

Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici

Eduardo L. Menéndez

profesor-investigador, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (México)
[emenendez1@yahoo.com.mx]

La interculturalità non è un fenomeno recente né univoco bensì costituisce un processo che nel corso della traiettoria dell'antropologia è stata oggetto di diverse interpretazioni che rappresentano in gran parte risposte alle situazioni specifiche non solo delle scienze antropologiche ma soprattutto dei soggetti di studio degli antropologi.

Il concetto di interculturalità, almeno in America Latina, è stato largamente usato nella decade degli anni novanta e nei primi anni del duemila in diversi settori dell'antropologia e specialmente nel campo della salute/malattia/cura (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1999a, 1999b, 1999c; FERNÁNDEZ cur. 2004). Questo concetto è caratterizzato da un'apparente semplicità ma nella misura in cui si utilizza e si approfondisce nascono concezioni diverse, a volte complementari ma spesso antagoniste. Ciò si riflette, almeno finora, nella impossibilità di stabilire una definizione accettata da tutti coloro che utilizzano questo concetto (SAMPEDRO - LLERA cur. 2003).

È pur vero che fin dalla nascita della antropologia ci sono stati modi differenti di definire e/o usare la interculturalità dal momento che questa costituisce il nucleo della specificità iniziale della nostra disciplina e dato che la ricerca antropologica sul campo – per lo meno fino a pochi anni fa – si è sviluppata quasi esclusivamente in termini di interculturalità. La interculturalità costituiva non soltanto una parte intrinseca della nostra disciplina ma era anche l'aspetto che in termini metodologici differenziava l'antropologia dalle altre scienze storiche e sociali.

Il concetto di interculturalità rimanda necessariamente ai soggetti di studio dell'antropologia dato che è rispetto a questi soggetti che lo utilizziamo. Prima di tutto dobbiamo ricordare che l'antropologia si costituisce

come disciplina a partire dall'Altro Culturale, al di là del fatto che sia trattato in termini etnocentrici o di relativismo culturale. Come sappiamo, tuttavia, i soggetti di studio dell'antropologia si sono costantemente modificati così come le relazioni che gli antropologi hanno stabilito con loro.

Inizialmente questi soggetti erano comunità o gruppi etnici appartenenti a culture caratterizzate da gradi diversi di "primitività" stabiliti dagli stessi antropologi, il che rinvia non tanto a un approccio etnocentrico quanto a una definizione in termini di ambiti e tempi culturali. Almeno a partire dalla terza decade del secolo XX il soggetto iniziale della nostra disciplina è stato risignificato come "contadino", più tardi come "marginale urbano" per essere poi attualmente riferito alla popolazione "migrante". A partire dagli anni '60 abbiamo assistito a un processo di incremento costante dei soggetti di studio dell'antropologia in conseguenza sia del suo sviluppo accademico sia di determinati processi sociali che hanno trasformato qualunque soggetto sociale in oggetto di lavoro antropologico (MENÉNDEZ 2002). Precisamente questo cambiamento si esprime in modo manifesto sul terreno delle indagini e degli interventi che riguardano i processi di salute/malattia/cura.

L'antropologia sociale è passata dallo studio dell'Altro allo studio del Noi; di più, dallo studio dell'Altro nel campo dell'Altro allo studio dell'Altro nel campo del Noi, e allo studio del Noi dentro lo stesso campo dell'antropologo. Pertanto è necessario che gli antropologi definiscano con chiarezza rispetto a chi pensano le relazioni interculturali. In termini generali gli antropologi latinoamericani pensano che la interculturalità si dia fra i differenti soggetti riconosciuti dalla nostra disciplina, ma in termini specifici, e specialmente quelli che lavorano sui processi di salute/malattia/cura, riferiscono preferibilmente le relazioni interculturali a quelle che operano tra i membri dei gruppi etnici e il personale biomedico.

Per di più, almeno alcuni degli antropologi che lavorano sui processi di salute/malattia/cura generalmente riducono la interculturalità alla relazione gruppi etnici/servizi biomedici, lasciando da parte nelle loro etnografie – o dando uno spazio assai scarso – le diverse forme di cura delle malattie che sono operanti nei contesti in cui vive la popolazione studiata, nonostante che la maggioranza dei gruppi siano caratterizzati dal cosiddetto pluralismo medico (COMINSKY 1986; MENÉNDEZ 2004). Così, per esempio, la relazione utente/terapeuta viene descritta e analizzata come problema quasi esclusivamente per quanto riguarda la relazione popolazione/personale biomedico ma non la relazione popolazione/terapeuti "tradizionali" o popolazione/terapeuti "new age".

Questo e altri processi rimandano a un fatto ovvio che tuttavia conviene sottolineare; mi riferisco al fatto che la interculturalità esiste nella realtà sociale dei gruppi al di là del fatto che la studiamo o le diamo una denominazione tecnica, esattamente come succede con la povertà, la disuguaglianza sociale o la stigmatizzazione. I diversi gruppi sociali latinoamericani hanno praticato la interculturalità rispetto i processi di salute/malattia/cura molto prima che agli antropologi venisse in mente di studiare questi processi in termini di interculturalità. L'antropologia si pone oggi problemi di interculturalità che sono stati "risolti" nella pratica dagli stessi gruppi sociali (MENÉNDEZ 1981, 2004). Uno dei compiti fondamentali degli studi interculturali dovrebbe essere quello di registrare tali processi gestiti dai gruppi sociali per apprendere dalla loro pratica.

Ogni gruppo – compresi i gruppi etnici – è stato in rapporto con altri gruppi creando diversi tipi di relazioni interculturali caratterizzate dalla complementarità, la simmetria, la equità, la cooperazione, ma anche dalla competizione, l'asimmetria, lo scontro, la lotta. Le relazioni culturali hanno funzionato e continuano a funzionare in contesti di dominazione, di sfruttamento, di egemonia/subalternità. Per di più la maggior parte di queste relazioni – e non solo quelle gestite dalla società "occidentale" – hanno un carattere etnocentrico. Così, quando osserviamo che la interculturalità è posta in termini esclusivi di cooperazione, di rispetto e di tolleranza fra i gruppi, ci sembra molto interessante come desiderio ma ci appare anche come riduzionista – per usare una parola più o meno neutra – rispetto ai processi sociali che operano nei nostri contesti latinoamericani. In effetti la maggior parte delle relazioni interculturali sono asimmetriche, implicano tanto la solidarietà quanto l'oppressione, possono essere contemporaneamente cooperative e competitive. Tutto ciò si manifesta nei diversi processi di salute/malattia/cura, e specialmente nella relazione degli operatori sanitari con la popolazione indigena (FERNÁNDEZ cur. 2004; SOLÍS 2003).

Siamo d'accordo con la proposta di sviluppare relazioni interculturali nelle quali non abbiano posto egemonie e dominazioni, però succede che nella realtà di queste relazioni – per lo meno in America Latina – operano ideologie, poteri e settori sociali che cercano di imporre la propria egemonia e il proprio dominio; riteniamo che questi non si riducono né si eliminano esclusivamente per mezzo della diffusione di informazioni o migliorando la comunicazione interculturale. Il potere economico o il sapere biomedico non possono essere modificati soltanto mettendo in opera strategie educative o di comunicazione.

Dall'etnocentrismo al relativismo culturale

In relazione a quanto detto possiamo distinguere varie fasi rispetto al processo di interculturalità nella traiettoria della antropologia. La prima fase corrisponde all'inizio della nostra disciplina, caratterizzata dal dominio delle scuole evoluzioniste e diffusioniste le quali, pur diverse sotto molti aspetti, hanno un elemento in comune, e cioè l'etnocentrismo. Così la interculturalità viene intesa in questa prima fase come l'incontro dell'antropologo con una cultura che per definizione non solo è diversa, non solo è lontana ma rappresenta uno stadio o un ciclo sociale "inferiore" rispetto alla cultura dell'antropologo inglese, tedesco, francese o nordamericano, per elencare soltanto i quattro paesi dove inizialmente si sono sviluppati la metodologia e le teorie antropologiche e il lavoro sul campo. Per l'evoluzionismo e per il diffusionismo il riferimento fondamentale dello sviluppo è costituito dalla società cosiddetta "occidentale".

Dobbiamo tenere conto che gli antropologi vivevano in società caratterizzate da una forte adesione alle teorie evoluzioniste non solo in campo culturale ma anche biologico; in paesi che avevano o avevano avuto imperi coloniali (i paesi europei sopra menzionati) o che si trovavano in una situazione di colonialismo interno (gli Stati Uniti), e anche che aderivano nella loro maggioranza a teorie e pratiche eugenetiche applicate con diversa intensità e estensione a determinati soggetti e gruppi interni agli stessi paesi centrali (HARDING cur. 1993; MENÉNDEZ 2002).

Ciò significa che nelle scienze antropologiche prevale inizialmente un approccio ai processi di interculturalità caratterizzata da una situazione asimmetrica in termini culturali, economico-politici e razziali. Certo sono esistite tendenze antropologiche che hanno promosso uno sguardo e una condizione più simmetrici fra le diverse culture però queste non furono le correnti dominanti della nostra disciplina.

Questa asimmetria si manifesta nel fatto che nelle etnografie realizzate dagli antropologi evoluzionisti e diffusionisti non troviamo informazioni sulla morbilità e sulla mortalità prevalenti nei gruppi che essi studiavano. Così come esistono soltanto pochi studi antropologici sulle condizioni di assistenza biomedica e di salute pubblica dei gruppi che non soltanto avevano osservato ma con i quali, come ha riconosciuto V. TURNER (1967), avevano convissuto. Praticamente nessun antropologo rappresentante di queste tendenze teoriche descrive e analizza le principali malattie delle quali moriva la maggioranza della popolazione che studiava. Le uniche malattie che descrivevano erano quelle cosiddette "tradizionali" che, per

lo meno in America Latina, non sono quelle di cui realmente muore la popolazione nativa.

Però fra gli anni '20 e '50 del XX secolo una serie di eventi nella società globale e in particolare nel mondo accademico modificano questa situazione sotto diversi importanti aspetti. Gli anni '20 e soprattutto '30 sono caratterizzati, fra l'altro, dalla affermazione dei movimenti fascisti, e fra questi del nazionalsocialismo tedesco che pone, in termini come mai fino ad allora erano stati posti, la questione razziale e la questione etnica al centro della discussione non solo politica e ideologica ma anche accademica. Accadde che gli antropologi tedeschi definirono la questione razziale non solo in termini di razza ma anche di *ethnos* e di *volk*, includendo in una sola unità il biologico, l'etnico e il popolare. La definizione dominante fu in termini di unità bioculturale e non solo razziale: ciò complicava il problema poiché traduceva in termini accademici – e di azione politica – la concezione culturale e ideologica dominante specialmente negli strati dirigenti delle società europee e nordamericana che si manifestava esattamente nella messa in campo di politiche eugenetiche e di dominazione coloniale.

Ciò radicalizza la concezione etnocentrica dominante fino ad allora nella misura in cui esplicita un modello di interculturalità caratterizzato non solo dalla asimmetria ma anche dalla differenza bioculturale, il che riduce le possibilità di interculturalità in termini simmetrici e la ridefinisce esplicitamente in termini di superiorità/inferiorità. Come si sa, questa concezione teorico-ideologica corrispondeva al modo di pensare egemone nei paesi centrali. Se tuttavia acquistò il carattere di “scandalo” non fu perché prospettava una nuova posizione accademica e ideologica in termini di superiorità/inferiorità ma perché si accompagnava a una nuova proposta economico-politica all'interno del mondo capitalista. Lo “scandalo” è rappresentato anche dalle attività eugenetiche messe in campo specialmente dalla Germania, comprese le azioni di sterminio intraprese non solo in termini etnici e razziali ma anche in termini di malattia e specialmente di malattia mentale.

Dobbiamo assumere in tutta la sua rilevanza che nel periodo al quale ci stiamo riferendo la Germania era uno dei quattro paesi con maggior sviluppo delle scienze antropologiche e per alcuni autori rappresentava il paese più importante in termini teorici e soprattutto metodologici. Dobbiamo riconoscere che la quasi totalità dei più importanti antropologi fisici e degli etnologi di questo paese aderivano a queste concezioni. Pertanto a proporle non è una qualunque antropologia ma quella di uno dei paesi in cui ha conosciuto il maggiore sviluppo.

Rispetto alle proposte tedesche del soggetto di studio dell'antropologia inteso come unità bioculturale, gli antropologi, specialmente negli Stati Uniti, sviluppano a partire dagli anni '30 differenti concezioni teoriche che intendono il soggetto della ricerca esclusivamente in termini di diversità culturale e sociale. Così per questi antropologi il biologico diventa una costante che non implica differenziazioni mentre è la cultura a determinare – e sottolineo determinare – la differenza. Naturalmente nella legittimazione accademica di tale proposta intervengono altre antropologie nazionali, in particolare quella britannica, però il suo fondamento sia accademico che politico si deve soprattutto alle correnti sviluppatesi negli Stati Uniti.

È proprio in questo lasso di tempo che si stabilisce una nozione di interculturalità che gli antropologi di oggi assumono, sia pur in vario modo, come la prima proposta, appunto, di interculturalità. L'aspetto centrale di questa nozione è costituito in primo luogo dal relativismo culturale, come risposta all'etnocentrismo degli orientamenti antropologici dominanti fra il 1850 e il 1930. In altre parole tutte le culture appaiono collocate sullo stesso orizzonte, si riconosce la specificità culturale come nucleo della "differenza" senza però implicarvi giudizi di valore in termini di superiorità/inferiorità.

La cultura e in secondo luogo alcuni aspetti del sociale costituiscono le dimensioni attraverso le quali si stabilisce il relativismo culturale, con esclusione, però, della dimensione economica e politica. Le diverse condizioni economiche o i processi di sfruttamento non sono inclusi né tenuti in conto nelle proposte interculturali che riducono la differenza al culturale.

In questo periodo la metodologia antropologica subisce una svolta importante dato che stabilisce alcuni dei principi che domineranno come modello ideale il lavoro antropologico e specialmente la ricerca sul campo. Così qualunque cultura studiata da un antropologo sarà definita dalla sua distanza culturale e anche geografica dalla cultura e dal paese d'origine dell'antropologo. Di più, sarà questa distanza culturale a legittimare la "oggettività" della metodologia antropologica così come è stata definita più tardi da LÉVI-STRAUSS (1968) o da LEACH (1982).

Ancora in questo periodo la antropologia sociale svilupperà tutta una serie di caratteristiche che esprimono il tipo di interculturalità dominante (MENÉNDEZ 1990, 2002), fra le quali mi interessa segnalarne due. La prima corrisponde allo sviluppo della nozione di cambiamento graduale riferita ai gruppi studiati dagli antropologi per i quali il contatto fra culture influenza entrambe pur avendo un impatto più significativo sulle culture

native. Propongono perciò un uso graduale dei cambiamenti che hanno applicato in particolare in America Latina a determinati processi di salute/malattia/cura (AGUIRRE BELTRÁN 1986).

In questo periodo di tempo si sviluppano i concetti di acculturazione, transculturazione e contatto sociale che implicano in modo tacito o esplicito il processo di espansione diretta o indiretta dei paesi capitalisti nelle società periferiche. Tale espansione non viene messa in questione ma osservata come un processo che “sta lì” e rispetto al quale si possono soltanto stabilire delle misure che ne riducano l’effetto dirompente; in realtà si tratta di misure che cercano soprattutto di facilitare i cambiamenti delle culture periferiche con il minor costo culturale, sociale e anche psicologico. Il cambiamento, lo sviluppo, l’acculturazione tendono a essere pensati in termini di complementarità fra le parti, laddove una di queste parti – le culture native – sono considerate stabili, con scarse dinamiche proprie di cambiamento e il motore del cambiamento è riferito principalmente ai “contatti” con le società “occidentali”.

La seconda caratteristica è la astoricità, cioè l’esclusione della dimensione diacronica dal lavoro antropologico, che ha a che vedere con certe condizioni oggettive della produzione di conoscenza ma anche con determinate condizioni ideologiche. In questo caso ha a che vedere soprattutto con la possibilità di sviluppare una antropologia interculturale, basata sul relativismo, che riconosce la diversa razionalità di ogni gruppo etnico ma che lascia da parte le conseguenze della espansione coloniale – comprese quelle in termini di mortalità e morbilità – sulle vite, e non solo sulle diverse razionalità, dei gruppi etnici.

Questa proposta di interculturalità – come quelle corrispondenti alle concezioni evoluzioniste e diffusioniste – è stata elaborata nei paesi centrali e specialmente negli Stati Uniti e in Gran Bretagna: è importante sottolineare, però, che con scarse varianti queste concezioni si sono imposte in termini metodologici nella antropologia e sugli antropologi del cosiddetto Terzo Mondo, nonostante che questi antropologi studiassero generalmente gruppi appartenenti al loro paese e, in molti casi, appartenessero in modo mediato o immediato a qualche gruppo etnico nazionale.

Per di più almeno una parte di questi antropologi potevano criticare in termini teorici, ideologici o addirittura politici l’espansione coloniale e le sue conseguenze ma nello stesso tempo applicavano una metodologia che era parte di tale espansione coloniale. Secondo BONFIL (1995a) la maggior parte degli antropologi che lavorano in antropologia applicata in Messico nelle decadi '40 e '60 utilizzano approcci sviluppati dalla antropologia

nordamericana e britannica. In questo senso accettano di applicare una metodologia basata sulla distanza culturale che spesso non esisteva nella situazione quotidiana di questi antropologi.

Negli anni '50 e '60 viene messo in discussione nella antropologia dei paesi centrali e periferici questo modo di concepire e usare la interculturalità. In primo luogo si scopre ciò che è ovvio e cioè che la condizione della maggior parte dei gruppi studiati dagli antropologi è determinata dalla situazione coloniale (BALANDIER 1971) imposta dai paesi capitalisti centrali e dai gruppi dominanti dei paesi periferici (BALANDIER 1954-55). Ciò si manifesta nella ricerca antropologica nei paesi africani, nel sud est asiatico e in America Latina: in particolare si segnalano gli studi condotti a partire dagli anni '60 a Vicos (Perù) dal gruppo della Cornell University (Stati Uniti) guidato da A. Holmberg, che descrivono e analizzano la relazione fra latifondisti e gruppi etnici in termini di relazioni sociali centrate sul terrore, che è il concetto usato da questo gruppo di ricercatori. Così il terrore sociale, economico ma anche culturale emerge come una delle componenti fondamentali di queste relazioni interculturali.

Ma in questo periodo si scopre anche che i gruppi studiati dagli antropologi sono caratterizzati dal sottosviluppo economico e sociale; anzi, sono quelli che si trovano nelle peggiori condizioni economiche all'interno dei loro paesi e che soffrono le peggiori conseguenze di questa situazione specialmente in termini di denutrizione, di minore speranza di vita e di più alti tassi di mortalità. Bisogna ricordare che il concetto di sottosviluppo nasce negli anni '40 per raggiungere la sua espansione negli anni '50, e che una delle principali variabili per mezzo delle quali si misurava – e si continua a misurare – il sottosviluppo si riferiva al processo di salute/malattia/cura.

Tutta una serie di antropologi latinoamericani hanno criticato da diversi punti di vista le tendenze dominanti nella nostra disciplina; è il caso, per esempio, di Bonfil che nel suo studio sulla fame a Sudzal, pubblicato nel 1962, ha prodotto una importante analisi della antropologia applicata riferita particolarmente ai processi di salute e denutrizione. Passando in rassegna gli approcci nordamericani e britannici ed enumerando le loro principali caratteristiche, questo autore rileva la tendenza a considerare che i cambiamenti che investono le comunità vengono sempre da fuori. Rileva anche che i cambiamenti indotti debbono essere lenti, gradualmente, parziali e adattati alla cultura che si cerca di modificare. Sebbene una parte di questi antropologi riconosca l'importanza dei fattori economici e politici, la maggior parte di loro non studia la struttura economica né la distribuzione della ricchezza nei gruppi con i quali lavorano. Questo tipo di indagini, secondo Bonfil, considerano le comunità indigene come società isolate,

estranee alla società nazionale; per questo non includono nessuna delle cause principali che generano gran parte dei problemi attuali, comprese la malattia e la denutrizione, delle comunità oggetto di studio. Per questo motivo afferma che “questa corrente non è solo incapace di prospettare soluzioni efficaci ma anche rappresenta oggettivamente una tendenza contraria all’interesse nazionale dei nostri paesi” (BONFIL 1995b: 173).

Bonfil mette in discussione specialmente le soluzioni proposte da questi antropologi finalizzate per lo più a migliorare i processi di comunicazione, dato che secondo lui gran parte delle relazioni interculturali si danno all’interno di rapporti di sfruttamento, di discriminazione razziale e di disuguaglianza sociale, sintetizzati dal concetto di “situazione coloniale” elaborato da Balandier. Per questo tali relazioni rendono possibili determinati tipi di comunicazione che spesso rinforzano le disuguaglianze sociali e culturali. Così il lavoro interculturale in salute non si può ridurre a cercare di modificare abitudini e atteggiamenti culturali, dato che questi sono strutturati in una situazione coloniale che implica la necessità di lavorare sugli aspetti economici e di potere, e non solo sui modelli culturali e di comportamento.

I lavori di Bonfil e di altri antropologi latinoamericani ma anche statunitensi (MENÉNDEZ 1981, 1990, 2002) non soltanto hanno messo in questione direttamente o indirettamente le concezioni dominanti di interculturalità ma hanno anche proposto altre alternative di interpretazione e di azione. Studiosi che utilizzano i quadri teorici della fenomenologia, dell’interazionismo simbolico, del marxismo e anche del funzionalismo critico, come A. Holmberg e R. Beals, hanno messo in discussione le concezioni e le pratiche di interculturalità dominanti nella nostra disciplina per varie ragioni ma soprattutto perché non descrivono né analizzano nessuno dei processi che determinano le relazioni interculturali.

Le critiche investivano non solo il piano teorico e ideologico ma riguardavano anche aspetti metodologici e tecnici. Alcune, per esempio, mettevano in discussione un aspetto assai significativo del lavoro antropologico dato che criticavano la qualità e la validità dei dati raccolti nel lavoro sul campo poiché questi erano stati ottenuti a partire da una relazione informatore/antropologo che era parte della situazione coloniale.

Come sappiamo gran parte di queste critiche erano dirette, in America Latina e specialmente in Messico, contro il cosiddetto “indigenismo integrazionista” che proprio negli anni ’60 e ’70 fu oggetto di giudizi molto negativi da parte di alcuni dei principali antropologi regionali. Si impuntò all’indigenismo di promuovere la acculturazione integrativa, di negare

autonomia alle culture indigene, di occultare non soltanto l'etnocidio ma anche la situazione di disuguaglianza e di inferiorità alla quale sono state e sono sottomesse da parte della società dominante. (BONFIL 1995c [1972]; SARIEGO 2002).

“Differenze” e interculturalità

L'atteggiamento critico dominante negli anni '60 e '70, insieme a una serie di altri processi (MENÉNDEZ 2002, 2002b), ha favorito l'emergere in primo piano di certi aspetti che fino ad allora avevano caratterizzato solo parzialmente l'antropologia sociale e che negli anni '80 ne diventano elementi centrali. Il riconoscimento della differenza era un aspetto focale del relativismo culturale e perciò non costituiva una nuova dimensione dell'antropologia come è invece accaduto per la notevole estensione di questo concetto a nuovi soggetti fino ad allora non considerati “differenti” in termini culturali. Così la nozione di differenza si riferirà non solo alla etnicità ma anche al genere, alla età, alla religiosità, alla stigmatizzazione e, in modo molto speciale, alla malattia.

Pertanto durante gli anni '80 e '90 gli antropologi, e naturalmente altri studiosi, analizzeranno le differenze di ogni tipo – così come ancora di più spingeranno a fare certe proposte relativiste – utilizzando concetti come multiculturalismo e pluralismo culturale che derivano in gran parte dai cosiddetti “studi culturali” e sono caratterizzati da un orientamento unilaterale verso gli aspetti simbolici della cultura.

La esplosione antropologica delle “differenze” implica tuttavia la omissione di tre differenze fondamentali per la antropologia sia dei paesi centrali sia, specialmente, di quelli periferici. Durante gli anni '80 e '90 praticamente non esistono in America Latina studi sulle differenze in termini razziali, di classe sociale e ideologici: ciò implica che gli studi interculturali – e naturalmente non solo questi – escludono di analizzare le relazioni razziali, di classe e ideologici. Di più, queste relazioni non sono studiate in termini interculturali proprio quando si acutizzano certi fatti che si manifestano attraverso i tre tipi di relazioni cui si è fatto cenno (MENÉNDEZ 2002b).

Dalla fine degli anni '70 e specialmente negli anni '80 e '90 nei paesi latinoamericani saranno applicate le cosiddette politiche di aggiustamento strutturale che produrranno diverse conseguenze fra loro complementari, tra le quali favorire il processo migratorio di massa dai paesi periferici verso i paesi centrali dato il notevole incremento di diversi problemi sociali e soprattutto della disoccupazione. In funzione di questo il primo aspet-

to da prendere in considerazione è che gli anni '80 e '90 costituiscono, secondo la CEPAL, le due “nuove decadi perdute” laddove “perdute” si riferisce non solo al fatto che non si incrementa lo sviluppo socioeconomico della regione ma anche al fatto che per di più si genera un enorme incremento della povertà e della povertà estrema a livello urbano e rurale, nonché un incremento delle disuguaglianze socioeconomiche che trasformano l'America Latina nella regione più diseguale del mondo.

Gli studi specifici e generali sul Messico concordano nel segnalare che i gruppi etnici presentano i livelli più estremi e generalizzati di povertà, le più gravi situazioni di disuguaglianza socioeconomica in ogni specifica società, le peggiori condizioni e conseguenze in termini di salute/malattia/cura (SECRETARÍA DE SALUD 2001).

I gruppi etnici sono quelli più sottomessi alla discriminazione razziale sia nei paesi di origine che nei paesi dove emigrano, dato che questi costituiscono una importante componente della popolazione latinoamericana che emigra verso gli Stati Uniti e l'Europa. Da ultimo, la maggioranza dei gruppi etnici mostrano la minore presenza in termini di decisioni politiche e di potere politico nelle loro società, salvo il caso di alcuni pochi paesi latinoamericani (INI/PNUD 2000).

In questo contesto si “riscopre” e si utilizza la interculturalità in termini generali e in special modo in riferimento ai processi di salute/malattia/cura. Bisogna riconoscere però che tale uso opera attraverso due tendenze antagoniste anche se complementari. Da una parte lo sviluppo di proposte di autonomia politica e culturale avanzate da numerosi gruppi etnici e che trova la sua espressione più significativa, per lo meno in termini mediatici, nella “sollevazione” indigena del Chiapas diretta dall'EZLN; dall'altra le proposte, avanzate fin dalla metà degli anni '90 da parte di organismi internazionali come le Nazioni Unite, l'UNICEF, la FAO, ma anche dalla Banca Mondiale, di tenere specialmente conto la situazione di povertà e di salute negativa dei popoli indigeni particolarmente colpiti dall'aggiustamento strutturale.

Il concetto di interculturalità viene recuperato in rapporto all'insieme di questi processi e anche se esistono varie tendenze nell'uso di questo concetto noi ci concentreremo soprattutto su due. C'è una linea che risulta la più diffusa per lo meno fra coloro che studiano i processi di salute/malattia/cura e che usa la interculturalità fondamentalmente in termini simbolici, recuperando così gran parte delle concezioni sviluppate fra gli anni '30 e '50 dalle scuole antropologiche nordamericane, quelle scuole, cioè, che, come si ricorderà, sono state le prime a studiare i processi di salute/mal-

tia/cura in termini culturali e che hanno influito di più nello sviluppo della antropologia mesoamericana (BONFIL 1995a, 1995b). Questa linea parte dal fatto che i soggetti appartenenti a culture differenti sviluppano rappresentazioni e pratiche differenti che riducono la possibilità di una relazione complementare; intende pertanto le relazioni interculturali in termini di cattive condizioni di comunicazione culturale che bisogna modificare per rendere possibile una migliore interrelazione. Cioè, l'obiettivo è modificare i saperi che sono in relazione più di ogni altro aspetto, lasciando da parte altri tipi di caratteristiche come per esempio la autonomia di ciascuna delle parti che sono in rapporto: "Mentre il principio della autonomia implica il riconoscimento della diversità, quello della interculturalità esprime la necessità della comunicazione e della interlocuzione tra società con matrici culturali diverse (SARIEGO 2002: 240).

Questa concezione nel campo dei processi di salute/malattia/cura si manifesta specialmente nelle relazioni che si stabiliscono fra il sistema sanitario e i diversi gruppi sociali, in particolare i gruppi etnici o, più specificamente, nella relazione fra il gruppo di operatori sanitari, e soprattutto il medico, e i soggetti che appartengono ai gruppi etnici. Si assume che le rappresentazioni e le pratiche sociali degli operatori sanitari e dei membri dei diversi gruppi etnici sono differenti rispetto a tutta una serie di processi. Cioè si assume che ci sono delle differenze alcune delle quali incidono negativamente sulla relazione medico/paziente e perciò si propone di informare/educare sia i medici sia i membri delle comunità per facilitare la convergenza fra le rappresentazioni e le pratiche di entrambi. Si propone di educare non solo per informare ma anche per stabilire livelli di tolleranza e di rispetto verso i saperi degli altri. Si assume che attraverso l'informazione sia la popolazione sia gli operatori sanitari possono modificare le rispettive concezioni e stabilire così un tipo di interazione che favorisca tanto la relazione interculturale quanto l'efficacia medica. Riteniamo che questo tipo di proposte possano essere molto utili soprattutto se applicate a situazioni specifiche, se hanno un forte riferimento pratico e se hanno continuità (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA *et al.* 2006). Succede però che almeno una parte di queste attività in America Latina, e specialmente in Messico, sono caratterizzate dalla genericità, non hanno un referente pratico né continuità. Spesso queste attività si sviluppano all'interno di processi molto burocratizzati che cercano di raggiungere obiettivi e mete caratterizzati dalla rapidità e che non mettono in atto meccanismi di valutazione dell'impatto effettivo non soltanto sulla popolazione ma anche sulle stesse attività svolte dal personale di salute. Per di più si lanciano massicci programmi di formazione del personale su problemi che inci-

dono negativamente sulla popolazione indigena che però si interrompono all'improvviso a causa di difficoltà finanziarie o di cambiamenti nelle politiche di salute, come è successo di nuovo in Messico durante i primi anni della decade del 2000 (FASSIN 2006; MENÉNDEZ 2006a, 2006b; MENÉNDEZ Y SPINELLI *curr.* 2006, SECRETARÍA DE SALUD 2001b; UGALDE 2006a, 2006b).

D'altra parte anche se i processi educativi sono importanti, dobbiamo essere consapevoli che per mezzo dell'educazione si possono risolvere soltanto alcuni dei problemi che riguardano le relazioni interculturali, compresi alcuni aspetti della relazione medico/paziente. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, e in special modo il personale medico, sono in atto tutta una serie di processi che chiamano in causa il loro orientamento professionale, sociale ed economico. Poche ore di educazione "antropologica" certamente non possono modificare i saperi dei medici la cui formazione è sempre più esclusivamente biomedica, visto che i contenuti biomedici sono praticamente gli unici a livello di laurea e di postlaurea per la quasi totalità delle specializzazioni mediche. Ciò non impedisce che una parte degli operatori sanitari possano diventare sensibili all'importanza di determinati fattori e processi socioculturali, ma questa presa di coscienza rappresenta una variabile personale che incide poco sul comportamento delle istituzioni sanitarie e del personale che vi lavora. In un importante studio J. ORTEGA (1999) ha osservato che nei contesti rurali dello Yucatán (Messico) l'uomo gioca un ruolo decisivo nel parto e che le regole culturali esigono la presenza e lo svolgimento di attività specifiche dell'uomo nel travaglio del parto. Di più, Ortega ha documentato come l'uomo - marito o padre della partoriente - partecipa con il suo stesso corpo in questo processo. In altri termini, ciò che appare come una straordinaria conquista della biomedicina attuale, vale a dire la presenza attiva dell'uomo nel processo del parto, Ortega osserva che è parte costitutiva della cultura dei Maia delle terre basse messicane. Però la presenza dell'uomo è in via di sparizione per varie ragioni, e soprattutto perché le istituzioni sanitarie non permettono non solo che l'uomo svolga un ruolo attivo ma nemmeno che sia presente al parto di sua moglie. Ci sono tutta una serie di caratteristiche degli orientamenti e delle pratiche della biomedicina che obbediscono a condizioni istituzionali e professionali che non possono essere modificate soltanto da una maggiore informazione/educazione.

In questa ottica le attività educative realizzate con gli operatori sanitari nella prospettiva interculturale dovranno partire, per esempio, dal riconoscimento dell'esistenza di concezioni razziste in una parte significativa della popolazione latinoamericana, in particolare degli operatori sanitari, e

del fatto che queste concezioni razziste sono parte intrinseca della relazione operatore sanitario/paziente appartenente a un gruppo etnico. Accade però che gli studi interculturali spesso non includono nel proprio quadro di riferimento l'esistenza di queste concezioni e relazioni razziste. Almeno per quanto riguarda il Messico non conosco nessuno studio o intervento realizzato negli ultimi trenta anni che abbia cercato di indagare sistematicamente la presenza di aspetti razzisti nella relazione medico/paziente e, conseguentemente, che abbia cercato di modificarla. È questa una carenza che, come si è già detto, corrisponde alla tendenza attuale della antropologia sociale a trascurare lo studio delle relazioni razziali (CASTELLANOS 2000). Pertanto questa linea non assume che il razzismo rappresenta una componente importante delle relazioni di egemonia/subalternità che si sviluppano specialmente attraverso i processi di salute/malattia/cura, e che si esprimono in America Latina in situazioni quotidiane di tipo molto diverso. Come tutti sappiamo, in vari paesi della regione compreso il Messico sono state messe in atto da parte degli operatori sanitari politiche di pianificazione familiare che hanno implicato la sterilizzazione di donne e di uomini, prevalentemente di origine indigena o africana. Questo tipo di attività è stato reiteratamente documentato in vari paesi della regione specialmente durante gli anni '90 (MENÉNDEZ 2002).

Le concezioni razziste operano in gran parte incoscientemente in termini culturali; fanno parte di una ideologia di discriminazione e di stigmatizzazione che la popolazione, compresi gli operatori sanitari, non registra nelle sue attività quotidiane. Per di più, attraverso determinati processi sociali si rafforzano la discriminazione razziale e le relazioni di egemonia/subalternità. Per esempio si osserva spesso che alcune persone appartenenti a gruppi nativi latinoamericani hanno cercato di "sbiancare" o "imbiondire" la pelle o i capelli utilizzando una serie di sostanze apposite. Molte volte durante le mie ricerche sul campo in aree molto diverse del Messico mi sono imbattuto nella preoccupazione, diffusa in differenti settori sociali e anche nei gruppi indigeni, di quanto fosse bianco o biondo il neonato.

Negli anni 2003 e 2004 la televisione messicana ha trasmesso una pubblicità che prometteva che le persone che avessero usato una certa sostanza avrebbero potuto modificare "il tono genetico della propria pelle" (sic). La ricerca di una pelle più chiara, l'uso di sostanze per modificare il colore naturale della pelle scura, sono processi attraverso i quali i gruppi assumono l'egemonia dei settori dominanti, e l'assumono nella quotidianità del proprio corpo che è il luogo in cui l'ideologia cerca di imporsi in termini culturali (MENÉNDEZ 2001). Questo processo si può osservare oggi nelle

adolescenti, di diversi settori sociali e anche dei gruppi indigeni, che cercano di costruirsi una figura più magra possibile.

In linea di principio non criticiamo la necessità soggettiva o di gruppo di costruire un determinato tipo di corpo, ma segnaliamo che attraverso questi processi quotidiani si danno processi di egemonia/subalternità profondi e significativi che rappresentano un aspetto fondamentale delle relazioni interculturali.

In questa prospettiva la biomedicina per mezzo di una serie di processi diretti e indiretti ha favorito lo sviluppo di processi di egemonia/subalternità nelle sue relazioni dirette e indirette con i diversi gruppi sociali. Dalla metà degli anni '70 abbiamo molte volte verificato l'uso, da parte dei gruppi etnici compresi quelli più isolati, di farmaci di tipo biomedico che sono diventati una parte normale delle loro strategie di autocura (MENÉNDEZ 1981, 1990). In tutta l'America Latina sono documentate una forte medicalizzazione e autocura di tipo biomedico in diversi gruppi etnici: "Attualmente, nei gruppi brasiliani è abbastanza frequente che il farmaco brevettato sia il primo ad essere usato, anche quando si tratta di malattie tradizionali" (GARNELO Y WRIGHT 2001; GARNELO Y LANGDON 2003); questi autori ritengono che esista una ipermedicalizzazione dei saperi dei gruppi etnici brasiliani.

In sintesi, la linea che domina attualmente negli studi e negli interventi interculturali in America Latina nel campo dei processi di salute/malattia/cura presenta delle caratteristiche molto simili a quelle della antropologia sociale e applicata degli anni '40 e '50, analizzata da Bonfil. Di più, presenta degli aspetti simili alla cosiddetta "antropologia medica clinica" sviluppata negli Stati Uniti negli anni '70 e '80 che è stata criticata dalla corrente di "antropologia medica critica" di questo paese con argomenti e conclusioni simili a quelli proposti da Bonfil.

Negli anni '80 e '90 si è assistito in America Latina a una forte espansione delle organizzazioni non governative (ONG) che lavorano sui processi di salute/malattia/cura ma anche queste ricorrono per lo più a un approccio molto simile a quello della antropologia applicata e della antropologia medica clinica. Ciò non significa, ovviamente, che non ci siano delle ONG che lavorano con altre prospettive ma queste sono sempre più scarse almeno fra noi (HARO - DE KEIJZER curr. 1998; MENÉNDEZ - SPINELLI curr. 2006). In definitiva, al di là delle diverse situazioni storiche e culturali in cui hanno operato, si osserva una notevole continuità e somiglianza nel modo in cui almeno una parte degli studiosi hanno applicato la interculturalità ai processi di salute/malattia/cura nell'arco di settanta anni.

Integrazione o autonomia

Esiste un'altra linea che pur riconoscendo il significato della dimensione simbolica e degli aspetti etnici della interculturalità cerca tuttavia di articolarli con la dimensione economico-politica: in questo modo, per esempio, la povertà e la disuguaglianza sociale vengono a costituire un aspetto centrale delle relazioni interculturali, così come proposto da BONFIL nel 1962 per la popolazione rurale yucateca. Questa linea considera centrale la questione dell'autonomia dei gruppi in rapporto alla società dominante: pur con diversa enfasi, si sostiene che non esistono soltanto diversità e pluralismo culturale ma anche opposizioni e perfino incompatibilità culturali e non culturali fra i gruppi in relazione fra loro. Per questo si pone in primo luogo la questione dell'autonomia come passo necessario per stabilire una interculturalità realmente simmetrica.

Questa linea assume l'esistenza di tutta una serie di situazioni e problemi che difficilmente possono essere risolti per mezzo dell'educazione o migliorando la comunicazione dato che si riferiscono a processi di dominazione, di esclusione, di stigmatizzazione promossi da obiettivi economico-politici, professionali e/o ideologici dei settori sociali che sono in relazione. Questa linea riconosce la possibilità di lavorare con ciascuno dei settori sociali che sono in relazione ma anche l'importanza di lavorare con entrambi cercando di scoprire in modo particolare le relazioni transazionali che si generano fra i soggetti e i gruppi (MENÉNDEZ 1981).

Fra le due linee di cui si è parlato esistono una varietà di proposte che oscillano fra l'una e l'altra. Quasi tutte partono da alcuni elementi comuni: per esempio si sottolinea che, nonostante i processi di globalizzazione, continuano a formarsi nuovi gruppi sociali mentre tuttavia continuano a mantenersi forme culturali che, secondo alcune interpretazioni globalizzanti, sembravano condannate a sparire. Allo stesso modo, tutte riconoscono che ogni gruppo ricodifica e risignifica secondo le proprie matrici culturali i problemi e le interpretazioni che sono in gioco nelle loro relazioni sociali.

Naturalmente queste ed altre caratteristiche sono trattate diversamente anche perché spesso si devono adattare alle condizioni istituzionali dominanti. Come già si è detto, vari progetti hanno proposto in diversi paesi dell'America Latina di informare e sensibilizzare non soltanto gli individui e i gruppi di utenti ma anche il personale sanitario: per questo hanno centrato i loro obiettivi nel modificare certi aspetti del sapere e dell'atteggiamento dei medici che lavorano a livello di assistenza di base e anche nella medicina specialistica. Tuttavia in generale queste attività educative

si limitano a giustapporsi al sapere e agli atteggiamenti dei medici nella misura in cui non ci si preoccupa di lavorare a partire dal sapere professionale per mettere in luce quali sono gli aspetti biomedici che più si oppongono al riconoscimento della diversità dell'altro. Per di più non si assume in tutte le sue conseguenze il fatto che il medico ha una formazione esclusivamente biomedica, per lo meno in Messico. Ciò significa che sono esclusi dalla sua preparazione formale gli aspetti sociali, culturali, economici e politici.

La maggior parte degli studi interculturali, almeno in Messico, non si preoccupano di analizzare le caratteristiche che si oppongono di più – ma anche quelle che invece lo potrebbero favorire – al riconoscimento, alla accettazione e all'uso tecnico delle proposte dell'interculturalità da parte del personale sanitario. Si lavora come se si sapesse quali sono le caratteristiche socioculturali del sapere biomedico con la conseguenza che i contenuti dei corsi "antropologici" che si impartiscono agli operatori sanitari si giustappongono ai loro saperi tecnici riducendone così l'impatto. Soprattutto non si lavora sugli aspetti che rifiutano o risignificano sul terreno biomedico i nuovi contenuti che si stanno impartendo.

Consideriamo invece necessario, almeno in Messico, condurre ricerche per conoscere in che cosa consiste il sapere biomedico, per proporre strategie di insegnamento costruite a partire da situazioni specifiche che facilitino l'articolazione del sapere medico con il sapere dei gruppi sociali (MENÉNDEZ - DI PARDO 1996). Se non è possibile condurre questo tipo di studi, consideriamo fondamentale attuare con il personale sanitario un percorso pedagogico che permetta di mettere in discussione certe caratteristiche del sapere biomedico e di ristrutturarlo in termini di relazioni interculturali (MENÉNDEZ 2001b, 2006c).

Mentre alcuni antropologi propongono di informare e educare soprattutto per generare nel personale sanitario comprensione e tolleranza delle rappresentazioni e pratiche culturali dei pazienti rispetto ai processi di salute/malattia/cura, altri propongono che i medici debbano conoscere in profondità la cultura dei loro pazienti per utilizzarla nelle proprie attività terapeutiche. Di più, ritengono – e io sono d'accordo – che il medico dovrebbe conoscere il linguaggio dei propri pazienti soprattutto se lavora in una zona dove il linguaggio più diffuso è quello di uno specifico gruppo etnico. In questo senso si critica – e anche su questo sono in parte d'accordo – che la maggior parte dei medici che lavorano con gruppi etnici nella maggior parte dei paesi latinoamericani non conoscono il linguaggio dei soggetti di cui si prendono cura.

Succede però che molti antropologi che si trovano su questa linea e avanzano proposte interculturali, di fatto nel loro lavoro sul campo – esattamente come i medici – non conoscono la lingua dei gruppi etnici con i quali lavorano: situazione questa che merita una riflessione sulla metodologia applicata alla interculturalità da parte degli antropologi.

Nonostante le differenze che abbiamo visto, in tutte le linee opera un fatto anche questo già sottolineato. In America Latina noi antropologi “nativi” studiamo diversi problemi non dalla distanza delle antropologie dei paesi centrali ma a partire dalla nostra situazione immediata. Però noi antropologi ci formiamo apprendendo le concezioni e le metodologie sviluppate nei paesi centrali, e naturalmente anche nei nostri stessi paesi. Perciò nelle nostre antropologie non si riflette a sufficienza su come la posizione dell’antropologo nativo limita o rende possibile ottenere informazioni strategiche e affidabili. Continuiamo ad andare sul campo come sempre, cioè basandoci sulla fiducia di ottenere informazioni “stando lì”: si tratta però di un “lì” che non è quello teorizzato dagli antropologi dei paesi centrali come parte essenziale della loro metodologia antropologica che ha permesso loro – almeno nel loro immaginario – di pensare che una situazione “esterna” assicurasse una determinata oggettività.

Il fatto è che la nostra situazione e la nostra relazione interculturale con i nostri soggetti di ricerca, e anche con i problemi da studiare, sono “diverse” e per tanto abbiamo bisogno di una riflessione metodologica sulle implicazioni che ne derivano.

La cosiddetta antropologia “at home”

Le linee che stiamo presentando muovono dall’assunzione che la interculturalità opera in soggetti e gruppi che spesso si trovano in un processo di cambiamento. Una delle espressioni più conosciute di questo processo di cambiamento, come già si è accennato, consiste nella migrazione di individui e di gruppi prima all’interno del proprio paese (dalla campagna alla città) e poi, a livello internazionale, dai propri paesi al primo mondo. Oggi non sono gli irlandesi, gli italiani, gli spagnoli, i tedeschi e altri gruppi europei che emigrano verso l’America, non sono quelli che sbarcarono soprattutto negli Stati Uniti, in Canada, in Argentina o in Uruguay. Quelli che adesso emigrano con diversi mezzi di trasporto verso l’Europa o gli Stati Uniti sono i latinoamericani, gli africani, gli asiatici. Praticamente in tutti questi gruppi la componente etnica è decisiva in termini demografici. Il costante incremento di questi processi a livello latinoamericano durante

le “decadi perdute” degli anni '80 e '90 provocherà l'emergere di diversi conflitti tra la popolazione migrante e la popolazione locale: in certi contesti avrà caratteristiche di stigmatizzazione e di conflitto razziale come è stato precocemente documentato dalla antropologia e dalla sociologia britannica rispetto ai gruppi di africani, asiatici e caraibici che dopo la seconda guerra mondiale si sono installati in varie aree del Regno Unito (BLOOM 1971; REX 1970; WILLIAMS 1989). Questi conflitti esprimono soprattutto la situazione dei migranti e le loro pressanti richieste sociali, e specialmente occupazionali, come è accaduto nei disordini verificatisi in Francia negli ultimi mesi del 2005 che hanno coinvolto principalmente gli immigrati e la prima generazione francese di figli di immigrati africani. Però mi interessa sottolineare in modo particolare che una parte significativa di questi processi si daranno attraverso la malattia e la sua presa in carico soprattutto nelle società che si autodefiniscono come “società del benessere” (BRAVO 2005; HURTADO 2005; DI CRISTOFARO LONGO - MORRONE 1994; WILLIAMS 1989).

Questi e altri processi che ora non analizzerò sono quelli che determinano in vari paesi europei lo sviluppo della “antropologia a casa”, una antropologia che trova la differenza culturale non già in spazi culturali lontani e differenti ma all'interno dello stesso spazio europeo. Si tratta in altri termini dello sviluppo di una “situazione” antropologica che almeno per alcuni aspetti è simile a quella che ha caratterizzato il lavoro degli antropologi latinoamericani, ma anche africani, hindu e del sud est asiatico rispetto ai loro paesi e contesti.

Questi processi hanno portato in primo piano una serie di questioni metodologiche che la stessa antropologia ha costantemente trascurato o negato nonostante che rappresentino dei nuclei duri della sua costituzione e del suo funzionamento come disciplina. Mi riferisco al fatto, già segnalato, che l'antropologia ha sviluppato una concezione del soggetto di studio e della sua relazione metodologica con questo che assumeva il distanziamento culturale e geografico come aspetto sostantivo del suo modo di lavorare e come fattore determinante della “oggettività” della sua metodologia.

La definizione del soggetto di studio e la metodologia antropologica sono state messe a punto in un piccolo gruppo di paesi centrali ed esportate come modo accademico e professionale di lavorare verso gli altri paesi, compresi quelli latinoamericani. Il fatto è però che gli antropologi latinoamericani, specialmente quelli di origine etnica, non hanno con il soggetto di studio una relazione simile a quella di un antropologo francese o tedesco quando studia gruppi e problemi delle società latinoamericane. I soggetti di studio possono essere diversi, perfino in termini culturali e geografici, però fanno parte dello stesso paese dell'antropologo latinoamericano e ne esprimono la realtà.

Quando un antropologo messicano studia un gruppo etnico del suo paese sa che questo, in quanto parte dell'insieme dei gruppi etnici messicani, presenta le condizioni più negative di salute e di povertà a livello nazionale in comparazione con qualunque altro gruppo. Sa anche che lui in quanto antropologo messicano fa parte di qualcuno di questi gruppi. E questo succede in un gruppo che per quanto distante è parte della sua stessa società. Gli antropologi nativi, riflessivamente o meno, lavorano dentro quella che abbiamo chiamato la dialettica "del dentro e del fuori" e che ha bisogno di essere elaborata in termini metodologici.

Si potrebbero aggiungere altri elementi ma ciò che mi interessa sottolineare è che questa e altre caratteristiche implicano la necessità di elaborare riflessioni e proposte rispetto al soggetto di studio, alla metodologia per studiarlo e alla sua applicazione in termini di relazioni sociali, economiche e culturali. Tuttavia questo non succede fra di noi dal momento che utilizziamo gli strumenti e la metodologia elaborati dalle antropologie dei paesi centrali. Per questo non si sono avuti riflessione e cambiamento rispetto a una relazione che, come quella fra l'antropologo e il suo soggetto di studio, implica aspetti decisivi in termini interculturali. Ho la sensazione che nel caso della attuale "antropologia a casa" stia succedendo la stessa cosa. Evita cioè, coscientemente o no, di riflettere sulla situazione del ricercatore nei termini delle relazioni interculturali nelle quali è implicato quando fa la sua ricerca o il suo intervento.

Da questa sintetica rassegna delle fasi attraversate da ciò che viene chiamata interculturalità emergono tutta una serie di problemi di diverso tipo, fra i quali ne sottolineo due riferiti ai processi di salute/malattia/cura. Il primo consiste nella necessità di discutere un concetto di interculturalità che non esaurisca la cultura nella sola dimensione simbolica. Il secondo consiste nella necessità di discutere e proporre metodologie adeguate alla situazione di un antropologo che sempre più spesso descrive, analizza e/o interviene su gruppi che appartengono alla sua stessa società e sempre più spesso alla sua stessa cultura. Sono gruppi che per di più possono essere sfruttati, emarginati e a volte stigmatizzati dalla stessa società dell'antropologo che li studia. Si tratta di una situazione di ricerca nella quale, come fanno almeno gli antropologi che lavorano sui processi di salute/malattia/cura, la speranza di vita degli informatori è quasi sempre più ridotta di quella del ricercatore. Questa e altre riflessioni sono decisive nello studio dei processi di salute/malattia/cura in termini delle cosiddette relazioni interculturali.

[traduzione dallo spagnolo di Paolo Bartoli]

Riferimenti bibliografici

- AGUIRRE BELTRÁN G. (1986), *Antropología médica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- BALANDIER G. (1954-1955), *L'Anthropologie appliquée aux problèmes des pays sous-développés*, 3 voll., Institut d'Études Politiques, Université de Paris, Paris.
- BALANDIER G. (1971), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, III ediz., Presses Universitaires de France, Paris.
- BLOOM L. (1971), *The social psychology of race relations*, George Allen & Unwin, London.
- BONFIL BATALLA G. (1995a), *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*, pp. 1-152, in BONFIL BATALLA G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- BONFIL BATALLA G. (1995b), *El pensamiento conservador en la antropología aplicada. Una crítica*, pp. 173-181, in BONFIL BATALLA G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- BONFIL BATALLA G. (1995c), *Del indigenismo de la revolución a antropología crítica*, pp. 293-315, in BONFIL BATALLA G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- BRAVO A. (2005), *El aborto en la población inmigrante: contextualización*, pp. 99-114, in ESTEBAN GALARZA M. - PALLARÉS J. (curatori), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, FAAEE - ASANA, Sevilla, 2005.
- CASTELLANOS A. (2000), *Racismo, multiétnicidad y democracia en América Latina*, "Nueva Antropología", XVII, 58, pp. 9-26.
- COSMINSKY S. (1986) *El pluralismo médico en Mesoamérica*, pp. 172-185, in KENDAL C. - HAWKINS J. - BOSSEN L. (curatori), *La herencia de la conquista. Treinta años después*, Fondo de Cultura Económica, México [ediz. orig.: *Heritage of Conquest: thirty years later*, University of New Mexico Press, Albuquerque, 1983].
- DI CRISTOFARO LONGO G. - MORRONE A. (curatori) (1994), *Cultura, salute, immigrazione. Una analisi interculturale*, Armando Editore, Roma.
- ESTEBAN M.L. - PALLARÉS J. (curatori) (2005), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, FAAEE - ASANA, Sevilla.
- FASSIN D. (2006), *Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud*, pp. 117-144, in MENÉNDEZ E. - SPINELLI H. (curatori) *Participación social. ¿Para que?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (curatore) (2004), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Ediciones Abya-Yala, Quito [Ecuador].
- GARNELO L. - LANGDON J. (2003) *A antropología e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde, relação apresentada al VII Congresso Latino-americano de Ciências sociais e Saúde, Angra dos Reis [Brasil]*.
- GARNELO L. - WRIGHT R. (2001), *Sickness, healing and health services: Social representations, practices and demands among the Baniwa*, "Cadernos de Saúde Pública" (Rio de Janeiro), vol. 17, n. 2, 2001, pp. 273-284.
- HARO J. A. - DE KEIJZER B. (curatori) (1998), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora - Organización Paramericana de Salud, Hermosillo, Sonora [México].
- HARDING S. (curatore) (1993), *The 'racial' economy of science. Toward a democratic future*, Indiana University Press, Bloomington - Indianapolis.
- HURTADO I. (2005), *De inmigrantes extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales*, pp. 27-42, in ESTEBAN M.L. - PALLARÉS J. (curatori), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, FAAEE - ASANA, Sevilla, 2005.

- INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA - PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD (2000) *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- LEACH E. (1982), *Social anthropology*, Oxford University Press, New York.
- LÉVI-STRAUSS C. (1966), *Antropología estructural*, EUDEBA, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, "Cuaderno de Casa Chata", n. 79, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- MENÉNDEZ E.L. (1996), *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 111-140.
- MENÉNDEZ E.L. (2001a), *Biologización y racismo en la vida cotidiana*, "Alteridades" (México), n. 21, 2001, pp. 5-39.
- MENÉNDEZ E.L. (2001b), *Participación social: presupuestos y acción*, pp. 438-459, in ORTEGA J. (curatore), *Seminarios sobre salud reproductiva, participación social, género*, Universidad Autónoma de Yucatán, 3 voll., Mérida [México], 2001.
- MENÉNDEZ E.L. (2002a), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, prólogo de OTEGUI PASCUAL R. - COMELLES J.M., Edicions Bellaterra, Barcelona.
- MENÉNDEZ E.L. (2002b), *El malestar de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*, "Revista de Antropología Social" (Madrid), vol. 11, 2002, pp. 39-87.
- MENÉNDEZ E.L. (2004), *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, pp. 11-48, in SPINELLI H. (curatore), *Salud colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2004.
- MENÉNDEZ E.L. (2006a), *Las múltiples trayectorias de la participación social*, pp. 51-80, in MENÉNDEZ E. L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para qué?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- MENÉNDEZ E.L. (2006b), *Participación social en salud: las representaciones y las prácticas*, pp. 81-116, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para qué?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- MENÉNDEZ E.L. (2006c), *Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos*, pp. 181-199, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para qué?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori) (2005), *Participación social ¿Para qué?*, Editorial Lugar, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA et al. (2006), *Willaqkuna. II posgrado en salud intercultural. Programa de formación aplicada*, Potosí [Bolivia].
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Ops) (1999a), *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales. Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones interculturales*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 6).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Ops) (1999b), *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 10).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Ops) (1999c), *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 12).
- ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, tesis de doctorado en Antropología social, El Colegio de Michoacán, Zamora [México].

- REX J. (1970), *Race, relations in sociological theory*, Weidenfeld & Nicholson, London.
- SAMPEDRO V. - LLERA M. (curatori) (2003), *Interculturalidad: interpretar, gestionar y comunicar*, Edicions Bellaterra, Barcelona.
- SARIEGO J.L. (2003), *El indigenismo en la Tarahumara: identidad, comunidad, relaciones interétnicas y desarrollo en la sierra de Chihuahua*, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), México.
- SECRETARÍA DE SALUD (2001), *Programa nacional de salud 2001-2006*, SSA, México.
- SOLÍS G. (2004), *Modelo intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: una perspectiva de equidad y democracia*, Cámara de Diputados de México, México.
- TURNER V. (1967), *The forest of symbols*, Cornell University Press, Ithaca.
- UGALDE A. (2006a), *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica*, pp. 19-50, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- UGALDE A. (2006b), *Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud*, pp. 145-164, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- WILLIAMS F. (1989), *Social policy: a critical introduction. Issues of race, gender and class*, Polity Press, Cambridge.

Scheda sull'Autore

Eduardo L. Menéndez, nato a Nueve de Julio (Provincia de Buenos Aires, Argentina) nel 1934, è residente in Messico dal 1976. Titolo di maestro in salud pública (1980) e di doctor in filosofía y letras con orientación en antropología social (1990). È attualmente profesor-investigador (categoría titular C [cioè la più elevata]) presso il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS, México) e coordinador de la Orientación en antropología médica del Doctorado y de la Maestría en antropología social e historia de la Escuela nacional de antropología e historia (ENAH, México). È inoltre membro (categoría investigador nacional) del Sistema nacional de investigaciones científicas y técnicas.

È stato director del Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad nacional de la Provincia de Buenos Aires (1971-1975); secretario de la Asociación latinoamericana de escuelas de salud pública (1978-1979); jefe del Departamento de ciencias sociales de la Escuela nacional de salud pública de México (1980-1981).

Oltre che al CIESAS e all'ENAH, ha svolto attività docente di antropología sociale e etnología, specie su temi di antropología medica o su questioni metodologiche, presso differenti istituzioni: tra le altre, il Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad nacional de Buenos Aires, la Escuela de sociología de la Universidad del Salvador, il Departamento de la ciencias antropológicas de la Universidad nacional de la Provincia de Buenos Aires, la Escuela nacional de salud pública (México), il Colegio de México, il Departament d'antropología social i filosofía de la Universitat "Rovira i

Virgili" (Tarragona, Catalunya), il Departamento de ciencias de la salud de la Universidad autónoma de México, il Centro de salud pública de la Universidad autónoma de Madrid, l'Area salud y sociedad del Colegio de Michoacán.

Ha svolto attività di ricerca con l'Instituto de etnología de la Universidad nacional de Buenos Aires, l'Instituto de planificación rural y urbana de Universidad del Litoral (Rosario), il Centro de investigaciones sociales del Instituto Di Tella (Buenos Aires), l'Instituto de medicina ocupacional de la Universidad nacional de Buenos Aires, la Escuela nacional de salud pública (México), il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS).

Principali indagini: processi migratori e gruppi etnici in alcune comunità della Provincia de Entre Rios, patologia e condizioni di lavoro in alcuni settori occupazionali, (Provincia de Jujuy, Provincia de Buenos Aires), livello di vita e processi migratori nella popolazione rurale della Provincia de Misiones, condizioni sociali ed economiche del processo salute/malattia/cura in Yucatán, la automedicazione come processo di riproduzione microsociale (México, Distrito Federal), gruppo domestico e mortalità infantile in due comunità di Guanajuato, il processo di alcoolizzazione in Messico (articolato finora in sei sottoprogetti focalizzati in particolare sul sapere medico e paramedico concernente l'alcoolismo) / studio sulla presenza dei processi di salute/malattia/cura nella stampa messicana (2003-2007).

Tra le principali pubblicazioni più specificamente connesse all'antropologia medica: *El modelo antropológico y la práctica psiquiátrica*, "Índice. Revista de ciencias sociales", 9, 1970, pp. 321-351 / *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Editorial Nueva Imagen, México, 1979 / *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*, CIESAS, México, 1980 (Cuadernos de la Casa Chata, 32) / *La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud*, "Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud" (Costa Rica), 19, 1981, pp. 65-90 / *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, CIESAS, México, 1981 (Libros de la Casa Chata) / *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, CIESAS, México, 1982 (Cuadernos de la Casa Chata, 57) / *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México, 1983 (Cuadernos de la Casa Chata, 86) / *Socioantropología del proceso de alcoholización en América Latina*, "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina" (Buenos Aires), 29, 1983, pp. 247-256 / *Relaciones sociales de cura y control*, "Revista Paraguaya de Sociología" (Asunción), 61, 1984, pp. 153-172 / *El modelo médico: transacciones y alternativas*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya" (Tarragona), 3, 1984, pp. 93-120 / *Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización*, "Estudios Sociológicos" (México), 8, 1985, pp. 263-296 / *Centralización o autonomía en el funcionamiento de los servicios de salud*, "Boletín de Antropología Americana" (México), 10, 1984, pp. 85-95 / *La salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada*, "Cuadernos Médico-Sociales"

(Rosario), 37, 1986, pp. 19-26 / *Medicina tradicional o medicina científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales*, "Runa" (Buenos Aires), XVII, 1987, pp. 1-34 / *Posibilidades de una teoría antropológica unificada del alcoholismo*, "Psiquiatría" (México), 4, 1988, pp. 187-203 / *Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales*, "Nueva Antropología" (México), 34, 1988, pp. 55-80 / *Reproducción social, mortalidad y antropología médica*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), 49-50, 1989, pp. 13-28 / *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México, 1990 (Cuadernos de la Casa Chata, 179) / *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990 / *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*, CIESAS, México, 1991 / *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*, CIESAS, México, 1992 (Colección Othon de Mendizabal) / *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*, pp. 103-122, in Organización Panamericana de Salud, *La crisis de salud pública*, Ops, Washington (D.C.), 1992 (Publicación científica, n. 540) / *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al "movimiento continuo"*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), 59, 1992, pp. 3-18 / *Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primarias*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, 1993 / *Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza*, "Publicar en Antropología y Ciencias Sociales" (Buenos Aires), III, 4, 1994, pp. 7-32 / *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?*, "Alteridades", 7, 1994, pp. 71-80 / (in colaboración con Renée Di Pardo), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS, México, 1996 / *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), n. 73, 1998, pp. 5-22 / *Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos*, pp. 163-188, in Enrique PERDIGUERO - Joseph M. COMELLES (curatori), *Medicina y cultura. Entre la Antropología y la Medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2000 / *La construcción del sujeto: la dimensión antropológica*, pp. 79-98, in GRUP IGIA et al., *Contextos, sujetos y drogas*, FAD, Barcelona, 2000 / *De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación*, "Relaciones" (Zamora), n. 88, 2001, pp. 119-164 / (in colaboración con Renée DI PARDO), *Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), n. 79, 2001, pp. 5-27 / (in colaboración con Renée DI PARDO), *Alcohol y factores de vulnerabilidad: aspectos socioculturales*, pp. 217-226, in GRUP IGIA et al., *Gestionando las drogas*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001 / *El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*, "Revista de Antropología Social" (Madrid), vol. 11, 2002, pp. 39-87 / *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2002 / *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, "Ciencia & Saude Coletiva" (ABRASCO, Rio de Janeiro), vol. 8, 1, 2003, pp. 185-208 / (in colaboración con Renée DI PARDO), *Dependencias y políticas: los usos técnico-ideológicos del Sector Salud*, pp. 7-22, in "Monografías Humanitas", n. 5, Edit. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, 2005 / *Los estudios de género en México y el papel del alcohol en las relaciones entre*

mujeres y varones, pp. 115-128, in M.L. ESTEBAN - J. PALLARÉS (curatori), *La salud en una sociedad multicultural*, FAAEE, Granada, 2005 / *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano*, pp. 151-192, in A. ASÍS - J. ALONSO (curatori), *El estado mexicano: herencias y cambios*, vol. II, Edit. Porrúa, México, 2005 / (in collaborazione con Renée DI PARDO), *Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades*, pp.567-586, in M. SOUZA MINAYO - C. E. COIMBRA (curatori), *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, Editorial Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005 / *Antropología social como práctica y como representación*, "Alteridades" (México), n. 29, 2005, pp. 65-80 / (in collaborazione con Hugo G. SPINELLI) (curatori), *Participación social ¿para qué?*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2006 / (in collaborazione con Renée DI PARDO), *Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México*, "Desacatos" (México), n. 20, 2006, pp. 29-52.

Riassunto

Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici

In questo articolo vengono descritte differenti traiettorie del concetto di interculturalità in Antropologia sociale con specifico riferimento ai processi di salute/malattia/cura. Ne vengono esaminati alcuni nodi metodologici, in particolare due: un primo nodo concerne la situazione dell'antropologo "nativo" rispetto al suo soggetto di studio, poiché egli utilizza una metodologia di ricerca costruita a partire dalla situazione degli antropologi dei Paesi centrali. Il secondo nodo concerne l'approccio dominante in Antropologia medica, in base al quale si lavora sulla interculturalità in termini quasi esclusivamente simbolici, escludendo così i processi economico-politici, ideologici ed etnici, e proponendo interpretazioni e obbiettivi destinati a fallire per il fatto che si limitano a proporre di migliorare la "comunicazione" fra le culture ignorando i processi strutturali che impediscono o indeboliscono tale "comunicazione". Questi e altri nodi metodologici vengono qui affrontati soprattutto attraverso l'esame di concreti processi di salute/malattia/cura.

Parole chiave: interculturalità, metodologia, teoria antropologica.

Résumé

Interculturalité et processus de santé/maladie/soin: aspects méthodologiques

Dans cet article sont décrites les différentes trajectoires du concept d'interculturalité au sein de l'Anthropologie Sociale, focalisées particulièrement sur les processus de santé/maladie/soin. Certains aspects méthodologiques sont ici analysés, en particulier deux :

un premier aspect concerne la situation de l'anthropologue "natif" par rapport à son sujet d'étude, car il utilise une méthodologie de recherche bâtie à partir de la situation des anthropologues des Pays centraux. Le second aspect se réfère à l'approche dominante en Anthropologie Médicale, selon laquelle on travaille sur l'interculturalité en termes presque exclusivement symboliques, ce qui exclu de cette façon les processus économique-politiques, idéologiques et ethniques, et propose des interprétations et des objectifs destinés à échouer parce qu'ils se limitent à la proposition d'améliorer la "communication" entre cultures, en laissant de côté les processus structurels qui empêchent ou affaiblissent une telle "communication". Ceux-ci et d'autres aspects méthodologiques sont ici traités, en particulier par le biais de l'examen de processus concrets de santé/maladie/soin.

Mots clés: interculturalité, méthodologie, théorie anthropologique

Resumen

Interculturalidad y procesos de salud/enfermedad/atención: aspectos metodológicos

En este artículo se describen diversas trayectorias del concepto de interculturalidad dentro de la Antropología Social, referidas especialmente a su aplicación respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención. Se analizan algunos aspectos metodológicos y especialmente dos: uno que tiene que ver con la situación del antropólogo 'nativo' respecto de su sujeto de estudio, dado que utiliza una metodología que fue construida desde la situación de los antropólogos de los países centrales. El segundo aspecto refiere al enfoque dominante en Antropología Médica, que maneja la interculturalidad en términos casi exclusivamente simbólicos excluyendo los procesos económico-políticos, ideológicos y raciales, y proponiendo interpretaciones y soluciones que tienden a fracasar al circunscribir sus objetivos a mejorar la "comunicación", dejando de lado varios de los procesos básicos que impiden o limitan dicha "comunicación". Éstos, y otros aspectos, son analizados en este artículo básicamente a través de diferentes procesos de salud/enfermedad/atención.

Palabras claves: interculturalidad, metodología, teoría antropológica.

Abstract

Interculturality and health/sickness/care process.methodological aspects

In this paper are described different trends of interculturality concept, all included in Social Anthropology discipline, and focused to its application to health/sickness/care

process. Some methodological aspects are analyzed here with particular interest on two of them: *a)* the “native” anthropologist’s situation an then, consequences in dealing a methodology produced by central countries’ anthropologists; *b)* the present prevailing tendency of Medical Anthropology’s cultural studies, and its intercultural notion. This approach is mainly focused on symbolic aspects leaving out economic-political, ideological and racial process, and reducing goals to better intercultural “communication”. This view omits those basic process impeding or limiting this intercultural “communication”. In this article, both methodological aspects are principally analyzed through health/sickness/care process.

Key words: interculturality, methodology, anthropological theory.