

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2009.

# **La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente.**

Sarudiansky, Mercedes, Bordes, Mariana y  
Saizar, María Mercedes.

Cita:

Sarudiansky, Mercedes, Bordes, Mariana y Saizar, María Mercedes (2009). *La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/59>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/Y4S>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA Y EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD. UNA PROPUESTA PARA EL ESTUDIO DE UN CAMPO EMERGENTE

Sarudiansky, Mercedes; Bordes, Mariana; Saizar, María Mercedes  
Centro Argentino de Etnología Americana - CONICET -  
Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

El carácter hegemónico de la biomedicina en la atención pública de la salud en nuestro país constituye un hecho ineludible en la actualidad. Sin embargo, la utilización por parte de los usuarios de distintos enfoques terapéuticos no-biomédicos aparece como un fenómeno creciente que se extiende en los diversos sectores socio-culturales, lo que se registra no sólo en nuestro país sino también a nivel mundial. Es en este contexto que se hace necesario dar cuenta de las respuestas elaboradas por parte de los efectores del sistema de salud respecto de este fenómeno. A la luz de esta situación, el objetivo del presente artículo es introducir una propuesta de trabajo que permita explorar el lugar que ocupan las Medicinas Alternativas/Complementarias en el marco de las políticas públicas de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se propone delinear los principales lineamientos teórico-metodológicos que sustentan esta investigación, así como también los primeros resultados obtenidos por este equipo de trabajo.

## Palabras clave

Hospitales MAC Complementariedad CABA

## ABSTRACT

THERAPEUTIC COMPLEMENTARINESS AND THE OFFICIAL HEALTH SYSTEM. A PROPOSAL FOR THE RESEARCH OF AN EMERGENT FIELD

It's undeniable that biomedicine is the predominant practice in the public health system in Argentina. However, the use of alternative and complementary medicines by the users of the health system it's also a common phenomenon in all social areas. So, we think it's necessary to study the responses of the practitioners about this event. The object of this article is to introduce a research proposal to investigate the way the Alternative and Complementary Medicines are inserted in the public health system of the Autonomous City of Buenos Aires. In that order, we propose to give account about the theoretical linings and the methodological issues this research requires. We also introduce the first activities and results made by this team.

## Key words

Hospitals CAM Complementariness CABA

---

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha evidenciado a nivel mundial un creciente desarrollo y difusión de las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MAC). En este contexto, en el ámbito de las ciencias sociales existe actualmente un importante debate respecto de los condicionantes que inciden en este fenómeno, así como los posibles factores explicativos. Algunos autores han señalado la insatisfacción por parte de los usuarios de los resultados de la medicina convencional y en los patrones que rigen la relación médico-paciente, la búsqueda de roles más activos por parte de los pacientes, la emergencia de nuevos sistemas de valores culturales identificados con la posmodernidad, la con-

ceptualización de la experiencia de enfermedad de una manera más holística en relación con múltiples aspectos de la vida, la búsqueda de tratamientos menos invasivos, así como diversos factores socio-culturales que hacen a la concepción de la enfermedad y la cura en términos específicos e inclinan a los usuarios a valorar positivamente estas prácticas (Douglas, 1998; Furnham and Vincent, 2003; Goldstein, 2003; Hughes, 2004; Idoyaga Molina, 2002; Siahpush, 1998; Sointu, 2006; Tesser y Barros, 2008).

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, también ha dado cuenta de la importancia de este fenómeno a través de una propuesta conceptual que reconoce la coexistencia de la Biomedicina, las Medicinas Tradicionales y las denominadas "Alternativas y Complementarias" (WHO, 2002), haciendo un llamamiento a los gobiernos nacionales para que incluyan estas distintas opciones en el marco de la atención de la salud oficial. En la Argentina, Idoyaga Molina (2002) ha formulado desde un punto de vista antropológico el funcionamiento de un sistema etnomédico en la atención de la salud, el que implica -a nivel de las prácticas concretas- el traslapo de la biomedicina, las medicinas religiosas, el autotratamiento o medicina casera, las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas. Si bien la autora distingue distintas combinaciones de terapias de acuerdo a factores culturales, socioeconómicos, étnicos y religiosos, remarca que las estrategias de complementariedad son un hecho cada vez más frecuente entre individuos de diferentes grupos sociales de nuestro país (Idoyaga Molina, 2007).

Ahora bien, a pesar del carácter diverso que efectivamente asume la atención de la salud por parte de los distintos grupos sociales, la biomedicina mantiene actualmente su hegemonía político-epistemológica, lo que se expresa en el modo en el que el sistema médico oficial se encuentra organizado. En el plano de la legislación, la autorización para "anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades" (Ley Nacional 17.132) reposa en aquellas personas que posean título de médico, formados en instituciones validadas por el Estado Nacional, ya sean nacionales o extranjeras. En el plano institucional, la biomedicina aparece como la única cuya enseñanza se imparte oficialmente en las escuelas de medicina (si bien en los últimos años se han añadido nuevas asignaturas, como la de Medicina Ayurveda, en la Universidad de Buenos Aires), monopolizando en consecuencia el campo de los cuidados médicos legítimos (Shuval y Mizrahi, 2004).

Uno de los aspectos que podemos señalar es que esta situación aparece como problemática en tanto tiene como reverso una completa ausencia de reglamentación para todas aquellas prácticas que no se inscriben en el paradigma biomédico de atención, revistiendo consecuencias específicas en lo que hace al tipo de oferta que éstas asumen, el grado de acceso que habilita para distintos sectores (determinado, en muchos casos, según su nivel de ingreso), así como las modalidades de vinculación que se delimitan entre estos enfoques no-convencionales y la medicina científica.

A la luz de esta problemática, y teniendo en cuenta el carácter escasamente estudiado de este campo de indagación en las ciencias sociales y de la salud en nuestro país, el objetivo del presente artículo es introducir una propuesta de trabajo para el abordaje del lugar que ocupan las Medicinas Alternativas/Complementarias (MAC) en el marco de las instituciones oficiales de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consideramos que esta perspectiva será de utilidad para comprender las particularidades locales que asume la inserción en el ámbito público de los enfoques no-biomédicos, dando cuenta de las necesidades concretas de los usuarios que cubren, así como las tensiones, conflictos y/o negociaciones que esta incorporación trae aparejados en el plano de las dinámicas institucionales.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA PROPUESTA

Para cumplir con el objetivo general mencionado, proponemos relevar la oferta de talleres abiertos a la comunidad en hospitales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. En una primera etapa, se realizará un relevamiento exploratorio de las instituciones hospitalarias para verificar o no la existencia de talleres de MAC (esto

se llevará a cabo concurriendo personalmente a los hospitales, debido a que otras fuentes de acceso a la información resultan insuficientes y no del todo confiables). En los casos en que se verifique la presencia de estas ofertas, se rastrearán las vías de difusión de las mismas, teniendo en cuenta la circulación de folletos, la información proporcionada en las páginas Web de los hospitales o de los servicios particulares, así como la derivación de los especialistas biomédicos de las propias instituciones hospitalarias. Luego, se realizarán entrevistas semi-estructuradas a los responsables y/o coordinadores de los talleres, con el objetivo específico de ahondar en el contexto de emergencia, así como el grado de institucionalización de estas actividades, explorando los factores intervinientes en la consolidación o declive de las mismas. En una segunda instancia, se realizará una profundización del trabajo de campo (circunscrito ya al ámbito concreto de los talleres). En este punto, realizaremos observación participante, así como entrevistas abiertas, extensas y recurrentes a los coordinadores y participantes, a fin de indagar los motivos de la asistencia, el tiempo de permanencia, las posibles combinaciones de dichas actividades, entre otras cuestiones posibles de suministrar información acerca de si la inclusión de estas ofertas responden efectivamente -y en qué sentido- a las necesidades de salud planteadas por la población asistente.

### PRIMEROS AVANCES

Actualmente nos encontramos en la primera etapa de la investigación. Ciertamente, hemos indagado respecto de la existencia o no de talleres abiertos a la comunidad en cuatro hospitales públicos de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Nos contactamos telefónicamente con los responsables de la coordinación de los talleres de los dos hospitales donde encontramos esta oferta, para realizar una primera entrevista. En este primer encuentro se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada, en la cual se preguntó respecto del contexto en el que se dio origen a los talleres, los emergentes asociados a su creación, los servicios involucrados en la implementación y puesta en marcha, las actividades propuestas, los alcances y límites de la oferta a nivel institucional, así como también las representaciones en torno a la salud y la enfermedad que subyacen a la propuesta. A partir de ello es que pudimos delinear distintos ejes de análisis:

*Contexto de emergencia:* De los dos hospitales relevados, existen diferencias en torno a lo que sería el área de anclaje de los talleres. En uno de los hospitales (al que llamaremos "Hospital 1"[1]) los talleres dependen directamente del Servicio de Salud Mental, mientras que en el otro hospital ("Hospital 2"), los talleres parten desde el área Programática de la institución. Es interesante señalar que la coordinación general, en ambos casos, depende de profesionales de la salud mental.

Si bien el origen de los talleres se asocia a un exceso de demandas que no puede ser cubierto a través de los recursos materiales y humanos de los hospitales, los factores que dan origen a ese exceso es interpretado de manera diferente. En uno de los casos (Hospital 1) se asocia claramente al uso del hospital como lugar de referencia de los enfermos mentales crónicos y a la emergencia de nuevas problemáticas sociales asociadas a la crisis económica de los años '90. En tanto, en el Hospital 2, la creación de los talleres se vincula con la necesidad de crear un contexto grupal para que las personas adhieran al tratamiento de las enfermedades crónicas, tales como hipertensión, obesidad, diabetes y artrosis.

*Actividades propuestas:* En ambos hospitales la oferta de talleres se caracteriza por la diversidad. Encontramos así desde talleres literarios, de reflexión, así como también un acento cada vez mayor en las actividades que involucren el uso del cuerpo. La justificación de este hincapié refiere en ambos casos a la necesidad de diferenciar estos talleres respecto de la psicoterapia y de las interpretaciones psicológicas que suelen asociarse a los contextos grupales. En este sentido, en ambos casos existe un claro lineamiento que otorga preeminencia a la necesidad de destacar las potencialidades de cada participante, asociando las actividades del taller al trabajo, la comunicación, la creación de redes sociales y la mejora de la calidad de vida. De acuerdo con los entrevistados, esta perspectiva favorecería una asociación del hospital a la salud, operando así un desplazamiento respecto del lugar central que históricamente han tenido la enfermedad y la muerte en estos

contextos institucionales.

Con respecto a las actividades específicas de los talleres, encontramos que existe una oferta cada vez mayor de prácticas asociadas habitualmente a la *New Age* (biodanza, bioenergética, danzas circulares) e incluso algunas de ellas -de clara raigambre oriental- tales como yoga, tai-chi-chuan, meditación con cuencos tibetanos, shiatsu, reflexología, entre otras.

*Relación institucional:* En ambos casos, las actividades de los talleres se encuentran insertas en la estructura hospitalaria, aunque de diferentes maneras y con diversos grados de aceptación por parte de las autoridades y/o colegas biomédicos. Así, en el caso del Hospital 1, se hace referencia a la "benevolencia" de los jefes de los servicios de la institución como facilitadores de la permanencia de la oferta de talleres. Sin embargo, pudimos advertir la exclusiva dependencia respecto del Área de Docencia e Investigación, que delimita las actividades que pueden hacerse y las que no, seleccionando y autorizando a los talleristas que realizan las actividades. En el Hospital 2, las actividades parecieran desarrollarse de modo más independiente, en la medida en que no requieren autorización de otras áreas previa a su realización. Una de las consecuencias de esta situación consiste en que las derivaciones a talleres dependen de modo directo de la relación personal que cada especialista del hospital sostenga con la autoridad coordinadora de los talleres (lo que determina la ausencia de adhesiones espontáneas por parte de los profesionales en general). En este último caso, la figura que articula la derivación de casos es la coordinación más que la institución hospitalaria.

*Participantes:* En ambos casos la oferta se presenta como abierta a la comunidad. Sin embargo, en el Hospital 1 prevalece la concurrencia de pacientes estables del servicio de salud mental, así como de otros servicios tales como Dermatología, Obstetricia y Reumatología y personal de la planta permanente de la institución. En el Hospital 2, si bien se registra también la concurrencia por parte de pacientes que asisten al servicio de Salud Mental del hospital, una parte significativa de los participantes provienen de las inmediaciones del hospital, a partir de la difusión que los talleres alcanzan en la comunidad próxima y en las cercanías de los accesos ferroviarios.

### PALABRAS FINALES

El presente trabajo toma como punto de partida el hecho constatado de que existe en la actualidad una demanda por parte de la sociedad que exige la aparición de nuevas alternativas terapéuticas, no sólo ligadas a la *enfermedad* biomédicamente conceptualizada (y a los tratamientos específicos que supone) sino a una mejora en términos de *calidad de vida*. Es a partir de esta idea que las actividades aparecen orientadas hacia el trabajo sobre el cuerpo y la mente (meditación, ejercicios de memoria, actividad física) haciendo un fuerte hincapié en la necesidad de disminuir el uso excesivo de medicación, lograr la adherencia a los tratamientos y en la creación de redes sociales.

Podemos señalar a modo de hipótesis preliminar que estos talleres, si bien no se proponen como espacios terapéuticos en el sentido estrictamente biomédico, se presentan a sí mismos en términos de complementariedad, más que de alternativas que pudieran prescindir de la utilización de la medicina oficial. Estas actividades (cuando tienen un claro fin terapéutico) plantean la noción de salud como el logro de un estado de bienestar, la mejora de la autoestima, el aumento de las capacidades y potencialidades personales y sociales, más que en la ausencia de enfermedad.

En términos institucionales, la orientación general de los practicantes biomédicos respecto de estos espacios abiertos a la comunidad va desde el rechazo total a diferentes niveles de aceptación, lo que depende también de la idiosincrasia personal de cada profesional, sin que medien parámetros delineados desde la institución en tanto tal (Grandinetti, 2000; Jobst, 1998). Esta última circunstancia de aceptación cautelosa de la utilidad potencial de prácticas no-biomédicas para el cuidado de la salud -como ya lo han indicado Rees (1997) y Sharma (1992)- corre el riesgo de fundamentarse en la creencia de que los resultados de estos tratamientos se basan en efectos placebo, lo que determinaría una desaprobación, en última instancia, de la eficacia terapéutica real que estas terapias pueden potencialmente revestir.

## NOTA

[1] En una de las entrevistas realizadas se nos solicitó expresamente que no mencionáramos el nombre de la institución. Es por ello que decidimos obviar el nombre de todas las instituciones a las cuales accedimos en el trabajo de campo.

## BIBLIOGRAFÍA

- DOUGLAS, M. (1998) *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa
- FURNHAM, A. y VINCENT, C. (2003), Reasons for using CAM. En: M. Kelner, B. Wellman, B. Pescosolido y M. Saks (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. London: Routledge, pp. 71-78
- GOLDSTEIN, M.S. (2003), The culture of fitness and the growth of CAM. M. Kelner, B. Wellman, B. Pescosolido y M. Saks (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. London: Routledge, pp. 27-38
- GRANDINETTI, D. (2000), Acupuncture in 2000: Working its way into mainstream medicine. *Medical economics*, 77 (15), pp. 99-110
- HUGHES, K. (2004) Health as individual responsibility. Possibilities and personal struggle. En: P. Tovey, G. Easthope y J. Adams (Eds.), *The mainstreaming of complementary and alternative medicine, studies in social context*. London: Routledge, pp. 25-46
- IDOYAGA MOLINA, A. (2002) *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte.
- IDOYAGA MOLINA, A. (2007) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA
- JOBST, K.A. (1998) Toward integrated health care: Practical and philosophical issues and the heart of the integration of biomedical, complementary and alternative therapies. *Journal of complementary and alternative medicine*, 4 (2), pp. 123-126
- LEY NACIONAL 17.132 - Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares
- REES, R. (1997) Alternative medicine in the UK. *Alternative therapies*, 3 (3), pp. 84-85.
- SHARMA, U. (1992) *Complementary medicine today: Practitioners and patients*. London: Routledge.
- SHUVAL, J. y MIZRACHI, N. (2004) Changing boundaries: Modes of coexistence of alternative and biomedicine. *Qualitative health research*, 14 (5), pp. 675-690
- SIAHPUSH, M. (1998) Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of sociology*, 34 (1), pp. 58-70
- SOINTU, E. (2006) Recognition and the creation of well-being. *Sociology*, 40 (3), pp. 493-510
- TESSER, C.D. y BARROS, N.F. (2008) Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 42 (5), pp. 914-920.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Ginebra: World Health Organization.