenece el gerente del hotel en cuestión. El corazón, sabremos luego, pertenecía a un inmigrante a quien iban a extraer un riñón con el que habría pagado su nueva identidad occidental, pero la operación, realizada sin duda por algún matasanos con tantos escrúpulos como competencia, se complicó y el paciente murió. Los “malos” de la película decidieron entonces deshacerse del cuerpo y se supone que tiraron partes del mismo donde pudieron, pero el corazón se atascó en el retrete –y se nos atragantó a los espectadores–.

Como la mayoría de amigos que asistieron al cine-forum, la primera vez que vi la película en 2003, me preocupé por saber si era cierto o no que se roban órganos de inmigrantes, una leyenda urbana que empieza a circular cada vez con mayor intensidad, sobre todo entre poblaciones marginales. Pocos días después, sin embargo, mi colega Elsa Lechner me comentó que estaba preparando un artículo para ser leído en el Congreso de la AAA, en el que entre otras cosas se proponía analizar el trueque de órganos por pasaportes presentado en la reciente película de Frears como metáfora del sufrimiento de muchas personas en sus trayectos migratorios (véase Lechner, en prensa). Tan pronto como Elsa pronunció la palabra “metáfora”, me di cuenta de que el problema del tráfico de órganos, al que me estaba enfrentando por primera vez, tenía mucho que ver, en cuanto a la “veracidad” se refiere, con otro al que ya me había enfrentado años atrás, cuando vivía en África Occidental. En África, es bien sabido, se habla mucho de “brujos” que se comen a la gente. En muchas ocasiones, cuando alguien muere, sus amigos y parientes dicen que “se lo han comido” los brujos, aun cuando no haya ninguna evidencia de canibalismo e incluso cuando existe evidencia de que *no* se produjo canibalismo. Cualquiera persona que haya vivido en África habrá oído tan insistentemente hablar de brujos que “comen” individuos que indefectiblemente habrá terminado por preguntarse si es o no “cierto” que existan brujos antropófagos.

El tema ha hecho correr ríos de tinta sobre la racionalidad humana; en un artículo sobre el escurridizo concepto de “creencia”, por ejemplo, Maurice Bloch (2002) pone este tipo de afirmaciones sobre la desaparición de cuerpos, en su caso oídas en Madagascar, como ejemplos de los límites de la racionalidad. Personalmente, puedo afirmar que sólo comprendí lo que los africanos quieren decir cuando afirman que a un pariente o amigo “se lo han comido” cuando empecé a sentirme más próximo a ellos, a impregnarme más de su experiencia y a pensar menos en sus “racionalidades”. Así, cuando en

1995 murió la pequeña Feni, una niña de cuatro años de quien estaba yo muy encariñado y con quien jugué día tras día durante casi dos años en su aldea de Guinea (Conakry), sentí, como lo sintieron sus padres y el resto de la familia –con quien yo vivía–, como si alguien se la hubiera tragado.

De forma similar, espero que este relato, que va a resultar –no estará de más prevenirlo– hartamente desagradable, nos ayude a comprender que sólo una etnografía centrada en las personas, en sus miedos, en sus expectativas, puede mostrarnos que incluso las cosas más improbables tienen mucho de verdad².

Poco sabía cuando salí del cine en Lisboa ese día de primavera del 2003, que en un día no muy lejano el tema de los ladrones de órganos volvería a aparecer en mi horizonte, pero esta vez sin ninguna pantalla entre nosotros. Cuando, al cabo de un año, Marina, mi compañera, fue internada en el hospital con un diagnóstico bastante grave –afortunadamente desmentido luego– estaba yo profundizando una amistad con un africano al que llamaré Lamín³. Un día me encontraba paseando con él por Lisboa y, al decirle que probablemente mi compañera tendría que ser operada, Lamín me exhortó muy insistentemente: “no dejes que la operen en Portugal, llévala a España”. Más tarde añadió: “voy a hablar yo con ella; no puede operarse en Portugal”. Lamín me explicó entonces que un hermano suyo había sido internado en un hospital del que salió muy mal parado: “fue al hospital por su propio pie, le hicieron una operación en la parte de atrás de la cabeza que no debían hacer y quedo sentado en una silla de ruedas desde entonces” fue todo lo que Lamín supo explicarme.

Al día siguiente, después de ir al hospital a ver a Marina, volví a quedar con Lamín. Le dije que en principio mi compañera no tenía que ser operada, ni en Lisboa ni en ninguna parte, y Lamín mostró un gran alivio. Entonces me explicó que en Lisboa, cuando entra un africano en un hospital, no sale entero: antes le sustraen un órgano que luego venden a personas cuya vida depende de ese órgano. Lamín no se expresaba muy bien porque ni su portugués ni su vocabulario médico eran muy sólidos, pero la idea con que yo me quedé, tal vez por influencia del potentísimo filme de Frears, es que se refería a riñones. Es probable que él no se refiriera a riñones, sino al cuerpo en general; ese cuerpo solitario y extranjero que no forma parte del tejido social

² Para una descripción de lo que debería ser la *person-centered ethnography* aplicada a la psiquiatría transcultural, véase Hollan, 1997.

³ Con excepción del de Marina, todos los nombres de personas, doctores y hospitales han sido codificados.

y que por lo tanto no cuenta: no es un cuerpo sino un mero receptáculo de órganos⁴. Yo le expresé mis dudas, pero él me aseguró que se conocían casos concretos, y por su forma de hablar parecía que el temor de Lamín no era sólo suyo, sino de la diáspora africana en general.

Unos meses más tarde de estas conversaciones con Lamín, fui a visitar a su hermano Omar en la Casa de la Caridad que cuida de él desde que el pobre muchacho hubiera sufrido la misteriosa operación, ocurrida en 2000, cuando tendría unos treinta años. Pocos días antes de mi visita, Omar había sido internado en el Hospital San Carlos de Lisboa porque –según me explicara su hermano– se había atragantado con un cachito de pan. Parecía un buen mozo, con una cara alegre. Sin embargo, era imposible comunicarse con él porque no podía ni hablar ni moverse. Su cuerpo estaba medio paralizado, y la mitad no paralizada no tenía control motor alguno: era un puro movimiento, no del todo distinto al de un enfermo parkinsoniano, sólo que a marcha mucho más rápida. No podía hablar, y cuando lo intentaba le salía un ruido aterrador. En cambio, sí podía reírse, y mucho.

Lamín necesitaba obtener unos datos de Omar. Pocos días antes de nuestra visita Lamín había encontrado, hurgando entre las pertenencias de su hermano, una declaración jurada –firmada por una abogada– solicitando un permiso de residencia permanente con la cual, evidentemente, Omar pretendía regularizar su situación ante el Estado portugués. Antes de su internamiento, Omar era un excelente músico que había ido a Lisboa como invitado para participar en un espectáculo en el marco de la “Expo 98”. La letrada que firmaba la declaración argumentaba que sería beneficioso para ambos países –Portugal y el país africano de Omar– que éste pudiera continuar su brillante carrera en Europa, que el desarrollo de África pasa por conceder permisos de residencia a este tipo de individuos cuyo éxito puede luego recaer sobre ambas comunidades, etc. No podemos saber si la carta habría tocado alguna fibra sensible en el *Serviço de Estrangeiros y Fronteiras* donde iba a ser presentada para solicitar un permiso de residencia permanente; poco tiempo des-

⁴ El cuerpo como mero almacén de órganos es un tema bastante recurrente de la imaginación contemporánea. Me gustaría recordar aquí la obra de la artista francesa Annette Messager representando un conjunto de órganos sueltos colgando de una cruz, invitándonos así a pensar si somos sólo eso, un conjunto de órganos aislados, o si hay algún principio trascendente en nosotros que unifique el cuerpo por encima de lo meramente orgánico. Una reproducción y un análisis de esta obra de arte pueden encontrarse en Crumlin, 1998: 166-167.

pués de haber sido redactada, Omar fue hospitalizado y terminó así su aventurero recorrido por Europa y por la fama.

Lamín y Omar tenían una cuenta corriente común, en la que ahorraban dinero que ocasionalmente mandaban a su madre, una mujer viuda que vive en una aldea en su país de origen. Lamín sabía que faltaban en la cuenta doscientos mil escudos –moneda portuguesa anterior al euro, más o menos equivalente a la peseta española– y nunca había podido averiguar qué había pasado con ellos. Al encontrar esa declaración jurada, Lamín se preguntó si su hermano habría usado el dinero para pagar a la abogada. En mi presencia, Lamín explicó a su hermano que había encontrado esa declaración entre sus papeles y le preguntó cuánto había pagado por ella. Omar no podía responder verbalmente, pero cuando pusimos un bolígrafo en su mano y conseguimos que ésta dejara de vibrar, escribió algo que parecía ser, efectivamente, el número doscientos. Entonces nosotros escribimos doscientos mil –en números– y él dijo que sí, vivamente, asintiendo con la cabeza y con la mano.

Aunque Lamín me había descrito la situación de Omar, verlo en persona me resultó enormemente triste. No podía dejar de preguntarme qué rayos habría pasado con él para estar en esa situación tan trágica. Según Lamín, Omar fue al Hospital Santa Adelaida de Lisboa por su propio pie, porque tenía dolores en todo el cuerpo. Allí lo ingresaron y la primera vez que fue Lamín a verlo tuvo que cubrirse por completo ya que le dijeron que su hermano probablemente tuviera tuberculosis. Sin embargo, dos o tres días más tarde, cuando Lamín volvió al hospital, fue informado que la tuberculosis había sido descartada y que seguían haciendo pruebas para ver qué tenía, y en cualquier caso pudo entrar a la habitación de su hermano sin cubrirse. Lamín y Omar charlaron durante un buen rato, miraron un partido de fútbol por la tele y Omar llegó a decir que estaba harto del hospital y que se quería ir a casa. Lamín le insistió a que se quedara en el hospital, para que se hiciera cuantas pruebas fueran precisas para saber lo que tenía. Hoy no se perdona no haber dejado que su hermano se marchara cuando quiso hacerlo. Aquella fue la última conversación que los hermanos mantuvieron. Al día siguiente Lamín volvió al hospital y se encontró con su hermano en la situación de incapacidad motriz y verbal en que vive hoy. La doctora le dijo que le habían hecho una operación en la cabeza y que estaba convaleciente, pero que se pondría bien. Lamín, en un ataque de nervios, dijo a la doctora que no sabía qué le habían hecho a su hermano, pero que si éste moría, ella moriría también, y luego él. La doctora tuvo miedo de él y a partir de ese día se negó

a recibirlo. En contra de lo que ella dijo, Omar nunca se puso bien. Al cabo de un tiempo fue llevado a la Casa de la Caridad donde hoy permanece, junto con otros enfermos e incapacitados físicos y psíquicos. Desde que ingresó en la Casa de la Caridad, la explicación que se le dio a Lamín sobre el estado de su hermano era que había tenido una trombosis.

Sin embargo, cuando Abdul, famoso músico de la comunidad africana lisboeta y pariente lejano de Omar y Lamín, intentó averiguar algo sobre el asunto y fue al hospital a intentar hablar con la doctora –puesto que ella no quería hablar con Lamín– ésta se lo quitó de encima diciéndole que el problema de Omar era un “bicho” que había comido en África. Abdul no se lo creyó, claro. Cuando hablé con él sobre el asunto, me dijo “¿cómo puede ser que un bicho que está muerto, que comió en África hace años, le haya ahora subido a la cabeza y hecho esto?” Para mí, estaba claro que los médicos ocultaban algo al hermano y demás parientes de Omar.

2. Aquí y allá: la geografía asimétrica de los cuerpos transnacionales

Unas semanas más tarde de mi primer encuentro con Omar, estábamos Lamín, nuestro amigo Mambu (también oriundo del continente africano y, como Lamín, musulmán) y yo tomando un refresco, como tantas tardes, en una terraza de la céntrica Praça de Figueira de Lisboa, cuando Lamín empezó a sentir molestias en el pecho. “Tengo mucho dolor”, espetó, y añadió: “¿crees que puede ser un infarto?”. Empezó a hablar de la trombosis de su hermano y del miedo de tener él una también. Estaba visiblemente alarmado y, persona ansiosa como soy, inmediatamente me alarmé también. Quise convencerlo de ir al Centro Médico, pero Lamín me dijo que no tenía aún su carnet de la Seguridad Social. Entonces resolvimos ir al servicio de urgencia de un hospital céntrico: precisamente Santa Adelaida, el mismo en que, años atrás, habían operado a Omar.

Como el lector puede imaginar, pasamos largas horas en la sala de espera. Entretanto, Mambu, que se las da de *marabout* –un tipo de médico y especialista religioso muy corriente en África Occidental cuya práctica se basa en el uso mágico de textos coránicos–, empezó a soplar y a recitar versículos sobre el pecho de Lamín, de forma divertida para Lamín y para mí y con las miradas alucinadas de unas treinta personas que estaban con nosotros en la sala de espera. De repente, sin embargo, Mambu desapareció; balbuceó una excusa, se fue y ya no volvió. Lamín y yo continuamos un par de horas más en el servicio de urgencias. Mi amigo tenía mucho miedo a que

el médico le obligara a quedarse en el hospital. En un momento dado me dijo: “déjame tu macuto, así el médico pensará que estoy de paso y no me hará quedar”. Lo decía medio en broma, claro, pero también medio en serio. Al final, Lamín fue atendido y resultó que su malestar era debido a una acidez de estómago bastante intensa. El médico le recetó unos antiácidos que fuimos a comprar a una farmacia de guardia. Mientras íbamos hacia allí, charlando de lo humano y lo divino, Lamín, satisfecho por saberse menos enfermo de lo que temía, me dijo: “Si no llega a ser por ti, yo nunca hubiera ido al hospital”.

Al día siguiente volvimos a encontrarnos. Le comenté a Lamín que me había defraudado bastante el comportamiento de Mambu, que nos había abandonado en el hospital sin esperar siquiera a saber si el malestar de Lamín era algo grave o no. ¿Qué clase de amigo es ése? Lamín, en cambio, me dijo que él no lo culpaba y que, de hecho, comprendía bien su reacción. “Difícilmente podría un africano aguantar tanto tiempo en un hospital; yo sólo aguanté porque estabas tú”. Y añadió: “tienen miedo; ya sabes que piensan que en los hospitales roban órganos a los africanos”. Era la segunda vez que Lamín sacaba abiertamente el tema del robo de órganos. ¿Ellos piensan, o vosotros pensáis? pregunté yo. “Bueno, pensamos”, reconoció él, “yo también lo creo”. “Yo no lo creo”, le dije yo, “no creo que estas cosas sucedan aquí”.

Ya lo dice nuestro refrán pescador, “por la boca muere el pez”. Debo reconocer que fui poco astuto al pronunciar mi frase, que para alguno podía ser ofensiva al insinuar que estas cosas no suceden *aquí*, pero sí en otras partes... ¿pero en cuáles? Lamín, en efecto, me respondió inmediatamente: “eso no pude ser; o crees que estas cosas suceden o crees que no suceden; si crees que suceden, entonces bien pueden suceder aquí”. Lamín tenía toda la razón, mi comentario se había basado en una dicotomía entre el *aquí* y el *allá* no exenta de un cierto racismo y en una “geografía moral”, para usar el concepto de Philip Thomas (2002), harto asimétrica: el *aquí* como lugar donde acontece la verdad y el *allá* como geografía remota donde todo es posible⁵. “En realidad, Lamín”, le dije, “no creo que sucedan en ninguna parte”. Ahí mentí, porque en realidad sí temía que en algunas partes pudie-

⁵ Dos años más tarde, al volver a ver el filme de Stephen Frears, me di cuenta de que aquí también había un paralelismo entre mi reacción y una situación concreta de la película *Dirty Pretty Things*. También el protagonista dice, a cierta altura, que él no pensaba que estas cosas –refiriéndose al tráfico de órganos– ocurrirían *aquí* –léase, en Londres–. Su cínico amigo, un refugiado oriental, le pregunta “¿Por qué no aquí? ¿por qué la Reina no lo aprueba?”.

ran suceder, pero no aquí.... Como la vida para el poeta, el horror para mí siempre acontecía *ailleurs*. Ahora puedo afirmar, sin embargo, que si algo he aprendido de toda esta historia es que nosotros no estamos *aquí* y el horror en *otra parte*: el horror existe ahí donde haya seres humanos tratados indignamente, y esto puede estar ocurriendo al otro lado de cualquiera de las cuatro paredes dentro de las cuales están ahora cómodamente leyendo este artículo.

3. El hospital voraz

Al cabo de un tiempo, Omar fue internado en el Hospital San Carlos otra vez. Otra vez con la misma historia: se había atragantado al comer en la Casa de la Caridad. Pero esta vez el atraganto duró varios días y el internamiento se iba alargando. Lamín, preocupado, nos confesó a Marina y a mí que estaba pensando en llevarse a su hermano a África. Allí su madre y otras mujeres de la aldea podrían cuidar de él, y si lo peor ocurría y Omar moría, por lo menos lo haría cerca de los suyos y no en una fría Casa de la Caridad llena de gente extraña donde, al decir de Lamín, ni siquiera era bien tratado.

Finalmente, como el internamiento duraba demasiados días para tratarse de un mero atragantamiento, Marina decidió ir a visitar a Omar al hospital. No sólo quería verlo, sino también hablar con algún médico, puesto que Lamín nunca había conseguido obtener explicación, aparte del atragantamiento. Marina encontró a Omar en una unidad de cuidados intensivos: estaba claro que su problema no podía ser algo tan mecánico como un atragantamiento, y ni siquiera intentaron hacérselo creer. Un enfermero le dijo que Omar tenía una infección cerebral. Ella insistió en hablar con el médico que llevaba a Omar, el Dr. Sampaio, pero éste le dijo que la situación de Omar era muy delicada y que no podía ser discutida con una persona extraña, sino sólo con algún familiar muy próximo del paciente. Una exigencia razonable y comprensible, pero entonces ¿por qué no lo había hecho nunca, si el muchacho llevaba ya cuatro años en tratamiento? No sería porque Lamín no fuera nunca en su búsqueda, porque sabemos a ciencia cierta que no es así: no había dejado de buscar al médico, sobre todo en esos últimos días. Además, Lamín no era el único miembro de la comunidad africana que iba a visitar a Omar. Había otros parientes en la ciudad, como el mencionado Abdul y muchos otros, que lo visitaban regularmente, y a través del cual el médico, de habérselo propuesto, habría podido llegar a Lamín, hermano de leche de su paciente.

Al cabo de unos días fui yo al Hospital San Carlos para ver a Omar, que me pareció mejor de lo que me temía. Cuando salía de su cuarto, en efecto, una de las enfermeras que lo trataban me tranquilizó diciéndome que Omar había tenido una infección pulmonar –no cerebral–, pero que ya estaba mucho mejor y que en breve iban a trasladarlo de nuevo a la Casa de la Caridad. Le dije que me alegraba, puesto que su hermano se lo quería llevar para su país. La enfermera puso cara de compromiso. Dijo algo así como: “no sé si puede viajar ahora, porque todavía va a precisar de medicación durante un buen tiempo”. ¿Medicación? Pensé que cualquier medicación que tomara Omar por una infección pulmonar no podía durar tanto tiempo. “No se preocupe, le dije, el viaje no es para mañana”. “Van a tener que hablar con el Dr. Sampaio” fueron sus últimas palabras.

Al día siguiente, el hospital llamó a Lamín para informarle que el Dr. Sampaio quería reunirse con él, y Lamín quería que yo estuviera allí. Obviamente, las visitas de Marina y la mía funcionaron como catalizador y el hospital resolvió informar a Lamín del estado de su hermano. Cuando llegamos al hospital, el doctor nos recibió con cierto incomodo por mi presencia. “Lo que les voy a contar no es para ser escrito” dijo, mirándome fijamente. Y continuó con frialdad, informando a Lamín que lo había llamado porque había oído decir que pensaba llevarse a su hermano a África. “Quiero que sepa que ésta es una decisión muy complicada. Vd. no sabe qué enfermedad tiene su hermano y lo que voy a contarle va a ser muy desagradable.” A partir de aquel momento, la conversación fue, ciertamente, muy desagradable.

Según la explicación del Doctor Sampaio, Omar tenía el virus VIH en un estado muy avanzado, complicado con una infección cerebral –toxoplasmosis– que era la causa de los problemas motrices y verbales que ya conocemos. Para Lamín, esta información fue una ducha de agua helada. No sólo supo que su hermano tenía una enfermedad horrible, cargada de todo tipo de estigmas sociales y culturales, sino que además no podía llevarse a África. Según el doctor, Omar precisaba de una medicación que no existe en África y en Lisboa estaba muy bien tratado: vivía en la Casa de la Caridad, y cuando había que reajustar el tratamiento lo llevaban al Hospital San Carlos –mientras a su hermano le decían que se había atragantado con un trozo de pan–. Llevarlo con esta dolencia en un estado tan avanzando a un país sin medicación apropiada sería llevarlo a una muerte segura, afirmó el Dr. Sampaio. “Eso usted no lo puede decir, usted no es Dios y nadie sabe cuándo va a morir uno”, respondió Lamín. “Además, me han estado enga-

ñando durante años, diciéndome que mi hermano tenía una trombosis y que se atragantaba al comer cuando venía al hospital ¿por qué he de creerles ahora?” El doctor no tuvo explicación para los cuatro años de silencios y mentiras.

Tampoco tuvo explicación cuando yo le pregunté a qué operación se había referido la doctora que trató a Omar en el Hospital Santa Adelaida cuando ella le explicó a Lamín que le habían hecho tal operación en la parte de atrás de la cabeza. “No sabemos nada de ninguna operación,” dijo; “eso tendrán que preguntarlo en el Hospital Santa Adelaida. Aquí nos limitamos a tratar su Sida, que es la enfermedad que tiene y por la cual precisa de una atención sostenida y controlada”. Insistió que Lamín no se podía llevar a su hermano a África, porque eso era llevarlo a la muerte segura y que, por lo tanto, la decisión no le correspondía a él, sino al propio paciente. Según el doctor, Omar era capaz de entender bien su situación si se le explicaba, lo que, dicho sea de paso, ellos no habían hecho nunca. El doctor explicó que si Omar quería irse a África –sabiendo que tenía el Sida y que allí no sería bien tratado y podía morir– tendría que decidirlo él, no un hermano. Si aun así Omar decidía marcharse a su país, continuó el doctor, la cosa debería planearse bien: habría que fletar un avión con condiciones hospitalarias y establecer un protocolo con algún hospital de la capital para que el paciente fuera ingresado nada más aterrizar. Lamín explicó que él no quería que su hermano fuera a ningún hospital en la capital, sino llevarlo a su aldea. “Me temo que esto es inaceptable” dijo el doctor: “Omar tiene que estar en tratamiento médico”.

La conversación terminó abruptamente. El doctor insistió que Lamín no tenía más que ir a informar a su hermano de su condición –puesto que ni él ni ninguno de sus colegas iban a hacerlo–, preguntarle si quería ir a África aun a sabiendas de que allí moriría y después informarle a él de la decisión. “Cuando hayas hablado con tu hermano, vuelve a explicarme lo que él decide”, fueron las últimas palabras del doctor, no exentas de un cinismo que me partió el alma y que a su lado hasta el mismísimo Dr. House parecería cálidamente humano. Lamín, con un choque psicológico y emocional y lleno de rabia contra el mundo entero fue al cuarto de su hermano, le explicó en su lengua materna cuál era su situación y le preguntó si quería ir a África. El hermano asintió. Lamín fue luego al Dr. Sampaio, le aseguró que su hermano quería irse de Lisboa y que él quería arrancarlo de las manos de aquel hospital. Después acompañé a un Lamín abatido a su casa, me fui a la mía

y me eché en el sofá, desecho, sin saber si realmente estaba viviendo todo aquello o si era una pesadilla de la que con suerte me fuera a despertar.

4. La enfermedad africana

Al día siguiente llamé a Lamín para decirle que fuera cual fuera su decisión, de silencio o de denuncia, yo estaría con él. Para mí, como para una amiga de Lamín que es médico, estaba claro que ni el VIH ni la toxoplasmosis le habían provocado aquella incapacidad tan repentina y que alguna irregularidad se cometió en el Hospital de Santa Adelaida, como lo demuestra la extraña “operación” de que le hablaron a Lamín y el embarazoso silencio respecto a ella del doctor Sampaio. Marina y yo recomendamos a Lamín que acudiera a un abogado de SOS-Racismo para intentar averiguar lo que había pasado en el hospital cuatro años antes o al menos intentar saber por qué no se le había informado ni a él ni a su hermano de la naturaleza de su enfermedad, así como que luchara por su derecho a irse a su país si así lo deseaban. Por el momento Lamín no se ha atrevido a hacerlo y parte del problema es la vergüenza asociada a la enfermedad de su hermano —aparte, claro está, de un odio generalizado hacia la sociedad portuguesa que, imagino, abarca a cualquier posible abogado de SOS-Racismo—. “Estoy pensando en lo mucho que sufren los emigrantes, lo duro que resulta la vida aventurera; no creo a los blancos: durante años me han estado engañando diciéndome que mi hermano estaba bien y ahora que lo quiero llevar a África me dicen que no puede ir porque tiene el Sida. ¿Cómo puedo saber si es verdad? Yo quiero llevármelo —no quiero que esté en manos de éstos—. El médico dice que morirá, pero cómo lo sabe, ¿acaso es Dios? Él no puede decir que morirá porque en África las cosas suceden de manera diferente. Conozco una persona que le diagnosticaron el sida en Europa y fue a África a morir, pero allí no se moría, y no se moría y al final se hizo la prueba y resultó que no tenía el Sida.” “Hay muchas enfermedades africanas”, añadió.

“Enfermedad africana” es un concepto con el que me he encontrado a menudo. Muchos amigos míos africanos lo usan, tanto en África como en la diáspora. Los que así lo hacen son normalmente personas que tienen cierta confianza en la medicina científica occidental, pero que sin embargo creen que ciertas enfermedades sólo pueden ser curadas por mecanismos tradicionales, en general por estar provocadas por la envidia de otras personas y por ser inmunes a los medicamentos occidentales. Entre la diáspora, donde el mero hecho de haber emigrado da pie a muchas envidias y celos, es frecuente oír hablar de “enfermedades africanas”.

Lamín encontró apoyo en sus amigos, continuó su vida, su “aventura” como la llaman los inmigrantes del África Occidental⁶. Al principio, alguna cosa se había roto entre nosotros. Pasar por una experiencia tan desagradable nos separó bastante durante unos meses. Sin embargo, al cabo de un tiempo retomamos el contacto, y poco a poco empezamos una nueva amistad, aún más reforzada. Hoy por hoy, en 2006, los acontecimientos están lejos de haber terminado: Omar continúa en la Casa de la Caridad de Lisboa, incapaz de irse a su país. Recientemente, en junio de 2006, un conjunto de amigos portugueses que conocían a Omar de sus días de músico, decidió organizar un concierto en su honor para recabar fondos para llevarlo a África, puesto que él insiste en irse allí.

Cuando uno de ellos fue a la Casa de la Caridad a hablar con la responsable de Omar y preguntarle qué le había ocurrido, ella le explicó que Omar había comido algún bicho en África y que era este bicho el que había provocado su enfermedad. Vaya por delante que Lamín había llamado previamente a la señora, instruyéndola para que dijera la verdad a su amigo, como si fuera a él mismo. Lamín fue a continuación a Casa de la Caridad y preguntó a la señora en cuestión qué historia era ésa del “bicho”, cuando a él le habían explicado muy claramente en el hospital que Omar tiene el Sida. Para la sorpresa de Lamín, y para la mía, la señora negó saber nada sobre el Sida y expresó un gran asombro cuando Lamín le dijo que el propio Dr. Sampaio del Hospital de San Carlos así se lo había explicado. “Pues nosotros aquí no sabíamos nada de eso”, dijo ella. ¿Pero cómo es posible?

5. Neocanibalismo, neoliberalismo y otras novedades no tan nuevas

Tardé dos años y medio en sentarme a escribir este artículo. Durante ese tiempo me negué a hacer uso alguno de este caso –que como el lector o lectora puede apreciar queda lejos de estar concluido– para mi vanagloria académica. Pero no pude resistir la tentación de aceptar la invitación al seminario que mi colega Cristiana Bastos organizó en enero de 2006 en el *Instituto de Ciências Sociais* de Lisboa (ver nota 1), para hablar delante de científicos sociales, de especialistas en la atención a inmigrantes y de dirigen-

⁶ No hace mucho publiqué en catalán unas pequeñas reflexiones preliminares sobre el uso del concepto de “aventura” por los inmigrantes africanos en un articulito programático (Sarró, 2005) inspirado por un lado por la constante presencia de este concepto en narrativas obtenidas en África y en Europa y por otro por el fundamental artículo de Simmel (1934) sobre la aventura. Una versión mucho más elaborada de este texto aparecerá en breve.

tes de asociaciones de inmigrantes, y aportar mi granito de arena para abrir los ojos a una realidad que escapa no sólo a la mayor parte de la población blanca de Lisboa, sino incluso a la mirada médica más especializada.

Varios médicos con quienes he mantenido conversaciones en Lisboa no tenían noticia alguna ni del miedo a los hospitales de los africanos ni de los rumores de que en los hospitales se robaran órganos. El doctor Prodeus, de un Centro de Salud del área metropolitana con muchos inmigrantes africanos, me reconoció un día que no sabía “por qué los africanos tienen tanto miedo a ir al hospital”. Cuando yo le comenté que tal vez el miedo fuera debido al temor a que les roben órganos, el doctor Prodeus me dijo: “¿Robos de órganos? ¡eh pá! ¡Pero si esto no ocurre aquí!” “Ah, pero ¿ocurre en alguna parte?” le pregunté yo. “Yo no lo sé”, respondió él, “pero he oído que hubo un caso en un hospital en la frontera con España, hace ya muchos años, donde la Interpol interceptó un tráfico de riñones” —me apresuro a decir que de momento no me ha sido posible recabar información sobre este posible caso, tan precisa y preciosamente ubicado en la frontera con España...—.

Junto a este desconocimiento entre especialistas médicos, me encuentro con el de los colegas académicos. Al leer los trabajos de Nancy Scheper-Hughes y de otros autores como Comaroff y Comaroff (2000) sobre rumores de tráfico de órganos, encuentro que estos autores siempre sitúan estos rumores en América Latina, Sudáfrica, India y otros lugares “sureños”. Parece como si la Academia, incluso la más rabiosamente crítica, se obstine en consolidar la diferencia entre el *aquí* y el *allá* y sobre todo a no querer escuchar a aquéllos de “allá” que viven “aquí”. ¿Cómo es posible que a académicos tan preocupados por la globalización no se les haya ocurrido pensar, ni siquiera como hipótesis, que, si los individuos viajan, sus suspicacias, miedos e historias viajan con ellos? No deja de ser un poco vergonzoso —y tal vez sintomático— que un guionista y un director de cine vieran preclaramente lo que hasta muy recientemente había escapado a la mirada de la Academia e incluso de los especialistas en inmigración, mucho más preocupados por los aspectos cuantitativos que por los aspectos subjetivos del viaje migratorio.

Algunos autores, claro está, sí han intentado acercarse a la subjetividad de los emigrantes, incluyendo su corporalidad. Didier Fassin (2000) y Lorenzo Bordonaro y Chiara Pussetti (Bordonaro y Pussetti, 2006), por ejemplo, nos han enseñado que el cuerpo de los inmigrantes africanos trae incorporada toda una historia colonial de vejaciones, superioridades e insultos. Aunque tengo ciertas reticencias a ver el cuerpo como un “archivo” o a abusar de los

conceptos de “memoria” y de “incorporación” sí creo, al menos como hipótesis, que el miedo que sienten los africanos hacia los hospitales no puede estar desvinculado de la historia médica colonial y de los significados, que posiblemente pondrían de punta hasta el cabello más rizado, del concepto de “hospital” en las colonias portuguesas. Sin embargo, también creo que estos miedos dependen de algo mucho más genérico y estructural, más sincrónico que diacrónico, por así decirlo, y que tiene a ver con la alienación orgánica del extranjero en general, tan bien diagnosticada por Georg Simmel. En su celeberrima y brillante “digresión sobre el extranjero”, de 1908, este autor escribía: “El que por esencia es movimiento entra ocasionalmente en contacto con todos los elementos del grupo, pero no se liga orgánicamente a ninguno por la fijeza del parentesco, de la localidad, de la profesión” (Simmel, 1987: 286). Me pregunto si el genial pensador llegó a sospechar los miedos y rumores que esta ausencia de ligación orgánica al tejido social pueden provocar, rumores que, como ha escrito Nancy Scheper-Hughes

...expresan las inseguridades existenciales y ontológicas de gente pobre que vive en los márgenes de las economías globales poscoloniales donde su trabajo, sus cuerpos y sus capacidades reproductivas son tratadas como piezas de recambio que se pueden comprar, trocar o robar.” (Scheper-Hughes, 2002: 36; la traducción es mía).

Scheper-Hughes ha escrito sobre el tráfico de órganos una serie de ensayos muy provocadores (Scheper-Hughes, 1996; 2002; 2005), argumentando que más allá de la metáfora se esconde muchas veces una realidad infame: existen de hecho enormes irregularidades en el mundo de los trasplantes, comenzando por la falta de interés por el individuo donante. ¿Quién es? ¿Por qué dona? Sus estudios demuestran que donan los pobres a los ricos, las mujeres a los hombres, los necesitados a los que se lo pueden permitir. También demuestran que hay casos de robos claros, en los que a un individuo se le ha arrancado una parte vital sin su consentimiento, o por lo menos sin explicarle en absoluto las consecuencias de la operación a la que se le va a someter. Los trabajos de Scheper-Hughes y de sus colaboradores son altamente alarmantes. Según Scheper-Hughes, vivimos hoy en un “anillo kula global” en que los órganos de los pobres tercermundistas viajan en un sentido –a veces en neveras portátiles de refrescos en compartimentos del equipaje de mano de los aviones– y el capital occidental en sentido inverso, cual objetos de intercambio trobriandeses (Scheper-Hughes, 2002: 46–47). La comparación es seductora, pero el problema es que la autora no siempre demuestra sus afirmaciones, y en este dominio

dejar cabos sueltos puede resultar fatal. Mucha gente va a dudar, por ejemplo, de que un órgano humano que tiene que ser trasplantado pueda sobrevivir en una neverita portátil en un compartimiento de equipaje a mano de un avión, afirmación que ella hace sin aducir prueba alguna.

Hoy en día surgen como setas los rumores sobre tráfico de órganos: están absolutamente globalizados. Escriban “trafico de órganos” en cualquier buscador de internet y se encontrarán con docenas de páginas aportando datos concretos y estudios de caso supuestamente bien verificados. Sin embargo, como comprobarán, también hay muchas voces escépticas, gente que afirma que se trata de un mito, de leyendas urbanas basadas en mentiras, en un desconocimiento de la complicación técnica de cualquier trasplante y en un sensacionalismo periodístico que no hace más que minar la confianza en los servicios médicos. A los científicos sociales nos corresponde ser particularmente responsables en nuestro papel, y aunque personalmente no me cabe duda de que la injusticia existe y de que hay mucha oscuridad en el mundo de los trasplantes, también me parece que tenemos que exigirnos mucho rigor.

En cualquier caso, no creo que nuestro papel tenga que ser necesariamente el de establecer si el tráfico de órganos es “real” o “falso”. Más urgente me parece comprender las lógicas culturales y sociales que hacen que el tráfico de órganos se haya apoderado de tal forma de nuestro imaginario global –o sea, de *todos*–, de forma que aparece como explicación para el malestar individual y colectivo que experimentan mis amigos africanos residentes en Lisboa. Sería interesante saber cuándo y cómo oyeron ellos hablar del trafico de órganos en primer lugar, qué imágenes despertó en ellos, qué herencias culturales e históricas se despertaron con estas sospechas, qué “feedback” se produjo entre esta historicidad africana y las nuevas experiencias que tuvieron en la diáspora.

Jean y John Comaroff (2000) utilizando con un distanciamiento prudente el trabajo de Schepher-Hughes y de sus colaboradores, han escrito que el tipo de rumores sobre el robo de órganos es típico del “capitalismo milenarista/capitalismo de inicios de milenio”⁷ donde el individuo es capaz de venderse literalmente a sí mismo para enriquecerse⁸ y donde el rico ha llegado a

⁷ Aunque la expresión “millennial capitalism” ha sido traducido al castellano como “capitalismo milenarista” en el artículo de Nancy Schepher-Hughes publicado en esta revista (Schepher-Hughes, 2005), lo cierto es que los Comaroff estaban haciendo un juego de palabras entre el “capitalismo del milenio” –o sea, del milenio en que entramos– y el concepto religioso de “milenarista”, proponiendo que lo que hoy vivimos es una mezcla de ambas cosas. Sin embargo, en qué es distinto este capitalismo de milenio del que nos ha acompañado durante los últimos siglos, no acaba de estar demasiado claro.

su riqueza por mecanismos que permanecen ocultos. En algunas versiones, el individuo vende su órgano para enriquecerse; en otras, es el ricachón el que, gracias a su fortuna, vive a costa del cuerpo de los demás. En cualquiera de las dos modalidades, afirman Comaroff y Comaroff, este tipo de rumores existen en África, Asia y América Latina.

Tengo cierta reticencia en aceptar la ecuación propuesta por estos autores –así como por Nancy Scheper-Hughes, que también se ha apoderado del concepto de “capitalismo milenarista”– entre capitalismo global y rumores de robos de órganos –rumores para Comaroff y Comaroff; realidad visceral para Scheper-Hughes–, precisamente porque al hacerlo así dan al traste con la historicidad de los miedos. Estos autores conocen bien las similitudes entre las nociones sobre robos de órganos y las nociones relativas a la brujería tradicional de esos mismos países, pero lo ven como dos cosas distintas, como si hubiera una ruptura estructural entre la explicación anterior y la poscolonial, de forma parecida a como Peter Geschiere (1997), cuyo trabajo los inspira, habla de la modernidad de la brujería poscolonial como si la brujería de ahora fuera distinta de la brujería colonial (o precolonial), cuando de hecho lo que Geschiere nos cuenta del Camerún poscolonial tiene tantos parecidos con lo que nos contaba Evans-Pritchard (1937) sobre la brujería zande de los años 1920. Uno no ve muy bien qué lo hace distinto ni sobre todo qué lo hace “moderno”, excepto el mero dato cronológico de que esto suceda hoy y lo que contaba Evans-Pritchard sucediera hace noventa años.

En vez de rupturas que me parecen forzadas entre la *modernidad* y la *tradicción* de la brujería o entre el “capitalismo milenarista” y el “capitalismo premilenarista” a mí me interesan más las continuidades. Lo que tenemos hoy es una globalización de unos temores que, a un nivel mucho más local, los individuos marginales probablemente tengan desde hace muchos siglos. Piénsese por ejemplo en el miedo a ser vendido a traficantes de esclavos, que ha acompañado a los protagonistas de una parte substancial de la historia africana y que, como pude comprobar en mi experiencia africana, todavía se transmite de madres a hijos. Posiblemente, el temor a que los poderosos hagan desaparecer a los marginales o excluidos sea tan antiguo como la propia diferencia entre poderosos y marginales o excluidos.

⁸ Mi amigo y colega João Vasconcelos, especialista en etnografía caboverdiana, me comentaba que al investigar cuáles eran las páginas web que visitaban los jóvenes en los “cyber cafés” de Cabo Verde descubrió que en muchas ocasiones eran páginas sobre venta de órganos: los chavales querían saber cuánto les darían por una parte de su cuerpo para poder iniciar una aventura migratoria.

No pretendo negar que las nuevas tecnologías, la avidez por el consumo y por la riqueza y las nuevas formas de pensar el individuo humano tengan nada que ver con todo esto. Simplemente quiero llamar la atención a la continuidad epistemológica subyacente en lo que para muchos autores son rupturas provocadas por la globalización del fin de milenio. Por ejemplo, Comaroff y Comaroff cuentan una leyenda urbana que se esparció en los EE.UU. según la cual a un individuo lo narcotizaban en cualquier fiesta u hotelucho para luego robarle un riñón sin su consentimiento. Sólo al despertar averiguaba que le habían hecho una operación ilícita. Los autores aseguran que este rumor nació en 1997 “en internet”, fecha y situación virtual que les conviene para poderlo vincular a lo que ellos denominan la globalización neoliberal y el “capitalismo milenarista”.

Sin embargo, este tipo de leyendas urbanas circulaban por Barcelona a principios de los años ochenta. La versión que recuerdo era la de un hombre de Barcelona que viajaba a Nueva York. En el hotel donde se hospedaba era narcotizado y se dormía profundamente. Al día siguiente, medio atontado, iba para el aeropuerto, con mucho malestar. Al llegar a Barcelona y seguir con molestias, iba al médico, quien descubría, para su horror y el de cuantos oíamos el relato, que en aquella última noche en Nueva York le habían extraído un riñón. No negaremos que había ya ahí una relación entre el rumor y el capitalismo: la versión de la leyenda urbana, en efecto, situaba al Polifemo devorador en la Gran Manzana que para nosotros era el epicentro del capitalismo, como si de una manera inconsciente supiéramos que toda aquella riqueza y aquellos cuerpos de las películas americanas no se conseguían sin robar la fuerza a otros individuos, tal vez en otros continentes –o *de* otros continentes, pero viviendo allí–. Pero posiblemente el mito, en una forma u otra, sea tan antiguo como la capacidad del ser humano de expresar con fantasías su miedo al territorio de los otros y de utilizar el cuerpo como metáfora de las metamorfosis a que nos somete un trayecto migratorio, algo que no es propio del cambio de milenio toda vez que está presente en la narrativa más antigua sobre el viaje y la aventura⁹.

De hecho, cuando todavía faltaban varias décadas para el fin de milenio, para internet e incluso para la situación poscolonial que para los Comaroff y

⁹ Como muy pertinentemente me indicó uno/a de los lectores/as anónimo/as de este texto, muchas de las populares recopilaciones sobre las llamadas “leyendas urbanas” incluyen leyendas sobre robos de órganos. Aparte de los estudios de Scheper-Hughes, el mejor estudio que conozco específicamente sobre leyendas de robos de órganos, escrito desde una óptica similar a la adoptada aquí, es el de la folklorista francesa Veronique Champion-Vincent ([1997] 2005). La misma autora ha participado en un libro colectivo cuyo impacto, es de esperar, revitalizará el estudio sociológico del rumor y la leyenda (Fine, Champion-Vincent y Heath, 2005).

Scheper-Hughes parece ser condición de posibilidad indispensable para que se den los rumores de que hablamos, los temas de la pérdida de órganos del emigrante y la adquisición de riqueza desmedida y descontrolada sobre cuyo origen no sabemos nada fueron brillantemente utilizados como recurso dramático por Dürrenmatt en su pieza de teatro *El regreso de la vieja dama* (1956). La obra trata de una mujer que regresa a la aldea de donde emigró –fue expulsada tras ser injustamente acusada de prostitución– y es ahora la persona más rica del mundo, con tanto dinero como pocos sentimientos y con varias prótesis en vez de miembros corporales¹⁰. Dürrenmatt no sugiere en ningún momento que la dama haya vendido partes de su cuerpo para enriquecerse, pero sí, por lo menos, que ha tenido el dinero necesario para hacerse a sí misma a partir de cero, lo que parece ser el sueño de muchos aventureros¹¹. En este sentido, el dramaturgo suizo se anticipó a lo que Nancy Scheper-Hughes cincuenta años más tarde llamaría la “ética de las partes”, una relación negativa entre el avance del capitalismo y la pérdida de partes del organismo.

Como ha escrito el sociólogo japonés Tsuyoshi Awaya, en un artículo con el sensacional título de “neocanibalismo” (1994), hoy en día “nos miramos al cuerpo de cada uno con avaricia, como piezas de recambio separables con las cuales poder extender nuestras vidas” (citado en Scheper-Hughes, 2002:49; Nancy Scheper-Hughes también tiene un artículo denominado “neocanibalismo”). No sé muy bien por qué estos autores denominan a esto “neo” canibalismo, porque de ser cierto no tendría nada de nuevo: sería canibalismo en el sentido más clásico de la palabra –con la salvedad, claro está, de que la antropología clásica se empeñó en demostrar que el canibalismo era un mito y estos autores se empeñan en demostrarnos que el neocanibalismo es verdad–. Tampoco sé si es cierto que nos miramos así unos a los otros: me parece una afirmación algo sensacionalista. Lo que sí sé, y es lo que me entristece y lo que juzgo más urgente denunciar, es que muchos individuos *se sienten mirados así*: como un

¹⁰ A principios de los años noventa, el director senegalés Djibril Diop Mambéty realizó una fenomenal transposición de esta obra teatral al cine (*Hyènes*, Senegal, 1992), en la cual la acción ya no transcurría en Europa sino en un lugar impreciso y alegórico pero muy parecido a una aldea del África poscolonial, donde desgraciadamente el tema de la desesperación, del emigrante y de la desaparición de órganos resulta mucho más actual que en el centro de Europa donde se situaba la acción de la versión original de 1956.

¹¹ Cuando viví en África a principios de la década de los noventa, cenit de la fama de Michael Jackson, había mucha discusión entre mis jóvenes amigos sobre el músico norteamericano. Mientras que para muchos Michael Jackson era un traidor por su voluntad de querer ser más blanco que negro, para otros, en cambio, representaba el modelo del individuo que, a través del capital, es capaz de desafiarse de su grupo y de crearse a sí mismo como deseara. Normalmente los que pensaban así eran los mismos que tenían más ganas de emigrar hacia Europa o EE.UU.; muchos de ellos, en efecto, lo han conseguido.

receptáculo de órganos que otros más ricos, mejor instalados y en general más blancos, pueden arrancarles en cualquier momento y sin ningún escrúpulo.

Como decía al inicio de este artículo, en África comprendí que cuando las personas dicen que los brujos se comen a la gente, tenemos la obligación moral de creerlo, porque a un nivel u otro, es cierto que existen brujos que se los comen. Decir que es una “metáfora” no aporta nada a la explicación, y de hecho nos aleja de la experiencia, como bien comprendió el pensador que más dolores de cabeza ha tenido en el siglo veinte para intentar comprender los modos de pensar no occidentales: Lucien Lévy-Bruhl¹². Igualmente, el caso tan desagradable que les he contando me hizo concluir, contrariando mi escepticismo inicial, que cuando los inmigrantes afirman que en Occidente les roban los órganos, nosotros, antropólogos, tenemos que creer que, de una manera u otra, les *están* robando órganos. Tal vez “robar” sea una metáfora, como el “comer” de la brujería, pero el antropólogo o antropóloga no puede quedarse en el análisis retórico. Nuestra disciplina nos exige imbuirnos de la metáfora, llegar a vivirla como una metonimia, como la viven quienes la pronuncian con toda la seriedad de que son capaces¹³.

En este sentido soy tan crítico tanto de los autores que se distancian de la vivencia de los sujetos alegando que sus afirmaciones son metáforas y que por lo tanto no tenemos que preocuparnos, como de aquéllos, como Scheper-Hughes, para quienes el único sentido de la antropología es demostrar la veracidad objetiva, con el consiguiente peligro de que, de resultar falsas sus alegaciones, parece que no tendría mucho sentido seguir investigando los rumores: serían metáforas y por lo tanto no tendríamos que preocuparnos. Las metáforas son siempre preocupantes porque, como bien nos enseñó Nietzsche en su insuperable ensayo “sobre verdad y mentira en sentido extramoral”, tan pronto nos olvidamos de que son metáforas se convierten en obje-

¹² Algunos lectores podrán sorprenderse con esta afirmación, ya que pensarán que Lévy-Bruhl no comprendió nada y que para él la brujería era parte de la “mentalidad primitiva” o del “pensamiento prelógico”, y así lo han afirmado dos especialistas africanistas en uno de los muchos libros que a la vuelta del milenio aparecieron sobre la “modernidad” de la brujería en África (Moore y Sanders, 2001: 6). Esto demuestra un gran desconocimiento del pensador francés. Quienes lo han leído atentamente saben que fue precisamente al intentar comprender por qué los africanos afirmaban que los brujos *comen* personas a pesar de la falta de pruebas de canibalismo real cuando Lévy-Bruhl decidió abandonar el concepto de “pensamiento prelógico” y comenzó a insistir más en un análisis de la experiencia subjetiva, si bien la forma fragmentaria de su obra póstuma no haga nada fácil reconstruir su complejo y original pensamiento (Lévy-Bruhl, 1949).

¹³ La idea de que es la *seriedad* la que convierte una metáfora en metonimia es una transformación de una idea de Roy Wagner, quien arguye que la seriedad transforma el “as if” en “is” (Wagner, 1986: 8). Existe una amplia literatura sobre la metáfora y sus usos antropológicos. Para una reciente revisión crítica, véase West, 2007.

tiva y firme realidad. La propia insistencia de Nancy Scheper-Hughes y de sus colaboradores en indicarnos que hoy en día vemos el cuerpo humano como un repertorio de *sparcs* –“piezas de recambio”– se basa en una metáfora mecanicista sobre cuyo uso deberíamos ser muy cautos. Un coche tiene *sparcs*, un cuerpo no. En los textos de estos autores no queda siempre claro *quién* ve el cuerpo como compuesto de *sparcs* –de entrada, no estará de más recordar que el cuerpo no se *ve*, sino que se *vive*–: ¿El individuo que vende un órgano suyo? ¿El que lo compra? ¿El “broker” que hace de intermediario entre ambos? ¿El inmigrante africano que tiene miedo a los hospitales? ¿O el académico que mira el proceso desde fuera y con cuyo lenguaje y participación en los media y en internet está también colaborando a la globalización de nuevas formas de entender, de ver y de vivir el cuerpo humano?

No llego a pensar –por lo menos, de momento– con la misma *seriedad* que los africanos que en los hospitales portugueses se roben órganos a los inmigrantes. Sinceramente, lo dudo y en estos momentos hasta me parece secundario llegar a saber si es así. Pero como ellos, y con la misma seriedad que ellos, sé que los órganos son tan esenciales para la vida como la dignidad y el respeto, que es, en muchísimos casos, lo primero que les roban tan pronto entran en nuestros países, y ciertamente lo primero que le robaron a Omar y a Lamín con el obstinado silencio y mentiras sobre lo que ocurrió ese misterioso día en el Hospital Santa Adelaida. Sólo espero que mi amigo cobre la fuerza necesaria para iniciar otro tipo de investigación y atreverse a averiguar lo que sucedió con su hermano para que sean exigidas las debidas responsabilidades y se haga justicia contra el trato indigno que éste recibió en 2000 y que han estado recibiendo los dos y el resto de sus familiares desde entonces.

6. Referencias bibliográficas

BLOCH, Maurice

2002 “Are religious beliefs counter-intuitive?”, en Nancy K. Frankenberry (ed.), *Radical Interpretation in Religion*. Cambridge: Cambridge University Press. Reimpreso en BLOCH, M. 2005. *Essays on Cultural Transmission*. Oxford, New York: Berg.

BORDONARO, Lorenzo; PUSSETTI, Chiara

2006 “Da utopia da migração à nostalgia dos migrantes: percursos migratórios entre Bubaque (Guinea Bissau) e Lisboa”, en Antónia Pedroso de Lima y Ramon Sarró (eds.), *Terrenos metropolitanos: ensaios sobre produção etnográfica*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CAMPION-VINCENT, Véronique

2005 [1997] *Organ Theft Legends*. Jackson, MS: University of Mississippi Press.
Traducido del francés por Jacqueline Simpson.

COMAROFF, Jean; COMAROFF, John

2000 “Millennial capitalism: first thoughts on a second coming”. *Public Culture* 12, 2: 291-343.

CRUMLIN, Rosemary (Ed.)

1998 *Beyond Belief: Modern Art and the Religious Imagination*. National Gallery of Victoria.

D’ORS, Eugenio

1954 *La verdadera historia de Lidia de Cadaqués*. Barcelona: José Janés Editor.

DÜRRENMAT, Friedrich

1999 [1956] *La visita de la vieja dama*. Barcelona: Tusquets.

EVANS-PRITCHARD, Edward E.

1937 *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

FASSIN, Didier

2000 “Les politiques de l’ethnopsychiatrie: La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes”. *L’Homme*, 153: 231-250.

FINE, Gary A.; CAMPION-VINCENT, Véronique; HEATH, Chip (Eds.)

2005 *Rumor Mills: the Social Impact of Rumor and Legend*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

GESCHIERE, Peter

1997 *The Modernity of Witchcraft: Politics and the Occult in Postcolonial Africa*. Charlottesville: University Press of Virginia.

HOLLAN, D.W.

1997 “The relevance of person-centered ethnography to cross-cultural psychiatry”. *Transcultural Psychiatry*, 34, 2: 219-234.

LECHNER, Elsa

En prensa “Subjectivity, displacement and ethics of ethnographic representation”, en Tomas Huttuner, Kaisa Ilmonen y Elina Valovirta (eds.), *Seeking the Self, Encountering the Other: Diasporic Narrative and the Ethics of Representation*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.

LEVY-BRUHL, Lucien

1949 *Carnets*. Paris: PUF

MOORE, Henrietta; SANDERS, Todd

2001 “Magical interpretations and material realities: an introduction”, en H. Moore y T. Sanders, (eds.), *Magical Interpretations, Material Realities: Modernity, Witchcraft and the Occult in Postcolonial Africa*. London: Routledge.

SARRÓ, Ramon

2005 “L’aventura com a categoria cultural”. *Quaderns del TAI* (Terrassa), 10: 100-105. *La Migració*.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

1996 “Theft of life: the globalization of organ stealing rumors”. *Anthropology Today*, 12, 3: 3-11.

2002 “Min(d)ing the body: on the trail of organ-stealing rumors”, en Jeremy MacClancy (ed.), *Exotic No More: Anthropology on the Front Line*. Chicago and London: The Chicago University Press.

2005 “El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos”. *Revista de Antropología Social*, 14: 195-236.

SIMMEL, Georg

1934 “La aventura”, en *Cultura femenina y otros ensayos*. Madrid: Revista de Occidente.

1986 [1908] “Digresión sobre el extranjero”, en *Sociología: Estudios sobre las formas de socialización I y II*. Madrid: Alianza Editorial.

THOMAS, Philip

2002 “The river, the road, and the rural-urban divide: a postcolonial moral geography from southeast Madagascar”. *American Ethnologist* 29, 2: 366-391.

WAGNER, Roy

1986 *Symbols that Stand for Themselves*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

WEST, Harry G.

Ethnographic Sorcery. Chicago and London: The University of Chicago Press.

