

*Antropologia medica e salute globale**

Ivo Quaranta

professore associato di Antropologia culturale e Antropologia del corpo e della malattia, Dipartimento di Storia Culture Civiltà, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

[ivo.quaranta@unibo.it]

1. Lo scenario della salute globale

La salute globale è emersa negli ultimi anni come un concetto volto a pensare la salute nei termini di un processo implicato nella complessa trama delle dinamiche economico-politiche, tanto locali quanto globali, che caratterizzano la realtà sociale. È in questi termini che essa si è imposta come cornice teorica, dando vita ad una vera e propria epidemia di ridenominazioni: dipartimenti universitari, agenzie internazionali, istituti nazionali, fondazioni, riviste scientifiche, serie editoriali, programmi accademici di formazione e di ricerca sono stati rinominati all'insegna della salute globale, a prescindere dalle diverse sfaccettature cui il concetto si presta dal punto di vista dei reali contenuti implicati. Lo stesso è avvenuto in antropologia medica, dove dipartimenti, insegnamenti e programmi di dottorato sono stati di fatto rinominati in questo senso (BROWN T. - BELL M. 2008; ERICKSON P. 2003; MACFARLANE S. - JACOBS M. - KAAYA E. 2008).

La salute globale è diventata parola chiave per molti di noi, anche in contesto italiano, dove negli ultimi anni una molteplicità di attori ha dato un impulso determinante alla sua introduzione e al suo consolidamento (si pensi ai contributi in tale senso dell'Osservatorio italiano sulla salute globale, della Rete italiana per l'insegnamento della salute globale, della Società italiana di medicina delle migrazioni, del Segretariato italiano degli studenti di medicina, ecc.).

* Testo definitivo della relazione presentata al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21 - 23 febbraio 2013). Il titolo della relazione è stato qui modificato in sostituzione di quello allora proposto (*Antropologia medica e politiche di salute globale*).

Con il concetto di salute globale non possiamo però parlare di una nuova disciplina, quanto piuttosto di una serie di problematiche. Come suggerisce Paul Farmer (FARMER P. 2013): il concetto di salute globale viene chiamato in causa di volta in volta per evocare le complesse trasformazioni epidemiologiche che testimoniano le grottesche disparità in salute fra nord e sud del mondo; così come spesso lo si invoca per mettere in luce il mutato scenario della salute e della sua cura alla luce dei flussi di migrazione di massa e delle specificità legate alle condizioni di rifugiati e richiedenti asilo; lo stesso concetto è utilizzato per rendere conto della circolazione globale delle pratiche, delle tecnologie ma anche delle parti del corpo; la salute globale fornisce una cornice anche per tematizzare le forme di azione della società civile, che sempre più spesso possono assumere forme transnazionali (si pensi al People's Health Movement); infine, esso è speso per rendere parimenti conto della fitta trama di associazioni, istituzioni e apparati (governativi e non) che si occupano della salute e della sua cura in termini di interventi e politiche che trascendono i confini dei singoli stati nazionali, oscillando fra azioni umanitarie e dinamiche securitarie.

Data l'estrema poliedricità che caratterizza il concetto di salute globale, lo stesso editor del "Lancet", Richard Horton, a sua volta impegnato sul fronte della sua promozione, preferisce parlarne nei termini di: "un atteggiamento, una modalità di guardare al mondo [...] che ha a che fare con la universale natura della nostra condizione umana. È una presa di posizione circa il nostro impegno per la salute come dimensione fondamentale della libertà e dell'equità" (in FARMER P. 2013: XV).

Un atteggiamento, più che una disciplina accademica, dunque, che pone al centro della riflessione il tema dell'equità in salute. È in questi termini che, anche per l'antropologia medica, la salute globale è andata a configurarsi come paradigma trasversale volto a collocare i temi della salute e della malattia, degli individui come delle popolazioni, nel quadro dei rapporti di disuguaglianza fra nord e sud del mondo, da un lato, ed entro il nord ed entro il sud del mondo, dall'altro.

Questo "atteggiamento" si è imposto come "buono da pensare" per dare un'innovativa cornice teorico-applicativa a due tradizioni da sempre intrecciate fra loro e in dialogo con l'antropologia: quella della salute internazionale e quella della sanità pubblica (KOPLAN *et al.* 2009).

La salute globale condivide, infatti, con queste tradizioni una predilezione per le dimensioni collettive della salute in ottica preventiva, specialmente in riferimento alle fasce più vulnerabili della popolazione, prediligendo

un approccio interdisciplinare, all'insegna di una visione della salute come bene comune. A differenza della salute internazionale, tuttavia, tradizionalmente concepita nei termini di un intervento del Nord del Mondo nei contesti del Sud del Mondo (principalmente sui temi delle malattie infettive e "tropicali", della malnutrizione e della salute meterno-infantile), la salute globale non intende dare una collocazione geografica alle problematiche di cui si occupa: con l'aggettivo "globale" si punta piuttosto a definire la loro rilevanza, andando oltre i temi classici della cooperazione sanitaria nei contesti a basso reddito, per contemplare anche le questioni relative alle condizioni croniche, alla salute mentale, alla dimensione più strettamente clinica, ecc.

In linea con la posizione di Kelley Lee e colleghi (LEE 2002; LEE K. - FUSTUKIAN S. - BUSE K. 2003), possiamo cogliere un altro tratto caratterizzante il concetto di salute globale nella sua discontinuità con quello di salute internazionale, nel momento in cui primo individua le cause e le conseguenze della salute in dinamiche che trascendono i confini nazionali, imponendo strategie di azione che vanno oltre la capacità di azione dei singoli Stati. In estrema sintesi, il paradigma della salute globale cala le sue analisi nel contesto delle relazioni di potere e di disuguaglianza transnazionali che mettono in discussione i modelli istituzionali tradizionali di governance (BROWN T. - BELL M. 2008; BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. 2006; KICKBUSH I. 2003; LEE K. 2002).

A questo proposito cogliamo subito quella che Linda Whiteford e Lenore Manderson (2000: 2) chiamano la discordanza fra l'ideale globale e la realtà locale: non solo il tema della salute come bene comune globale è presente nelle retoriche delle agenzie internazionali, più che nelle reali politiche, ma la cornice istituzionale in cui il diritto alla salute è regolamentato resta quella degli Stati nazionali, come del resto avviene per i diritti civili. Come sostiene Didier Fassin: la salute globale parte a casa e spesso lì finisce (FASSIN D. 2012: 100).

Va da sé che una prospettiva di tal fatta abbia rappresentato una cornice particolarmente adatta per il dialogo fra le discipline mediche e quelle umanistico-sociali, tradizionalmente dedite all'analisi di specifici contesti locali nel quadro delle più ampie dinamiche storico-politiche in cui sono inseriti, prediligendo una visione della globalizzazione a partire dal basso, dal concreto posizionamento di specifici attori sociali, all'insegna di un atteggiamento in cui: "il locale non è definito da confini geografici ma viene apprezzato come la specifica arena in cui i significati sociali vengono qualificati e adattati" (GINSBURG F. - RAPP R. 1995: 8).

2. Politiche di salute globale

È in questo scenario, dunque, che antropologia e sanità pubblica hanno visto un reciproco coinvolgimento senza precedenti.

Un primo forte punto di contatto fra queste due discipline, che ci aiuta a rendere conto dell'emersione stessa del concetto di salute globale, è stato rappresentato dall'esame critico delle politiche sanitarie globali, dalla cui analisi emergono le ideologie, le rappresentazioni, i sistemi di significati che le informano in modo speso silente e implicito (BIEHL J. - PETRYNA A. 2013; CASTRO A. - SINGER M. 2004; WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. 2000).

Le politiche dell'OMS, sin dalle origini, hanno riconosciuto alla salute la valenza di diritto umano fondamentale, cercando di vincolare gli Stati a promuoverla attraverso le proprie legislazioni. In occasione dell'Assemblea mondiale della salute del 1976, venne inaugurato il programma "Salute per tutti nell'anno 2000", che diede poi vita alla conferenza di Alma Ata del 1978. Sotto la direzione di Halfdan Mahler, convinto sostenitore tanto del fatto che molte delle cause dei problemi sanitari fossero da ricercare nell'assetto sociale, quanto della natura fallimentare di approcci sanitari settorializzati, l'OMS si impegnò sul fronte della promozione delle cure primarie e della loro professionalizzazione locale più che sullo sviluppo economico e scientifico.

A dispetto degli auspici dell'OMS, il ventennio successivo fu caratterizzato da uno slittamento radicale nelle politiche globali verso modelli neoliberisti. La base politica che sosteneva la strategia di Alma-Ata si dimostrò fragile al cospetto della crisi del debito che investì i paesi del sud del mondo negli anni successivi e dei mutamenti politici che portarono in primo piano negli USA e nel Regno Unito il blocco conservatore, rispettivamente con Ronald Regan e Margaret Thatcher (BASILICO M. *et al.* 2013; BODINI C. - MARTINO A. 2010).

L'ascesa del neoliberismo come cornice ideologica per la definizione delle politiche nazionali e globali minò alla base la strategia di salute pubblica che animava il programma di Alma-Ata, incentrato sulle cure primarie e sulla professionalizzazione delle risorse locali.

Le istituzioni finanziarie internazionali guadagnarono crescente centralità nella definizione delle politiche globali, promuovendo mutamenti nell'allocatione delle risorse e nello stesso vocabolario utilizzato per formulare le politiche sanitarie (WHO 2001).

Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale emersero così come attori centrali nella definizione delle politiche sanitarie, concentrando gli

sforzi sulla crescita economica, senza prendere in debita considerazione il suo impatto sociale e men che meno quello sulla salute.

Gli anni novanta del Novecento furono, di fatto, caratterizzati da una vera e propria “epidemia di riforme sanitarie” (KLEIN 1995). A farne le spese furono soprattutto i paesi più poveri, in cui i servizi sanitari nazionali vennero smantellati, indipendentemente dai risultati che stavano generando, e sostituiti con sistemi di tipo commerciale dove farmaci e cure secondarie sono spesso soggette solo alle leggi del mercato e dove la programmazione sanitaria, frammentata e totalmente dipendente dalle politiche e dai capitali internazionali, si limita per lo più a programmi di tipo verticale indirizzati a singole condizioni o patologie (BODINI C. - MARTINO A. 2010).

A partire dall’inizio del nuovo millennio, allorché i primi dati iniziarono ad essere disponibili, una serie di pubblicazioni puntarono il dito contro gli effetti problematici prodotti dalle riforme sanitarie di stampo liberista sulla salute delle popolazioni (KIM J.Y. *et al.* 2000; STUCKLER D., KING L.P. - BASU S. 2008).

Parallelamente alla crescente influenza delle istituzioni finanziarie internazionali, il prestigio dell’OMS andò progressivamente a diminuire. Un segnale inequivocabile in questo senso fu rappresentato dal voto con cui, nel 1982, l’Assemblea mondiale della salute congelò il budget ordinario dell’OMS, costringendola a dipendere da finanziamenti esterni per la realizzazione delle proprie iniziative (BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. 2006).

Dalla metà degli anni Ottanta in poi la quota esterna del budget dell’OMS ha superato di gran lunga il budget ordinario, consegnando di fatto la definizione delle sue priorità a soggetti esterni in virtù della destinazione indicata per l’utilizzo dei loro finanziamenti.

Come suggerito da Fiona Godlee (1995: 182):

«L’OMS è catturata in un ciclo di declino, con i donatori che esprimono la propria mancanza di fiducia nella capacità di gestione dell’Organizzazione collocando i finanziamenti fuori dal suo controllo [...] prevenendo così la possibilità stessa di pianificare e sviluppare dei responsi integrati di lungo respiro per i bisogni dei diversi paesi».

Le strategie neoliberiste di sviluppo che hanno caratterizzato l’ambito sanitario a partire dagli anni Ottanta del Novecento hanno sistematicamente segnato i servizi sanitari, mutandone la capacità, lo scopo e la penetrazione. In questo scenario, caratterizzato dal progressivo ritrarsi del settore pubblico dal campo sanitario, una vasta serie di organizzazioni private, raggruppate sotto la generica dicitura di “società civile”, è emersa come elemento strutturale delle strategie sanitarie, includendo realtà molto

diversificate, che vanno dalle piccole organizzazioni laiche o religiose, a grandi fondazioni filantropiche, a donatori internazionali. Queste organizzazioni, favorite da esplicite politiche globali, hanno progressivamente soppiantato i servizi sanitari pubblici in molti contesti locali, dando vita a quello che BUSE e WALT (1997) hanno definito un “*unruly melange*”, i cui attori non solo non sono sempre ben coordinati, ma entrano spesso in competizione gli uni con gli altri nell’accesso ai finanziamenti per la realizzazione dei programmi sanitari.

ABRAMSON (1999), MARKOWITZ (2001), REDFIELD (2005, 2013), fra i tanti, hanno riflettuto criticamente sul ruolo centrale che le ONG giocano nel campo della salute e le contraddizioni che tale ruolo può spesso produrre. James PFEIFFER (2003, 2004), ad esempio, ha documentato come, nel caso del Mozambico, piuttosto che rafforzare i servizi sanitari, le ONG hanno paradossalmente minato il controllo locale sui programmi sanitari, contribuendo alla crisi del sistema attraverso il reclutamento di personale qualificato, precedentemente impiegato nei servizi pubblici, per la realizzazione dei loro programmi, limitati tuttavia alla durata dei finanziamenti.

In aperta reazione a questo contesto istituzionale e politico, l’OMS ha iniziato a ripensare il suo ruolo precisamente attraverso il concetto di salute globale, con l’esplicito obiettivo di riguadagnare preminenza nel coordinamento e nella definizione delle strategie sanitarie globali.

Il rapporto finale del gruppo di lavoro della World Health Assembly, istituito nel gennaio del 1992 con l’obiettivo di individuare strategie su come l’OMS potesse giocare un ruolo efficace alla luce dei mutamenti globali, formulò le seguenti raccomandazioni: rivedere la gestione frammentaria dei programmi globali, regionali e nazionali; ridurre la competizione fra programmi finanziati dal budget regolare e quelli supportati da finanziamenti esterni; promuovere la salute globale e il ruolo di coordinamento dell’OMS in questo campo.

Quella della salute globale, come sottolineano T. Brown, M. Cueto ed E. Fee, ha di fatto rappresentato più una strategia di sopravvivenza dell’OMS per ritagliarsi un ruolo di preminenze nel coordinamento di una serie di iniziative sempre più a partecipazione privata a livello globale, che non l’implementazione di un paradigma innovativo.

3. Equità, giustizia sociale e rinwigoriti universalismi

Non sorprende che il concetto di salute globale, per quanto attraversato da molteplici tensioni non sempre unitarie, abbia costituito in anni re-

centi il terreno a partire dal quale una sinergia, forse senza precedenti, fra antropologia e sanità pubblica si è sostanziata: la comune inclinazione a leggere le differenze negli indicatori di salute alla luce dei rapporti di disuguaglianza; il non limitarsi all'equità nell'accesso ma interrogare le dinamiche eziopatogenetiche; fare appello alla dimensione etica e dell'impegno sociale del ricercatore; insistere sui temi della partecipazione e delle metodologie qualitative; la critica alla supposta naturalezza dell'ordine delle cose, ecc. rappresentano bandoli di una comune matassa concettuale, etica e politica.

I diversi contributi prodotti nella cornice della salute globale hanno chiaramente messo in luce come la crisi delle politiche sanitarie globali riflettano l'incapacità politica di interrogare i disordini prodotti dal nostro ordine sociale, registrando al tempo stesso la irriducibile indeterminatezza delle realtà locali all'interno dei nuovi assemblaggi globali di politiche, significati, merci, capitali e valori (ONG A. - COLLIER S.J. 2005).

L'attenzione antropologica per la malattia intesa nei termini di uno dei possibili modi in cui si manifestano le dimensioni problematiche del nostro rapporto costitutivo con la realtà socialmente informata ben si coniuga con il paradigma della salute globale alla cui luce l'azione sul mondo equivale all'azione sulle dimensioni sociali della nostra esistenza (KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. 1997; QUARANTA I. 2006). Se la salute non può che essere pensata alla luce delle dinamiche che ci vedono socialmente implicati, allora essa è, e non può che essere, una manifestazione della dimensione collettiva della nostra esistenza e come tale si configura nei termini di un bene comune.

È precisamente su questo piano che si colloca il rapporto della Commissione sui Determinanti sociali di salute dell'OMS (CSDH 2008), individuando nei seguenti tre punti i principi su cui fondare le azioni di contrasto delle disuguaglianze in salute: migliorare le condizioni della vita quotidiana; contrastare l'iniqua distribuzione di potere, denaro e risorse; misurare e comprendere in maniera opportuna i problemi e valutare adeguatamente l'impatto delle azioni di contrasto.

Gli autori non fanno cenno alcuno alla necessità di investimenti economici o di ulteriore sviluppo scientifico-tecnologico. Essi ci invitano piuttosto a pensare alla salute come campo transdisciplinare per eccellenza e, dunque, individuano l'impatto sulla salute di tutte quelle politiche che puntano al miglioramento delle condizioni di vita quotidiana, inserendo la variabile salute nell'agenda di ogni politica.

Gli estensori parlano chiaramente del ruolo eziopatogenetico delle disuguaglianze, sottolineando come le sistematiche differenze in salute siano

evitabili e, pertanto, semplicemente ingiuste. Raddrizzare queste iniquità è una questione di giustizia sociale e dunque implica un imperativo etico, alla luce del fatto che “l’ingiustizia sociale sta uccidendo persone su larga scala”.

Il rapporto della Commissione sui determinanti sociali testimonia come lo spirito di Alma Ata non si sia sopito, tanto in seno all’OMS, quanto nel lavoro di quegli antropologi che proprio sull’analisi delle disuguaglianze hanno fondato il loro approccio. Proprio all’insegna dell’analisi delle disuguaglianze in salute, infatti, le dimensioni applicative ed etiche hanno avuto una rinascita robusta in seno alle analisi antropologiche (BIEHL J. - PETRYNA 2013; RYLKO-BAUER B. - SINGER M. - VAN WILLIGEN J. 2006).

Anche in questo caso, la salute globale è emersa nella letteratura antropologica come cornice concettuale per tematizzare l’impegno di quegli antropologi che aspirano a promuovere una ricaduta pubblica e istituzionale delle proprie analisi con l’auspicio di contribuire allo sviluppo di pratiche e politiche salutogeniche.

Protagonista indiscusso di questa stagione dell’antropologia medica è stato Paul Farmer con la sua proposta di un’antropologia della violenza strutturale. Come noto, Paul FARMER (2003) recupera il concetto di violenza strutturale dal pensiero di J. Galtung, con l’intento di problematizzare quelle indirette forme di violenza che non richiedono l’azione di un individuo per essere esercitate, in virtù del loro essere esercitate dalle stesse forme dell’organizzazione sociale. La violenza strutturale agirebbe, tanto a livello locale quanto a quello globale, sulla vita di chi occupa i segmenti più marginali di ordinamenti sociali segnati da profonde disuguaglianze.

L’impatto del lavoro di Farmer è stato senza dubbio rivoluzionario. La sua proposta infatti non si pone come ulteriore variante paradigmatica nel diversificato campo dell’antropologia medica, nella misura in cui egli arriva a mettere sotto accusa l’antropologia culturale tutta su due fronti, intrecciati fra loro: da un lato egli rinfaccia alla tradizione nord-americana di aver limitato lo scopo dell’impresa analitica della disciplina al solo studio delle rappresentazioni culturali della malattia, del corpo, della persona, ecc. ignorando così l’analisi di quei processi economico-politici che contribuiscono alla distribuzione delle patologie e della sofferenza nella realtà sociale; dall’altro lato egli sottolinea come questa impostazione teorico-metodologica, derivante da una problematica interpretazione dell’atteggiamento relativista, abbia portato gli antropologi a farsi complici inconsapevoli della violenza strutturale stessa, arrivando a rappresentare come espressione di processi culturali locali l’impatto stesso della violenza strutturale.

Secondo Farmer, infatti, il problema della diffusione dell'Hiv, come di altre patologie, non andrebbe ricercato nelle locali concezioni culturali, quanto piuttosto nelle limitazioni che le forze sociali esercitano sulla capacità di azione dei soggetti. In altre parole, sostiene Farmer, sono le limitazioni economiche e sociali all'agire individuale che esporrebbero le persone a specifici rischi e forme di vulnerabilità. È in questo senso che egli giunge a parlare di patologie del potere (FARMER 2003) e della malattia come incorporazione biologica della violenza strutturale. Attraverso tale prospettiva la malattia viene a configurarsi come un processo sociale: non più mera realtà biologica, frutto di un beffardo destino o di rischio statistico, ma realtà attivamente prodotta da particolari assetti sociali informati da profonde disuguaglianze.

Se dunque la violenza strutturale agisce limitando la capacità di azione dei soggetti, è proprio sul fronte della promozione di quest'ultima che la lotta per la salute pubblica deve essere combattuta, mettendo al centro dell'azione politica la promozione dei diritti sociali ed economici.

Questo approccio ha certamente avuto il merito di destare l'attenzione dell'antropologia di tradizione anglofona per l'analisi dei processi eziopatogenetici, dando però vita a nuove forme di intervento improntate a un problematico universalismo che tradirebbe la specificità stessa della riflessione antropologica: la sua imprescindibile considerazione del punto di vista degli attori sociali circa la propria realtà.

In questa direzione Leslie BUTT (2002), ad esempio, ha sottolineato come l'approccio proposto si iscriva in una nuova agenda politica in cui l'utilizzo delle biografie nei resoconti antropologici per cogliere l'azione della violenza strutturale ci offre narrazioni decontestualizzate di esperienze il cui fine è quello di convalidare più ampi assunti teorici circa i diritti umani e la giustizia sociale: così facendo, tuttavia, si maschera l'assenza di una sfera pubblica internazionale in cui le voci di queste persone possano trovare legittimità ed essere udite (se non ascoltate). Leslie Butt sostiene quanto un serio attivismo dovrebbe non solo esaminare le distruttive relazioni di disuguaglianza, ma dovrebbe anche mettere in discussione gli assunti, culturalmente orientati e politicamente implicati in strutture economiche globali, su cui si fonda oggi un'industria umanitaria e filantropica sempre più universalista che si arroga il primato di definire cosa sia meglio per gli altri, per i poveri e gli svantaggiati, con il rischio che questi vengano, nel loro interesse, ulteriormente privati della propria voce.

Il rischio è quello di accogliere i bisogni solo nella misura in cui siano compatibili con la cornice ideologica che muove l'apparato istituzionale,

dando vita a specifiche soggettività come terreno per la possibile rivendicazione di diritti.

Come vedremo nelle conclusioni, una sfida possibile per la declinazione dell'antropologia in seno alla cornice della salute globale potrebbe risiedere proprio in quella forzatura autoriflessiva che crea cittadinanza cognitiva e politica per promuovere e accogliere la definizione che dei propri bisogni producono gli attori sociali.

È proprio questo aspetto che risulta principalmente assente nelle proposte che privilegiano il tema delle disuguaglianze e dei determinanti sociali come fondamento dell'equità.

La sfida allora emerge nei termini non già di una contrapposizione fra etica della nuda vita ed etica della giustizia sociale, quanto nell'incessante sforzo di non ridurre le questioni etiche alle sole dimensioni della mera esistenza biologica, iscrivendole in seno ad una più robusta pratica politica della cittadinanza (COMAROFF, 2006) in cui le dimensioni biologiche dell'esistenza non siano svincolate dalle dimensioni politiche che le informano e che sollevano a partire dalla prospettiva e dall'esperienza degli attori sociali coinvolti.

In anni recenti l'antropologia ha affrontato in modo sistematico l'analisi delle dimensioni politiche iscritte nelle nuove forme dell'impresa umanitaria (ABRAMOWITZ S. - MARTEN M. - PANTER-BRICK C. 2015; ALLEN T. - SCHOMERUS M. 2008; ATLANTI-DUAULT L. - DOZON J.-P. 2011; BORNSTEIN E. 2012; BORNSTEIN E. - REDFIELD P. 2012; COULTER C. 2009; DANIEL E.V. - KNUDSEN J. 1995; DELVECCHIO GOOD M.J. *et al.* 2008; DUFFIELD M.R. 2001; EGGERMAN M. - PANTER-BRICK C. 2010; FARMER P. 2012; FASSIN D. 2007, 2011; FASSIN D. - PANDOLFI M. 2010; FELDMAN I. - TICKTIN M. 2010; HAMMOND L. 2004; HARRELL-BOND B.E. 1986; HOFFMAN D. 2011; JAMES E.C. 2010; POLMAN L. 2010; REDFIELD P. 2005, 2013; TICKTIN M. 2011), mettendo in luce come essa partecipi, anche solo indirettamente, di nuove forme di sovranità in cui il tema della giustizia sociale viene spesso schiacciato su quello della promozione e salvaguardia della vita in termini meramente biologici, traducendo un problema sociale e politico nel linguaggio della malattia e della sua cura, finendo con il prenderci cura della malattia anziché promuovere la salute.

Anche di questo si tratta nella letteratura antropologico-medica attraverso il concetto di salute globale, che emerge sempre più come una cornice concettuale "acchiappa tutto", capace di ospitare tendenze spesso fortemente contraddittorie.

4. *Un sapere multidisciplinare*

Il concetto di salute globale si è dunque andato a coniugare principalmente con le analisi antropologiche delle disuguaglianze, fornendo all'antropologia medica una cornice istituzionale per la legittimazione di uno dei suoi punti di forza caratterizzanti: la dimensione della multidisciplinarietà. Fin dalle sue origini l'antropologia medica si è impegnata nel promuovere una ridefinizione del significato stesso di quell'esperienza sociale che culturalmente definiamo malattia. Se ammettiamo, infatti, che la salute non dipende solo dalla sua componente biologica, quando analizziamo le condizioni di salute di un individuo o di una popolazione non analizziamo solo il successo o l'insuccesso della medicina nel garantire cure adeguate: lo stato di salute è molto più che un indicatore di una disfunzione fisiologica, dell'aggressività di una patologia o della efficacia di un presidio diagnostico-terapeutico. Se la malattia è il risultato dell'effetto dinamico dei molteplici fattori che la influenzano, lo stato di salute diviene inevitabilmente indicatore di questi processi (BODINI C. - MARTINO A. 2010).

Si sancisce così uno slittamento dalla prospettiva clinica della cura e della lotta alle malattie, sostanziata attraverso interventi di tipo verticale su singole patologie, a una prospettiva che cerca invece di cogliere a monte "le cause delle cause" delle patologie nelle configurazioni in cui gli individui e i gruppi sociali tessono le trame della loro esistenza. Spostare lo sguardo sui meccanismi eziopatogenetici implica necessariamente un ripensamento radicale delle strategie di intervento all'insegna di un coinvolgimento trasversale e sinergico di una molteplicità di attori e di istituzioni la cui tradizionale collocazione in forme di conoscenza distinte e in settori istituzionali parcellizzati viene individuata essa stessa come patogenetica.

La salute globale si è fatta strada negli ultimi anni in diversi contesti universitari precisamente con l'intento di trasformare una serie di problematiche in una disciplina coerente fondata su un approccio interdisciplinare (FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. 2013)

William Foege sintetizza questa ambizione con e seguenti parole:

«Combinare antropologia, sociologia, storia, economia politica e altre discipline "risocializzanti" con ambiti quali quelli dell'epidemiologia, della demografia, della pratica clinica, della biologia molecolare e dell'economia ci permetterebbe di edificare un nuovo coerente campo disciplinare che potrebbe andare sotto il nome di "equità globale in salute"» (FOEGE W. 2008).

L'ambizione di chi lavora all'insegna del variegato standardo della salute globale è, dunque, quello di fondare una disciplina capace di calare i temi dell'equità e della giustizia sociale sia sul fronte della prevenzione e delle politiche, sia sul fronte più strettamente clinico e delle relazioni di cura (KIM J.Y. - FARMER P. - PORTER M. 2013; KOPLAN *et al.* 2009; RYLKO-BAUER B. - FARMER P. 2002).

Se l'obiettivo auspicato è dunque quello di trasformare la salute globale in un sapere multidisciplinare, capace di coniugare l'analisi dei macro processi sociali con i contesti locali e la dimensione individuale, al fine di sostanziare in termini operativi un approccio biosociale per problematiche intimamente biosociali, quale ruolo può avere il sapere antropologico?

5. Conclusioni

Come abbiamo discusso, un tratto caratterizzante le relazioni fra antropologia e salute globale è certamente quello della dimensione pubblica della ricerca e dell'impegno per la promozione dell'equità in salute e, dunque, più in generale della giustizia sociale. Questo aspetto emerge molto nettamente anche nelle conclusioni del saggio di Craig R. Janes e Kitty K. Corbett dedicato al rapporto fra antropologia e salute globale, quando scrivono:

«I problemi che le persone si trovano ad affrontare sono globalmente troppo vasti e gli assalti alla giustizia sociale e all'ambiente così penetranti da non poterci permettere il lusso di preoccuparci circa gli effetti contaminanti derivanti dal fare lavori applicativi. Impegno e azione sono spesso caotici; le nitide puntualizzazioni della teoria e della concettualizzazione astratta possono apparire irrilevanti nei mondi segnati da sofferenza, ingiustizia e degrado ambientale con cui ci confrontiamo ed essere un intellettuale pubblico non è talvolta abbastanza. Ciò di cui dovremmo preoccuparci nel considerare il nostro posizionamento disciplinare come produttori e consumatori di conoscenza nel contesto economico-politico globale è la pressante domane: "E allora?". Siamo chiamati ad applicare i nostri strumenti e le nostre conoscenze, a cercare partenariati interdisciplinari e intersettoriali con cui impegnarsi direttamente nella ricerca di possibili soluzioni» (JANES C.R. - CORBETT K.K. 2009:178).

Il saggio richiamo degli autori, però, non dovrebbe indurre gli antropologi a cadere vittime di un atteggiamento emergenziale. Il richiamo ai temi della giustizia sociale e dei diritti umani, coniugato con quello della lotta alle disuguaglianze ha, infatti, dato spesso vita, anche in ambito antropologico, a nuove forme di universalismo che una certa lettura meccanicistica del quadro dei determinanti sociali di salute può generare.

Il comune interesse per il ruolo eziopatogenetico delle disuguaglianze, fondato sulle critiche agli approcci culturalisti, non deve infatti implicare un abbandono dell'analisi culturale, con la sua perturbante azione di denaturalizzazione della realtà. Il concetto di salute globale si è senza dubbio imposto nelle retoriche accademiche e istituzionali, da un lato promettendo nuove opportunità per collaborazioni interdisciplinari, dall'altro rischiando di fornire semplicemente una nuova etichetta per tematiche ampiamente note nelle frange progressiste dell'egemonia biomedica.

È significativo che, in apertura del suo volume dedicato alla salute globale, Mark NICTER (2008) sottolinei due questioni fondamentali come preliminari: la prima, volta a mettere in guardia dall'atteggiamento che tende ad enfatizzare le "barriere culturali" come capri espiatori per l'effetto delle disuguaglianze; la seconda, tesa a ribadire – ce n'è ancora bisogno, evidentemente – la natura squisitamente culturale della salute e dei discorsi su di essa, ivi inclusi quelli della biomedicina.

Non è certo un caso che gli approcci che hanno maggiormente dialogato con i saperi biomedici nel recinto concettuale della salute globale siano stati proprio quelli incentrati sulle disuguaglianze, ovvero quelle cornici teoriche che hanno maggiormente lasciato inespresso il perturbante contributo di critica culturale del sapere antropologico nei confronti delle proprie forme di conoscenza e dei propri assetti valoriali.

Le premesse da cui parte Mark Nichter si configurano proprio come un antidoto alle possibili derive etnocentriche che animano il campo della salute globale. È proprio in linea con questa impostazione che l'antropologia può fornire a questo campo il suo contributo, precisamente rispetto alle due questioni, organicamente interconnesse, della promozione dell'autoriflessività incentrata sul riconoscimento della natura culturale del sapere, ivi incluso quello medico e scientifico, e della partecipazione degli attori sociali nella definizione (inevitabilmente culturale) dei propri bisogni, sia nello spazio clinico della relazione terapeutica, sia nel contesto più ampio delle politiche e degli interventi sanitari di comunità.

In assenza di questi prerequisiti fondamentali il rischio è quello di alimentare nuove forme di imperialismo all'insegna di un universalismo dei diritti che di fatto, scavalcando "il punto di vista dei nativi", ambisce a promuovere il loro miglior interesse, indipendentemente dalla loro definizione dello stesso.

Vale la pena ribadire che inneggiare alla natura culturale delle pratiche e dei saperi della biomedicina non equivale a delegittimarla. Come di

recente segnalato dagli estensori del rapporto su cultura e salute del “Lancet”:

«Gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere i propri valori come culturali e le organizzazioni in cui lavorano dovrebbero investire sulla comprensione di come tali valori culturali condizionino le pratiche. La cultura non è qualcosa che irrazionalmente limita la scienza, essa piuttosto rappresenta il terreno per i sistemi di valore su cui si fonda l'efficacia stessa della scienza» (NAPIER D. *et al.* 2014: 1630).

Riconoscere la natura culturale del proprio agire aiuta ad aprire spazi alternativi di azione precedentemente non contemplati, perché preclusi dai limiti impliciti del nostro esplicito ragionare. È questo, forse, un utile modo di declinare il tema del relativismo culturale di stampo antropologico, da intendersi come atteggiamento volto alla comprensione dell'alterità non come alternativa *a* noi, ma come alternativa *per* noi.

Se quel bene comune che è la salute si sostanzia, di volta in volta, nelle specifiche forme della nostra implicazione con la realtà storico-sociale, allora si impone la necessità di non poter (e di non dover) presupporre quale sia il miglior interesse per le comunità come per le persone (come se, per altro, i concetti di comunità e di persona fossero così pacifici).

Parlare di salute globale oggi in antropologia non significa dunque schiacciare le nostre analisi sulle sole disuguaglianze socio-economiche all'insegna di un atteggiamento emergenziale che mima il campo delle politiche istituzionali, tanto locali quanto globali, quanto piuttosto saper coniugare l'interrogazione dei disordini dell'ordine sociale con la promozione della partecipazione degli attori sociali nella produzione del significato delle loro esistenze (siano essi pazienti, operatori sanitari, comunità o gruppi sociali, ecc.).

In questo processo, l'autoriflessività prodotta dall'etnografia diviene strumento volto ad evitare che le letture materialiste della produzione della sofferenza (che indubbiamente hanno favorito la sinergia con la sanità pubblica, rispetto a precedenti approcci antropologici certamente più contro-intuitivi) sfocino in un nuovo universalismo (potenzialmente inutile se non addirittura dannoso), sul cui altare rischiano di essere immolate le nostre migliori intenzioni.

Se dunque dall'analisi etnografica scaturisce il nostro contributo all'auspicabile chiusura del divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, essa deve essere apprezzata come una forma di azione, anche se non implicata in forme dirette di intervento, nella misura in cui volenti o nolenti, attraverso la ricerca partecipiamo alla produzione della realtà che indagiamo.

Se così non può che essere, allora queste tematiche dovrebbero essere portate al livello di una esplicita riflessione metodologica nei termini di una nostra precisa responsabilità sociale, alla cui luce l'impegno istituzionale, come immaginato da quella che oggi va sotto il nome di antropologia pubblica, non può essere un'opzione metodologica o etica per chi si occupa di antropologia medica, non già perché il suo oggetto di studio naturalmente lo richieda, ma per l'assemblaggio di dispositivi che contribuiscono a strutturare storicamente il campo di quella che culturalmente definiamo salute.

Gli antropologi non possono dunque sottrarsi all'implicazione nei processi istituzionali (della biomedicina come della salute globale), muovendosi in uno spazio multidisciplinare potenzialmente contraddittorio, in cui ribadire con forza che: "la salute è un costrutto culturale, che va generato socialmente"; non già dunque all'insegna di un qualche universalismo, ma alla luce delle specifiche forme in cui si sostanzia storicamente. Immolare l'analisi culturale sull'altare delle disuguaglianze, o viceversa, significherebbe inevitabilmente sacrificare l'equità stessa.

Bibliografia

- ABRAMOWITZ S. - MARTEN M. - PANTER-BRICK C. (2015), *Medical humanitarianism. Anthropologists speak out on policy and practice*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 29, n. 1, 2015, pp. 1-23.
- ABRAMSON D. (1999), *A critical look at NGOs and civil society as a means to an end in Uzbekistan*, "Human Organization", vol. 58, 1999, pp. 240-250.
- ALLEN T. - SCHOMERUS M. (2008), *Complex emergencies and humanitarian responses*, University of London, London.
- ATLANI-DUAULT L. - DOZON J.-P. (2011), *Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale*, "Ethnologie Française", vol. 41, 2011, pp. 393-403.
- BASILICO M. - WEIGEL J. - MOTGI A. - BOR J. - KESHAVJEE S. (2013), *Health for all? Competing theories and geopolitics*, pp. 74-110, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- BIEHL J. - PETRYNA A. (curatori) (2013), *When people come first. Critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton.
- BODINI C. - MARTINO A. (2010), *La salute negata: da Alma Ata ai Millennium Development Goals, e ritorno*, pp. 45-68, in PELLECCIA U. - ZANOTELLI F. (curatori), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Ed.It, Firenze.
- BORNSTEIN E. - REDFIELD P. (curatori) (2011), *Forces of compassion. Humanitarianism between ethics and politics*, School for Advanced Research Press, Santa Fe (NM).
- BORNSTEIN E. (2012), *Disquieting gifts. Humanitarianism in New Delhi*, Stanford University Press, Stanford.
- BROWN T. - BELL M. (2008), *Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of global public health governance*, "Social Science & Medicine", vol. 67, 2008, pp. 1571-1579.

- BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. (2006), *The World health organization and the transition from "International" to "Global Public Health"*, "American Journal of Public Health", vol. 96, n. 1, 2006, pp. 62-72.
- BUSE K. - WALT G. (1997), *An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review*, "Social Science & Medicine", vol. 45, 1997, pp. 449-463.
- BUTT L. (2002), *The suffering stranger. Medical anthropology and international morality*, "Medical Anthropology", vol. 21, 2002, pp. 1-24.
- CASTRO A. - SINGER M. (curatori) (2004), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, Alta Mira Press, Walnut Creek (CA).
- COMAROFF J. (2006), *Oltre la politica della nuda vita. L'Aids e l'ordine neoliberista*, pp. 51-70, in QUARANTA I. (curatore), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), vol. 8, 2006.
- COULTER C. (2009), *Bush wives and girl soldiers. Women's lives through war and peace in Sierra Leone*, Cornell University Press, Ithaca (NY).
- COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH) (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva.
- DANIEL E.V. - KNUDSEN J. (1995), *Mistrusting refugees*, University of California Press, Berkeley.
- DEL VECCHIO GOOD, M.J. - HYDE S.T. - PINTO S. - GOOD B. (2008), *Postcolonial disorders*, University of California Press, Berkeley (CA).
- DUFFIELD M.R. (2001), *Global governance and the new wars. The merging of development and security*, Zed Books, London.
- EGGERMAN M. - PANTER-BRICK C. (2010), *Suffering, hope, and entrapment. Resilience and cultural values in Afghanistan*, "Social Science & Medicine", vol. 71, 2010, pp. 71-83.
- ERIKSON P. (2003), *Medical anthropology and global health*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 17, n. 1, 2003, pp. 3-4.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley (CA).
- FARMER P. (2012), *Haiti after the earthquake*, PublicAffairs, New York.
- FARMER P. (2013), *Preface*, pp. XIII-XXIV, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (2013), *Introduction. A biosocial approach to global health*, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An Introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- FASSIN D. (2007), *Humanitarianism as a politics of life*, "Public Culture", vol. 19, 2007, pp. 499-520.
- FASSIN D. (2011), *Humanitarian reason. A moral history of the present*, University of California Press, Berkeley (CA).
- FASSIN D. (2012), *That obscure object of global health*, pp. 95-115, in INHORN M. - WENTZELL E. (curatori), *Medical anthropology at the intersections. Histories, activisms, and futures*, Duke University Press, Durham - London.
- FASSIN D. - PANDOLFI M. (curatori) (2010), *Contemporary states of emergency*, Zone Books, New York.
- FELDMAN I. - TICKTIN M. (curatori) (2010), *In the name of humanity. The government of threat and care*, Duke University Press, Durham (NC).
- FOEGE W. (2008), *Disease prevention in the 21st century*, "Global Health Chronicles", 12 luglio 2008, <http://globalhealthchronicles.org/items/show/3004>.
- GINSBURG F. - RAPP R. (curatrici) (1995), *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*, University of California Press, Berkeley (CA).
- GODLEE F. (1995), *Who's special programmes. Undermining from above*, "British Medical Journal", vol. 310, 1995, pp. 178-182.

- HAMMOND L. (2004), *This place will become home. Refugee repatriation to Ethiopia*, Cornell University Press, Ithaca (NY).
- HARRELL-BOND, B.E. (1986), *Imposing aid. Emergency assistance to refugees*, Oxford University Press, Oxford.
- HOFFMAN D. (2011), *The war machines. Young men and violence in Sierra Leone and Liberia*, Duke University Press, Durham (NC).
- JAMES E.C. (2010), *Democratic insecurities. Violence, trauma, and intervention in Haiti*, University of California Press, Berkeley (CA).
- JANES C.R. - CORBETT K.K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", vol. 38, 2009, pp. 167-183.
- KICKBUSH I. (2003), *Global health governance; some theoretical considerations on the new political space*, pp. 192-203, in LEE K. (curatore), *Globalization and health*, Palgrave, London.
- KIM J.Y. - FARMER P. - PORTER M. (2013), *Redefining global health-care delivery*, "The Lancet", vol. 382, 2013, pp. 1060-1069.
- KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHAMAN J. (curatori) (2000), *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*, Common Courage Press, Monroe (Maine).
- KLEIN R. (1995), *Big bang health care reform-does it work? The case of Britain's 1991 National health service reforms*, "The Milbank Quarterly", vol. 73, n. 3, 1995, pp. 299-337.
- Kleinman A. - Das V. - Lock M. (curatori) (1997), *Social suffering*, University of California Press, Berkeley (CA).
- Koplan J. - Bond T.C. - Merson M.H. - Reddy K. S. - Rodriguez M.H. - Sewankambo N.K. - Wasserheit J.N. (2009), *Towards a common definition of global health*, "The Lancet", vol. 373, 2009, pp. 1993-1995.
- LEE K. (2003), *Introduction*, pp. 1-12, in LEE K. (curatrice), *Health impacts of globalization. Towards global governance*, Palgrave MacMillan, New York.
- LEE K. - FUSTUKIAN S. - BUSE K. (2002), *An introduction to global health policy*, pp. 3-17, in LEE K. - BUSE K. - FUSTUKIAN S. (curatori), *Health policy in a globalizing world*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MACFARLANE S. - JACOBS M. - KAAYA E. (2008), *In the name of global health. Trends in the academic institutions*, "Journal of Public Health Policy", vol. 29, 2008, pp. 383-401.
- MARKOWITZ L. (2001), *Finding the field. Notes on the ethnography of NGOs*, "Human Organization", vol. 60, 2001, pp. 40-46.
- NAPIER D. et al. (2014), *Culture and health*, "The Lancet", vol. 384, 2014, pp. 1607-1639.
- NICHTER M. (2008), *Global health. Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*, The University of Arizona Press, Tucson (AZ).
- ONG A. - COLLIER S.J. (curatori) (2005), *Global assemblages. Technology, politics and ethics as anthropological problems*, Blackwell Publishing, Oxford.
- PFEIFFER J. (2003), *International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration*, "Social Science & Medicine", vol. 56, 2003, pp. 725-738.
- PFEIFFER J. (2004), *International NGOs in the Mozambique health sector: the "velvet glove" of privatization*, pp. 43-62, in CASTRO A. - SINGER M. (curatori), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, AltaMira Press, Walnut Creek (CA).
- POLMAN L. (2010), *The crisis caravan. What's wrong with humanitarian aid?* MacMillan, New York.
- QUARANTA I. (curatore) (2006), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), vol. 8, 2006.
- REDFIELD P. (2005), *Doctors, borders, and life in crisis*, "Cultural Anthropology", vol. 20, 2005, pp. 328-361.
- REDFIELD P. (2013), *Life in crisis. The ethical journey of doctors without borders*, University of California Press, Berkeley (CA).

RYLKO-BAUER B. - FARMER P. (2002), *Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 16, n. 4, 2002, pp. 476-502.

RYLKO-BAUER B. - SINGER M. - VAN WILLIGEN J. (2006), *Reclaiming applied anthropology. Its past, present, and future*, "American Anthropologist", vol. 108, n. 1, 2006, pp. 178-190.

STUCKLER D. - KING L.P. - BASU S. (2008), *International monetary fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries*, "PloS Medicine", vol. 5, n. 7: e143, DOI: 10.1371/journal.pmed.0050143

TICKTIN M.I. (2011), *Casualties of care. Immigration and the politics of humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley (CA).

WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. (2000), *Introduction*, in WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. (curatrici), *Global health policy, local realities. The fallacy of the level playing field*, Lynne Rienner Pub., Boulder (CO).

WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autore

Ivo Quaranta è professore associato in Discipline demo-etno-antropologiche presso il Dipartimento di Storia culture civiltà dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, dove insegna Antropologia culturale e Antropologia del corpo e della malattia.

Negli ultimi anni si occupa dell'applicazione del sapere antropologico nei contesti socio-sanitari in ambito ospedaliero e territoriale.

Fra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Corpo, potere e malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun* (Roma, 2006); *Antropologia medica. I testi fondamentali* (curatore, Milano, 2006); *Sofferenza sociale* (curatore, Roma, 2006); *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (con Mario RICCA, Milano, 2012).

Riassunto

Antropologia medica e salute globale

Il concetto di salute globale si è imposto negli ultimi anni come paradigma dominante per declinare i temi dell'equità in salute, dando vita a un dialogo – forse senza precedenti – fra sanità pubblica e antropologia.

Il saggio da un lato intende ripercorrere le dinamiche politiche che hanno socialmente prodotto a livello istituzionale l'emergere del concetto di salute globale; dall'altro vuole riflettere sui punti forza e sui potenziali limiti di un'antropologia della salute globale che schiacci le sue analisi sulla sola lotta alla disuguaglianza socio-economiche, abdicando alla sua funzione di critica culturale.

Parole chiave: salute globale, politiche sanitarie globali, disuguaglianze socio-economiche, equità, antropologia applicata.

Résumé

Anthropologie médicale et santé globale

Ces dernières années le concept de santé globale est devenu le paradigme dominant pour aborder les questions liées à l'équité en matière de santé. Ce fait a stimulé un dialogue – peut-être sans précédents – entre santé publique et anthropologie.

D'une part l'article vise à tracer les dynamiques politiques qui ont socialement produit au niveau institutionnel l'émergence du concept de santé globale; d'autre part il veut réfléchir sur les points forts et les limites potentielles d'une anthropologie de la santé globale qui réduit sa analyse uniquement à la lutte contre les inégalités socio-économiques en renonçant à sa fonction de critique culturelle.

Mots-clés: santé globale, politiques globales de santé, inégalités socio-économiques, équité, anthropologie appliquée.

Resumen

Antropología médica y salud global

El concepto de salud global ha surgido en los últimos años como un paradigma dominante para analizar los temas de la equidad en salud, animando un diálogo – probablemente sin precedentes – entre la salud pública y la antropología.

El artículo se propone por un lado profundizar las dinámicas políticas que han socialmente producido a nivel institucional el surgimiento del concepto de salud global; por otro lado quiere reflexionar sobre los puntos fuertes y sobre las potenciales limitaciones de una antropología de la salud global que encierre su análisis exclusivamente en la lucha contra las desigualdades socioeconómicas, adbiendo a su función de crítica cultural.

Palabras clave: salud global, políticas globales de salud, desigualdades socioeconómicas, antropología aplicada.

Abstract

Medical Anthropology and global health

The concept of global health has recently emerged as a paradigm to deal with equity issues in health, producing unique opportunities for dialogue between anthropology and public health.

The article aims at reconstructing the political processes that led to the very emergence of the concept of global health and the institutional level, on the one hand; on the other hand it wishes to discuss the risks of an anthropology of global health that focuses on the fight against socio-economic inequalities, forgetting its cultural critique function.

Keywords: global health, global health policy, socio-economic inequalities, equity, applied anthropology.