

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

¿Hacia una nueva lógica institucional?. Las modalidades de inserción de las terapias no-biomédicas en el sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires.

Mariana Bordes, María Mercedes Saizar y Mercedes Sarudiansky.

Cita:

Mariana Bordes, María Mercedes Saizar y Mercedes Sarudiansky (2009). *¿Hacia una nueva lógica institucional?. Las modalidades de inserción de las terapias no-biomédicas en el sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1508>

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>.

¿Hacia una nueva lógica institucional?

Las modalidades de inserción de las terapias no-biomédicas en el sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires.

Mariana Bordes (1), María Mercedes Saizar (2) y Mercedes Sarudiansky (3)

(1) CONICET-UBA

marianabordes@yahoo.com.ar

(2) Centro Argentino de Etnología Americana-CONICET

m_saizar@yahoo.com

(3) CONICET-UBA

msarudi@gmail.com

Introducción

Este trabajo tiene como objetivo conocer las modalidades a través de las cuales las terapias que pertenecen a enfoques no-biomédicos se insertan en el sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires. El propósito que impulsa esta indagación responde: 1) a la creciente utilización de estas terapias –designadas habitualmente como medicinas alternativas y complementarias (MAC)- por parte de los usuarios del sistema de salud convencional y 2) a una tendencia global a su incorporación en ámbitos de atención clínicos y hospitalarios. Considerando esta situación, el presente artículo examina en esta oportunidad la naturaleza de las relaciones que se establecen, en el marco de nuestra área de estudio, entre el ámbito de atención de la salud oficial y las terapias no-biomédicas. Para ello, el foco se encuentra puesto en la oferta de talleres interdisciplinarios que son promovidos en el marco de tres hospitales de agudos de la CABA. Nuestras elaboraciones se encuentran agrupadas en tres ejes principales: el proceso mediante el cual los talleres se insertaron efectivamente en la estructura institucional hospitalaria, qué factores facilitaron/incidieron en este proceso, las características de las actividades desarrolladas. Cabe destacar que los datos primarios se

inscriben en un proyecto de investigación más amplio que se encuentra en su fase preliminar, e incluye hasta el momento la observación participante en diferentes talleres, rastreo de documentos y entrevistas semi-estructuradas a las autoridades a cargo de la organización de las actividades.

Las medicinas no-biomédicas en el campo de la salud

Como deja entrever Singer (1990: 183-184) el análisis de la atención de la salud en las sociedades contemporáneas requiere de una lectura crítica que permita aprehender los alcances, pero sobre todo los límites de la categoría de '*pluralidad médica*'. En este sentido, uno de los desafíos para la sociología consiste en construir un enfoque que habilite a captar los rechazos, las reapropiaciones y las estrategias de complementariedad que subyacen a las opciones que son utilizadas efectivamente por los usuarios pertenecientes a distintos grupos culturales y socio-económicos. Pero que, asimismo, permita contemplar las lógicas relacionales (y de poder) que se delinean entre distintas ofertas terapéuticas en el seno de la atención de la salud a nivel oficial (lo que implica considerar a cada enfoque médico en términos de *agente*).

En concordancia con esta perspectiva crítica, las ciencias sociales se han focalizado en conocer los procesos mediante los cuales los saberes y prácticas biomédicas han logrado consolidar su expansión desde finales del s. XVIII. Como señala Luz (1995), la racionalidad biomédica aparece fundada en una cosmología que se articula con el imaginario mecanicista de la física de los siglos XVI y XVII. A partir de esta matriz, se consolida el dualismo que va a atravesar a la disciplina, determinando una relación de subordinación (incluso exclusión) respecto de otros paradigmas médicos: esta es la escisión entre cuerpo –materia- y hombre –espíritu-. Basada en una teoría nominalista del conocimiento, la biomedicina va a adjudicar la categoría de *creencia* a todo tipo de comprensión de la enfermedad cuyo referente empírico no sea claramente identificado (Good, 1994). Esta epistemología de corte empirista se constituye en uno de los pilares que permite legitimar las pretensiones monopólicas de las formas de intervención sobre la salud de las poblaciones, dando como resultado lo que Menéndez (1990) definió como el carácter hegemónico del modelo biomédico.

La situación de la Argentina no escapa a estos procesos. En términos históricos, los procesos de medicalización redundaron en la persecución sistemática de las terapéuticas tradicionales (curanderismo y chamanismos indígenas), así como la incorporación subsumida de saberes y prácticas específicas. De acuerdo a Di Liscia (2002), la relación que se establece entre la

biomedicina y los enfoques médicos *otros* en Argentina es compleja, registrándose diferencias en las posturas asumidas en diversos momentos históricos por distintos sectores (funcionarios, eclesiásticos, médicos, periodistas). No obstante, muestra cómo el discurso oficial termina manteniendo una división dicotómica entre la ‘*medicina*’ y el ‘*curanderismo*’, siendo esta última una ‘etiqueta’ que se utilizará sistemáticamente cuando se trate de denominar a toda práctica no-científica. Este modelo de atención basado en un único paradigma se consolidará con el advenimiento del modelo de seguridad de pretensiones universalistas promovido por el desarrollo del Estado ‘benefactor’ en la Argentina. Cabe destacar, sin embargo, que esta exclusión no va a redundar en su desaparición real, sino que reforzará la legitimidad que se autoatribuye la profesión biomédica de modo exclusivo mientras que fortalecerá las estrategias de ocultamiento de las prácticas no-científicas empleadas por parte de los legos (Kallinsky y Arrué, 1996).

Ahora bien, en los últimos años, se registra un relativo proceso de apertura de carácter transnacional que conduce a las instituciones biomédicas a incorporar terapias no-científicas, así como prácticas de arteterapia en espacios clínicos específicos. Estos cambios expresan una tendencia global que enfatiza la necesidad de combinar la biomedicina con otros enfoques terapéuticos. Si bien este proceso está lejos de trastocar las estructuras de poder establecidas, este fenómeno se hace cada vez más presente en la producción de documentos de organismos internacionales (OMS, OPS)¹, en la emergencia de asociaciones con objetivos ‘integrativos’ y en la proliferación de estas prácticas en los ‘intersticios’ de las instituciones hospitalarias.

Esto último se registra particularmente en nuestra zona de estudio. Si bien en países industrializados la incorporación de estas terapias no se encuentra exenta de tensiones a nivel institucional y profesional (Easthope, 1993; Fadlon, 2005; Shuval y Mizrachi, 2004), en Argentina estas cuestiones directamente no forman parte de la agenda política, lo que se expresa en la ausencia de debates en torno a la incorporación de terapias no-biomédicas en el entramado institucional del sistema de salud, así como la ausencia de legislación que reglamente su enseñanza y práctica. Esto sucede en contraposición con otros países de la región (Bolivia, Chile, Brasil) que han comenzado a debatir la regulación de prestaciones de medicina indígena, y la inclusión de terapias

¹ Respecto de la OMS, nos referimos al documento “Estrategias sobre Medicina Tradicional” (2002- 2005) donde enfatiza el crecimiento de la demanda de medicinas no-alopáticas, tanto en países desarrollados como “en desarrollo”. Respecto de la definición de “tradicional”, la OMS incorpora bajo este término distintos enfoques terapéuticos, que incluye tanto los sistemas como la medicina ayurvédica o la china, así como también las medicinas tradicionales indo-americanas. En cuanto a las directivas de la OPS, se destacan las declaraciones que aparecen como resultado del I Taller Continental sobre los Pueblos Indígenas y la Salud realizado en Winnipeg, Canadá, donde se establecieron una serie de principios centrados en el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación de sus prácticas de salud, en un marco de revitalización de sus culturas originarias.

provenientes de otros contextos culturales, como las medicinas de raigambre oriental, homeopatía, herbolaria.

En la ciudad de Buenos Aires aún no se cuenta con cifras oficiales que realicen estimaciones cuantitativas para determinar los porcentajes de utilización de estas opciones en ámbitos oficiales. Por ello, optamos por comenzar nuestra indagación relevando la presencia de terapias no-convencionales en el marco de la oferta de talleres abiertos a la comunidad en hospitales de agudos de la citada área de estudio.

Las transformaciones en el campo local de atención: el caso de los talleres en hospitales de agudos

Nuestras elaboraciones se encuentran agrupadas en tres ejes principales: el proceso mediante el cual los talleres se insertaron efectivamente en la estructura institucional hospitalaria, qué factores facilitaron/incidieron en este proceso, las características de las actividades desarrolladas. Cabe destacar que los datos primarios se inscriben en un proyecto de investigación más amplio que se encuentra en su fase preliminar, e incluye hasta el momento la observación participante en diferentes talleres, rastreo de documentos y entrevistas semi-estructuradas a las autoridades a cargo de la organización de las actividades.

Proceso de inserción de los talleres en el ámbito hospitalario:

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 son interpretados de manera diferente. En uno de los casos, el Hospital 1, 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. En tanto, en el Hospital 2 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 el caso del Hospital 3, la creación de estos espacios se asocia a la decisión del área de Salud Mental, por supuesto acompañada por la dirección de la institución, respecto a crear un espacio de contención para la comunidad, una oferta gratuita de actividades

asociadas a la mejora en la calidad de vida y al acompañamiento de los tratamientos de enfermos crónicos que recurren al servicio.

En el Hospital 1, los talleres dependen directamente del Servicio de Salud Mental, quedando tanto la diagramación de actividades como el registro de talleristas y de asistentes bajo la responsabilidad de la coordinación de la mencionada área. En este caso, es interesante destacar que si bien la dirección del hospital autoriza el desarrollo de las actividades, no se involucra especialmente en ellas, en tanto no define el tipo de disciplina ni la modalidad en que se desenvolverá. Como correlato de esta independencia, se observa una falta de apoyo institucional, manifiesto en distintas cuestiones, tales como la ausencia de presupuesto para solventar los gastos de las actividades y el estipendio de los coordinadores, así como en la casi constante amenaza de cierre de los talleres por falta de espacio para su desarrollo.

En el Hospital 2 la coordinación de los talleres es responsabilidad del área de Salud Mental, pero ésta depende en última instancia del área Programática de la institución, quien controla el perfil de las actividades a desarrollar y los antecedentes de los talleristas. En este caso, la libertad de acción es menor, pero se refiere una mayor legitimación de las actividades a nivel institucional, manifiesta no sólo en los dichos de los coordinadores, sino también constatada en aspectos tales como la estabilidad del espacio físico destinado a su desarrollo y la difusión de las actividades hacia fuera y dentro del ámbito hospitalario.

En el Hospital 3, los talleres se asocian a las actividades generales de la institución, más precisamente al área de Salud Mental, pero están en realidad “tercerizadas”, es decir, un grupo de profesionales de la salud externos a la institución diseña y desarrolla las actividades, las que son aprobadas en primera instancia por el área de Salud Mental y en última, por la dirección del mismo. En este caso, la estabilidad y continuidad de los talleres es puesta a prueba en cada período en el que la institución evalúa su desenvolvimiento.

Es interesante señalar que la coordinación general de los talleres, en todos los casos, depende de profesionales de la salud mental.

Factores que facilitaron/incidieron en el proceso de inserción

En el caso del Hospital 1 y 2, 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, las actividades parecieran

desarrollarse de modo más independiente, en la medida en que, desde sus inicios, se llevaron a cabo sin necesidad de autorización de otras áreas previa a su realización. Una de las consecuencias de esta situación en la actualidad 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.

En el Hospital 2, se hace referencia a la “benevolencia” de los jefes de los servicios de la institución como facilitadores de la creación y 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 caso del Hospital 3, el equipo de coordinación es externo a la institución, y si bien necesita de su autorización para el desarrollo de los talleres, cuenta también con mayor libertad para diseñar el cronograma de actividades. Como contraparte, la calidad de la inserción institucional es menor y la amenaza de cierre, constante.

Actividades propuestas

En los tres 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 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, 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.

En este contexto general, las características específicas que asume la incorporación institucional de las terapias no-biomédicas en Buenos Aires oscila entre una postura que acepta esta inserción pero que no termina de legitimarla institucionalmente (y, en este sentido, debe leerse la actitud de “benevolencia”), y una postura que, con el objetivo de legitimar estas actividades en el espacio hospitalario, coarta la libertad en el diseño y selección de las disciplinas a ofertarse, subsumiendo las potencialidades de la propuesta holística en términos estrictamente biomédicos. Esta modalidad de integración restringida y subordinada revela una limitación (epistemológica y práctica) que es constitutiva de la biomedicina en tanto racionalidad médica: aquella que le impide tratar al doliente en términos de totalidad. Siguiendo a Schepers-Hughes y Lock (1987) la perspectiva científicista –al fundarse en una epistemología cartesiana- construye una idea de persona que sólo contempla su aspecto biológico (aquello considerado como empíricamente existente y, por ende, único referente *verdadero* de la realidad). En este marco, la biomedicina encuentra su máxima eficacia práctica focalizándose en la dimensión de la localización y tratamiento de las patologías en tanto tales (con la consecuente fragmentación en saberes cada vez más especializados), mientras que toma distancia de la dimensión del *mundo vivido* de los dolientes en forma global. Es por ello que, tal como precisan Tesser y Luz (2008: 201) la biomedicina se encuentra ‘bloqueada internamente’, en virtud de su propia conformación institucional y paradigmática excluyente, lo que deriva en una profunda dificultad para concebir la atención en términos de integración de perspectivas².

² Esta fragmentación y especialización conduce, por tanto, a que la *integralidad* sólo pueda ser concebida para el conjunto de acciones institucionales, bajo la figura de los equipos multidisciplinarios (Luz y Tesser, 2008: 203).

Bibliografía

- Di Liscia, M. S. (2002) Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910), CSIC, Madrid. Citado en: Faberman, J. y Tula Molina, F., "Reseña", Revista del Instituto de Historia Argentina y Americana 'Dr. Emilio Ravignani', n. 27, 2005.
- Easthope, G. (1993) The Response of Orthodox Medicine to the Challenge of Alternative Medicine in Australia, *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 29 (3) 289-301
- Fadlon, J (2004) Unrest in Utopia: Israeli 's patients dissatisfaction with non-conventional medicine. *Social Science and Medicine*, 58 (12), 2421-2429.
- Kalinsky, B. y W. Arrue. (1996) *Claves antropológicas de la salud : el conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Davila.
- Luz, MT. (1995) Racionalidades medicas e terapeuticas alternativas. *Cadernos de ociologia*, 7, 107-128.
- Luz, M. y Tesser, C. (2008) "Racionalidades médicas e integralidade", *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, pp. 195- 206.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Scheper-Hughes, N. (1990) "Three propositions for a critically applied medical anthropology", *Social Sciences and Medicine*, vol. 30, n. 2.
- Shuval, J y N. Mizrahi (2004) Changing boundaries: Modes o coexistence of alternative and biomedicine, *Qualitative Health Research*, 14 (5).674-690
- Singer, M. (1990) "Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment", *Social Sciences and Medicine*, vol. 30, n. 2.
- Tesser, C. y Barros, N. F. (2008) "Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde", *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.5, pp. 914-920.