

“*Se solicita sangre tipo Zapata para todos mexicanos*”

Donazione di sangue e diseguaglianze in Messico

Giulio Rizzoni

dottorato di ricerca in Etnologia e etnoantropologia, Sapienza Università di Roma
[giulio.rizzoni@gmail.com]

Una calda e piacevole mattina nella città di Oaxaca, capitale dell’omonimo stato del Messico Meridionale. Durante il tragitto che percorrevo abitualmente per raggiungere l’Hospital General Aurelio Valdivieso, notai un volantino attaccato precariamente a un palo della luce. «*Se solicita sangre tipo: ZAPATA para todos Mexicanos*» era la scritta impressa su una delle due facciate, con sullo sfondo il profilo inconfondibile del celebre rivoluzionario messicano. Si trattava di un volantino politico che invitava la popolazione della capitale del sud, la “verde Antequera”, a unirsi alla marcia di protesta organizzata per l’aprile di quell’anno, il 2013, per contestare la riforma del sistema educativo del governo di Enrique Peña Nieto. Lo slogan impiegato in quella occasione è molto diffuso e richiama un aspetto comune della vita quotidiana in Messico – la ricerca di donatori sostitutivi – risignificandolo in chiave politica. «*Se solicita de manera urgente, sangre tipo B+ para el joven Ramón Antonio Juárez Acosta*»: mi era capitato diverse volte di imbattermi in annunci simili, concreta testimonianza delle difficoltà che si possono incontrare nella ricerca di donatori sostitutivi. La scarsa disponibilità del sangue come risorsa terapeutica all’interno del “sistema circolatorio”⁽¹⁾ messicano e la necessaria ricerca di donatori di sangue sono utilizzate in senso metaforico per richiamare i concittadini alla partecipazione politica durante le manifestazioni di protesta.

Nonostante la scarsissima diffusione della donazione volontaria non remunerata (circa il 4% sul totale dei donatori)⁽²⁾, la donazione di sangue è un tipo di esperienza che molti messicani compiono nel corso della loro vita. Altrimenti si tratterebbe di uno slogan politico poco efficace. In Messico è infatti largamente maggioritario un modello che, per quanto

riguarda il reclutamento dei donatori, responsabilizza quasi totalmente il paziente e il suo gruppo di cura.

Il modello teorico di funzionamento della donazione sostitutiva, o *donación familiar* come viene spesso chiamata, è lineare: qualsiasi paziente che ha bisogno di una terapia nella quale devono essere impiegati degli emoderivati deve assumersi la responsabilità di reclutare un numero congruo di donatori, per sostituire nelle riserve delle “banche del sangue” le risorse ematiche necessarie per il singolo trattamento. In un sistema centrato sulla donazione sostitutiva la responsabilità di fornire le risorse ematiche necessarie, che nei sistemi basati sulla donazione altruista è assunta in forma continuativa e maggioritaria da un gruppo relativamente compatto di donatori volontari abituali, viene dunque distribuita all'interno della società, in misura proporzionale alle esigenze terapeutiche. Il singolo paziente che necessita di un trattamento a base di emoderivati è considerato responsabile della sollecitazione del prezioso dono di sangue all'interno delle proprie reti sociali. Più serio è il problema medico in questione, più alta la quantità di risorse ematiche necessarie, più elevato il numero di donatori da reclutare.

In questo articolo intendo concentrarmi sul processo di reclutamento dei donatori da parte delle famiglie di pazienti, a partire dai risultati della ricerca etnografica condotta nei principali ospedali della città di Oaxaca⁽³⁾, cercando di mostrare come la donazione sostitutiva contribuisca a rendere lo spazio terapeutico uno spazio di riproduzione e amplificazione delle disuguaglianze socio-economiche.

Donazione sostitutiva e dibattito antropologico

La donazione di sangue è stata oggetto di numerose analisi da parte degli scienziati sociali, a partire dall'importante contributo di Richard Titmuss, con il suo *The Gift Relationship* (TITMUSS R. 1971). Il sociologo ed economista inglese, uno fra i più autorevoli teorici e sostenitori del modello del Welfare State britannico, ha sviluppato la prima analisi comparativa dei sistemi di raccolta e distribuzione del sangue, concentrandosi maggiormente sui casi degli Stati Uniti d'America e del Regno Unito. Nelle isole britanniche si era sviluppato, dopo la guerra, un sistema nazionalizzato, parte integrante del sistema di salute pubblico, che gestiva il prezioso tessuto umano come fosse una risorsa pubblica raccolta grazie all'altruismo dei cittadini inglesi e distribuita in termini universalistici, in

relazione alle singole necessità mediche. La donazione dunque avveniva senza nessuna forma di remunerazione, all'interno di strutture pubbliche che redistribuivano il sangue raccolto secondo le esigenze dei pazienti. Negli Stati Uniti, invece, si era sviluppato un sistema molto più complesso, anche a causa dell'assenza di una qualsiasi forma di regolamentazione federale, con banche del sangue legate ad organizzazioni come la Croce Rossa, che impiegavano strategie simili a quelle del sistema sanitario britannico, e con un numero crescente di banche del sangue for-profit, che invece pagavano i donatori. Attraverso l'analisi comparata dei due sistemi di raccolta del sangue, l'obiettivo di Titmuss era dimostrare la superiorità dei sistemi basati sulla donazione altruista rispetto a quelli che rendevano legittima la remunerazione del donatore. La donazione altruista di sangue costituiva un simbolo politico denso ed efficace, un punto cruciale di articolazione fra lo Stato e i cittadini. Attraverso la donazione altruista, secondo il sociologo britannico, era possibile ottenere più risultati allo stesso tempo: assicurare un accesso egualitario per la popolazione alla preziosa risorsa terapeutica, stimolare la creazione di relazioni sociali collettive, e promuovere una forma di altruismo socialmente prodotto e indirizzato. Per sostenere le sue affermazioni Titmuss ha operato un discusso⁽⁴⁾ recupero della teoria del dono di Mauss, che identificava nelle istituzioni di sicurezza sociale a lui contemporanee l'equivalente moderno del dono arcaico. Il sangue circolando come un dono all'interno del sistema sanitario produceva secondo Titmuss relazioni sociali positive, creando un circuito virtuoso alimentato da piccoli sacrifici individuali in vista di un più grande bene collettivo: la salute e la morale pubblica. Il “dono agli estranei” si configura così come una delle declinazioni del dono maussiano nella società di massa. Il terzo momento del dono maussiano, l'obbligo di ricambiare, viene assunto in una certa forma dallo Stato e dalle istituzioni, che rendono disponibile il sangue donato a prescindere dall'identità del destinatario e che gratificano il donatore con ricompense più o meno simboliche. A partire da questi presupposti Titmuss ha costruito un modello d'analisi tripartito, che rifletteva le peculiarità dei contesti presi in analisi. Al modello statunitense, che sanciva l'equiparazione del sangue ad un farmaco e quindi ad una merce, venivano contrapposti quello sovietico, centrato sulla donazione obbligatoria organizzata istituzionalmente, e quello britannico, fondato sulla donazione totalmente volontaria. Nel solco tracciato da Titmuss si sono sviluppate le più importanti e recenti riflessioni sulla donazione di sangue nell'ambito delle scienze sociali. A partire dagli anni '80 gli studiosi del M.A.U.S.S. (Movimento Anti-Utilitarista nelle Scienze Sociali) hanno elaborato un

modello teorico che seppur condividendo alcune premesse con quello titmussiano se ne distanzia in maniera netta per quanto riguarda la valutazione del ruolo assunto dallo Stato. La donazione di sangue, dono anonimo a sconosciuti, è anche per Jacques Godbout, un emblematico “dono moderno”. Mentre per Titmuss lo Stato era protagonista e promotore di pratiche di dono, per Godbout le donazioni di sangue persistono nonostante il ruolo negativo svolto dalle istituzioni. Lo Stato, impadronendosi di un dono personale, spersonalizzandolo e trasformandolo in una risorsa terapeutica, secondo Godbout, non crea legami fra persone concrete, mettendo così in pericolo quello che viene definito “lo spirito del dono” (GODBOUT J. 1992). In estrema sintesi, se Titmuss concentra le sue attenzioni sul ruolo giocato dalle istituzioni statali e da altre organizzazioni di intermediari nel produrre aree di tensioni morali antagoniste “all’egoismo possessivo del mercato”, Godbout preferisce spostare il focus sulle motivazioni degli attori sociali e sulla loro capacità di creare delle reti solidali nonostante la presenza pervasiva dello Stato e del mercato. Negli ultimi vent’anni sono state prodotte diverse analisi che, sempre partendo dalle intuizioni di Titmuss, hanno aggiornato e allargato il campo d’indagine. In ambito sociologico è necessario segnalare i lavori di Kieran Healy (HEALY K. 2006) e Philippe Steiner (STEINER P. 2001), che hanno studiato approfonditamente il quadro sociale, economico e politico nel quale si sviluppano i diversi sistemi di gestione del sangue come risorsa terapeutica, concentrandosi sulle strategie delle organizzazioni che raccolgono piuttosto che sulle motivazioni dei singoli donatori. Nel contempo in ambito antropologico è stato prodotto un numero crescente di etnografie sulla donazione del sangue in diverse parti del mondo, allargando così i confini di una riflessione che era rimasta ancorata principalmente al mondo euroamericano. Jacob Copeman si è dedicato allo studio della donazione del sangue in India, mostrando il complesso universo di significati che si coagulano intorno alla pratica medica (COPEMAN J. 2009). Kathleen Erwin (ERWIN K. 2006), che ha svolto le sue ricerche sul sistema cinese, in linea con le riflessioni di Scheper-Hughes (SCHEPER-HUGHES N. 1996, 2000, SCHEPER-HUGHES N. - WACQUANT L. 2004) e Lock (LOCK M. 2002) sul traffico di organi nel mercato globale, ha messo efficacemente in evidenza come i rapporti di potere e le diseguaglianze socio-economiche influenzino in modo decisivo il “campo del sangue”. In alcune circostanze, come quelle prese in esame dall’autrice, le strutture istituzionali della medicina e la forza del mercato indirizzano e convogliano il sangue in percorsi precisi, talvolta commerciali, nei quali si riflettono e si rafforzano gerarchie di genere, classe, status, livello socioeconomico.

È quanto avvenuto in Cina negli anni successivi alla liberalizzazione economica, che ha provocato in alcuni contesti rurali una vera e propria epidemia di Aids. Diverse analogie sono riscontrabili con lo studio di Valentine (VALENTINE K. 2005) sul caso australiano, in cui vengono analizzate le tensioni e i conflitti sociali intorno alla donazione degli omosessuali e dei tossicodipendenti, questioni che chiamano in causa il dibattito intorno al tema dei modelli di cittadinanza. In questo senso la donazione del sangue può rappresentare un'azione che «conferma o abilita l'appartenenza ad una identità collettiva» (VALENTINE K. 2005: 159), in cui entrano in gioco politiche di inclusione ed esclusione, e che può diventare anche strumento di rivendicazione e riconoscimento da parte di quei gruppi che sono estromessi dal modello di cittadinanza dominante. In ambito italiano è necessario segnalare le ricerche del gruppo coordinato da Fabio Dei e Matteo Aria, in continuità con le quali si pone il presente lavoro. Il progetto, nato in seguito all'interesse di AVIS-Toscana per lo studio dei problemi di comunicazione interculturale legati alla donazione dei cittadini stranieri, si è in seguito esteso, giungendo a proporre una complessiva rilettura della letteratura antropologica sul dono e sulla donazione di sangue (COZZI D. - DIASIO N. 2008, DEI F. 2007, DEI F. - ARIA M. - MANCINI G.L. 2008). La ricerca qualitativa portata avanti dal gruppo di studiosi italiani si è concentrata in un primo momento sull'analisi dei programmi di sensibilizzazione rivolti ad alcuni specifici gruppi di migranti, come la comunità senegalese di Pisa (CAVAZZINI M. - DI CLEMENTE C. 2007) e quella romena di Firenze (DI GIORGIO S. - MANCINI G.L. 2007), e in seguito si è interessata al sistema-sangue toscano nel suo complesso (MANCINI G.L. 2012).

Di particolare rilevanza sono gli studi di Fabio Dei e Matteo Aria che hanno interrogato criticamente la letteratura antropologica soffermandosi soprattutto sulle tesi contrapposte di Titmuss e Godbout e introducendo un nuovo elemento nel dibattito: il protagonismo delle organizzazioni di intermediari, rappresentate in Italia dal mondo dell'associazionismo e in primis dall'AVIS. Proprio grazie alle attività quotidiane che queste associazioni svolgono nei territori è possibile, secondo i due autori, costruire delle reti sociali durature in grado di rifornire strutturalmente i servizi sanitari. Tra le dicotomie che hanno caratterizzato il dibattito accademico sul dono di sangue (dono/merce; stato/mercato) si fa strada così un terzo attore che presenta una particolare importanza nel caso preso in considerazione dagli autori: l'associazionismo e le organizzazioni di intermediari.

Rispetto al dibattito sinteticamente ricostruito come si inserisce il caso messicano della donazione sostitutiva?

La donazione sostitutiva in Messico pone delle questioni nuove e diverse.

Vi è innanzitutto una evidente differenza con la donazione altruista – che rimane la più studiata in ambito antropologico – legata all'anonimato del donatore e alla cosiddetta unilateralità del dono.

Titmuss considerava la condizione di anonimato del donatore necessaria per la stessa sopravvivenza della donazione altruista a sconosciuti. Proprio l'anonimato del donatore rendeva peculiare la struttura del dono di sangue rispetto ai doni arcaici studiati da Mauss. L'anonimato infatti era condizione di due aspetti fondamentali nel modello titmussiano di donazione altruista: l'assenza di controdoni da parte del ricevente e la distribuzione generalizzata delle risorse terapeutiche ottenute a tutti i cittadini protetti dal sistema sanitario inglese. Per Godbout, inoltre, il dono di sangue rappresenta il dono unilaterale per eccellenza, mosso esclusivamente da motivazioni di ordine morale e non dal desiderio di ottenere qualcosa in cambio. Queste affermazioni sono state formulate prendendo come punto di riferimento la donazione altruista per come si è sviluppata nella maggior parte dei paesi europei, in contrasto, esplicito nel caso di Titmuss, con quei modelli in cui era permessa la remunerazione del donatore. La donazione sostitutiva porta necessariamente a rivedere le considerazioni sul dono anonimo, volontario e unilaterale, che hanno fatto da perno al dibattito accademico. Innanzitutto cade in parte l'anonimato del donatore. Se un paziente necessita di trasfusioni la sua famiglia viene messa nella condizione di dover trovare delle persone disposte a donare in suo favore. Il sangue donato dai singoli donatori sostitutivi non viene trasfuso direttamente nel corpo del paziente in questione, ma va a rimpinguare le riserve della singola banca di sangue: se da un punto di vista medico il principio dell'anonimato rimane in piedi, in quanto il sangue che viene utilizzato per le terapie del singolo paziente proviene da donatori effettivamente anonimi, da un punto di vista sociale questo cade completamente. Il paziente infatti ha accesso alle cure solo se riesce a radunare il corretto numero di donatori sostitutivi, quindi il dono di sangue da parte dei donatori sostitutivi permette di fatto l'accesso al servizio trasfusionale di cui il paziente ha bisogno.

La donazione sostitutiva è dunque caratterizzata da relazioni dirette fra beneficiari e donatori, relazioni che possono essere impiegate, a seconda delle circostanze, sulla solidarietà, sull'altruismo disinteressato, sul potere e sul denaro. Nel processo di reclutamento dei donatori necessari

i soggetti interessati devono esplorare diverse strategie, mettere a frutto le proprie risorse sociali ed economiche, coinvolgere parenti, amici o cercare di convincere degli sconosciuti a donare in loro favore, spesso dietro l’offerta di un compenso o di un rimborso spese.

Perde di significato in questo quadro uno dei nodi teorici centrali della donazione volontaria altruista, l’enigma del dono - cosa spinge un soggetto a donare il proprio sangue in forma anonima e altruista a favore di uno sconosciuto? La donazione sostitutiva si avvicina piuttosto a un modello debitorio: il paziente per ricevere le cure di cui ha bisogno contrae un “debito di sangue” con le strutture sanitarie cui si rivolge, debito che, non venendo ripianato da donazioni anonime di donatori altruisti, deve essere ripagato reclutando donatori sostitutivi.

La donazione sostitutiva in Messico

La donazione sostitutiva viene dunque stimolata da eventi improvvisi che possono sconvolgere la vita di chiunque: l’insorgere di una malattia, la necessità di effettuare una operazione chirurgica, il verificarsi di un incidente sono tutti eventi che colpiscono trasversalmente la società e che mettono i soggetti interessati nella condizione di dover trovare donatori sostitutivi.

Durante la ricerca etnografica, ho avuto modo di constatare direttamente l’eterogeneità dei donatori che si alternavano quotidianamente negli affollati spazi del più importante centro trasfusionale della città e dello stato di Oaxaca, il Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS): uomini, donne, giovani, persone di mezza età, professionisti, impiegati, contadini e operai di lingua indigena, disoccupati e studenti, i donatori di sangue che ho incontrato a Oaxaca appartenevano alle componenti più diversificate della società. Nonostante ciò, immaginare la “domanda” di servizi trasfusionali, e il conseguente apporto di donatori, come fenomeni distribuiti equamente all’interno della società sarebbe decisamente fuorviante. Eziopatogenesi e accesso alle cure sono due dimensioni che devono essere considerate in relazione alla distribuzione delle ricchezze all’interno della società e al posizionamento dei singoli soggetti all’interno di un contesto gerarchico e altamente stratificato. Il Messico contemporaneo è un paese caratterizzato da fortissimi squilibri socioeconomici, un paese nel quale convivono enormi ricchezze e povertà estrema. Secondo il report “*Desigualdad Extrema en México*” (ESQUIVEL G. 2015), pubblicato

da OXFAM (Oxford Committee for Famine Relief), il Messico fa parte del 25% dei paesi del mondo che presentano indici di disuguaglianza socio-economica più elevati: il 10% della popolazione più ricca possiede il 64,4% della ricchezza totale del paese e il potere d'acquisto di un salario minimo è diminuito drasticamente negli ultimi decenni, arrivando a stabilirsi al di sotto della soglia della povertà (*Ibidem*: 16). Nel 2014, secondo i dati diffusi da CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social), circa 55 milioni di messicani vivevano al di sotto della soglia di povertà, il 46,2% della popolazione totale, mentre la povertà estrema interessava più di 11 milioni di messicani, il 9,5 % della popolazione. Gli stati del sud, Oaxaca, Chiapas e Guerrero, presentano percentuali ancora più elevate (65%-76,2% della popolazione al di sotto della soglia di povertà; 28%-31% in condizioni di povertà estrema). Le difficili condizioni economiche, la precarietà e la povertà delle occasioni lavorative, la mancanza di servizi essenziali sono tutte caratteristiche comuni alle regioni del cosiddetto Messico indigeno e alle periferie delle grandi metropoli. Del resto, disuguaglianze sociali e povertà in Messico sono tematiche che sono state più volte al centro di importanti studi antropologici (LEWIS O. 1961, 1964, LOMNITZ L.A. 1977, HIGGINS M.J. 1983, MURPHY A.D. - STEPICK A. 1991, HIGGINS M.J. - COEN T.L. 2000, GUTMANN M.C. 2002). Anche per quanto riguarda il campo della salute, lo studio delle determinanti sociali e delle condizioni di accesso ai servizi costituisce uno dei filoni più importanti dell'antropologia medica e della medicina sociale messicana e messicanista (AGUIRRE BELTRÁN G. 1994, MENÉNDEZ E.L. 1981, 1985, 1990, SESIA P. 1996, CROWLEY M. 1999, FREYERMUTH G. 2003, LAURELL A.C. 2007, SESIA P. 2011, LAURELL A.C. 2013, KIERANS C. 2015). Nonostante ciò, il peso delle disuguaglianze nell'accesso alla medicina trasfusionale non ha ricevuto attenzioni particolari. Fanno eccezione un articolo di Sandra Almeyda e Xochitl Terán Toledo (ALMEYDA S. - TERÁN TOLEDO X. 2009) e la tesi di laurea in Diritti Umani della stessa Sandra Almeyda, centrata sull'analisi del rapporto fra la cronica deficienza delle risorse ematiche nazionali e gli alti tassi di mortalità materna (ALMEYDA S. 2009).

Graciela Freyermuth e Paola Sesia, che recentemente hanno prodotto a loro volta diversi studi sulla mortalità materna (FREYERMUTH G. 2003, FREYERMUTH G. - SESIA P. 2009), sottolineano con forza il peso delle disuguaglianze nell'influenzare le determinanti sociali della salute che provocano queste morti. La *Secretaría de Salud* (Ministero della Salute) segnala che, nel 2005, il tasso di mortalità materna è stato decisamente alto, di 63,4 decessi ogni 100 mila nati vivi (SECRETARÍA DE SALUD 2006B:

138; secondo i dati del WHO in Italia sono 4, in Francia 9, negli Stati Uniti 28), e che circa il 99% delle morti materne registrate fra il 2000 e il 2004 sono da considerare come evitabili (SECRETARÍA DE SALUD 2006a: 16). Infatti, dal punto di vista tecnico, da ormai più di vent'anni sono disponibili interventi e strumenti adeguati per abbattere il tasso di mortalità materna, il che indica come il persistere di un così alto numero di morti materne nel paese sia un problema primariamente politico, piuttosto che tecnico o tecnologico (MENESES S. - FREYERMUTH G. - MELÉNDEZ D. 2009: 33). La distribuzione dei tassi di mortalità materna riflette le differenze socioeconomiche fra le diverse regioni del paese: il triste primato dei tassi di mortalità materna è infatti condiviso dagli stati del sud, Oaxaca, Guerrero e Chiapas.

Nei lavori del gruppo del CIESAS-Sureste e CIESAS-Pacífico Sur, centri di ricerca nei quali lavorano le due antropologhe, viene affermata con forza la relazione fra le disuguaglianze sociali e l'accesso difficoltoso ai servizi di salute, sottolineando come le dinamiche di subordinazione, esclusione e discriminazione operino lungo i diversi assi, interrelati e intersecanti, del genere, della “etnia/razza” e della classe. Nello stato di Oaxaca, così come nei vicini stati di Guerrero e Chiapas, sono gli abitanti delle zone rurali, delle regioni indigene e delle periferie metropolitane, prive delle infrastrutture e dei servizi basilari, a vivere in condizioni di povertà estrema e a sperimentare le maggiori difficoltà di accesso a servizi di salute adeguati e di qualità. Alle difficoltà strutturali, relative alla debolezza della rete dei presidi sanitari in queste zone, si sommano gli ostacoli politici, le condizioni attraverso le quali si può ottenere l'accesso a un servizio, e infine il carico di discriminazioni alle quali devono sottostare negli ospedali.

Le riflessioni svolte da Sesia e Freyermuth sulla mortalità materna in Messico vengono confermate dalle dinamiche che caratterizzano l'accesso al sangue come risorsa terapeutica. Il sangue, viaggiando su un circuito parallelo di “produzione”, raccolta e distribuzione, si mostrerebbe, sotto alcuni aspetti, meno soggetto a dinamiche di accaparramento e distribuzione ineguale rispetto ad altri beni e risorse terapeutiche. La possibilità di utilizzare le proprie risorse sociali, mettendo insieme un alto numero di donatori, per ottenere l'accesso al servizio, potrebbe sembrare infatti una modalità di accesso più “democratica” rispetto, ad esempio, al pagamento degli alti compensi della medicina privata. Sulla base di questi presupposti il processo di reclutamento dei donatori è considerato essere una responsabilità quasi esclusiva dei pazienti, mentre il compito delle strutture sanitarie diventa principalmente quello di stabilire l'idoneità dei

donatori, di processare il sangue raccolto e di distribuirlo secondo regole prestabilite. Nel caso in cui un utente non riesca a soddisfare le richieste del centro trasfusionale viene ritenuto responsabile della sostituzione incompleta e si provvede con strumenti alternativi per sanare il “debito di sangue” contratto con le strutture sanitarie⁽⁵⁾.

Il modello rappresentato dalla donazione sostitutiva tende a sottovalutare come il peso delle disuguaglianze incida in maniera strutturale nel processo di composizione del pool di donatori, delimitando un range di risorse disponibili, di azioni che si possono compiere, di itinerari percorribili e di spese sostenibili. Il posizionamento specifico occupato dai soggetti, la loro condizione di maggiore o minore “vulnerabilità strutturale” – tornerò nelle conclusioni su questo concetto – delimitano il campo delle azioni possibili, al punto da rendere quasi grottesca la colpevolizzazione degli utenti “irresponsabili”. L’impatto delle disuguaglianze sociali nel determinare un accesso più o meno lineare alla risorsa-sangue emerge chiaramente se ci confrontiamo con l’analisi dei diversi percorsi di ricerca dei donatori e del processo di composizione del pool di donatori. Si tratta di un processo che mette soggetti che occupano uno specifico posizionamento all’interno di un contesto sociale, gerarchicamente organizzato e caratterizzato da profonde disuguaglianze, nella condizione di dover utilizzare al meglio le proprie risorse economiche e sociali per far fronte alle richieste impositive delle istituzioni.

Il reclutamento dei donatori

César⁽⁶⁾ ha 42 anni ed è nato e cresciuto a La Merced del Potrero, piccolo *pueblo* in mezzo alla Sierra Sud di Oaxaca. Qui ha trascorso tutta l’infanzia e la giovinezza; i suoi genitori parlavano due varianti diverse della lingua zapoteca, ma erano soliti comunicare in castigliano con i figli e per questo motivo César ha acquisito una competenza solo passiva dello zapotec. Ha lavorato gran parte della sua vita come contadino, ma negli ultimi dieci anni era passato al settore delle costruzioni trasferendosi a Huatulco, nella regione turistica della costa. Si era sposato a 25 anni con l’attuale moglie, conosciuta a La Merced del Potrero, e con essa ha avuto cinque figli che all’epoca della mia ricerca avevano un’età compresa fra i 3 e i 14 anni. Improvvisamente la sua vita è stata sconvolta da un evento drammatico. A partire dal maggio del 2011, Miguel, il secondogenito della famiglia, ha iniziato a manifestare diversi sintomi preoccupanti: febbri ripetute,

sposatezza, una condizione generale di sofferenza che ha spinto il padre a rivolgersi al locale *centro de salud*. In un primo momento i sintomi del ragazzo sono stati sottovalutati, gli sono stati indicati dei medicinali generici per abbassare la febbre, e le sue condizioni sono migliorate inducendo il padre a ipotizzare una guarigione. Il malessere di Miguel è ricomparso il mese successivo ma anche in questa occasione il medico si è limitato a prescrivere farmaci e riposo. Il malessere continuava a tormentare il piccolo Miguel e nel mese di settembre César lo ha riportato al *centro de salud* per un controllo, preoccupato da un nuovo peggioramento. Il medico questa volta, allarmato, ha ipotizzato la possibile causa della sofferenza: alcuni dei sintomi potevano indurre a pensare a una forma di leucemia. Le risorse per effettuare dei test attendibili non erano però presenti nella zona di La Merced del Potrero ed è iniziato così per la famiglia di Miguel un lungo percorso attraverso i diversi livelli di assistenza dello stato. Il primo passo è stato l'ospedale della città di Pochutla, a un'ora e mezza di distanza. Nella struttura i medici, preoccupati dalle condizioni di salute del bambino, hanno consigliato il trasporto d'urgenza all'Hospital General Aurelio Valdivieso, nella capitale dello stato, nel quale erano disponibili le tecnologie e le professionalità per dare una diagnosi definitiva e per iniziare, in caso di necessità, una terapia. In fretta e furia César è tornato al *pueblo* per prendere il necessario e mettere insieme una discreta somma di denaro, che prevedeva di utilizzare per le spese del viaggio, dell'alloggio e dei servizi medici dei quali il figlio avrebbe potuto avere bisogno. Per raccogliere circa 6000 *pesos*, César è stato costretto a chiedere diversi prestiti ad alcuni compaesani. Era affiliato al *Seguro Popular*⁽⁷⁾, ma prevedeva saggiamente una serie di spese ulteriori, dato che, stando alle sue parole: «*Uno nunca sabe qué te va a cubrir este seguro y qué no te va a cubrir, siempre sale algo que uno tiene que pagar...*» (César: 24/07/2013). La previsione di César si dimostrò corretta, dato che lo spostamento in ambulanza risultava essere non coperto dall'assicurazione. Solo per poter trasportare Miguel nell'ospedale di Oaxaca gli è stato chiesto di pagare 3000 *pesos*. In seguito a una contrattazione con il conducente dell'autoambulanza, César è riuscito a ottenere di poter pagare la metà, condividendo il viaggio con un altro paziente e la sua famiglia. Insieme al figlio, dunque, ha affrontato il viaggio notturno da Pochutla verso la capitale dello stato, nel retro di un'ambulanza condiviso con altre 3 persone, una vecchia signora sulla barella e due parenti ad assisterla. Sconfortato dalla situazione, ha preso in braccio il figlio malato, cercando di farlo dormire durante le circa 6 ore di viaggio previste. Arrivati a destinazione, Miguel è stato subito ricoverato. La diagnosi di leucemia veniva nel contempo

confermata e il piccolo veniva subito sottoposto a un primo ciclo di chemioterapia. L'impatto della malattia di Miguel sull'equilibrio familiare è stato devastante. César ha deciso di abbandonare il lavoro per stare vicino al figlio, trasferendosi a vivere a Oaxaca, alternando lavori informali di vario tipo e dedicando la maggior parte del suo tempo al figlio malato. Durante i primi cinque mesi di permanenza è riuscito a farsi dare un aiuto dalla Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Cdi). L'istituzione indigenista si è occupata di pagare a César e a Miguel l'alloggio nella pensione che si trova a pochi isolati dall'ospedale (costo: 20 *pesos* a notte, 3000 *pesos* per 5 mesi). Terminati i cinque mesi César è riuscito a raggiungere un accordo con i gestori della pensione: in cambio di lavoro gratuito nella manutenzione e pulizia della struttura lui avrebbe potuto alloggiarvi gratis. L'inaspettato e tragico evento ha comportato una lunga serie di cambiamenti nella vita della famiglia: la perdita della principale fonte di risorse economiche, la divisione del nucleo familiare, la sempre più intensa frequentazione degli spazi ospedalieri, la progressiva crescita dei debiti contratti per fare fronte alle spese di permanenza nella capitale e alle terapie di Miguel. César durante i due anni passati a Oaxaca si è avvicinato a diversi gruppi evangelici, con cui è entrato in contatto proprio all'Hospital General, davanti al quale i predicatori sono soliti effettuare i loro sermoni. All'interno del tortuoso percorso terapeutico del figlio, César è entrato in contatto con il CETS più volte. La prima volta che si è affacciato allo sportello del centro trasfusionale, per richiedere l'autorizzazione al rilascio degli emoderivati necessari per il trattamento del figlio, è stata in corrispondenza del primo ricovero: in quella occasione gli sono stati richiesti quattro donatori. Fortunatamente gli altri membri della famiglia, saputa la conferma della diagnosi, si stavano recando nella capitale, e non è stato dunque complicato soddisfare le richieste del centro. Hanno donato César, sua moglie, suo fratello e un cugino della moglie. La famiglia si è sobbarcata i costi del viaggio per i tre che dovevano raggiungere la capitale e il giorno successivo tutti e quattro si sono recati al CETS per donare. Purtroppo, dei quattro aspiranti donatori due sono stati respinti per ragioni mediche e César si è trovato a dover trattare per saldare il suo debito con il Centro⁽⁸⁾. Nel corso di due anni César ha dovuto confrontarsi con la donazione di sangue diverse altre volte. Lui stesso è stato donatore di piastrine per aferesi⁽⁹⁾ direttamente per il figlio. Ha deciso, quasi subito, di non portare più i donatori da La Merced del Potrero, perché gli sarebbe venuto a costare troppo. La seconda volta che ha dovuto cercare donatori è stato circa sei mesi prima del nostro incontro. Anche in questa occasione gli sono stati richiesti quattro

donatori. César ha deciso di recarsi nella vicina Escuela de Medicina, cercando di convincere alcuni giovani studenti a donare per lui. Nonostante le difficoltà, è riuscito a incontrare due persone disponibili a donare senza ricevere alcun compenso. Durante la ricerca nell'atrio dell'università ha incontrato anche una persona che si era offerta di donare a pagamento, ma indispettito dalla richiesta César non lo ha ascoltato e ha continuato a cercare. Si sono recati a donare dunque in tre, i due studenti e lo stesso César, e fortunatamente sono risultati tutti idonei. Tuttavia anche questa volta è stato costretto a pagare una *cuota de recuperación* per il donatore mancante (168 pesos). Dopo la donazione, César si è sentito in dovere di offrire una colazione ai due giovani studenti, terminata la quale ha deciso anche di corrispondergli una piccola cifra, per pagarsi il trasporto verso casa.

La storia di César permette di avere una prima visione chiara dei problemi che si possono incontrare nel processo di reclutamento dei donatori e mostra la situazione di difficoltà complessiva all'interno della quale si iscrivono le richieste di sostituzione delle unità ematiche da parte delle strutture sanitarie.

Il primo aspetto che è all'origine di molti dei problemi che gli utenti incontrano nella composizione del pool di donatori, evidente nel caso di César, è sicuramente la distanza geografica del centro di raccolta nel quale si devono recare rispetto alla zona di residenza. La concentrazione degli ospedali che offrono un servizio di assistenza di terzo livello nella zona metropolitana di Oaxaca determina l'afflusso nella capitale di un grande numero di utenti provenienti dalle diverse regioni dello stato. L'Hospital General Aurelio Valdivieso, al quale il CETS offre i propri servizi come *banco de sangre*, è uno dei due ospedali più importanti destinati alla *población abierta*⁽¹⁰⁾ e agli affiliati al *Seguro Popular*. Per questa ragione, la maggioranza dei pazienti viene qui indirizzata in seguito a un percorso terapeutico iniziato in un centro di primo livello, proseguito in un ospedale di secondo livello, e che termina nell'ospedale della capitale. Uno studio condotto sulla mortalità materna nell'ospedale Aurelio Valdivieso (Calvo Aguilar, Morales García, Fabián Fabián 2010: 664) segnala che, nel 2010, il 65% circa dei pazienti dell'ospedale era stato lì indirizzato da altre strutture sanitarie, e la maggior parte di essi provenivano dai numerosi piccoli centri rurali, dispersi nelle diverse regioni dello stato; l'89% dei casi analizzati dagli autori erano sprovvisti, all'arrivo, di ogni regime di protezione sociale.

Situazioni come quella raccontata da César sono molto frequenti.

Genaro, campesino zapoteco di 43 anni, residente anch'egli nella zona di Pochutla, nell'aprile del 2013 si trovava nella città di Oaxaca con Olivia, sua moglie, per cercare di comprendere la natura del malessere che aveva colpito il figlio di 8 anni e iniziare un percorso terapeutico. Ho fatto la sua conoscenza nell'atrio dell'ospedale, mentre attendeva di essere ricevuto dalla specialista in oncologia infantile che aveva seguito il caso del piccolo Andrés. Genaro mi ha raccontato il percorso che lo aveva portato nella capitale:

«Allá en Pochutla, en el hospital, me lo llevé con el doctor particular donde siempre lo he llevado cuando mi niño estaba mal. Y luego le dio calentura, y luego le pasó, y regresó otra vez calentura al tercer día, entonces regresamos con el doctor. Vamos a ver lo que tiene, y salimos con mi nena, al hospital de Pochutla, él nos mandó al hospital porque tenía duda. De Pochutla nos mandaron por acá. Nos dijeron que es leucemia, pero no está grave todavía. Es una enfermedad que uno tiene que aguantar mucho tiempo» (Genaro: 25/04/2013)⁽¹¹⁾.

La diagnosi di leucemia ha trovato Genaro e Olivia totalmente impreparati, lontani dalla casa e dal lavoro, costretti a confrontarsi con una patologia complessa, che non conoscevano e che li avrebbe sottoposti a un carico crescente di pressioni, preoccupazioni e spese.

«Estamos viviendo acá. Hay una estancia allá del hospital, 20 pesos están cobrando, dicen, pero dice que ahí hay pulgas, no está limpio. Puede uno enfermarse allá y luego entra y sale del hospital, prefiero quedarme en las calles. Estamos durmiendo allá afuera en frente del hospital. Si tenemos que quedarnos, el hospedaje está carísimo, no tenemos, tenemos que buscar un cuarto, porque ya no queremos quedarnos en la calle ¿Empieza a llover? Dormir en la calle ya no se va a poder, demasiada lluvia, sobre todo si empieza a llover mucho. En temporada seca se puede hacer, pero el otro día fue muy pesado, toda la noche, toda la tarde, se llena de agua. [...] Me pidieron 4 donadores para mi hija, yo traje dos, y los dos pendientes tengo que encontrarlos todavía, es que apenas me alcanza el dinero. Hay gente que cobra para las donaciones de sangre, por eso les digo: si se consigue la sangre, pero si tienes dinero. Yo nunca he donado la sangre, hice las pruebas, porque quería donar para mi hijo, pero nada. Estaba desvelado y no me aceptaron» (Genaro: 25/04/2013)⁽¹²⁾.

Durante il periodo che avevano passato nella capitale, nell'attesa dei risultati degli esami ai quali Andrés era stato sottoposto, Genaro e Olivia avevano dunque deciso di passare le notti nel bivacco improvvisato nei pressi di uno degli ingressi dell'ospedale, dormendo sui sedili sotto la pensilina o sul suolo. Essendo la fine del mese di aprile, il clima era ancora abbastanza stabile, e cominciavano in quei giorni a farsi avanti le prime piogge della stagione. Molte persone decidono di fare la stessa scelta

della coppia, da un lato per risparmiare quella che, rispetto alle finanze esigue di cui dispongono molti oaxaqueñi, viene considerata una spesa eccessiva, dall'altro per stare il più vicino possibile ai pazienti ricoverati in un luogo sconosciuto, e che da molti è considerato pericoloso. Di fatto, il bivacco che si estende al lato dell'ingresso dell'Hospital è spesso talmente affollato da non permettere l'utilizzo per tutti della panchina che corre lungo la pensilina che funge da tetto. Riparati dagli agenti atmosferici da un “muro” di teli di plastica, i parenti dei pazienti sono spesso costretti a dormire sul suolo, sopra qualche cartone, protetti dalle coperte che sono riusciti a rimediare. In questa situazione i due hanno dovuto spendere una parte del denaro che avevano con loro per convincere degli studenti della vicina Escuela de Medicina a donare in proprio favore. Vivendo a circa otto ore di distanza dalla capitale, sarebbe stato molto difficile per la coppia convincere propri conoscenti a recarsi a donare nella capitale senza assumersi i costi del trasporto, dell'alloggio e dei pasti per le quattro persone interessate. Il caso di Genaro e Olivia ci mostra inoltre un aspetto ulteriore che rende la distanza dai centri di raccolta un problema significativo: le conseguenze di viaggi lunghi e difficoltosi sullo stato fisico e psicologico degli aspiranti donatori. Infatti se questi si sottopongono al processo di valutazione dell'idoneità del donatore dopo un viaggio notturno in furgoncino di sei-otto, fino a dieci ore, in condizioni fisiche dunque non ottimali, è probabile che vengano rifiutati.

Difficoltà simili sono state incontrate da Guillermo, anch'egli padre di una bambina affetta da leucemia. Nel momento in cui ci siamo conosciuti, Guillermo, che per vivere fa l'autista nella zona di Juchitán, stava assistendo la figlia durante una sessione di chemioterapia. Nato e vissuto nell'Istmo, Guillermo parla una variante dello zapoteco, ma non la usa in famiglia perché la moglie parla mixteco. Dopo l'inizio del percorso terapeutico della figlia ha abbandonato il lavoro per poter seguire da vicino l'evolversi della malattia. Anche nel suo caso le difficoltà nella ricerca dei donatori si vanno a inserire in un quadro complessivo molto problematico, caratterizzato da esigue risorse finanziarie e ingenti richieste di denaro.

Guillermo ha dovuto più volte assecondare le richieste del CETS, riuscendo la prima volta a reclutare cinque donatori fra i suoi parenti e amici dell'Istmo, assumendosi i costi del trasporto, dell'alloggio e di un piccolo extra e ottenendo, la seconda volta, l'aiuto da parte di una infermiera dell'ospedale, che è riuscita a trovare persone disposte a donare per la bambina. Lo stato d'animo di Guillermo, mentre cerca di soddisfare le

richieste da parte dell'ospedale e del *banco de sangre*, è ben descritto dalle parole che riporto di seguito, tratte da un'intervista svolta nel reparto di oncopediatria dell'Hospital General:

«Ellos tienen el banco lleno de unidades, y ino te dan! ¡No te dan! A veces se topa uno con la burocracia... Pero tienes que aguantar, ¿me entiendes? si tú te pones en contra... pues, es como el salmón, pues, no puede ir demasiado contra la corriente, es muy difícil. Aquí es como la vida del salmón. Mejor cuadrarme y seguir luchando. Me pusieron muchos obstáculos, demasiados, pero gracias a Dios lo hemos podido superar, y como le digo, pudiéndose arreglar, porque tengo amigos, tengo amistades, tengo primos, tengo tíos, que me dijeron: "Mira mi hijo, aquí te podemos dar". Es la vida jodida de uno, si tú levantas la mano, si tú levanta la voz... lo ves todo los días lo que pasa con los que se quejan, con los que se ponen en contra, ¿no? ¿Qué hacemos nosotros los jodidos? Porque es la vida de nuestros hijos que está en riesgo. Día a día nuestros hijos luchan por su vida, yo le agradezco a Dios cada día de que mi hija amanezca. La vida de nuestros hijos no nos espera, y ellos [en el CETS] nos presionan... Nunca me apoyaron regalándome la sangre... siempre: "Sabes qué, pues itráelos! [los donadores]"» (Guillermo: 30-06-2013)⁽¹³⁾.

Risulta evidente dalle parole di Guillermo come i soggetti che vengono responsabilizzati nella ricerca dei donatori, il più delle volte, non sono assolutamente nelle condizioni di potersi dedicare "in serenità" a questa operazione. Nel momento in cui un paziente e il suo gruppo di cura arrivano all'Hospital General, per ragioni impreviste o in seguito a un lungo percorso diagnostico, si scontrano sistematicamente con rilevanti barriere all'accesso, fra le quali ci interessa da vicino la questione delle risorse ematiche. Mi sembra importante sottolineare come le spese e le fatiche profuse nella ricerca dei donatori si sommino ai costi che già si devono sostenere per garantire le cure necessarie nel singolo caso, nonostante l'introduzione del *Seguro Popular*.

Emerge un altro tema comune: l'indebitamento dei nuclei familiari per far fronte alle spese mediche. Insieme alle spese volte a sostenere la terapia del paziente, teoricamente e selettivamente coperte dal *Seguro Popular*, bisogna anche considerare i costi indiretti per il trasporto, l'alloggio e il sostentamento del gruppo di gestione della cura per la durata della terapia. Fattore ancor più importante è la sottrazione ai soggetti coinvolti delle normali fonti di sostentamento. Gli affiliati al *Seguro Popular* sono infatti perlopiù lavoratori informali, urbani e rurali, che, nel momento in cui perdono ore e giornate di lavoro, cercando di guarire, nel caso dei pazienti, o di assistere i propri cari, nel caso del gruppo di gestione della terapia, vedono svanire le proprie fonti di reddito. Il caso di César è esemplificativo di questo aspetto. Per seguire da vicino il figlio durante

gli anni di terapia nella capitale, egli ha smesso di lavorare nel settore delle costruzioni, riuscendo a racimolare lo stretto indispensabile alternando piccoli lavori saltuari nella capitale. Nel frattempo, per supportare le spese impreviste delle terapie e la vita nella città di Oaxaca, César ha accumulato diversi debiti con alcuni familiari e compaesani.

Sostanzialmente diverso rispetto ai casi descritti finora è quello di Graciela, Javier e della piccola Leticia. Nonostante l'Hospital General Aurelio Valdivieso sia destinato principalmente alla *población abierta*, allo stato attuale è frequentato anche da membri della classe medio-alta, soprattutto quando questi si confrontano con una patologia le cui terapie presentano costi elevati. In diversi casi ho conosciuto persone che avevano deciso di iscriversi al *Seguro Popular* per usufruire del programma *Gastos Catastróficos*, che per l'appunto garantisce la copertura contro spese mediche elevate che potrebbero avere effetti devastanti sui bilanci di una qualsiasi famiglia messicana. Graciela e Javier sono una coppia di mezza età e di classe medio-alta. Entrambi laureati, la donna lavora come contabile presso l'associazione di avvocati nella quale lavora il marito. Vivono nella zona residenziale di San Felipe del Agua e condividono l'ambiente con l'alta borghesia oaxaqueña. La loro vita è stata sconvolta improvvisamente dalla diagnosi di leucemia che ha colpito la figlia, Leticia. A causa della patologia diagnosticata alla figlia, Graciela e Javier sono entrati in contatto con il CETS numerosissime volte nel corso degli ultimi 2 anni. Nonostante la continua richiesta di donazioni sostitutive, sono sempre riusciti a raccogliere il numero corretto di donatori, grazie anche alla posizione di prestigio del marito all'interno del mondo dei professionisti della capitale.

«Yo nunca encontré problemas para buscar donadores, porque yo vivo acá, siempre he vivido acá, digamos que la gente que conozco, o sea, afortunadamente mucha gente que viene rápido, y siempre hay alguien que me ayuda, alguien que viene de la ciudad. Yo por mi parte los donadores que traigo han sido amigos, familiares, en el caso de mi nena, que requiere mucha sangre últimamente, muchas plaquetas, pero sí son amigos, familiares, amistades muy cercanas, compadres de mi esposo, que tengan una relación con mi hija, para que vengan es necesario que tu tengas con ellos una relación muy fuerte. Y ellos regresan varias veces, son los mismos por mi hija, por el tipo de sangre» (Graciela: 20/05/2013)⁽¹⁴⁾.

Durante il percorso terapeutico della figlia, Graciela ha toccato con mano le profonde difficoltà nelle quali si trovavano le altre famiglie di bambini colpiti da leucemia per portare avanti le terapie, famiglie nella maggior parte dei casi di una classe sociale ben differente dalla sua.

«A mí en particular lo que me interesó fue de los niños de oncopediatria. Esto fue lo que motivó para crear la asociación. Esto empezó porque a mí

me llamó la atención el tipo de gente que se atiende aquí en el hospital civil, que son un 80% de escasos recursos, aparte de que en el estado de Oaxaca la población es muy... con un grado geográfico digamos muy disperso, muy alejado. Entonces la gente que viene acá normalmente sus comunidades están a 12 horas, que son de alto grado de marginación, no tienen a veces para comer, con todos los gastos que hay...» (Graciela: 23/05/2013)⁽¹⁵⁾.

Per supportare economicamente le famiglie dei bambini che passano attraverso il reparto di oncopediatria dell' Hospital General, Graciela ha contribuito a dare vita a "*Morando Bajo la Esperanza*", associazione civile che raccoglie fondi, organizza campagne di sensibilizzazione e gestisce il sostegno economico per alcune famiglie particolarmente in difficoltà. Tra i diversi problemi che si trovano ad affrontare, come il costo imprevisto delle cure, dell'alloggio e del sostentamento nella capitale, uno fra i più comuni riguarda proprio il reclutamento dei donatori. Per questa ragione l'associazione, che nel momento in cui vi sono entrato in contatto era attiva solo da un anno e sei mesi, ha posto fra i suoi primi obiettivi la creazione di reti sociali di supporto per la donazione sostitutiva e la sensibilizzazione verso la donazione altruista, con risultati per il momento deludenti.

Nonostante le energie spese e le diverse iniziative di sensibilizzazione portate avanti, principalmente nelle scuole della capitale e all'interno dello stesso ospedale, gli sforzi dell'associazione nel tentativo di creare una rete di donatori sostitutivi disponibili per i bambini affetti da leucemia non hanno ancora prodotto risultati significativi.

Conclusioni

Mi sembra a questo punto giunto il momento di trarre alcune considerazioni conclusive sul processo di reclutamento dei donatori. Se consideriamo i casi qui descritti, rimane attuale, nonostante i tre decenni passati, quanto affermava Michael Higgins, antropologo statunitense che ha svolto a partire dagli anni Settanta importanti ricerche sulla povertà urbana nella città di Oaxaca:

«Health is a constant problem for the urban poor in Oaxaca. [...] Ill health is literally and processually costly to the poor. Literally, it is costly in the terms of prices for the visits to doctors and the cost of the medicine, even if the medicine is gotten at discount from the government health services. Processually, it is costly because the poor must take themselves out their paid labor time to seek care, and for most people that time and money

are no retrievable. The urban poor in Oaxaca do not get any kind of sick leave. Also, they must use their unpaid labor time to seek care, which takes time away from replenishing activities, thus adding to the general cost of attaining care. This is further complicated by the fact that all the health services in Oaxaca, either public or private, consume great amounts of time in transportation there and in waiting to see the doctor. Thus, to maintain their levels of health to be able to work, the urban poor must in fact take time away from work» (HIGGINS M.J. 1983: 77)⁽¹⁶⁾.

Al giorno d’oggi, esattamente come nel 1983, le conseguenze economiche della malattia e della terapia, specialmente quando si tratta di patologie complesse che richiedono terapie ad alto costo, possono essere devastanti. L’introduzione del *Seguro Popular* non è riuscita a porre rimedio efficacemente a questo problema. Il lavoro informale e precario, le scarse disponibilità economiche, la povertà, la scarsa diffusione di servizi e infrastrutture, il sottofinanziamento cronico del sistema sanitario, il suo carattere esclusivo e non universalista, sono tutti aspetti di fondamentale importanza nel continuare a determinare un accesso ai servizi di salute ampiamente diseguale.

La logica della donazione sostitutiva si iscrive perfettamente in un simile panorama. Se infatti, da un punto di vista puramente teorico, il reclutamento di donatori all’interno delle proprie reti sociali sembrerebbe poter limitare il peso giocato dalle diseguaglianze (sono d’altra parte numerosi i lavori antropologici che descrivono le reti di parentela, amicizia e conoscenza cui fanno ricorso nella quotidianità i messicani più poveri e marginalizzati [HIGGINS 1983, HIGGINS - COEN 2000, LOMNITZ 1977]), l’etnografia permette di mettere in evidenza come nei casi concreti quelle diseguaglianze incidano eccome. A pesare in maniera particolare, lo abbiamo visto, è la distribuzione geografica: poiché i servizi trasfusionali sono concentrati nella capitale dello stato, chiunque abbia bisogno di ricorrervi dovrà garantire il trasporto e il soggiorno dei donatori in città oppure, strategia più frequente, cercare donatori locali che offrano il loro sangue dietro compenso. A rendere difficoltosa la ricerca di donatori sostitutivi contribuisce inoltre il valore che il sangue acquisisce come mezzo per ripagare il “debito ematico” che si contrae con le strutture sanitarie. Il proprio sangue in questo sistema diventa uno strumento con cui è possibile venire in soccorso di parenti e amici e anche per questo vengono spesso utilizzate delle somme in denaro per convincere i donatori, i quali sono spesso restii a donare in favore di persone che non appartengono alla propria rete sociale ristretta per timore di “sprecare” una risorsa preziosa di cui potrebbero aver bisogno.

Il caso dell'accesso al sangue come risorsa terapeutica mette dunque in evidenza in maniera efficace le contraddizioni di una logica di assistenza sanitaria che se ha esteso, con il *Seguro Popular*, la possibilità di copertura a fasce della popolazione prima escluse, non riesce tuttavia a garantire una effettiva accessibilità ai servizi di salute. Riprendendo le considerazioni che Ciara Kierans sviluppa analizzando la medicina dei trapianti in Messico, e che si possono estendere ai problemi qui studiati, è possibile affermare che la medicina trasfusionale non è uno "spazio di soccorso o di salvezza" ma diventa un luogo nel quale le divisioni sociali sono non solo riprodotte, ma rafforzate e intensificate (KIERANS C. 2015: 20). Il quadro complessivo che emerge è eticamente sconcertante e politicamente disturbante. Un quadro nel quale la capacità di mobilitazione delle risorse sociali (numero di donatori che si riesce a mobilitare) e la capacità di mobilitazione delle risorse economiche (possibilità di superare le difficoltà incontrate attraverso l'utilizzo di ingenti somme di denaro) determinano la possibilità o meno di ricevere l'assistenza medica necessaria in tempo rapido. Si tratta di disuguaglianze che è necessario scomporre e analizzare. A tal proposito mi sembra utile riprendere il concetto di "vulnerabilità strutturale", proposto da Quesada, Hart e Bourgois:

«In our conceptualization, structural vulnerability is a positionality. The vulnerability of an individual is produced by his or her location in a hierarchical social order and its diverse networks of power relationships and effects [...]. Individuals are structurally vulnerable when they are subject to structural violence in its broadest conceptualization. This includes the interface of their personal attributes – such as appearance, affect, cognitive status – with cultural values and institutional structures» (QUESADA J. - HART L.K. - BOURGOIS P. 2011: 3)⁽¹⁷⁾.

Il concetto di vulnerabilità strutturale si dimostra particolarmente adatto a dare conto delle dinamiche di cui ci stiamo occupando, in quanto sottolinea l'importanza del posizionamento degli individui in uno spazio sociale gerarchico attraversato da relazioni di potere ineguali. Nella società oaxaqueña le disuguaglianze sociali sono particolarmente evidenti, con una circoscritta classe benestante, composta principalmente dal ceto politico, dai professionisti e dagli imprenditori, e una vasta ed eterogenea massa di persone che vive e sopravvive ai margini della società, composta dagli abitanti delle regioni indigene e delle periferie urbane (MURPHY A.D. - STEPICK A. 1991). In questo contesto la stratificazione territoriale, sociale ed economica costituisce un vero e proprio ostacolo strutturale al reperimento delle risorse ematiche. Il concetto di vulnerabilità strutturale risulta, allo stesso tempo, utile per demistificare il discorso dei professionisti del settore della medicina trasfusionale che tende a respon-

sabilizzare i soggetti rispetto al mancato raggiungimento del numero di donatori richiesti. La capacità di mobilitare risorse sociali ed economiche non può essere ridotta a una questione di agency, di possibilità di agire in uno spazio sociale, ma va intesa anche e soprattutto in relazione alle costrizioni che influiscono sul processo di composizione del pool di donatori, limitando le opzioni disponibili per la scelta. Questo passaggio mi sembra particolarmente importante in un contesto come quello messicano, nel quale negli ultimi decenni il principio di responsabilizzazione del paziente si è prepotentemente imposto al centro delle politiche sanitarie, stabilendo i limiti di intervento da parte dello Stato nel campo della salute. Un'eccessiva enfasi sulla natura intenzionale e trasformativa dell'azione dei subordinati, l'immaginazione dei soggetti come perfettamente in grado di intendere e controllare le conseguenze delle proprie azioni, riproducono sul piano analitico un discorso politico che tende ad individualizzare le responsabilità dei fenomeni sociali (QUESADA J. - HART L.K. - BOURGOIS P. 2011). Sfidare criticamente questo tipo di modelli analitici assume un'importanza particolare nel Messico contemporaneo dato che l'enfasi sulle responsabilità individuali dei “soggetti irresponsabili” è sempre più importante nella costruzione delle politiche pubbliche. Le contraddizioni che caratterizzano la donazione sostitutiva possono essere un ottimo spunto per confrontarsi criticamente con una certa retorica – che ha sempre maggiore spazio nell'ambito delle politiche di salute di matrice neoliberista – secondo la quale è attraverso la “valorizzazione” del capitale sociale dei singoli individui che si può far fronte all’“inevitabile” riduzione della spesa pubblica in salute, a prescindere dalle condizioni materiali di esistenza di questi soggetti e del peso delle disuguaglianze (MINELLI M. 2007, 2012).

Note

⁽¹⁾ Riprendo questa metafora dallo studio condotto da Kathleen Erwin sulla compravendita di sangue in Cina negli anni Novanta (ERWIN K. 2006, 2009), per sottolineare come la circolazione del sangue e la sua trasformazione, da tessuto umano a prodotto terapeutico, avvengano in una maniera altamente strutturata, all'interno di un sistema che vede la partecipazione necessaria di istituzioni predisposte a questo scopo e di cittadini disponibili a dare il proprio sangue, attraverso la mediazione di professionisti della salute e l'utilizzo di tecnologie e conoscenze biomediche specialistiche.

⁽²⁾ In Messico la donazione remunerata è stata resa illegale dal 1987, in seguito alla crisi del sistema-sangue nazionale determinato dalla pandemia di Hiv-Aids (SEPÚLVEDA AMOR J. - DE LOURDES GARCÍA M. DOMÍNGUEZ TÓRIX J.L. - VALDESPINO GÓMEZ J.L. 1989). Dopo quella data ha acquisito sempre maggiore importanza il sistema sostitutivo che è tuttora largamente maggioritario nel

paese, nonostante le istituzioni responsabili indichino come obiettivo centrale il raggiungimento del 100% di approvvigionamento da donatori altruisti. Lo stato di Oaxaca si attesta ben al di sotto della media nazionale con solo lo 0,55% di donazione altruista. La donazione volontaria e altruista rimane dunque estremamente minoritaria e con scarsi margini di crescita nel prossimo futuro. Le ragioni delle difficoltà di espansione della donazione di tipo altruista sono diverse e meritano di essere sinteticamente riassunte. Innanzitutto è emerso dalla ricerca etnografica come, soprattutto negli stati del sud che presentano i tassi di donazione altruista più bassi, le istituzioni responsabili non portino avanti dei programmi di sensibilizzazione su larga scala. Il personale sanitario che lavora nel settore concentra i propri sforzi principalmente all'interno dei centri trasfusionali e delle banche del sangue, portando avanti tutte le operazioni necessarie per l'accoglienza del donatore e per la trasformazione del fluido corporeo da questi donato in una preziosa risorsa terapeutica. Molto rare invece sono le occasioni in cui il personale specializzato sviluppa dei progetti per la promozione della donazione altruista, obiettivo dichiarato ma raramente perseguito attivamente. Rilevanti sono anche le evidenti difficoltà strutturali che rendono difficoltoso ampliare la platea dei possibili donatori. Nello stato di Oaxaca, ad esempio, nel momento in cui è stata effettuata la ricerca non erano disponibili "unità mobili" per organizzare giornate di donazione itineranti. Per questioni di sicurezza diagnostica le banche del sangue autorizzate erano quasi totalmente concentrate nella capitale dello stato, lontana fino a 10 ore di distanza dalle regioni più periferiche. Infine, dal punto di vista dei donatori, non va sottovalutato il valore che il sangue acquista all'interno del sistema sostitutivo. Donare il proprio sangue in uno specifico momento può essere una risorsa importante per rispondere alle richieste da parte delle istituzioni sanitarie in casi che riguardano un proprio parente o amico. Diverse interviste condotte con alcuni donatori abituali hanno fatto emergere una certa ritrosia a privarsi del proprio sangue per aiutare uno sconosciuto, nel momento in cui quello stesso sangue può risultare necessario per venire in soccorso di qualcuno all'interno delle proprie reti sociali. Infine non va sottovalutato l'alto grado di sfiducia nei confronti delle istituzioni, riscontrabile nei frequenti dubbi dei donatori rispetto alla reale destinazione del sangue donato e ai possibili utilizzi commerciali di questo.

⁽³⁾ La ricerca sulla donazione di sangue nella città di Oaxaca è durata 14 mesi ed è stata svolta principalmente negli spazi del più importante ospedale statale, l'Hospital General Aurelio Valdivieso, che ospita anche il vertice del "sistema circolatorio" oaxaqueño, il Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS), grazie al supporto economico e logistico dell'Avis - Toscana, del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Ciencias Sociales - Unidad Pacífico Sur (CIESAS). La ricerca è stata svolta nell'ambito delle attività della Missione Etnologica Italiana in Messico (MEIM) sostenuta dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) e presieduta dal prof. Alessandro Lupo dell'Università La Sapienza di Roma.

⁽⁴⁾ Per un quadro completo sulla ricezione del volume in campo accademico cfr. (FONTAINE P. 2002). In ambito antropologico è necessario segnalare le critiche di Edmund Leach e Mary Douglas che imputano a Titmuss un utilizzo approssimativo della teoria antropologica, soprattutto in relazione all'uso a loro giudizio improprio delle teorie sul dono di Mauss (FONTAINE P. 2002: 425)

⁽⁵⁾ In Messico sono presenti "banche del sangue" istituzionali e private, distinte dal bacino di utenza ma soprattutto dal tipo di meccanismi che regolano il flusso ematico in entrata e in uscita. Nelle strutture istituzionali per garantire l'accesso al sangue in mancanza del numero stabilito di donatori è possibile che vengano utilizzati dei documenti - *carta compromiso* - nei quali il beneficiario si impegna a racimolare in un tempo definito il numero di donatori mancanti. Nel CETS di Oaxaca, durante il periodo della ricerca, veniva invece richiesta una somma in denaro, *cuota de recuperación*, proporzionale alle possibilità finanziarie del paziente in questione. Le "banche del sangue" private invece utilizzano un sistema basato su una cauzione in denaro. Il paziente

deve dunque lasciare alla struttura una somma proporzionale al numero di donatori mancanti, avendo la possibilità di recuperare il denaro portando i donatori in un secondo momento. La questione della legittimità di queste strategie all'interno di un quadro normativo che criminalizza il mercato degli emoderivati è di difficile analisi e esula dall'oggetto di questo articolo (cfr. RIZZONI G. 2016: parr. 3.4, 3.5, 5.3).

⁽⁶⁾ I nomi propri delle persone coinvolte nella ricerca sono fittizi.

⁽⁷⁾ In Messico il diritto a ricevere assistenza medica dipende dalla tipologia di assicurazione sanitaria posseduta, e questa varia in relazione alle condizioni lavorative del soggetto (lavoratori pubblici-ISSSTE; lavoratori autonomi-IMSS). Nel 2003 è stata introdotta una forma di assicurazione sanitaria popolare (*Seguro Popular*) che si è posta l'ambizioso obiettivo di estendere la copertura sanitaria ai lavoratori informali, la cosiddetta *población abierta*, precedentemente privi di un diritto formale nell'accesso ai servizi di salute. Per un'analisi critica del Seguro Popular cfr. LAURELL A.C. 2007, 2013.

⁽⁸⁾ Il riferimento è alle *cuotas de recuperación* impiegate dal CETS, cfr. nota 5

⁽⁹⁾ Il termine aferesi indica un gruppo di procedure atte a rimuovere dal sangue alcune delle sue componenti (piastrine, plasma) reimmettendo nel corpo del donatore il resto del fluido vitale da questi donato.

⁽¹⁰⁾ La *población abierta* è costituita in Messico da quella larga fetta di popolazione di lavoratori del settore informale tradizionalmente esclusi dai sistemi di welfare istituzionale per la quale è stato introdotto il Seguro, Popular.

⁽¹¹⁾ «A Pochutla, nell'ospedale, l'ho portato dal medico privato dove l'ho sempre portato quando mio figlio stava male. Poi gli è venuta la febbre e subito dopo gli è passata, ma al terzo giorno gli è tornata di nuovo, quindi siamo tornati dal dottore. Andiamo a vedere che cos'ha, e andiamo con la mia bambina all'ospedale di Pochutla, ci ha mandato il dottore all'ospedale perché aveva dei dubbi Dall'ospedale di Pochutla ci hanno mandato qui. Ci hanno detto che è leucemia, però ancora non è grave. È una malattia che uno deve resistere per molto tempo» (Genaro: 25/04/2013).

⁽¹²⁾ «Stiamo vivendo qui. C'è un posto dove stare, là, vicino all'ospedale, ti prendono 20 pesos, dicono, però si dice che là ci sono le pulci, non è pulito. Uno si può ammalare lì e poi entra ed esce dall'ospedale, preferisco rimanere per strada. Stiamo dormendo là fuori di fronte all'ospedale. Se dobbiamo fermarci in città, l'alloggio è carissimo, non ce l'abbiamo, dobbiamo cercare una stanza in affitto perché non vogliamo più dormire per strada. Se inizia a piovere? Non si può più dormire per strada, troppa pioggia, soprattutto se inizia a piovere molto. Nella stagione secca si può fare, però l'altro giorno è stato molto pesante, tutta la notte, tutto il pomeriggio, si riempie tutto d'acqua. [...] Mi hanno chiesto 4 donatori per mia figlia, io ne ho portati due e due che mancano devo ancora trovarli, è che i soldi mi bastano appena. C'è gente che si fa pagare per le donazioni, per questo dico: sì, il sangue si può trovare, però se hai i soldi. Io non ho mai donato il sangue, ho fatto le prove, perché volevo donare per mio figlio, ma niente. Ero rimasto sveglio tutta la notte e non mi hanno preso» (Genaro: 25/04/2013).

⁽¹³⁾ «Loro hanno la banca piena di unità, e non te le danno! Non te le danno! A volte ci si scontra con la burocrazia... però uno deve resistere, mi capisci? Se tu ti metti contro... beh, è come il salmone, non può andare troppo contro la corrente, è molto difficile. Qui è come la vita del salmone. Meglio armarsi e continuare a lottare. Mi hanno messo molti ostacoli, troppi, però grazie a Dio li abbiamo potuti superare e, le dico, potendosi sistemare le cose, perché ho amici, ho amicizie, ho cugini, ho zii, che mi hanno detto: "Guarda, tesoro, qui possiamo aiutarti". È la vita fottuta di uno, se tu alzi la mano, se tu alzi la voce... lo vedi tutti i giorni cosa succede a quelli che protestano, no? Che facciamo noi, i fottuti? Perché è la vita dei nostri figli che è a rischio. Giorno dopo giorno i nostri figli lottano per la loro vita, io ringrazio Dio tutti i giorni che mia figlia si svegli il mattino. La vita dei nostri figli non ci aspetta, e loro [nel CETS] ci mettono pressione... non mi hanno mai sostenuto regalandomi il sangue... sempre: "Sai che c'è, portali! [i donatori]"» (Guillermo: 30-06-2013).

⁽¹⁴⁾ «Io non ho mai avuto problemi nella ricerca dei donatori, perché io vivo qui, ho sempre vissuto qui, diciamo che la gente la conosco, cioè, fortunatamente molta gente è venuta rapidamente,

e c'è sempre qualcuno che mi aiuta, qualcuno che viene dalla città. Per quanto mi riguarda i donatori che porto sono amici, familiari, nel caso di mia figlia, che ha bisogno di molto sangue ultimamente, molte piastrine, però sì, sono amici, familiari, amicizie molto strette, compadres di mio marito, che hanno un rapporto con mia figlia, affinché vengano è necessario che tu abbia con loro un rapporto molto stretto. E loro tornano diverse volte, sono gli stessi per mia figlia, per il tipo di sangue» (Graciela: 20/05/2013).

⁽¹⁵⁾ «A me in particolare mi hanno interessato i problemi dei bambini di oncologia pediatrica. Questo è stato quello che mi ha spinto a creare l'associazione. Abbiamo iniziato perché mi aveva colpito il tipo di persone che vengono a curarsi all'ospedale, che sono per l'80% di scarse risorse economiche, oltre al fatto che nello stato di Oaxaca la popolazione è molto... a livello geografico diciamo molto dispersa, molto distanziata. Quindi la gente che viene qui, normalmente le loro comunità sono a 12 ore di distanza, e sono comunità con un alto grado di emarginazione, a volte non hanno di che mangiare, con tutte le spese che ci sono» (Graciela: 23/05/2013).

⁽¹⁶⁾ «La salute è un problema costante per i poveri urbani a Oaxaca. [...] La cattiva salute è letteralmente e progressivamente costosa per i poveri. Letteralmente, è costosa per via delle spese per le visite ai dottori e per i prezzi delle medicine, anche se queste vengono prese scontate dai servizi di salute del governo. Progressivamente, è costosa perché i poveri devono rinunciare a ore di lavoro pagato per cercare assistenza, e per molte persone quel tempo e quei soldi non sono recuperabili. Il poveri urbani a Oaxaca non godono di nessun tipo di congedo per malattia. [...] Tutto ciò è ulteriormente complicato dal fatto che tutti i servizi di salute a Oaxaca, sia pubblici che privati, fanno consumare una grande quantità di tempo nel raggiungerli e nell'attesa di poter vedere un dottore. In definitiva, per mantenere un livello di salute adeguato a poter lavorare, i poveri urbani devono sottrarre tempo al lavoro» (HIGGINS 1983: 77).

⁽¹⁷⁾ «Nella nostra concettualizzazione, la vulnerabilità strutturale è una posizionalità. La vulnerabilità di un individuo è prodotta dalla sua posizione in un ordine sociale gerarchico e dalle diversi reti di relazioni di potere con i loro effetti. Gli individui sono strutturalmente vulnerabili quando sono soggetti alla violenza strutturale nella sua concettualizzazione più ampia. Questo include connessione delle loro caratteristiche personali – quali l'aspetto, gli affetti, lo status cognitivo –, con i valori culturali e le strutture istituzionali» (QUESADA - HART - BOURGOIS 2011: 3).

Bibliografia

- AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1994 [1955]), *Programas de salud en la situación intercultural*, Universidad Veracruzana, Jalapa, México.
- ALMEYDA Sandra (2009), *La escasez de sangre para transfusiones es una violación a los derechos humanos. Mortalidad materna por hemorragias en México: un indicador*, tesi di laurea magistrale in "Derechos Humanos", México DF: Universidad Iberoamericana.
- ALMEYDA Sandra - TERÁN TOLEDO Xochitl (2009), *Mortalidad materna y escasez de sangre: una violación a los derechos humanos*, in FREYERMUTH Graciela - SESIA Paola (curatrici), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México: CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México.
- CALVO AGUILAR Omar - MORALES GARCÍA Víctor Edilberto - FABIÁN FABIÁN Jaime (2010), *Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso*, "Ginecología Y Obstetricia De México", vol. 78, n. 12, pp. 660-8, Servicios de Salud de Oaxaca.
- CAVAZZINI Martina - DI CLEMENTE Chiara (2007), *Conversando di doni e donazione di sangue con migranti senegalesi pisani*, "Religioni e società", n. 58, pp. 56-58.
- CONEVAL (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, DF: CONEVAL.
- COPEMAN Jacob (2009), *Veins of devotion. Blood donation and religious experience in North India*, Rutgers University Press, Brunswick N.J.

- COZZI Donatella - DIASIO Nicoletta (2008), *Introduzione. Linguaggi e legami di sangue: dono, corpi, appartenenze*, “La Ricerca Folklorica”, n. 58, pp. 3-17.
- CROWLEY Megan (1999), *Culture, Class and Bodily Meaning: An Ethnographic Study of Organ Transplantation in México*, “Polar: Political Legal Anthropology Review”, vol. 22, n. 2, pp. 129-138.
- DEI Fabio (2007), *Il sangue degli altri. Culture della donazione tra gli immigrati stranieri in Italia*. Avisbook, Firenze.
- DEI Fabio - ARIA Matteo - MANCINI Giovanni Luca (curatori) (2008), *La donazione del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini, Pisa.
- DI GIORGIO Sonia - MANCINI Giovanni Luca (2007), *Immigrati romeni, donatori esangui*, “Religione e Società”, n. 58, pp. 69-82.
- ERWIN Kathleen (2006), *The Circulatory System: Blood Procurement, Aids and the Social Body of China*, “Medical Anthropology Quarterly”, vol. 20, n. 2, pp.139-159.
- ESQUIVEL Gerardo (2015), *Desigualdad extrema en México. Concentración del poder económico y político*, México, DF, OXFAM.
- FARMER Paul (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- FONTAINE Philippe (2002), *Blood, Politics and Social Science. Richard Titmuss and the Institute of Economic Affairs, 1957-1973*, “Isis”, n. 93, pp. 401-434.
- FREYERMUTH Graciela (2003), *Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- FREYERMUTH Graciela - SESIA Paola (curatrici) (2009), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, México.
- GODBOUT Jacques (1992), *L'esprit du don*, La Découverte, Paris.
- GUTMANN Matthew C. (2002), *The romance of democracy: Compliant defiance in contemporary México*, University of California Press, Berkeley.
- HEALY Kieran (2006), *Last Best Gifts. Altruism and the market for human blood and organs*, Chicago University Press, Chicago.
- HIGGINS Michael J. (1983), *Somos tocayos: Anthropology of urbanism and poverty*, University Press of America, Lanham, MD.
- HIGGINS Michael J. - COEN Tania (2000). *Streets, bedrooms & patios: The ordinariness of diversity in urban Oaxaca: ethnographic portraits of street kids, urban poor, transvestites, discapacitados, and other popular cultures*, University of Texas Press, Austin.
- KIERANS Ciara (2015), *Biopolitics and Capital: Poverty, Mobility and the Body-intransplantation in México*, “Body and Society”, vol.21, n.3, pp. 42-65.
- LAURELL Asa Cristina (2007), *Health system reform in México: a critical review*, “International Journal of Health Services”, vol. 37, n. 3, pp. 515-535.
- LAURELL Asa Cristina (2013), *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Colección CLACSO-CROP, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- LEWIS Oscar (1961), *Antropología de la pobreza: Cinco familias*, Fondo de Cultura Económica, México.
- LEWIS Oscar (1964), *Los hijos de Sánchez: Autobiografía de una familia mexicana*, México, Joaquín Mortiz.
- LOCK Margareth (2002), *Twice dead. Organ transplants and the reinvention of death*, University of California Press, Berkeley.
- LOMNITZ Larissa Adler (1977), *Networks and marginality: Life in a Mexican shantytown*, Academic Press, New York.

- MANCINI Giovanni Luca (2012), *Donatori e istituzioni: antropologia del sistema sangue in Toscana*, Tesi di Dottorato in Etnologia e Etnoantropologia (XXIV ciclo), Sapienza Università di Roma.
- MENÉNDEZ Eduardo Luis (1981), *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Edición de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ Eduardo Luis (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, pp. 11-28.
- MENÉNDEZ Eduardo Luis (1990), *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*, D.F., SEP, México.
- MENESES Sergio - FREYERMUTH Graciela - MELÉNDEZ David (2009), *Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna*, pp. 31-36, in FREYERMUTH Graciela - SESIA Paola (curatrici), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México, México.
- MINELLI Massimiliano (2007), *Capitale sociale e salute: Una bibliografia ragionata*, Morlacchi, Perugia.
- MINELLI Massimiliano (2012), *Capitale sociale e salute*, pp. 13-52, in Cozzi Donatella (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica: Piccolo dizionario*. Morlacchi, Perugia.
- MURPHY Arthur D. - STEPICK Alan (1991), *Social inequality in Oaxaca: A history of resistance and change*, Temple University Press, Philadelphia.
- QUESADA James - HART Laurie K. - BOURGOIS Philippe (2011), *Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States*, "Medical Anthropology", vol. 30, n. 4, pp. 339-362.
- RIZZONI Giulio (2016), *"La sangre no se compra ni se vende, pero..." I percorsi del sangue nella città di Oaxaca, Messico*, Tesi di dottorato (XXVII ciclo), Sapienza Università di Roma.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1996), *Theft of life: the globalization of organ stealing rumours*, "Anthropology Today", n. 12, pp. 3-11.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (2000), *The global traffic in human organs*, "Current Anthropology", vol. 41, n. 1, pp. 191-224.
- SCHEPER-HUGHES Nancy - WACQUANT Loïc (curator) (2004), *Corpi in vendita. Interi e a pezzi*, Ombre Corte, Verona.
- SECRETARÍA DE SALUD 2006a. *La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*. DF: Secretaría de Salud, México.
- SECRETARÍA DE SALUD 2006b. *Salud: México 2001-2005, Información para la rendición de cuentas*. DF: Secretaría de Salud, México.
- SEPÚLVEDA Amor Jaime - DE LOURDES GARCÍA M. - DOMÍNGUEZ TÓRIX J.L. - VALDESPINO GÓMEZ J.L. (1989), *Prevention of HIV transmission through blood and blood products: experiences from Mexico*, "Bulletin of the Pan American Health Organization", vol. 23, n. 1-2, pp. 108-114.
- SESA Paola (1996). «Women come here on their own when they need to»: *prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca*. "Medical Anthropology Quarterly", vol. 10, n. 2, pp. 121-140.
- SESA Paola (2009). *Muerte materna y desigualdad social*, pp. 201-217, in FREYERMUTH Graciela - SESIA Paola (curatrici), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México, México.
- SESA Paola (2011), *El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas en Oaxaca durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica crítica*, in HARO - MENÉNDEZ (curatori), *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- STEINER Philippe (2001), *Don du sang et don d'organes: le marché et le marchandises fictives*, "Revue française de sociologie", vol. 42, n. 2, pp. 347-354.

TITMUS Richard (1971), *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, The New Press, New York.

VALENTINE Kylie (2005), *Citizenship, identity, blood donation*, “Body and Society”, vol. 11, n. 2, pp. 113-128.

Scheda sull'Autore

Giulio Rizzoni è dottore di ricerca in Etnologia e Etnoantropologia con una tesi sulla donazione di sangue in Messico. Ha conseguito il dottorato nel 2016 presso l'Università di Roma La Sapienza. Ha svolto ricerca etnografica in seno alla Missione Etnologica Italiana in Messico (MEIM) a partire dal 2010, realizzando un primo lavoro sugli itinerari terapeutici dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 nel municipio huave di San Mateo del Mar, Oaxaca. In seguito si è rivolto allo studio del sistema sanitario messicano e delle recenti riforme del settore.

Riassunto

“Se solicita sangre tipo Zapata para todos mexicanos”. *Donazione di sangue e diseguaglianze in Messico*

In Messico la donazione di sangue altruista conosce una limitatissima diffusione ed è largamente maggioritaria la donazione sostitutiva. Questo sistema prevede la sostituzione degli emoderivati nelle riserve dei centri trasfusionali con dei donatori sostitutivi, reclutati dal paziente e dal suo gruppo di cura. Ogni paziente dovrà, per poter accedere alle cure, reclutare un numero congruo di donatori, proporzionale al consumo previsto di emoderivati. In quest'articolo mi propongo di descrivere e analizzare il processo di reclutamento dei donatori partendo dall'analisi delle storie raccolte durante la ricerca etnografica (2013-2014) nei corridoi dell'Hospital General della città di Oaxaca, nel Messico del Sud. Cercherò di mostrare come la responsabilizzazione dei pazienti nella ricerca dei donatori sostitutivi costringa soggetti, che occupano posizioni differenziate all'interno di una società gerarchica e ineguale come quella oaxaqueña, nella condizione di dover fare utilizzo delle proprie risorse sociali ed economiche per poter accedere all'assistenza medica di cui necessitano. La condizione di “vulnerabilità strutturale” di un settore maggioritario della società oaxaqueña viene resa esplicita e amplificata da un sistema che responsabilizza il paziente per il reperimento di donatori e che, conseguentemente, lo colpevolizza in caso di fallimento. La capacità di mobilitare efficacemente risorse sociali ed economiche, necessarie le seconde per sostenere i costi del viaggio, del vitto e dell'alloggio per i donatori, o per convincere sconosciuti a donare in proprio favore, diventa così un fattore discriminante per determinare un accesso più o meno lineare o difficoltoso agli emoderivati.

Metterò dunque in luce come il sistema di donazione sostitutiva contribuisca a rendere la terapia uno spazio di riproduzione e amplificazione delle diseguaglianze sociali.

Parole-chiave: Donazione di sangue, Salute Pubblica, Antropologia Medica, Salute e Diseguaglianze, Vulnerabilità Strutturale.

Résumé

“Se solicita sangre tipo Zapata para todos mexicanos”. Don du sang et inégalités au Mexique

Au Mexique le don de sang altruiste a connu une diffusion très limitée, tandis que la majorité du sang est récoltée grâce au don de compensation. Ce système prévoit la substitution des dérivés du sang dans les centres de transfusion avec l'intervention de donneurs de compensation, recrutés par le patient et son groupe de soin. Pour pouvoir accéder aux soins chaque patient doit recruter un numéro spécifique de donneurs, proportionnel à la consommation prévue de dérivés du sang. Dans cet article je décris et j'analyse le processus de recrutement de donneurs à partir des histoires que j'ai pu collecter pendant ma recherche ethnographique (2013-2014) dans les couloirs de l'Hospital General de la ville de Oaxaca, dans le Mexique du Sud. Je cherche à montrer de quel façon la responsabilisation des patients dans la recherche des donneurs de compensation contraint les sujets, différemment disposés dans une société hiérarchisée et inégale comme celle de l'état de Oaxaca, à l'utilisation des leurs ressources sociales et économiques pour pouvoir accéder à l'assistance médicale dont ils ont besoin. La condition de "vulnérabilité structurale" d'un secteur majoritaire de la société oaxaqueña est ainsi explicitée et amplifiée par un système qui responsabilise le patient pour le recrutement des donneurs et, par conséquent, le culpabilise lorsqu'il échoue. La capacité de recruter de manière efficace des ressources sociales et économiques, nécessaires ces dernières pour soutenir les coûts du voyage, du logé et du nourri pour les donneurs, ou pour convaincre des inconnus à donner eux-mêmes en compensation, devient de cette manière un facteur discriminant pour déterminer un accès plus ou moins linéaire ou difficile aux dérivés du sang. Je mets en lumière comment ce système de don du sang contribue à rendre la thérapie une espace de reproduction et amplification des inégalités sociales.

Mots-clés: Don du sang, Santé Publique, Anthropologie de la Santé, Santé et Inégalités, Vulnérabilité Structurale.

Resumen

“Se solicita sangre tipo Zapata para todos mexicanos”. Donación de sangre y desigualdades en México

En México la donación de sangre altruista conoce una difusión muy limitada y es mayoritaria la donación de reposición. Este sistema contempla la sustitución de los hemoderivados en las reservas de los centros de transfusión por medio de donadores sustitutos, reclutados por el paciente y su grupo de gestión de cura. Cada paciente, para poder acceder a los tratamientos, tiene que reclutar un número preciso de donadores, proporcional al consumo esperado de hemoderivados. En este artículo voy a describir y analizar el proceso de reclutamiento de los donadores a partir del análisis de las historias recolectadas durante mi investigación etnográfica (2013-2014) en los pasillos del Hospital General de la ciudad de Oaxaca, en el Sur de México. Voy a mostrar como la responsabilización de los pacientes en la búsqueda de los donadores de reposición obliga a los sujetos, quienes ocupan diferentes posiciones en la muy jerarquizada y desigual sociedad oaxaqueña, a utilizar sus propios recursos sociales y económicos para poder acceder a la atención médica que necesitan. La condición de “vulnerabilidad estructural” de un vasto sector de la sociedad oaxaqueña es explicitada y ampliada por un sistema que responsabiliza al paciente en el reclutamiento de los donadores y que, por consecuencia, lo culpabiliza si no logra cumplir con el requisito. La capacidad de movilizar de manera eficaz los recursos sociales y económicos, necesarios estos últimos para sustentar los gastos del viaje, de la comida y del hospedaje para los donadores, o para convencer a desconocidos a donar en sustitución, se vuelve un factor discriminante para determinar un acceso más o menos lineal o difícil a los hemoderivados. Voy a evidenciar cómo el sistema de donación de reposición contribuye a transformar la terapia en un espacio de reproducción y amplificación de las desigualdades sociales.

Palabras claves: Donación de sangre, Salud Pública, Antropología Médica, Salud y Desigualdades, Vulnerabilidad Estructural.

Abstract

“Se solicita sangre tipo Zapata para todos mexicanos”. Blood donation and inequalities in Mexico

In Mexico, altruistic blood donation knows a very limited diffusion and the National “circulatory system” is supported mainly through/by replacement donation. This system requires the necessary replacement of blood products in the stocks of the blood centers by the contribution of replacement donors, recruited by the patient and his therapy management group. Each patient will have, in order to access health care, to

recruit a sufficient number of donors, proportional to the expected consumption of blood products. In this article, I describe and analyze the donor recruitment process starting from the analysis of the narratives collected during the ethnographic fieldwork (2013-2014) in the General Hospital of Oaxaca city, in the Southern Mexico. I will try to show how the patients' responsabilization force subjects, who occupy different positions within a hierarchical and unequal society like the Oaxacan one, in the need of use their social and economic resources in order to access medical assistance. The condition of "structural vulnerability" of a majoritarian sector of Oaxacan society is made explicit and amplified by a system that holds patients responsible for finding donors and that, consequently, blames their failures.

The ability to effectively mobilize social and economic resources, the latter needed to bear the costs of travel, food and accommodation, or to convince strangers to donate in their favor, thus becomes a decisive factor in determining a more or less difficult access to blood products. In conclusion, I will show how replacement donation system contribute to transform the therapeutic space in a space of reproduction and amplification of social inequalities.

Keywords: Blood Donation, Public Health, Medical Anthropology, Health and Inequalities, Structural Vulnerability.