

## *Salute e pluralità culturale in America Latina*

Claudia Avitabile  
Centro studi americanistici  
"Circolo amerindiano", Perugia

**Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ (curatore), *Salud e interculturalidad en America Latina. Perspectivas antropológicas*, Ediciones Abya-Yala, Quito - Agencia Bolhispana, La Paz, - Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, 2004, 352 pp.**

Nell'attuale situazione socioeconomica fortemente caratterizzata della globalizzazione e delle dinamiche migratorie, in ambito sanitario le retoriche dell'interculturalità applicata alla salute sono diventate un campo improrogabile della riflessione teorica e della pratica medica, tanto più in contesti, quali l'America Latina, in cui il modello culturale dominante nel campo della salute è un modello occidentale e l'utenza con la quale interagire è costituita da popolazioni che vivono in una situazione di povertà estrema, di precarietà economica che impatta anche il lavoro delle équipe sanitarie.

Il testo curato da Gerardo Fernández Juárez raccoglie interventi di antropologi e altri studiosi di scienze sociali che esaminano i vari aspetti connessi all'interculturalità da prospettive sia teoriche che operative. Il volume si articola in quattro macrotematiche: nella prima Comelles, Caramés, Menaca e Albo procedono all'analisi del modello biomedico occidentale e delle risposte che questo ha potuto dare, delle attese che crea, ma ancor più delle dinamiche con le medicine locali, con le quali interagisce.

Nella seconda sezione Abad, Citarella, Campos Navarro, Michaux, Lopez, Ferrandiz, Calavia, Flores e Pitarch offrono una riflessione sulle proprie esperienze interculturali condotte in America Latina – in particolare in Mesoamerica, nelle Ande ed in Amazzonia – ed una analisi del "Museo della medicina maya" in Chiapas, Messico; a seguire Chaumeil, Orobigt, Fernández, Caprara, Citarella sintetizzano ricerche e studi su modelli indigeni e afroamericani e, in conclusione, Abad chiude con una trattazione puntuale delle imprecisioni del concetto di salute interculturale. Alcuni temi possono essere considerati il filo narrativo che si declina nel corso del volume e su tutti emerge la realtà della prospettiva interculturale che è intesa spesso semplicemente come l'uso da parte degli operatori sanitari delle lingue parlate dagli utenti, senza un confronto sulle reciproche conoscenze o una programmazione congiunta.

Le difficoltà dell'interazione però non è tutta dovuta all'estraneità degli interventi rispetto ai contesti nei quali cercano di agire, ma anche ad un clima di sospettosità permanente che, in molti contesti, vige e che rende difficile un approccio ed un dialogo più radicale. La ragione di atteggiamenti di questo tipo va cercata in esperienze precedenti nelle quali ha imperato una barriera a discorsi multiculturali dovuta, in genere, all'ermetismo dogmatico delle scuole di medicina rispetto agli insegnamenti di antropologia della salute, che forma quindi operatori arroccati sulle proprie conoscenze. Da alcune ricerche presentate, emerge, di contro, una certa permeabilità presente nelle scuole di infermeria, in cui l'orientamento è più sul paziente, con tutto il suo vissuto, con lo specifico iter terapeutico, contesto e aspettative, che sulla patologia biologica. Una seconda serie di difficoltà che spesso appiattisce la programmazione possibile ad una mediazione linguistica è la forte presenza, negli ospedali, nei centri di salute e nelle strutture sanitarie itineranti dell'America latina, di

laureandi e specializzandi in medicina che, per poter concludere il percorso accademico, devono effettuare "l'anno di provincia", ovvero lavorare per dodici mesi in un contesto sub-urbano o rurale. Questo servizio obbligatorio, se da una parte è un palliativo perché aiuta ad abbattere i costi sanitari, dall'altra parte crea precarietà istituzionale per la continua rotazione del personale, che spesso è reclutato forzatamente per la convenienza, ma non riceve una specifica formazione e concepisce l'esperienza come una pausa frustrante e causa di stress. Quale medico, infatti, desidererà andare spontaneamente a lavorare in una situazione in cui non avrà nessuna delle comodità di base, guadagnando poco, sentendosi un estraneo e senza soddisfazioni? Nell'anno di provincia alcune ricerche etnografiche ed in particolare quella di Juan Antonio Flores Martos, hanno rilevato una situazione di forte disagio del medico per la durezza dell'esperienza, per l'isolamento del contesto in cui si va a lavorare, per la frustrazione delle aspettative e della funzione di agente terapeutico, per la mancanza di strumentario e di medicinali, per l'improvvisa necessità di prendere decisioni sulla salute e sulla vita dei pazienti. Nell'ottica degli utenti, inoltre, il sistema della rotazione annuale dei medici porta a costanti rotture del contatto e quindi, specialmente nella medicina di base, ad una difficoltà di gestione delle patologie. Considerando tutti gli aspetti, ora si sta eliminando, ma senza sostituirlo con un'opzione migliore, che assicuri la presenza del personale in maniera capillare su tutta la rete sanitaria nazionale in maniera continuativa e prolungata, perché il rapporto medico-paziente è il primo gradino per avere una vera interculturalità. Senza una programmazione pluriennale con il personale e con la comunità, ogni piano d'azione è destinato a tradursi in puri rendimenti statistici relativi ai beneficiari dei fondi finanziari erogati da enti, ONG e associazioni nazionali centralizzate o sovranazionali. L'esigenza di presentare rendiconti quantitativi spesso porta ad un sovradimensionamento delle cifre periodiche dell'assistenza e delle prestazioni dovuto ad una "neurosi" da rendimento. Come viene rilevato da ricerche etnografiche presentate nel volume, viene sotteso a tutto un paradigma di sviluppo quantitativo "perché così lo esigono i finanziatori".

Dalla trattazione di Comelles viene il richiamo a ripensare criticamente il termine stesso "cultura", non più inteso come tassonomie etniche, e non solo come produzione o lettura di significati nei fenomeni medici, ma in maniera più ampia come presenza e creazione di significati intersecantisi e sovrappontentisi nei processi di medicalizzazione. Partendo da questa prospettiva, il valore dato al contesto, attualmente scarsissimo o praticamente nullo ed al corpo, che all'interno del sistema medico occidentale si individualizza, si medicalizza, potrebbe essere rivisto alla luce dei saperi e delle necessità degli assistiti. Questo processo si avvicinerrebbe al passaggio in atto da una concezione della salute come assenza di malattie ad un'unità di corpo e mente in uno stato di benessere. Questa evoluzione della medicina e delle aspettative a questa rivolta, che al momento coinvolge solo la fascia economicamente agiata, tende però ad una necessità di programmazione attraverso criteri di co-produzione delle conoscenze collettive.

Si supera quindi il concetto monolitico della competenza culturale e si auspica un cambiamento sostanziale nelle abilità, nelle *agency* e nelle professionalità a cui è sottesa la concezione di una cultura flessibile, in costante costruzione-decostruzione e ricostruzione per rispondere alle identità variabili e complesse in un contesto in cui *Yétnoscape* è in costante mutamento, legato a processi transazionali permanenti.

A tutto ciò Caramés Garcia, nel contributo *Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente*, aggiunge la necessità di inten-

dere il paziente nel suo essere sociale appartenente a diversi tipi di famiglia in permanente processo di integrazione e adattamento al contesto fisico, sociale e culturale.

I cambiamenti nell'istituzione sanitaria sono molto lenti perché questa è pensabile come una architettura discorsiva articolata in vari livelli: il Ministero della salute, al di sotto del quale ci sono i collegi professionali e via via le Università, le Scuole, i Centri di assistenza ed i Sindacati, fino alla Popolazione. Questa architettura ha tollerato alcuni adattamenti e modifiche, ma sempre all'interno di uno stesso spazio discorsivo. Di base, come teorizzava Menéndez nel 1991: la pratica medica è caratterizzata da biologicismo; dalla astoricità delle malattie e dalla considerazione di queste come entità fisse e omogenee, senza una concezione storica o una prospettiva processuale per comprendere i sistemi di salute e ridefinire i "processi storici/malattie"; dalla asocialità, per cui la realtà non è una costruzione sociale e la relazione medico-paziente è di tipo tecnico. Se la relazione medico-paziente si basa sulla considerazione che il malato sia vulnerabile, ignorante, dipendente e malleabile ne deriva direttamente che le informazioni e le conoscenze del paziente siano ignorate o almeno relegate fuori dalla relazione, che sarà quindi volutamente asimmetrica, paternalista e autoritaria.

Gradualmente si inculca nell'utenza più influenzabile la credenza che ciò di cui si ha bisogno è ciò che viene somministrato – prima di tutto i medicinali – e si fa dimenticare che ciò che è necessario è negato – spesso il cibo. Così si medicalizza la fame, la vita riproduttiva, la nascita, la morte, assicurandosi un controllo sui corpi e il raggiungimento del controllo della vita riproduttiva, una bassa mortalità e morbilità, la diminuzione della denutrizione.

Arancha Meñaca, nel contributo *Salud y migraciones*, propone la necessità di programmazioni che sorpassino l'ambito micro dei processi comunicativi e organizzino reorientamenti politici, attività e risorse nei diversi livelli del sistema di salute, se realmente si desidera la partecipazione degli immigrati alle dinamiche del dialogo interculturale. Il punto di partenza potrebbe essere la domanda: Qual è la domanda di salute della popolazione?

Nella vigente situazione interculturale spesso ogni interlocutore ignora la situazione e i presupposti dell'altro, così, specialmente per i medici e gli infermieri è difficile mettersi al servizio dei pazienti. L'ignoranza poi della lingua obbliga ad un silenzio mutuo e al ricorso ad interpreti. Ma, oltre alla lingua, l'ignoranza reciproca si espande alle concezioni di salute, di malattia, alle aspettative e le credenze, ai ruoli di medico/paziente e della famiglia. Se il paziente vive qualche tipo di discriminazione o disprezzo sociale per l'origine culturale le relazioni si rarificano e il medico facilmente sottovaluterà il mondo del paziente, che lo conosca o meno.

Alcune esperienze veramente interculturali, invece, trovano molte difficoltà a svilupparsi per le strutture socioeconomiche che, per lo più, si accontentano di risultati rapidi e spettacolari senza incidere sulle cause di fondo. Spesso poi, come sintetizza Luisa Abad González in *Salud, interculturalidad y pueblos indígenas*, le azioni intraprese riproducono il sistema sanitario statale con gli schemi delle infrastrutture impiantate in territori in cui non sono ancora arrivate e si porta la medicina "accademica" a discapito delle pratiche locali di salute. La tendenza è portare nelle zone rurali programmi di salute estrapolati dai modelli urbani o della marginalità urbana, alieni dalla realtà sociale. Ma quand'anche si lavora con *parteras* o medici tradizionali non si

tengono in considerazione le loro opinioni perché c'è una mancanza di costante dialogo tra gli attori sociali. La medicina ospedaliera ha tentato di inglobare gli aspetti empirici della medicina tradizionale, giudicando inutile tutta l'impostazione epistemologica.

L'inculturazione può essere letta come un processo triplice: affettivo, cognitivo (teso ad intendere il senso delle differenze culturali ed a metabolizzarle), politico (come creazione nelle comunità di potere gestionale e di conoscenze nelle questioni di salute).

Gli anni di lavoro di Campos Navarro – *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina* – parlano di una continuità passiva e acritica, nei programmi interculturali, nell'interrelazione e della forte discrepanza tra il discorso istituzionale e la pratica reale. La medicina interculturale è una realtà nonostante i programmi e le retoriche ed i suoi veri agenti sono gli ausiliari ed i promotori.