

Articoli/Articles

LA DONAZIONE DI SANGUE NELLA CITTÀ DI OAXACA DE
JUÁREZ (MESSICO)
UN PERCORSO DI ANALISI A PARTIRE
DALL'ANTROPOLOGIA MEDICA

GIULIO RIZZONI

Sapienza, Università di Roma, I

SUMMARY

*BLOOD DONATION IN OAXACA CITY (MEXICO)
MEDICO-ANTHROPOLOGICAL REFLECTIONS*

As a result of the contamination of blood supplies, Mexican government prohibited the 'paid donation' (1987) and the country formally joined the framework promoted by WHO and PAHO focused on the enhancement of repetitive altruistic donation. Nevertheless, this kind of donation is still minoritarian in the Mexican Republic and it is largely majoritarian a blood management system that has not received particular attention from the social sciences: the replacement donation. In the article, I describe and analyze the dynamics of replacement donation, following the results of a fieldwork that I have conducted in the city of Oaxaca since 2013. In particular I highlight the specificity of this form of blood collection and distribution, based on the empowerment of the families in their search for donors. I pay particular attention to the issues of health inequalities and the difficulties in the access to blood as a therapeutic resource. In conclusion, I discuss the ambiguous position that in the blood-system have the private blood banks and I analyze the tools that they use to act as private companies in a context in which the sale of blood and blood products is formally prohibited.

Key words: Blood Donation - Replacement Donation - Public Health - Mexico

Questo articolo rappresenta uno dei risultati del lavoro di ricerca etnografica da me svolto nel corso degli ultimi anni nella città di Oaxaca sul tema della donazione di sangue. Un lavoro centrato principalmente sull'analisi delle concrete dinamiche di funzionamento del sistema di raccolta, gestione e distribuzione del sangue in Messico. Seguendo le riflessioni del sociologo irlandese Kieran Healy mi sono rivolto allo studio della pratica della donazione di sangue non solo come qualcosa che le persone donano, ma soprattutto "come qualcosa che le organizzazioni raccolgono"¹, cercando di approfondire il contesto culturale e i meccanismi organizzativi che forniscono agli individui le ragioni e le possibilità di donare il sangue. Kieran Healy² e Philippe Steiner³ segnalano l'importanza dello studio del contesto sociale, economico, biomedico e industriale all'interno del quale si sviluppano i diversi sistemi di donazione del sangue, cercando di mostrare come, per analizzare i differenti livelli di donazione volontaria altruista, sia imprescindibile esaminare le pratiche specifiche portate avanti dalle istituzioni e dalle organizzazioni responsabili. Ho ritenuto dunque di estremo interesse svolgere un'analisi di tipo etnografico di questi processi, che Healy affronta in una prospettiva soprattutto quantitativa e comparativa, concentrandomi sul ruolo e sul funzionamento delle strutture organizzative che rendono possibile e sollecitano la donazione di sangue nella città di Oaxaca.

Nel corso degli ultimi trent'anni le discipline antropologiche e sociologiche si sono confrontate diverse volte con il tema della donazione di sangue, costruendo un vivo dibattito e interessanti riflessioni⁴. La maggior parte dei contributi si è però concentrata sullo studio della donazione volontaria altruista. Questo dipende sia dai terreni di ricerca nei quali questi studi sono stati portati avanti, in paesi nei quali il sistema di donazione altruista è predominante, sia dall'interesse teorico dei ricercatori di porsi in relazione al dibattito sul dono maussiano e sulle forme del dono nella società contemporanea. È invece mia intenzione approfondire l'analisi della donazione sostitutiva, fenome-

no solamente sfiorato dalle discipline antropologiche. Si tratta di un sistema che ha una sua specificità, largamente diffuso soprattutto nei paesi extraeuropei e che, come vedremo, è caratterizzato da dinamiche peculiari e particolarmente interessanti. La ricerca che ho sviluppato intende situarsi in rapporto diretto anche con l'antropologia medica e l'antropologia politica dei sistemi sanitari. Nell'ambito dell'antropologia medica sarà utile fare riferimento in particolare a quegli approcci che, soffermandosi sull'analisi di un problema medico specifico, vi ricorrono come "grimaldello" per indagare dimensioni che ineriscono ad ambiti più ampi e complessi e che investono dunque la sfera sociale, economica e politica⁵ e alla bibliografia prodotta intorno ai temi dell'incorporazione delle diseguaglianze, della sofferenza sociale⁶ e della violenza strutturale. Per quanto riguarda l'antropologia politica dei sistemi sanitari negli ultimi due decenni si sono sviluppate alcune linee di ricerca dalle quali non si può prescindere nel momento in cui si lavora sul funzionamento dei sistemi sanitari: l'analisi dell'impatto delle dinamiche economiche nel provocare disparità di salute⁷, della risposta locale ai flussi globali di conoscenze e tecnologie biomediche⁸, e infine delle politiche della salute internazionali e globali nell'influenzare l'accesso ai servizi di salute⁹.

La donazione sostitutiva in Messico

Molto brevemente, per donazione sostitutiva si intende quel sistema che attribuisce la responsabilità del reclutamento dei donatori al singolo paziente, che deve sostituire, nelle riserve del *banco de sangre* (lett. banca del sangue) al quale si rivolge, le unità di sangue utilizzate o che si prevede di utilizzare. In Messico viene anche chiamata *donación familiar* (lett. donazione familiare) perché spesso sono gli stessi familiari dei pazienti a essere coinvolti nella donazione. Ritengo che, occupandosi di donazione sostitutiva, sia necessario affrontare congiuntamente i due aspetti della donazione e dell'accesso al sangue come risorsa terapeutica. La ragione principale di questa scelta sta

nel fatto che nell'analisi del sistema sostitutivo risulta quasi impossibile scindere l'atto donativo dalla necessità medica del familiare coinvolto, la raccolta dalla distribuzione; studiando la donazione si studia in realtà il sistema di donazione/distribuzione e risulta quindi di primaria importanza il tema dell'accesso ai servizi medici e più in generale del diritto alla salute. D'altro canto, considerate le stesse condizioni in cui avvengono queste donazioni, risulta evidente come spesso possano non produrre conseguenze significative rispetto all'identità sociale dei soggetti coinvolti. Rispetto alla maggiormente studiata donazione altruista, sistema che dipende dalla partecipazione costante e dal coinvolgimento "identitario" dei donatori, la donazione sostitutiva trae invece linfa dal coinvolgimento estemporaneo di reti sociali che vengono mobilitate in risposta ad un'emergenza medica specifica, per soddisfare le richieste impositive di sostituzione di risorse ematiche, dalla quale dipende l'erogazione della cura.

Prima di affrontare un'analisi generale delle dinamiche che si producono intorno alla donazione sostitutiva si rende necessaria una breve digressione storica, che ci permette di inquadrare prospetticamente il tema trattato; si tenga infatti presente che la donazione sostitutiva è diventata il sistema di reperimento delle risorse ematiche prevalente in Messico solo dopo il 1987, anno nel quale è stata ufficialmente proibita la donazione remunerata, tradizionale linfa vitale del sistema-sangue messicano. A seguito della contaminazione delle riserve ematiche nazionali, avvenuta in relazione alla crisi HIV-AIDS, che aveva mostrato i limiti della donazione remunerata e in generale del sistema di raccolta e distribuzione del sangue messicano, è stato profondamente modificato l'articolo 332 (ora 327) della *Ley General de Salud*, che disciplina la donazione di sangue e organi¹⁰:

Articolo 332 – Il sangue umano potrà essere ottenuto esclusivamente da volontari che lo offrono gratuitamente e in nessun caso potrà essere oggetto di atti di commercio.

La donazione di sangue

Dopo quella data ha acquisito sempre maggiore importanza il sistema sostitutivo, che è tutt'ora largamente maggioritario nel paese, come si può vedere dalla Fig. 1, che illustra il rapporto fra donatori sostitutivi e altruisti in Messico negli ultimi anni.

Nonostante i documenti ufficiali prodotti dalle istituzioni responsabili indichino come obiettivo centrale delle *policy* messicane quello del raggiungimento del 100% di approvvigionamento da donatori altruisti¹¹, nel concreto la proibizione della donazione remunerata ha comportato l'esplosione della donazione sostitutiva, che rappresenta al giorno d'oggi più del 95% del sangue raccolto nella repubblica federale. Secondo le stime disponibili la donazione altruista non è mai riuscita a superare il 4% del totale del sangue raccolto¹².

Lo stato di Oaxaca si attesta ben al di sotto della media nazionale con solo lo 0,55% di donazione altruista. Si tratta comunque di dati che vanno considerati criticamente, dato che all'interno di quello che

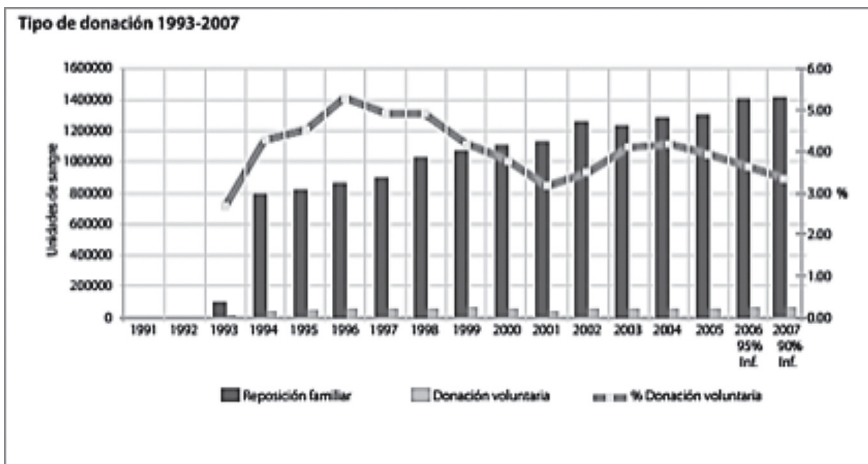


Fig. 1 Tipologie di donazione, Messico 1993-2007 (immagine tratta da Córdova Villalobos et al. 2009, 25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos, Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud)

viene identificato come un fenomeno omogeneo, la donazione sostitutiva, vengono assimilate una diversa serie di pratiche eterogenee, che vanno dalla donazione familiare a titolo gratuito, alla donazione da parte di sconosciuti dietro l'offerta di una remunerazione. Di fatto la proibizione della donazione remunerata ha provocato la nascita e lo sviluppo di un complesso mercato nero, non tanto del sangue in quanto tale, quanto dello stesso atto oblativo. È di fatto molto frequente che per comporre il proprio pool di donatori sostitutivi si faccia utilizzo di remunerazioni e di rimborsi per le spese sostenute per recarsi a donare.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa del sistema-sangue messicano, come rappresentato nella Fig. 2, quasi la metà dei *bancos de sangre* sono piccoli *bancos de sangre* privati (47%), che riforniscono il mondo della medicina privata (ambulatori e cliniche). L'altra

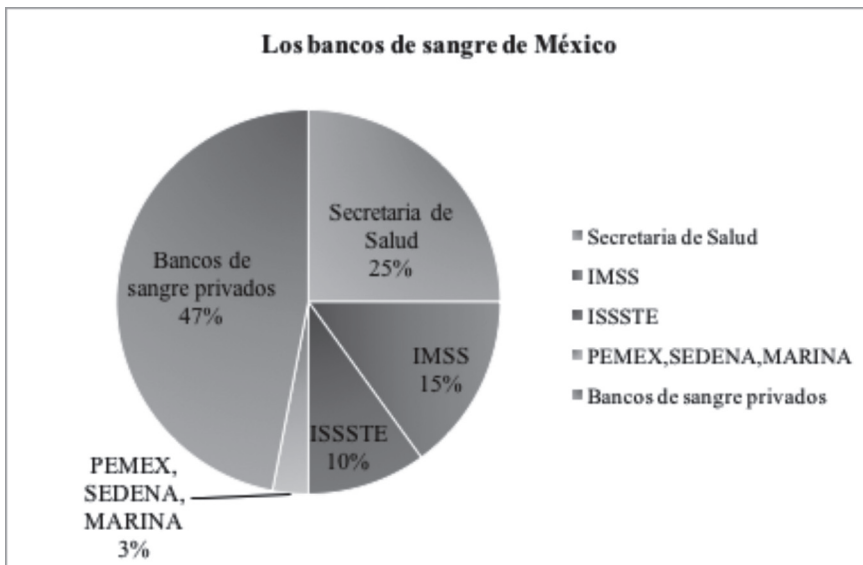


Fig. 2 I bancos de sangre in Messico (elaborato in base a Rojo Medina J. (2012), "Blood supply system in México", in *Isbt Science Series*, (7), 1, pp. 244-250.

metà è costituita invece dalle differenti istituzioni di salute che operano nel composito e frammentario settore istituzionale (Secretaría de Salud 25%; IMSS 15%; ISSSTE 10 %; PEMEX ed altre 3%).

La circolazione del sangue nella città di Oaxaca

La città di Oaxaca de Juárez è la capitale dell'omonimo Stato, situato nel Messico meridionale. Si tratta di uno degli stati più poveri del Messico, insieme con il confinante Chiapas, ed è lo stato nel quale si registra il maggior numero di lingue indigene. Oaxaca de Juárez è l'unico centro relativamente grande di tutto lo Stato, vertice di una piramide di servizi medici. Nella capitale arrivano dunque a cercare risposta ai loro problemi di salute persone che vivono nelle zone più periferiche e isolate dello Stato, fino a sei/dieci ore di distanza. Dei 17 *bancos de sangre* presenti in tutto lo Stato, comprendendo pubblici e privati, ben nove sono situati nella città di Oaxaca. È stato per me estremamente fruttuoso poter lavorare quotidianamente all'interno del Centro Estatal de Trásfusión Sanguínea (CETS), più importante centro trasfusionale istituzionale, osservando e partecipando alla vita quotidiana. Nonostante ciò parte della mia ricerca riguarda anche le differenze fra questo e gli altri servizi trasfusionali, come ad esempio i *bancos de sangre* privati o quelli appartenenti ad altre istituzioni. Ma come funziona nella quotidianità il processo di donazione sostitutiva?

Per rispondere a questa domanda proviamo innanzitutto ad immaginare un paziente che si rivolge ai servizi dell'istituzione sanitaria alla quale appartiene, presentando una richiesta scritta da parte del medico responsabile nella quale è esplicitata la richiesta di unità di sangue¹³. Il personale del centro trasfusionale esamina la richiesta e indica la quantità di donatori necessari. La maggior parte degli ospedali richiede due donatori come "requisito" per poter ammettere i pazienti al reparto a prescindere dalla necessità di utilizzo di sangue o emoderivati nel trattamento previsto; ogni tipo di operazione chi-

urgica che richiede l'utilizzo di componenti ematiche è subordinata all'ottenimento dei donatori sostitutivi richiesti, in proporzione al numero di unità di sangue o componenti sanguinee previste¹⁴ (si tenga presente che nel caso dei privati la proporzione di donatori richiesti è di tre ogni unità di sangue, mentre per i centri istituzionali è di due). Il personale del centro trasfusionale fornisce alla famiglia degli opuscoli informativi e indica sommariamente come avverrà il processo di donazione. Per poter rispondere alle richieste impositive e vincolanti delle istituzioni sanitarie i soggetti iniziano un percorso per la ricerca dei donatori nel quale attivano gradualmente le proprie risorse sociali ed economiche. La responsabilizzazione dei pazienti rispetto alla ricerca dei donatori, che avviene nel sistema sostitutivo in maniera vincolante, produce sulle famiglie un impatto differente in relazione al posizionamento che i soggetti interessati occupano all'interno della società, e alla possibilità con la quale si possono mobilitare risorse sociali ed economiche. Parlo di risorse sociali ed economiche perché, nonostante la donazione remunerata sia stata proibita nel 1987, il denaro ha tuttora un ruolo più che rilevante nelle strategie che i soggetti utilizzano per comporre il proprio pool di donatori. Per quanto riguarda le risorse sociali il discorso risulta quasi autoevidente: se la condizione vincolante per ricevere le cure mediche in questione è il reclutamento di un numero stabilito di donatori, risulta chiaro come la maggiore o minore possibilità dei soggetti di mobilitare risorse sociali incida direttamente sull'accesso al sangue come risorsa terapeutica. Semplificando un processo che è molto complesso e che varia da caso in caso, si procede coinvolgendo in primo luogo i parenti stretti. In un secondo momento ci si rivolge al gruppo familiare esteso e a diverse reti di amicizie. Terminata la ricerca nelle reti sociali più strette, se necessario, come spesso risulta essere, vengono esplorate altre possibilità quali ad esempio annunci pubblici per la donazione sostitutiva, oppure si ricorre alla donazione remunerata, offrendo somme di denaro ai possibili futuri donatori sostitutivi.

Il denaro entra nel processo di composizione del *pool* di donatori in diverse maniere. Innanzitutto il gruppo di cura che si occupa del reclutamento dei donatori molto spesso dovrà sobbarcarsi i costi derivati della donazione sostitutiva: il costo del trasporto per il donatore, il cibo che verrà da questi consumato. Spesso viene offerta ai donatori sostitutivi una cifra variabile di denaro come compensazione, ad esempio, delle ore di lavoro perse per effettuare la donazione. In alcuni casi si arriva a cercare di convincere dei conoscenti o anche degli sconosciuti a donare in proprio favore in cambio di una remunerazione, quando non sono essi stessi a pretenderla.

Quella che si viene a produrre è una relazione triadica che coinvolge il *banco de sangre*, il paziente (e/o il suo gruppo di cura) e il donatore (quando questi due ultimi soggetti non coincidono). Si tratta di una relazione dai contorni variabili ma caratterizzata da specifiche poste in gioco e strategie che distinguono i diversi attori sociali, e che sono spesso generatrici di significativi conflitti. Da parte del *banco de sangre* c'è la necessità ineluttabile di raccogliere risorse ematiche, sostituendo quelle utilizzate o che si prevede di utilizzare nel singolo caso e aumentando quantitativamente le riserve, in maniera da mostrarsi pronto in caso di emergenze. Da parte del paziente, e del suo gruppo di cura, vi è invece la necessità di rispondere il più in fretta possibile alle richieste delle istituzioni, così da facilitare l'accesso alle cure. Il donatore si trova in una posizione ambigua, e il suo grado di coinvolgimento e la natura del suo interesse variano molto in base ai casi e soprattutto rispetto alle relazioni che lo legano al beneficiario. Questi può essere infatti un membro dello stesso gruppo di cura, e avere come interesse primario il benessere del paziente, o può essere uno sconosciuto animato dalla presenza di una remunerazione.

Ho parlato sin qui della possibilità che il singolo paziente non riesca a raggiungere la quantità di donatori richiesti dal centro trasfusionale. Si tratta in effetti di una possibilità che in realtà si presenta quotidianamente nel principale centro trasfusionale della città di

Oaxaca. Quali sono dunque le ragioni della difficoltà nella ricerca dei donatori?

Innanzitutto si consideri la differente capacità di mobilitare risorse sociali, soprattutto quando si tratta di trovare cifre elevate come dieci, quindici, venti donatori. Inoltre, bisogna tenere in considerazione l'importanza di alcuni fattori strutturali, come la lontananza dei *bancos de sangre* rispetto alle comunità di residenza della maggior parte dei pazienti. L'estrema concentrazione di strutture mediche nella capitale confligge con la dispersione della popolazione nello stato: ben il 52,7 % della popolazione vive in pueblos con meno di 2500 abitanti, il 22,1% in località fra i 2500 e i 15000, e solo il 25,2% è concentrato in paesi o città con più di 15.000 abitanti¹⁵. Spesso chi vive nelle regioni periferiche e deve curarsi nella capitale incontra notevoli difficoltà e deve supportare costi rilevanti per convincere i compaesani ad affrontare il viaggio per compiere la donazione. In ogni caso spesso chi arriva a curarsi nella capitale dalle regioni periferiche, non raggiunge il numero totale dei donatori richiesti. Infine va tenuta presente l'importanza dei filtri e dei test che stabiliscono l'idoneità o meno alla donazione e che mettono la famiglia nella condizione di dover cercare ulteriori donatori che sostituiscano quelli eventualmente dichiarati non idonei. Chiaramente chi non vive nella capitale incontra molte più difficoltà nel fare ciò. Nel caso in cui il paziente non riesca a raggiungere il numero di donatori previsto, che possibilità ha questi di risolvere il problema? Che tipo di opzioni alternative ha?

Di fatto si apre uno spazio di negoziazione fra la famiglia e il *banco de sangre*, con quest'ultimo che dispone del potere di abbassare il numero di donatori necessari, autorizzando la liberazione delle unità necessarie al trattamento anche se il numero di donatori non è quello stabilito. Analizziamo brevemente come due protagonisti del sistema-sangue oaxaqueño si confrontano con il problema delle sostituzioni incomplete: il CETTS, e il mondo dei *bancos de sangre* privati.

Nel CETS, unico *banco de sangre* ad utilizzare questo sistema, viene permesso ai familiari del paziente di versare una quota di denaro (*cuota de recuperación*) proporzionale al numero di donatori che mancano per soddisfare le richieste del banco, e che verrà indirizzata all'*Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Oaxaca*. Formalmente si tratta dunque di una donazione. La quota va da un minimo di centotrenta *pesos* per ogni unità di sangue fino ad un massimo di ottocentosessanta (tra gli otto e i cinquanta euro circa), a seconda della posizione socioeconomica dell'interessato e della tipologia di assicurazione sanitaria da questi posseduta. Si tenga presente che il personale del CETS ricorre a questo strumento solo in seconda istanza, essendo la priorità quella di mantenere in attivo la riserva di sangue. La maggior parte dei *bancos de sangre* pubblici invece non si sono dotati di questo strumento e tendono quindi a posticipare le operazioni mediche fino a quando la famiglia del paziente non avrà trovato il numero di donatori richiesti.

I *bancos de sangre* privati invece danno al paziente la possibilità di lasciare una cauzione in denaro, chiamata *déposito* (fra i mille trecentocinquanta e i millecinquecento *pesos* ogni unità di sangue, fra i settantacinque e gli ottantacinque euro circa) che verrà loro restituita nel momento in cui verrà portato il numero esatto di donatori richiesti. Nel caso dei *bancos de sangre* privati molto spesso chi vi si rivolge preferisce lasciare il denaro come *déposito* e non preoccuparsi di portare dei donatori per recuperarlo. Quello che avviene dunque è effettivamente uno scambio fra risorse ematiche e denaro. Ma come risulta possibile questa transazione in un ordine giuridico che esplicitamente proibisce il mercato degli emoderivati? L'articolo 327 (ex 332) della *Ley General de Salud*, che vietava la compravendita di sangue e derivati, è stato difatti soggetto negli ultimi vent'anni a diversi interventi legislativi e dopo l'ultima riforma, che risale al 2012, ora compare in questa forma:

Articolo 327- È proibito il commercio di organi, tessuti e cellule. La donazione di questi con il fine del trapianto, sarà basata sul principio dell'altruismo, sull'assenza di animo di lucro e sulla confidenzialità, motivo per il quale l'ottenimento e l'utilizzo saranno strettamente a titolo gratuito. Non si considerano atti di commercio il recupero dei costi derivati dall'ottenimento o l'estrazione, l'analisi, la conservazione, la preparazione, la distribuzione, il trasporto e la somministrazione di organi, tessuti, includendo il sangue e le sue componenti, le cellule progeneratrici e troncali.

La seconda parte dell'articolo è stata introdotta nel 2012 proprio per rilegittimare il funzionamento dei *bancos de sangre* privati. Le contraddizioni emergono lampanti: se da un lato si stabilisce l'assenza di "animo di lucro" e l'ottenimento e l'utilizzo gratuito, dall'altra nella seconda parte dell'articolo si giustifica la cauzione, strumento che i *bancos de sangre* privati utilizzano per alimentare le loro aziende. Gli stessi lavoratori e responsabili dei diversi *bancos de sangre* privati della città così mi descrivevano, durante le diverse interviste effettuate, la peculiare modalità di funzionamento di queste strutture e lo statuto particolare assunto dal denaro nelle transazioni che avevano luogo:

Qui ci lasciano un pagamento in denaro, una cauzione, per affrontare le spese dello studio di tutte le unità di sangue e tutto quello che rappresenta l'aver dei lavoratori, l'affitto dei locali, le attrezzature, il mantenimento, tutto quello che si fa pagare alle persone che si prendono le unità di sangue. Non si tratta della vendita di sangue, però abbiamo bisogno di recuperare gli investimenti, no? (Intervista a F.J. 12-03-2013)

Garantire il sangue, che il sangue sia sicuro, implica tutto un carico di studi che è contemplato nella Norma ufficiale, no? Quindi ovviamente a livello privato dobbiamo recuperare tutti questi investimenti in capitale umano, strutture, materiali. Al giorno d'oggi il sangue non si trasfonde mica così, da braccio a braccio. C'è tutto un lavoro dietro, che richiede molta professionalità e responsabilità. (Intervista a A.B. 04-06-2013)

Il prezzo medio di una unità di sangue è di circa 1500 pesos, ogni unità di concentrato di globuli rossi. Il costo di 1500 rappresenta l'investimento che noi facciamo, dalla sacca, i reagenti per fare gli esami che la Norma ufficiale ci chiede, tutto ciò è un costo per noi. I 1500 pesos rappresentano tutto ciò

La donazione di sangue

che noi facciamo al sangue, non è il prezzo del sangue di per se stesso. Tutto quello che facciamo pagare è ciò che noi facciamo al sangue. Dall'estrazione alla separazione, la conservazione. (Intervista a E.S. 05-04-2013)

Dall'analisi dei frammenti di intervista riportati, risulta evidente come i responsabili dei più importanti *bancos de sangre* privati della città si sforzino ad escludere il sangue in quanto tale dalle transazioni: la quota del *déposito* rappresenta infatti nelle loro parole l'investimento che l'impresa ha dovuto sostenere per assicurare, attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici costosi e professionalità di tipo biomedico e chimico, che il processo di trasformazione del sangue da fluido corporeo in prodotto terapeutico avvenga in condizioni di sicurezza. Allo stesso tempo attraverso la mediazione del denaro e l'utilizzo del sistema della cauzione, i *bancos de sangre* privati riescono a flessibilizzare il rigido sistema sostitutivo, dilazionando i tempi di restituzione.

I *bancos de sangre* privati sono riusciti così a creare un mercato del sangue e dei suoi derivati senza commerciare formalmente sangue. Più propriamente sono riusciti a creare, e a farsi riconoscere dal punto di vista giuridico, un mercato delle prestazioni e delle professionalità necessarie per l'utilizzo del sangue come risorsa terapeutica. Il prezzo al quale viene fissata l'entità del *déposito* rappresenta il valore aggiunto che il sangue acquisisce nel processo di trasformazione da tessuto umano a prodotto terapeutico attraverso strumenti e tecniche biomediche standardizzate che sono perfettamente inserite e congruenti in/con un mercato delle tecnologie, delle risorse e delle professionalità biomediche. Grazie alla mediazione del denaro i *bancos de sangre* privati riescono inoltre a dilatare la temporalità stringente che caratterizza il sistema sostitutivo, che vincola il rilascio delle unità alla consegna dei donatori, offrendo agli utenti la possibilità di restituire le unità di sangue utilizzate all'interno di un lasso determinato di tempo. Nel caso della città di Oaxaca la con-

correnza fra i diversi BDSF ha trovato espressione anche in questo ambito portando a strategie di distinzione basate su una maggior o minor quantità di tempo che viene offerta agli utenti per recuperare i soldi del *déposito* portando dei donatori.

Il sangue in quanto tale non è mercificabile, dunque non può vedersi attribuito un prezzo. Il lavoro umano, le professionalità, gli investimenti effettuati in strumentazioni e materiali da laboratorio, l'affitto dei locali, sono invece tutti aspetti che rientrano perfettamente e legalmente nel sistema di circolazione delle merci e di retribuzione del lavoro. I *bancos de sangre* privati si sono mossi con spregiudicatezza sul filo di queste contraddizioni, fino a ritagliarsi uno spazio importante nel sistema-sangue oaxaqueño, ma anche in generale in Messico, portando alla modifica della *Ley General de Salud*, di cui sopra, che riconosce attualmente la legittimità di una pratica (la cauzione) che da anni veniva adottata ma che violava la stessa struttura logica delle riforme di fine anni '80, che proibivano la donazione remunerata e il commercio del sangue e dei suoi derivati.

Conclusioni

Concludo con alcune riflessioni critiche: in primo luogo mi preme sottolineare l'importanza dei conflitti che sorgono quotidianamente fra il *banco de sangre* e gli utenti. Da un lato, dalla parte delle strutture sanitarie, di fatto esiste la necessità di raccogliere risorse ematiche, così da poter assicurare la disponibilità continua di emoderivati, per tenere dunque le riserve dei *bancos* in attivo. In un sistema come quello messicano, che non conta su un elevato numero di donatori altruisti ripetitivi, questo aspetto è particolarmente rilevante. La responsabilità della composizione di un *pool* di donatori adeguato ricade come abbiamo visto completamente nelle mani del paziente e del gruppo di cura, che devono affrontare un percorso di ricerca di donatori spesso tortuoso e pieno di ostacoli. Si tratta di una situazione nella quale raramente si instaurano quelle relazioni di fiducia

reciproca, rispetto e complicità che sono alla base della donazione volontaria altruista. Donare il sangue in Messico molto spesso è il frutto di una imposizione, è parte di una serie di requisiti cui si deve ottemperare per accedere ai servizi di salute. Le difficoltà che le famiglie incontrano nel soddisfare tali richieste producono il significativo riemergere di forme particolari di donazioni remunerate. Per molte famiglie sarebbe infatti impensabile raggiungere il numero di donatori di sostituzione richiesti senza offrire in cambio una remunerazione che per lo meno copra i costi del trasporto, degli alimenti, dell'alloggio, delle ore, dei giorni di lavoro persi dal donatore. È necessario tenere in considerazione, dunque, come per gli utenti la donazione di sostituzione è un sistema che provoca spese enormi, proporzionali alla gravità del problema di salute che si sta affrontando. In relazione a quanto detto fino ad ora risulta chiaro come la differente possibilità di mobilitare reti sociali e risorse economiche siano fattori discriminanti nel produrre un accesso ai servizi di medicina trasfusionale più o meno lineare. La maggiore o minore “vulnerabilità strutturale”¹⁶ dei soggetti, il loro specifico posizionamento in un ordine sociale gerarchico caratterizzato da complesse reti di potere e marcate diseguaglianze, la loro capacità e possibilità di negoziare le condizioni di accesso al servizio, producono conseguenze dirette sull'accesso al sangue come risorsa terapeutica.

Durante il periodo di ricerca sul campo ho potuto constatare direttamente e quotidianamente come da un lato la donazione sostitutiva chiami in causa soggetti di estrazione sociale, molto differente (professionisti, impiegati, disoccupati, *campesinos*, indigeni, funzionari governativi), dall'altro questi soggetti proprio in relazione alla loro posizione, e ad una minore o maggiore condizione di vulnerabilità strutturale così come ad un maggiore o minore potere e possibilità negoziale, si trovano nella condizione di poter rispondere in maniera diversa a tale richiesta impositiva. La capacità di mobilitare rapidamente risorse sociali ed economiche, la possibilità di pagare le

alte cifre richieste dai *bancos de sangre* privati, o di offrire incentivi economici a donatori sostitutivi, tanto familiari e amici quanto sconosciuti, la possibilità di ricorrere a reti di parentela spirituale più estese o di sfruttare legami personali e/o di potere all'interno della stessa istituzione di salute sono tutti fattori che incidono fortemente nel determinare un rapido accesso al sangue come risorsa terapeutica. In un contesto socio-culturale come quello oaxaqueño, fortemente stratificato, con un'elevata percentuale di popolazione indigena e lampanti diseguaglianze economiche, diviene dunque indispensabile interrogarsi sulle effettive condizioni di accesso al sangue come risorsa terapeutica da parte dei singoli utenti dei servizi di salute e sui conseguenti e spesso tortuosi percorsi di ricerca intrapresi. Quello della circolazione del sangue si mostra essere, alla luce di quanto esposto, un ulteriore ambito, rispetto ad altri più noti e studiati, nel quale emergono le profonde diseguaglianze che lacerano la società oaxaqueña nello specifico, e messicana in generale, soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai servizi medici e il diritto alla salute.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Quadro normativo di riferimento

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-253-SSA1-2009. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 40, 43, 90, 123 y 134.

Reformas de los Artículos 4, 25, 26 y 115 Constitucional

Ley General de Salud: Título Primero Capítulo I, Artículo 9, Capítulo II, Artículo 13, Sección B Fracción I, Título Tercero Capítulo I, Artículos 23, 24 y 26 Capítulo II Artículo 32 y 33.

Ley Estatal de Salud.

La donazione di sangue

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Decreto por el que se crea un órgano desconcentrado jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, denominado Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Decreto de Normas y adiciones a la Ley General de Salud que establece que la sangre solo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente.

Guía de equipamiento: Servicios de Sangre (Secretaria de Salud)

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa Nacional de Salud 2007-2012

Plan Estatal de Desarrollo - Estado de Oaxaca 2007-2012

Programa de Acción Específico 2007-2012 - Transfusión Sanguínea

1. HEALY K., *Embedded altruism: Blood collection regimes and the European Union's donor population*. Am. J. Sociol. 2000; 105(6): 1634.
2. HEALY K., *The emergence of HIV in the U.S. blood supply: Organizations, Obligations and the Management of Uncertainty*. Theory Soc. 1999; 28: 529-558; HEALY K., *Altruism as an organizational problem: The case of organ procurement*. American Sociological Review 2004; 66: 387-404; HEALY K., *Last best gifts: Altruism and the market for human blood and organs*. Chicago, Chicago University Press, 2006.
3. STEINER P., *Don du sang et don d'organes: le marché et les marchandises fictives*. Rev Fr Sociol 2001; 42(2): 347-354.
4. Per un quadro riassuntivo del dibattito si vedano MANCINI G. L., *Donare il sangue: Richard Titmuss e the gift relationship rivisitati*. Saggio bibliografico. In: DEI F. (a cura di), *Il sangue degli altri. Culture della donazione tra gli immigrati stranieri in Italia*. Firenze, Avisbook, 2007, pp. 67-100; DEI F., ARIA M., MANCINI G. L. (a cura di), *La donazione del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*. Pisa, Pacini, 2008.
5. FARMER P., *AIDS and accusations: Haiti and the Geography of blame*. Berkley, University of California Press, 1992; FARMER P., *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkley, University of California Press, 1999; FARMER P., *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkley, University of California Press, 2003; FASSIN D., *Les espaces politiques de la santé. Essai de genealogie*. Paris, Presses Universitaires de France, 1996; FASSIN D., *Les enjeux politiques de la santé*. Paris, Karthala, 2000; FASSIN D., *Embodied history: Uniqueness*. Afr. J. AIDS Res. 2002; 1(1): 63-68.

6. KLEINMANN A., DAS V., LOCK M., *Social Suffering*. Berkley, University of California Press, 1997.
7. BAER H., SINGER M., SUSSER I., *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Praeger, 2003; SINGER M., BAER H., *Killer Commodities: Public Health and the Corporate Production of Harm*. Lanham, AltaMira/Roman Littlefield, 2008.
8. INHORN M. C., *Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt*. Soc. Sci. Med. 2003; 56: 1837–1851; INHORN M. C., *Reproductive Disruptions: Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium*. New York, Berghahn, 2007; ONG A., COLLIER S. J. (a cura di), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, Blackwell, 2005; PETRYNA A., LAKOFF A., KLEINMAN A. (a cura di), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham, Duke University Press, 2006; VAN DER GEEST S., *Anthropology and the pharmaceutical nexus*. Anthropol Q. 2006; 79: 303–314.
9. ADAMS V., NOVOTNY T. E., LESLIE H., *Global Health Diplomacy*. Med Anthropol. 2008; 27: 315–323; CASTRO A., SINGER M. (a cura di), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, AltaMira, 2004; LEE K., GOODMAN H., *Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s*. In: LEE K., BUSE K., FUSTUKIAN S. (a cura di), *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 97–119.
LEE K., FUSTUKIAN S., BUSE K., *An introduction to global health policy*. In: LEE K., BUSE K., FUSTUKIAN S. (a cura di), *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 3–17.
10. L'impatto della crisi della contaminazione delle riserve ematiche sulle politiche di regolamentazione della medicina trasfusionale, a seguito dell'esplosione del virus HIV-AIDS, è stato oggetto di studi specifici, fra i quali si segnalano STARR D., *Blood: an epic history of medicine and commerce*. London, Warner Books, 1998; HAGEN P. J., *Blood: Gift or merchandise. Towards an international blood policy*. New York, Alan R. Liss Inc., 1982; HAGEN P. J., *Blood transfusion in Europe: a "White Paper"*. Strasbourg, Council of Europe, 1993; BAYER R., FELDMAN E. A. (a cura di), *Blood feuds: AIDS, blood and the politics of medical disaster*. New York, Oxford University Press, 1999. Nel caso messicano l'attenzione venne concentrata rapidamente sull'operato dei piccoli *bancos de sangre privati*, sulla scarsa attenzione alle misure di sicurezza e alla tracciabilità delle unità di sangue, e soprattutto sulla figura del donatore remunerato come "soggetto a rischio" e potenziale vettore

- della malattia. Per un quadro riassuntivo delle specificità del caso messicano si vedano SEPULVEDA A. J. et al., *Prevención de la transmisión sanguínea del VIH: La experiencia mexicana*. Bol Oficina Sanit Panam 1988; 105(5/6): 605-614; OLIVARES-LÓPEZ F., *SIDA asociado con transfusión de sangre*. Salud Publica Mex. 1993; 35: 351-356; VOLKOW P., *The AIDS epidemic and commercial plasmapheresis*. Med. Hypotheses 1997; 49(6): 521-523.
11. Per avere un quadro generale delle politiche messicane in materia di medicina trasfusionale si veda il “Programa de acción específico 2007-2012 – Transfusión sanguínea”.
 12. Le statistiche relative alla medicina trasfusionale in Messico sono tratte dal sito internet dell’Organizzazione Mondiale della Sanità: http://www.who.int/topics/blood_safety/en/. Alcuni dati provengono da comunicazioni personali da parte del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, maggiore autorità in materia di medicina trasfusionale del paese.
 13. Il sistema sanitario messicano è strutturato in base alle suddivisione della popolazione in nicchie istituzionali di assistenza differenziale. I cittadini infatti acquisiscono il diritto a ricevere assistenza medica in relazione alla tipologia di assicurazione sanitaria posseduta, e questa varia in relazione alle condizioni lavorative del soggetto. I lavoratori pubblici sono affiliati all’ISS-STE, i lavoratori autonomi all’IMSS, mentre coloro i quali svolgono lavori informali fino a pochi anni fa erano sostanzialmente privi di un diritto formale nell’accesso ai servizi di salute, e facevano riferimento ai servizi offerti dalla Secretaría de Salud, pagando i servizi contestualmente. 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 portando a risultati contraddittori e materia di dibattito. Per un quadro generale sul funzionamento del sistema sanitario messicano e sulle recenti riforme del settore si vedano ABRANTES PÊGO R., URIBE GÓMEZ M., *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?*. Perf. Latinoam. 2013; 42: 135-162; LAURELL A. C., *Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta*. Cien. Saude Colet 2011; 16 (6): 2795-2806.
 14. Per quanto riguarda le emergenze solitamente si provvede al “prestito” delle unità necessarie e si sollecita la famiglia del paziente a sostituire le unità in un secondo momento. Nel caso di operazioni programmate queste vengono invece posticipate fino al raggiungimento del numero di donatori necessari.
 15. INEGI, *Anuario estadístico y geográfico de Oaxaca 2013*, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014.

Giulio Rizzoni

16. QUESADA J., HART L. K., BOURGOIS P., *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*. Med. Anthropol. 2011; 30(4): 339-362.

Correspondence should be addressed to:

giulio.rizzoni@uniroma1.it