

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**El campo de la salud hoy:  
sistema médico alopático y otras medicinas**

**Ricardo D. Soria Alvez**

**2009**

## Agradecimientos

A mis maestros hasta hoy. En orden de aparición: mis padres, mi hermano y toda la familia. Amigos hermanos Pancho y Pollo. Maestros María Teresa y Waldemar. Profesores de Educación Física de escuela y liceos. Profesoras de filosofía y sociología del liceo. Profesor Juan Carlos Hackembruck. Profesores de sociología de la facultad. En otro plano de realidad, a la idea de Ch. Xavier. A las amistades de la plaza y la ciudad.

A los que contribuyeron con este trabajo monográfico. En orden de aparición: Pablo Fielitz y funcionaria de bedelía. Integrantes del taller de investigación de sociología de la cultura 2005-2006. Grupo de taller. Nebur. Abuelo Raúl. Alén. Lucía e Ismael. Jorge. Carlos. Silvia.

## Índice

1. Introducción ~ 3
2. Marco Conceptual: Conformación del campo de la salud en el Uruguay del Siglo XX ~ 5
  - 2.1. La implantación de un modelo hegemónico de salud ~ 5
  - 2.2. Mercantilización de la Salud ~ 7
  - 2.3. Desmedicalización de la Salud ~ 7
  - 2.4. La nueva *cultura holística*: oferta y demanda de *otras medicinas* ~ 10
  - 2.5. La eficacia de las terapias ~ 12
  - 2.6. *Otras Medicinas* en tela de juicio ~ 15
3. Diseño metodológico ~ 16
4. Presentación del trabajo de campo ~ 17
  - 4.1. Tabla de número de entrevistados ~ 18
  - 4.2. Síntesis de bitácora de investigación ~ 18
  - 4.3. Detalle de entrevistas realizadas a practicantes de *otras medicinas* ~ 21
5. Análisis ~ 22
  - 5.1. Resumen conclusivo del análisis de temas propuestos ~ 37
6. Reflexiones finales ~ 37
7. Bibliografía ~ 41
7. Anexos ~ 42
  - I. Síntesis de otras de anotaciones en bitácora ~ 42
  - II. Categorización de entrevistas ~ 44
  - III. Tabla de frecuencia de temas expuestos por los entrevistados ~ 70
  - IV. Búsqueda de palabras clave. Gráficos ~ 71

## 1. Introducción

En la actualidad, tanto los intelectuales como la gente llevan a cabo un proceso reflexivo a cerca de las maneras de vivir sanamente. Los medios de comunicación difunden los logros de la ciencia y la tecnología a la vez que informan sobre la crisis en el Sistema de Salud Alopático<sup>1</sup>, sobre la iatrogenia<sup>2</sup>, el error médico, y la mala praxis. (Romero, 1993: 129)

Los problemas cada vez más evidentes de nuestro sistema de salud se suman a la fuerte crisis socioeconómica del año 2002 que indujo a la gente a buscar ayuda en contextos alternativos al sistema de salud hegemónico. Al proceso de *medicalización de la sociedad* (Barran, 1993: 163) que diera lugar al monopolio de la clase médica alopática desde la década de los treinta, se agrega un nuevo fenómeno denominado *desmedicalización de la salud*. (Baier, 2004: 10) Mientras el primero de estos procesos formaba parte de una estrategia de disciplinamiento social llevado a cabo por la dirigencia política, el segundo es actualmente llevado a cabo por los sujetos y pacientes que tienden a volverse menos dependientes del sistema médico. Paralelamente, ante esta situación, se desarrollan al menos dos procesos conjuntos, entrelazados con un fenómeno de cambio cultural global: la *cultura holística* y la *New Age*. Se denomina *cultura holística*, básicamente, al conjunto de valores y prácticas basadas en la idea de la unión entre la energía y la materia, entre el universo y los seres vivos, en la unión entre el cuerpo y la mente o espíritu. A su vez, los movimientos *New age* "...son muy difíciles de categorizar: movimientos «holísticos» que incluyen espiritualidad, salud, crecimiento personal, ecología y reforma social; otros que recurren a la astrología y al ocultismo. Todo ello estaría englobado dentro de lo que se suele llamar *New Age* o Nueva Era, una de cuyas características es precisamente su dificultad para ser definida. (Àmbit d'investigació i Difusió Maria Corral)<sup>3</sup>

Según García Canclini y A. Rama éstos son fenómenos de hibridación cultural y transculturación que han puesto en tela de juicio a las instituciones de la modernidad, promoviendo nuevos modelos, que en caso de la salud han sido desarrollado por actores médicos y no médicos, tanto en el campo de la salud como en el campo de lo religioso y de lo mágico. . Es así que frente a este panorama de incremento de oferta y demanda de alternativas de atención de la salud han abierto sus puertas al público ocultos centros esotéricos; han crecido enormemente las iglesias de ritualidad expresiva, y han proliferado un sin fin de centros variados de prácticas de sanación:

---

<sup>1</sup>A diferencia de la homeopática, la alopática es la modalidad terapéutica cuyos medicamentos producen en el estado sano fenómenos diferentes de los que caracterizan las enfermedades en que se emplean.

<sup>2</sup> Se denomina Iatrogenia al fenómeno de alteración involuntaria del estado del paciente por el médico.

<sup>3</sup> Búsqueda electrónica del concepto sociológico de *new age*

hindúes, budistas, taoístas, reikianos, cabalistas, chamanistas, homeopáticos, de corrientes *New Age* y *holísticos* en general.

La salud, es definida por la OMS como el pleno estado de bienestar bio-sico-social. Asimismo, la salud hoy, puede definirse como un campo en que participan todos aquellos que enseñan, aprenden, practican o acceden a disciplinas e instancias de curación, sanación, o atención de la salud. A grandes rasgos se distinguen dos grupos: la medicina alopática con su farmacopea y las *otras medicinas*<sup>4</sup> y su farmacopea. Al interior de ellos se pueden efectuar múltiples divisiones, que den cuenta de la diversidad de relaciones de poder al interior del campo. Pero sin embargo, estos dos grandes grupos son portadores de dos capitales simbólicos bien diferenciados. Por un lado, la salud tratada desde una disciplina científica. Por el otro, la salud tratada por disciplinas que comparten una *cosmovisión holística*. Dada esta diferenciación teórica, el presente trabajo tiene como objeto analizar el uso diferenciado, alternativo y/o complementario de capitales, valores, o recursos medicinales de uno y otro grupo por parte de médicos, médicos terapeutas<sup>5</sup>, terapeutas<sup>6</sup> y usuarios de los mismos.

A continuación, se presenta una síntesis de las argumentaciones más importantes sobre el desarrollo de la medicina alopática hasta la actualidad y sobre el auge de la *cultura holística* y de las *otras medicinas*. Se incluyen en este apartado los elementos más importantes de la presente estructuración del campo de la salud en Uruguay.

Luego, será presentado un plan metodológico que dará lugar a la articulación de resultados del campo de investigación. Éste incluirá una bitácora de anotaciones, una serie de encuestas en profundidad y una búsqueda experta en prensa escrita de palabras clave referentes a la situación actual del sistema de salud alopático en relación con el auge de *otras medicinas*. Los resultados serán analizados a partir de la articulación teórica propuesta y a partir de nuevas articulaciones conceptuales.

Finalmente, serán enumeradas un conjunto de reflexiones finales que den cuenta de la incidencia de las *otras medicinas* en el campo médico y la re estructuración que éste promueve en la vida cotidiana de los usuarios.

---

<sup>4</sup> Defino como *otras medicinas* a todas aquellas prácticas ajenas al sistema de salud alopático que conduzcan a los usuarios a un mayor estado de bienestar bio-sico-social. La definición no solo incluye a prácticas específicamente medicinales sino también a prácticas religiosas y mágicas.

<sup>5</sup> Se define como médicos terapeutas a aquellos médicos que alternan o complementan su práctica con una o más de *otras medicinas*.

<sup>6</sup> se denomina terapeutas a las personas que aplican una o más técnicas de sanación correspondientes al grupo de las *otras medicinas*.

## **2. Marco Conceptual: Conformación del campo de la salud en Uruguay del Siglo XX**

### **2.1. La implantación de un modelo hegemónico de salud. Medicalización y expropiación de prácticas tradicionales, religiosas y mágicas de medicina.**

Según la antropóloga T. Porseckanski, brujos, curanderos, hueseros, y yuyeros fueron precursores de la ciencia y poseedores del ‘poder de curar’. Luego, maneras y modas de sanación mágica y religiosa fueron perdiendo primacía de generación tras generación a medida que el modelo médico estatal fue ganando terreno. La figura del médico, pulcro e ilustrado, se tornó cada vez más prestigiosa y legítima frente a la figura cada vez más estigmatizada del curandero, ‘supersticioso’ e ‘iluso’. “... el Estado profesionaliza a los médicos, coopta al cuerpo medico y le da una función específica aliada a las funciones de aparato de control y de preservación.” (Rodríguez, 2004: 63). Es así que “(...) se delegó a la institución médica la responsabilidad de la salud colectiva e individual, y se la autorizó en exclusividad a tratar física y psíquicamente a los sujetos, desacreditando sistemáticamente todo tratamiento que no proviniera de esa fuente legitimada, oficial.” (La medicalización de la sociedad; 1993: 127)

Autores latinoamericanos como Angel Rama, García Canclini y Barrán, explican algunos de los procesos de esa etapa fundacional. Rama da cuenta del proceso de “aculturación” que sufren las culturas locales frente a la imposición de las maneras y las modas de ser, sentir y actuar propias de Occidente. (Rama, 1971: 32, 34) Asimismo, el Estado uruguayo, desde una estrategia de disciplina de la ‘barbarie’, instaura un modelo de medicalización que atenta fuertemente contra los cultos espiritistas de sanación tradicionales, afro-americanos e indígenas. Por su parte Barrán da cuenta del proceso de *medicalización de la sociedad* el cual “(...) puede considerarse como un ordenamiento de creencias, hábitos y prácticas sociales en función de los avances de la investigación científica (...)” (La Medicalización de la Sociedad, 1993: 97)

En segundo lugar, Barrán ya había delimitado un proceso social –visible en Uruguay hacia 1930- al que denominó *medicalización* y durante el cual se extendió el monopolio de la clase médica – conformada desde fines del siglo XIX- sobre el tratamiento de las enfermedades. Éste proceso ocurrió, según el autor, en tres niveles: 1. el nivel de atención o tratamiento de las enfermedades; 2. el nivel de la valoración y prestigio social de la institución médica; 3. el nivel aprendizaje por la sociedad de conductas y valores colectivos promovidos desde el saber médico. (Barrán, 1993: 153)

Este proceso ha dado lugar a la conformación de una clase médica que muchas veces no tiene una conciencia clara de sus fundamentos. (Mitjavila, 1992: 38) En palabras de Dutto, la

institución médica se conformaría como actor importante del programa industrialista de la ideología burguesa, propiciando la mercantilización de la vida social, donde la filosofía materialista combatiría al espiritualismo. “Los médicos también conquistaron un lugar destacado en el imaginario social y en la sociedad real uruguaya”, combinando poder económico con prestigio social (Barrán, 1993: 160-171) Se habría llevado a cabo así la conformación de lo que Bourdieu concibe como campo de la *doxa científica*. Este se caracterizaría por: 1.tradición profesional heredera del pensamiento cartesiano que escinde al sujeto del mundo 2.distinción rígida entre lo objetivo y lo subjetivo 3.reproducción ilusoria de una aplicación neutral, objetiva de sus técnicas 4.distancia respecto de las valoraciones subjetivas y de los cambios culturales de la época 5.observación de rutina sin sujeto observador, sin reflexividad 6.relato social que hace posible el mito de la objetividad total, pura, incontaminada 7.capacidad hegemónica de otorgar carácter “científico” a otras disciplinas 9.generación de conocimiento y de un universo discursivo autocentrado e impenetrable. 10.ficción de una aproximación totalizante y autosuficiente a lo real y fracaso en intercambio transdisciplinario 11.disolución de todo reconocimiento de sus propias fisuras para dar cuenta de la inabordable complejidad de lo real.

De esta manera, la clase médica reproduce de generación en generación, desde la propia academia, un modelo hegemónico y estereotipado de comportamiento y práctica profesional, promotor de lo que Bourdieu denomina como *habitus científico*. Esto es, el conjunto de “... *sistemas generadores de percepción, apreciación y acción que son el producto de una forma específica de acción pedagógica vuelven posibles la elección de objetos, la solución de problemas y al evaluación de las soluciones*”. (Bourdieu, 1976: 33)

A partir de la segunda década del siglo XX, esta ciencia positiva, la razón, –en este caso la ciencia médica- que habría de actuar como conocimiento supremo de la sociedad mundial para la satisfacción de sus necesidades, comenzaba a perder prestigio y a ser cada vez más cuestionada. Horkheimer planteaba que la razón objetiva, destinada a ordenar y administrar los recursos que promueven el bienestar de las sociedades se ha vuelto subjetiva derivando en una ciencia meramente instrumental, incapaz de ordenar justa y eficientemente a la sociedad. (Horkheimer, 1969 [1953]: 30) Lipovetsky agrega que las grandes instituciones de la modernidad, despojadas de su prestigio inicial, funcionan ahora por inercia. Son cada vez mas controladas por especialistas, volviéndose indiferentes a las subjetividades de las personas dado a su alto grado de racionalidad, pero fundamentalmente a su gran vacío emocional. (Lipovetsky, 1995 [1983]: 36) En la actualidad, la institución de la salud alopática no es ajena a esta situación, siendo la burocratización y la mercantilización de sus servicios dos de los problemas que más afectan al sistema de la salud nacional.

## 2.2 Mercantilización de la Salud

La *mercantilización* es un proceso que traspasa la realidad de todas las esferas del campo de la salud: En este sentido el socio analista Rodríguez denomina como "...medicalización a los procesos de agenciamiento de un poder sedentario y omnicomprensivo aliados a los sistemas estatales y las súper empresas de producción de medicamentos cuyo fin es la justificación de una medicina racional y científica..." (Rodríguez, 2005: 54) Cotidianamente escuchamos vivencias de consultorio que dan cuenta de los problemas de la mercantilización de la salud. Se ha expresado muchas veces que los doctores son rehenes del propio sistema de la salud, que, dadas ciertas reglas de eficiencia del mercado, les exige cumplir con un elevado número de consultas por jornada. Esto lleva a que la consulta sea demasiado breve como para realizar un diagnóstico satisfactorio de una o más dolencias. Además, el diálogo entre médico y paciente se limita al examen clínico, se ha vuelto impersonal, deshumanizado. (A. Díaz, 2005: 107) Sumado a esto, si bien algunos estudios arrojan datos positivos acerca de la calidad de la atención médica, en los últimos años han aumentado los escándalos mediáticos en torno al error médico, la iatrogenia, y la mala praxis<sup>7</sup> médica. A raíz de esta situación, el gobierno ha promovido una reforma que intenta revertir la crisis del sistema de salud. Ésta incluye una importante reforma del plan de estudios de la facultad de Medicina y una actualización de la Ley Orgánica de la Universidad de la República.

Si bien el poder y el prestigio del que gozan los médicos se propaga más por costumbre y tradición que por la eficiencia en la función social de satisfacer las necesidades de salud de la población (Bayce, 1993: 211-212) la explosiva incorporación de *otras medicinas* en el campo de la salud ha afectado su status en la sociedad actual. Los médicos, "...se ven obligados a compartir no sólo una multiplicidad de pacientes y de espacios, sino cambiar y adoptar conocimientos y discursos para poder seguir en el campo." (Romero, 1993: 129)

## 2.3 Desmedicalización de la Salud

Entrada la década del '60 las influencias de las cosmovisiones orientalistas penetran con gran intensidad en la cultura occidental desarrollada, entre tantas cosas debido a la alta demanda de sensaciones, teorías y sistemas normativos de conducta que encanten el mundo de una vida cotidiana excesivamente racional. Algunas viejas deidades se transformaron en nuevos guías (Krishna, Buda, Jesús en su versión de Cristo redentor, rastaman, etc.) proporcionando elementos ancestralmente válidos de transformación para la revolución de los '60. El hipismo –Beatles,

---

<sup>7</sup> Ver Anexo IV, pg. 87

Hendrix y Joplin, entre otros- y los movimientos revolucionarios, fenómenos icónicos de la revolución cultural del mayo francés oficiaron como grandes caracteres identitarios, emulados a lo largo y ancho de toda la cultura occidental. Sonia Romero constata la presencia de diferentes vertientes de la llamada *new age*, en expansión desde la década de 1970 y que, con el cambio de milenio, ha promovido en Uruguay "... la difusión y aceptación en el imaginario social de formas populares y diversificadas de ver-se y tratar-se." (Romero, 2005: 31)

En esos tiempos la hegemonía de los grandes relatos unitarios comenzaba a fragmentarse a la vez que algunas tendencias de producción artística –experiencias místico extáticas - comenzaron a mezclarse fuertemente con la ciencia, generando nuevos y fantásticos meta relatos de ciencia ficción. Fue esa una etapa de reencantamiento y liberación de la expresividad, en contraposición a etapas anteriores de medida instrumental y desencanto. La teoría social denominaría mas adelante a este proceso como pasaje de la modernidad a la postmodernidad, también denominada modernidad tardía, modernidad reflexiva, o modernidad radicalizada.

En nuestro país y en el Río de la Plata en general, las tendencias revolucionarias y transformadoras de los estilos de vida se vieron diezmadas por la represión propiciada por los procesos dictatoriales latinoamericanos. Según comentaba en una de las entrevistas el socio analista Rodríguez las escasas tendencias resignificadoras del misticismo oriental se mantuvieron en silencio frente a la ‘inquisición’ anti - comunista. Lo mismo le ocurrió a los grupos esotéricos occidentales, cuya membresía oculta se ha extendido desde la ‘caza de brujas’ hasta el comienzo de la era moderna. J. Rodríguez planteaba una interesante argumentación acerca del auge tardío de este fenómeno postmoderno en nuestro país. Esto es, el tiempo en que tardan (o tardaban) en generalizarse las tendencias culturales de las metrópolis occidentales en nuestros países periféricos (diez años desde los ‘60 a los ‘70), más los diez años de autoritarismo y censura de libertades (desde los setenta hasta mitad de la década de los ‘80) lleva a que recién en la década de los ‘90 el fenómeno de valoración de los aspectos religiosos y medicinales de culturas no occidentales sea explicitado por teóricos sociales y de la cultura. A partir de esos años, los valiosos estudios del historiador J. P. Barrán son articulados por estudiosos de la medicina, la antropología, la sicología social y la sociología en un proceso reflexivo que analiza a fondo la realidad nuestro sistema de salud, científicamente fundado, en relación con los sistemas de salud de carácter religioso y mágico en expansión.

Mientras que “(...) la ciencia explicaba más y mejor lo que se atribuía a dioses y magos, acorralando progresivamente a la religión hacia la irracionalidad ella no podía dar cuenta del sentido último del mundo y de la vida, no era capaz de cerrar cosmovisiones.” (Menéndez, 1997: 244)

R. Bayce, retomando a Weber, plantea que muchos sujetos, en la búsqueda de sustento y progreso racional, confían en la ciencia y la cotidianidad sociopolítica. Pero si a través de estos medios no lo consiguen o les resulta insuficiente, buscarán el progreso material o el consuelo espiritual desde lo irracional. (Bayce, 1992; 6) La inclinación de mucha gente por el consumo y la práctica de *otras medicinas* tras la crisis del año 2002 es un ejemplo claro de esto.

En la actualidad, en la medida que los conocimientos circulan más fácilmente en un mundo globalizado, los individuos que se vuelven más reflexivos comienzan a rescatar antiguas y resignificadas visiones de la vida, que se mezclan con otras de carácter contemporáneo y regional, que ponen el acento nuevamente en el valor de lo irracional, lo comunal, lo afectual y lo espiritual. El ideal ascético intra mundano ya no es la figura cultural hegemónica del capitalismo moderno. El consumo, la satisfacción de necesidades inmediatas y la desvinculación de los dogmatismos religiosos tradicionales, pasan a primer plano, “(...) la *relajación* postmoderna elimina la fijación ascética.” (Lipovetsky, 1995 [1983]: 37) Conviven en armonía lo más operativo con lo más esotérico, lo viejo con lo nuevo, la vida ecologista-naturalista con la vida hiper tecnificada. Se puede ser instrumental-racionalista en el trabajo y un aplicado practicante de yoga, ir al médico pero también hacer reiki terapéutico, etc. En éste punto la “profecía” de Sorokin va tomando cuerpo: el Supersistema ideológico sensitivo, va perdiendo terreno frente a uno más adecuado, un Supersistema ideológico de carácter idealista. (Sorokin, [1947] 1960: 935-984)<sup>8</sup>

La experiencia de consulta médica, la posible frustración de expectativas encarnadas en la consulta y la respuesta obtenida en el sistema médico hegemónico<sup>9</sup> junto con la influencia del entorno, motivan al individuo a recurrir a vías alternativas. Los ‘pacientes hijos’ se tornan rebeldes frente a la postura de los médicos ‘padres’. (Romero, 1993: 137) Esta resistencia se organiza en los sectores medios y de mayor poder adquisitivo, cuya demanda alcanza incluso aquellos tratamientos de carácter más popular y mágico – religioso. (Romero, 2005: 39) Yendo a un plano más interpretativo de la experiencia subjetiva de los consumidores, Romero hace la siguiente consideración: “... mientras la especialización del conocimiento médico opera a partir

---

<sup>8</sup> El autor Pitirim Sorokin describe en su obra *Sociedad, cultura y personalidad* la fluctuación histórica de tres supersistemas ideológicos de cognición y verdad a lo largo de la historia. Teóricamente, los momentos se suceden en este orden: un supersistema idealista le da lugar a uno ideacional y este le da lugar a uno sensitivo. Luego se accede a una nueva instancia en que prevalece el supersistema idealista. El supersistema *sensitivo* plantea que la verdadera realidad y el verdadero valor son de carácter sensorial, y que más allá de la realidad percibida por nuestros sentidos no existe otra realidad y otro valor. El supersistema *ideacional* es el polo opuesto del primero ya que toma como real y verdadero solamente la experiencia supraracional y suprasensorial. Por último, el supersistema *idealista* es una síntesis de los dos, ya que mezcla aspectos de cognición instrumental como de percepción supraracional y suprasensorial en un todo unitario. La razón combina en un todo orgánico la verdad de los sentidos, la de la fe, y la de la razón. (Sorokin, [1947] 1960:935)

<sup>9</sup> Ver Anexo IV

de “colecciones” de funciones, órganos y patologías en una visión bio- psicológica uniformizante, la cultura informal y los individuos manejan representaciones individualizadas del cuerpo, a la vez que interpretan sus manifestaciones dentro del marco integral de su persona (...).”(Romero; 1993: 128) Así mismo, Rodríguez plantea que “... la cualidad del dolor y el sufrimiento tiene un componente subjetivo...” (Rodríguez; 2005: 47) Diferencia dos niveles de dolor, el corporal o físico y síquico o ‘del alma’. Por último Bayce plantea que “(...) el consuelo, la compasión y el alivio sin castigos, penitencias, prescripciones y exigencias éticas y comportamentales serán buscados con ardor” (La Medicalización de la Sociedad; 1993:224)

#### **2.4. La nueva cultura holística: oferta y demanda de otras medicinas**

El fenómeno tiene algunas características particulares. Romero menciona la promoción de una salud integral y de estilos de vida saludables<sup>10</sup>, de valores no materialistas. La medicina alternativa o complementaria se plantea como una alternativa sociocultural que “(...) se basa en teorías antiguas sobre el modo en que los seres están vinculados con el cosmos y una serie de teorías sobre la conexión entre la existencia física y la existencia psíquica.” (Romero; 2005: 32-33) Romero también resalta como característica la revalorización de prácticas naturales y su farmacopea, pero principalmente la actitud de los sujetos, que se mueven con mayor autonomía dentro de un campo abierto a ofertas y demandas diversificadas. (Romero, 2004: 10).

La explicación a la emergencia de esta conformación sociocultural, denominada por varios autores como *cultura holística* reside en el enfoque central del trabajo. Esto es, la transición cultural desde un supersistema ideológico sensitivo a uno de carácter idealista.

Gerardo Menéndez lo explica partiendo de una crisis de sentido que da lugar al debilitamiento de la racionalidad secular en nuestra cultura (...).” (Menéndez G. 1997: 243). Existe una conciencia colectiva que ya no incorpora de la misma manera las pautas racionales y objetivistas modernas. Esta conciencia la divide en dos: una individualista y otra de tipo religioso. A su vez, la conciencia individualista puede ser principalmente utilitarista o principalmente expresiva. Por su parte, la conciencia religiosa puede ser ‘auténtica’ o más bien inmersa en un *supermercado de creencias*. (Menéndez G; 1992: 30-31)

En el caso de la conciencia individualista se trata de un individuo que teje un nuevo tipo de relaciones, necesidades y expectativas con respecto a las instituciones que ya no logran responder a sus demandas de forma eficiente. Es un nuevo “yo” en busca de la realización personal inmediata, que intenta “... sumergirse en un movimiento integral, en una especie de *trip*

---

<sup>10</sup> Ver anexo III, pg. 70

sensorial y pulsional” (Lipovetsky, 1996: 23). La incursión en la práctica de *otras medicinas* es una de las formas de superar la angustia y la crisis de sentido. Asimismo, ésta búsqueda individual supone el rechazo a las formas estatuidas de comportarse socialmente frente a la salud. Se acerca a la idea *bio poder* de Foucault como sistema de control social que en vez de ser represivo, realza la vida y es maleable desde la individualidad de las personas. (Microsoft ® Encarta ® 2008. © 1993-2007)

Por otro lado, la conciencia religiosa resulta más difícil de destacar. De acuerdo a lo relevado en el taller de investigación y en las nuevas entrevistas, estas *otras medicinas*, aunque no hacen referencia a una divinidad teísta, cumplen dicha función, le ofrecen a los consumidores un conjunto de significaciones que intentan equilibrarlo principalmente en su parte psico-emocional para que éstos afronten sus actividades diarias de manera óptima, más allá de una sanación puramente física. Menéndez, plantea que esta *cultura holística* afecta considerablemente el sentido subjetivo de la vida cotidiana de los individuos. Las rutinas terapéuticas y/o los rituales religiosos resultan ser “(...) ámbitos y *actividades* que sirven como orientación práctica y fuentes de sentido para personas que, seguramente, no figurarían en ninguna estadística de adhesión religiosa.” (Menéndez G.; 1997: 246) Sin embargo, la variedad de artículos que se ofrecen en el *supermercado de lo religioso* forman parte del simbolismo que rodea a estas *otras medicinas* y por lo tanto forman parte de la función. Durkheim le adjudica a la religión. “(...) hacernos actuar y ayudarnos a vivir. El fiel que ha comulgado con su dios no es sólo un hombre que ve nuevas verdades, (...) es también un hombre que *puede* más. Siente en él mayores fuerzas para soportar las dificultades de la existencia o para vencerlas.” (Durkheim, [1912] 1993: 652)

Asimismo, estas nuevas o resignificadas formas religiosas se ajustan de manera más adecuada a las aspiraciones actuales de los sujetos en relación a las religiones tradicionales. Parsons distingue dos tipos de ritualidad. El ritual religioso, cuya finalidad es no empírica, esto es, la relación con entidades supra naturales con el fin de llegar a un estado de alma y/o de espíritu superior al cotidiano. Y el ritual es mágico cuya finalidad es empírica, esto es, la imputación de significado supra natural a objetos materiales y simbólicos con el fin de lograr un cambio tangible en la naturaleza física de cosas y/o personas.” (Parsons, 1951: 347-353) Como dice Durkheim: los antiguos dioses envejecen y mueren y surgen otros. No hay evangelios inmortales, y no hay motivos para creer que las personas se hayan vuelto incapaces para concebir otros nuevos, o resignificar antiguas formas de ser, sentir y actuar. (Durkheim, 1912: 668-9) Dicho fenómeno, en su connotación más general ha implicado un proceso de relativización de *la razón*, donde los movimientos contraculturales mezclaron el sistema de verdades científicas con

saberes no occidentales en nuevos tipos de sentido común. Menendez plantea entonces, no una decadencia de la razón sino una radicalización de la misma. (Menéndez G.; 1997: 247).

En este proceso reflexivo surge lo que Luckmann denomina *privatización de la religión* desde la cual el individuo adapta las cosmovisiones religiosas a su identidad y proyecto de vida. Es decir se incorpora al sentido privado de la relación con la realidad cotidiana de los individuos. (Luckmann, 1993:139) No obstante, Durkheim planteaba hace un siglo que “La existencia de cultos individuales no dificulta la existencia de la religión pues la fuerzas a la que se dirige no son, sino formas individualizadas de las fuerzas colectivas. De modo, que aunque parezca que la religión se desenvuelve por entero en el fuero del individuo, sigue siendo en la sociedad donde reside la viva fuente de la que se alimenta.” (Durkheim, 1912: 664).

## 2.5. La eficacia de las terapias

La ineficacia del sistema médico alopático y el consecuente acercamiento de actores médicos a la esfera de las *otras medicinas* da lugar al análisis de la eficacia y la funcionalidad de las *otras medicinas*.

Las instituciones en general, y en particular las tratadas aquí (sistema hegemónico de salud y *otras medicinas*) han tenido que adaptarse a las transformaciones sociales y culturales identificando las exigencias demandadas por los sujetos. Desde el punto de vista de las instituciones y el sistema social, la enfermedad – tomada aquí como la falta de bienestar bio sico social- es según Parsons, uno de los tipos más importantes de conducta desviada o de abandono en la realización de las obligaciones por parte de los individuos. (Parsons, 1951: 41) las *otras medicinas* actúan como mecanismos de alivio de tensiones lo que las lleva a ser funcionales al sistema social. La funcionalidad esta dada principalmente por la significación que los consumidores le otorgan a los objetos que intervienen en los diversos rituales terapéuticos. Se trata, según Sorokin, de los vehículos conductores de significación que operan en la propia interacción entre el terapeuta y el paciente, aquellos que exteriorizan, objetivan y socializan normas y valores cargados de significaciones.

Por ejemplo, algunas de estas *otras medicinas* incluyen en su práctica una serie de ejercicios de relajación, que junto con el sueño y otras actividades cotidianas, disminuyen la tensión generada por la imposición de disciplina y exigencia en la rutina diaria. Incluso, el relajamiento o “(...) ajustamiento emocional se encuentra conectado de manera particularmente íntima con el sistema de creencias en la zona de lo ‘sobrenatural’”. (Parsons, 1951: 372).

La práctica de alguna de éstas terapias permite “... usar los estados corporales –y los cambios que en ellos se producen como *canales de simbolización expresiva sustitutiva cuando están*

*bloqueados*, por cualquier razón los canales de expresión considerados normales...” (Parsons, [1953] 1970: 54) Esto es, la práctica de *otras medicinas* implica, en varios grados, un componente curativo o de alivio de expresiones corporales psicosomáticas, conectadas a los aspectos fisiológicos de la emoción, no tratados por la medicina alopática.

Por ejemplo, desde ciertas terapias, las alergias, la caspa, las contracturas musculares, y otras dolencias son originadas, según algunas terapias por emociones fuertes como el miedo, el pánico, la envidia, la ira, la histeria, el stress, etc. La sustitución de canales de expresión permite desplazar elementos de la personalidad. Además, estos cambios corporales han de ser controlados voluntariamente, pues de lo contrario pueden dar lugar a condiciones fisiológicas incontrolables como por ejemplo: la alucinación, el pánico, la depresión, la euforia, y otras expresiones de ‘descontrol sicofísico’.

Las expresiones corporales de estos estados sicofísicos se transformarán en símbolos expresivos en tanto estén motivacionalmente controlados o asociados simbólicamente con la acción intencional. Esto es, los individuos efectuarán la catexis de las diferentes partes de sus cuerpos de diversas maneras, pero las “(...) formas en que estas partes del cuerpo y estos procesos corporales están integrados simbólicamente con el sistema motivacional del actor (...) están fuertemente relacionadas con el simbolismo expresivo que las propias terapias le otorgan a dichas expresiones psicofísicas”. (Parsons, 1953: 54)

Se puede dar el efecto de ‘catarsis’ en caso en que los usuarios de las terapias alternativas canalizan las emociones reprimidas en otros ámbitos de su cotidianeidad. Esto hace de los maestros y compañeros de sesión, en tanto figuras simbólicamente prominentes una especie de ‘faros’ que captan gran parte del afecto liberado por los primeros. Pero para que esto ocurra debe existir algún grado de adecuación simbólica entre las necesidades proyectivas de los usuarios y los roles instrumental y expresivo de sus maestros y compañeros. (Parsons, 1951, 380).

En el caso de los símbolos expresivos, al interior de las prácticas de las terapias, éstos están fusionados con intereses evaluativos que implican una referencia simbólica a un orden sobrenatural; en este caso nos encontraremos frente a un simbolismo religioso. De lo contrario nos encontramos frente a un simbolismo de simbolización de objetos sociales. (Parsons, 1951, 362).

Entonces, el simbolismo expresivo cumple una función triple en el proceso de interacción: permite la comunicación de “significados” producto de la catexis entre las partes, organiza normativamente el proceso de interacción, y permite la gratificación de disposiciones de necesidad. (Parsons, 1951: 361, 363). En el caso de la medicina científica, el ego (paciente)

puede ver frustradas sus expectativas frente al alter (médico), en tanto el primero tenga disposiciones de necesidad e intereses expresivos que no son totalmente satisfechos por la acción del médico, la cual está orientada, fundamentalmente, de manera cognitiva e instrumental. Como ya lo expresamos en otro momento, esta puede ser una de las causas por la cual el sujeto se "refugie" en otras prácticas médicas que satisfagan dichas necesidades.

Parsons, al igual que Sorokin, considera a los cuerpos y a los movimientos del ego y del alter en interacción son "símbolos expresivos" que adquieren significación al interior del acto simbólico. Lo mismo sucede con el conjunto de objetos físicos de su entorno. (Parsons, 1951, 364-5). A partir de esta conceptualización podemos entender cómo las distintas expresiones corporales desplegadas en estas terapias, tales como la 'imposición de manos' o las diversas posturas del yoga, no tienen un valor en sí mismas, sino que adquieren valor a partir del significado que los actores en interacción logran conferirle a dichas acciones. Aquí vemos, entonces, el pasaje del 'acto' al 'acto simbólico'. Éstos actos, tal como lo expresa Parsons, tienden a institucionalizarse. (Parsons, 1951, : 369).

Asimismo, los terapeutas, en cierta medida ofician como líderes carismáticos en tanto cumplan con "...la cualidad, que pasa por extraordinaria (...) condicionada mágicamente (...) de una personalidad, por cuya virtud se la considera en posesión de fuerzas sobrenaturales o sobrehumanas – o por lo menos específicamente extra cotidianas y no asequibles a cualquier otro- o como enviado de dios..." (Weber, 1921) Podemos interpretar al terapeuta, al sanador, al pae, o al orador como un líder carismático dada la influencia que en muchos casos tiene sobre sus pacientes. Al respecto T. Parsons dice "(...) aun siendo instrumental o ejecutivo, el rol del líder presentará funciones expresivas ya que su presencia y la realización de actos simbólicos por su parte, serán un elemento fundamental de la acción simbólica colectiva, como por ejemplo la ceremonia". (Parsons, 1951: 376).

En conclusión, lo que vemos en estas terapias es que, como lo expresa Weber, en tanto la imagen primitiva del mundo constituía una unidad mágica completa, "(...) la escisión de esta unidad ha determinado, por una parte el conocimiento racional y el dominio racional de la naturaleza y experiencias místicas por la otra. El fondo inefable de estas experiencias es el único más allá posible que queda a la instrumentalización de un mundo vaciado de sus dioses." (Weber, 1912: 27) Entonces, frente al exceso de instrumentalización y desencantamiento de la vida cotidiana, surgen estas terapias como sistemas expertos que satisfacen ambas dimensiones del imaginario social, la racionalidad de la naturaleza y la experiencia mística de ésta.

## 2.6. *Otras Medicinas en Tela de Juicio*

Por otra parte, los coloquios del Instituto Goethe han dejado un conjunto de reflexiones que muestran la postura de algunos médicos. El tercero de estos coloquios, que diera lugar al texto *Las Otras Medicinas* incluye algunas consideraciones efectuadas por médicos. Todas las reseñadas aquí defienden a la medicina alopática y al mismo tiempo juzgan en diversos grados la validez de las *otras medicinas*. En primer lugar, el Dr. Portillo considera que es necesario aprehender el fenómeno de la coexistencia de la medicina científica y complementaria. Plantea la existencia de un mundo real que es percibido desde nuestros esquemas conceptuales, pero que de ninguna manera la existencia de concepciones plurales de medicina "...es igual a vale todo (...)" (Portillo; 2005: 24-25) Explica que la validez de los procedimientos médicos surge del consenso entre sujetos racionales que poseen procedimientos epistemológicos confiables; esto es, la comunidad científica.

Por su parte el Dr. Milton Mazza plantea: "El concepto de enfermedad, tal como lo concibe la ciencia médica, no puede ser barrido de un plumazo o adulterado por ignorantes o mistificadores con el silencio cómplice de la comunidad médica." (Mazza, 2005: 123) Asimismo considera que para las 'enfermedades del alma' existen infinitas terapias, pero a la hora en que nos enfermamos todos creemos en la medicina propia de nuestra cultura: la medicina científica. (Mazza,; 2005: 124) Ésta, "...seguirá imponiendo su paradigma en virtud de su racionalidad y su contenido veritativo, y todo lo que quiera aspirar al estatuto de medicina digna de nombre deberá mostrar sus credenciales en el interior de la razón." (Mazza, 2005: 134)

Por otro lado, la Dra. Teresa Puppo diferencia la homeopatía de las prácticas mágicas o metafísicas alegando que las últimas repiten un discurso que pretende transformar la realidad a partir de la fe y la fuerza de voluntad para sanar. (Puppo, 2005: 105) Este discurso incluye – en un amplio espectro- cuestiones como 'desarreglos energéticos o espirituales', 'decisiones divinas', 'brujería', a tal punto que Mazza, en nombre de la comunidad científica médica, plantea que "(...)no podemos menos que horrorizarnos (...)" (Mazza, 2005: 127) Sin embargo, alega, o quizá reconoce, que "(...) entre los médicos hay también muchos charlatanes. Separemos claramente la medicina, de los médicos y de las prácticas e instituciones." (Mazza; 2005: 134) Es así que Mazza, citando a otro autor, plantea que el médico tiene la obligación ética de alejar a sus pacientes de las modalidades potencialmente nocivas y que "No es convalidando a los charlatanes, a los ignorantes y a los magos que nos haremos más lúcidos." (Mazza, 2005: 135)

Más allá de estas declaraciones, la actual estructuración del campo de la salud implica una considerable complementariedad entre el sistema de salud alopático y las *otras medicinas*. Un estudio del año 2005 confirmaba que "...todos los usuarios [entrevistados] de estos tratamientos

afirmaron estar afiliados a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, recurrir al Hospital Militar o Policial y atenderse en Salud Pública...” (Moreira, 2005: 35)

### **3. Diseño Metodológico**

**I. Materiales de investigación.** 1. grabador digital y planillas de texto Word para el análisis de contenido.

**II. Métodos de investigación.**

#### **3.1. fuentes de información**

- a. Observación simple de la oferta de *otras medicinas* por calles céntricas de Montevideo.
- b. Bitácora: reflexiones a partir de discusiones en clases, de la observación simple, de la audiencia de programas televisivos y radiales y de entrevistas simples o charlas informales.
- c. Entrevistas realizadas a médicos, médicos-terapeutas y a usuarios de terapias alternativas complementarias (TAC) u *otras medicinas*, para el trabajo de taller de investigación de sociología de la cultura 2005-2006.
- d. Búsqueda de palabras clave en Internet.

**3.2. Entrevistas en profundidad focalizadas.** Estas serán realizadas a individuos que complementen o hayan complementado tratamientos de curación alopáticos con tratamientos no alopáticos o de *otras medicinas*. Las entrevistas focalizadas se adecuan al presente trabajo por las siguientes características: 1. los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta, ya definida; 2. el investigador ha estudiado previamente su situación a partir del análisis de contenido de un estudio previo, en este caso la experiencia de taller de investigación antes mencionado. 3. el guión de la entrevista será elaborado a partir del análisis de contenido y las problemáticas derivadas de éste. 4. las entrevistas se centrarán en las *experiencias subjetivas* de la gente, con el propósito de contrastarlas con las problemáticas antes mencionadas y de averiguar respuestas o efectos no anticipados. (Valles, 1997; 184)

#### **3.3 Pauta de la entrevista**

La ordenación de temas a ser tratados corresponde a la detección de un patrón de comportamiento de usuarios de ambos tipos de medicina constatados en el trabajo de campo del del Taller de Investigación de Sociología de la Cultura 2005-2006 sobre *Medicinas Alternativas Complementarias*. Primero, la mayoría de los usuarios y terapeutas entrevistados afirmaron haber tratado su salud infructuosamente con tratamientos alopáticos. Segundo, como alternativa consultaron, principalmente por recomendación, alguna de las *otras medicinas*. Tercero, la experiencia satisfactoria con estas medicinas los llevó a la práctica fluida y/o al aprendizaje de alguna técnica terapéutica o de sanación. Cuarto, la incursión de los entrevistados en estas

prácticas redundó en cambios en la filosofía y estilos de vida de los mismos, volviéndolos partícipes de la ya dimensionada sub *cultura holística*. El abordaje de campo del presente trabajo se basa, entonces, en la comparación de los comportamientos de médicos, terapeutas y usuarios en relación a la actual estructura del campo de la salud. Para ello, se ha elaborado una pauta de entrevista basada en el siguiente conjunto de estímulos.

### **3.4. Temas a ser tratados en la entrevista**

- problema de salud
- tratamientos médicos alopáticos y conformidad con los mismos
- manera de acceso a 'otras medicinas'
- experiencia con 'otra medicina'
- perspectiva sobre la medicina y sobre modos de vida saludables
- comparación entre los tratamientos alopáticos y los 'otros' tratamientos.
- compatibilidad y/o complementariedad entre medicinas
- aspectos filosóficos y religiosos en torno a la salud
- síntesis, evaluación, conclusiones del entrevistado
- post entrevista

## **4. Presentación de la información obtenida en el trabajo de campo**

A continuación se enumeran los aspectos más relevantes de la aplicación del diseño metodológico propuesto en el campo de investigación.

1. La observación simple del fenómeno permitió detectar una variada oferta de literatura, seminarios, eventos, cursos, rituales, y prácticas que transita entre el campo de la religión, el del ocio creativo, y el de la salud.
2. A nivel general, la sistematización de las entrevistas realizadas específicamente para este trabajo permitió corroborar la existencia de un patrón de respuestas respecto a las características positivas y negativas de los dos conjuntos de medicinas tratados: medicina alopática y *otras medicinas*. Dicho patrón será discutido en la sección de análisis.
3. Todas las fuentes de información tuvieron en común la discusión de un conjunto de temas, la mayoría de los cuales han sido expuestos en el marco conceptual.

### **4.1. Tabla de número de entrevistados entre abril de 2006 y junio de 2008.**

ENTREVISTADOS	Nº
Usuarios	5
Terapeutas	10
Médicos -Terapeutas	4
Médicos	2
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>

#### **4.2. Síntesis de bitácora de investigación. Recorrido por librerías y bibliotecas de calles céntricas de Montevideo.**

A continuación se presenta una narración acerca de lo observado en locales de práctica de diferentes disciplinas, en puestos de revistas, en bibliotecas y de entrevistas en librerías.<sup>11</sup>

Éstas han dado lugar al reconocimiento de cierta distribución de locales de enseñanza y práctica de *otras medicinas*, de cartelería y entrega de folletos que los promociona, y de una variedad de lecturas sobre terapias concretas y temas afines en puestos de revistas y librerías. Así mismo, la visita a bibliotecas públicas (Nacional, Humanidades, Ciencias Sociales, e IPA), que permitió el acceso a materiales de diversa índole, que van desde el estudio científico hasta estudios metafísicos de variable complejidad y validez según la 'cultura'<sup>12</sup> del lector. Se presenta a continuación una síntesis de las reflexiones más importantes.

En primer lugar, los afiches y las revistas que tratan sobre *otras medicinas* forman parte de la oferta callejera inmediata de pegatinas y kioscos. Las pegatinas forman parte de un primer nivel de oferta que incluye anuncios de convocatoria a cursos, conferencias y sesiones -o rituales - de práctica y experimentación gratuita, tanto de terapias como de cultos religiosos y mágicos de sanación. En un segundo nivel de oferta se encuentran una variada gama de revistas que tratan temas específicos de salud no alopática y otras que tratan esos mismos temas mezclados con temáticas plenamente esotéricas, místicas y fantásticas. Consecutivamente, en un tercer nivel de oferta se encuentran los vendedores ambulantes y los comercios del denominado *supermercado de lo religioso* que ofrecen artículos de muy variada gama y utilidad, los que a su vez son recomendados en los artículos de revistas y en las conferencias y sesiones gratuitas de experimentación. Un vendedor ambulante de gemas planteaba que luego de la crisis del 2002 mucha gente se quedó sin mutualistas y ante la necesidad de sentirse bien accedió a la

---

<sup>11</sup> Ver anexo I: Síntesis de bitácora de investigación

<sup>12</sup> Cultura en el sentido de las preferencias y conceptos con los que el lector se nutre para aprender sobre el tema, ya sea si lee a escritores como Cony Méndez y Bryan Weiss o a otros como Heidegger, Aristóteles o Plotino, en el caso de la Metafísica.

gemoterapia, la cual le resultó muy accesible. Consideraba que estas prácticas reviven la *fe* en la gente y fomenta el consumo de *otras medicinas*.

En cuanto a las librerías visitadas se notó una diferencia importante entre unas y otras. Se trata de la distribución y diversificación de temáticas al interior de cada librería. Algunas de ellas presentaban la literatura sobre meditación, budismo, reiki, y yoga como una opción poco variada y entreverada con otras temáticas que se salen del marco de las *otras medicinas*. Varias de ellas presentaban estos materiales bastante mezclados con otros de carácter esotérico, al punto que se mezclaban con novelas fantásticas de dicho género. No obstante un par de librerías presentaban una división bien marcada entre los temas concernientes a la salud alternativa (homeopatía, florales, reiki, yoga, autoayuda) y los materiales humanísticos, filosóficos y esotéricos de variada gama.

Durante dos conversaciones con diferentes vendedores de libros se logró destacar dos datos interesantes sobre el fenómeno en cuestión. Uno es que las denominadas *medicinas alternativas* han ocupado en el nuevo siglo el lugar que ostentaban los textos de autoayuda. Según el vendedor, los usuarios menores de cuarenta años tienden a consumir medicinas alternativas, mientras que los mayores de cuarenta siguen consumiendo autoayuda. Asimismo, otro vendedor consideraba que el consumo se ordena según cantidad de libros vendidos y en el siguiente orden: autoayuda, medicina alternativa, filosofía oriental, y por último, lecturas de esoterismo. Planteaba que el público más joven tiende a consumir material esotérico de baja calidad mientras que un público adulto y más 'selecto' escoge literatura esotérica más compleja. A demás notaba que los consumidores de medicinas alternativas o autoayuda buscan en esa literatura herramientas para sentirse bien mientras que el público consumidor de lo esotérico lo hace con el fin de conocer o de entretenerse. De todos modos, más allá de la diversidad en el público, la mayoría es gente mayor de treinta o cuarenta años. La búsqueda de explicaciones que dilucidaran el tipo de consumo por tramo etario dio lugar a dos hipótesis. La primera planteaba que en dichas edades algunas personas acceden a este tipo de consumos impulsados culturalmente por su habitus<sup>13</sup> de clase. Esto es, por la necesidad de aceptación del grupo, por moda, como forma de distinción o como medio de sociabilidad. Una segunda hipótesis planteaba que tal tramo etario comprende a un grupo de gente que por su grado de escolarización o interés en alguno de los temas intenta cultivarse para mejorar su calidad de vida.

En otra ocasión una vendedora planteaba que la diversidad en la venta de textos acerca de la vida sana permite pensar en la idea de que existen varias formas de acceder al conocimiento sobre

---

<sup>13</sup> Habitus se entiende como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos.

temas similares tales como el conocimiento espiritual, la energía del sí mismo, la autorrealización, el equilibrio mente-cuerpo, etc. Se concluyó que una persona en busca de bienestar puede lograr resultados similares a partir del acceso a disciplinas tan distintas como la psicología científica, la medicina china, la autoayuda secular, las novelas con mensajes espirituales, la filosofía clásica, la religión, las artes, e incluso desde la reflexividad de las ciencias sociales.

Una última cuestión acerca del consumo de libros sobre *otras medicinas* es el tema de la moda. Uno de los vendedores me hablaba sobre la 'cohelomanía' haciendo alusión a la frase: "Si no leíste a Paulo Coelho no existís". Según el vendedor, a partir de éste autor se amplió el consumo hacia otro tipo de literatura. Es un consumo de 'shopping' que va variando y cuyo objeto es mostrarse, distinguirse a través de las lecturas más populares. Los que antes consumieron a Coelho para estar a la moda, ahora consumen a Osho y otros más meticulosos consumen literatura hindú.

En cuanto al recorrido por centros 'alternativos y o complementarios' se pudo notar una gran diversidad de propuestas variadas en costos y características de admisión para el ingreso. Algunos centros no se denominan a sí mismos como 'medicinas alternativas' pues se dedican al tratamiento del *espíritu* solamente. Todos mencionaron desde un principio la existencia de un dios u energía universal, cósmica, ya sea desde explicaciones propias de la metafísica, del legado de la energía Reiki o el Tao, o de las probabilidades cósmicas de la cartomancia. Así mismo, una doctora y homeópata reivindicaba una relación total u holística entre la naturaleza humana y la naturaleza del planeta a la hora de armonizarnos y mantener una salud equilibrada. Ella decía que ofrece sus servicios no como una disciplina científica, sino como humanística, la cual debería estar en mayor contacto con la antropología, la filosofía, y las ciencias sociales puesto a que los clientes son personas, no cosas. Otra reflexión, que resume una misma concepción es la de un terapeuta chino. Este decía que la medicina no debería otorgarse la capacidad de curar personas (pacientes), sino mas bien de ayudarlos a curarse, volviéndolos no solo receptivos sino protagonistas de su propia curación.

Por otra parte, luego de visitar varios centros se constató una diferencia bien marcada en cuanto a costos para acceder a los mismos. Mientras el Ateneo de Montevideo o la Nueva Acrópolis ofrecen constantemente charlas sobre métodos para acceder al 'bienestar bio sico social', de manera gratuita, otros como Hastinapura y la Antigua y Mística Orden Rosa Cruz no solo tienen costos medios y elevados por sus enseñanzas sino que la exigencia y la disciplina son de importante valor dentro de los mismos. Según Merton, los primeros funcionan como grupos abiertos ya que intentan ser grupos de pertenencia y de referencia para una gran cantidad de

público. En cambio, los otros, funcionan como grupos cerrados y el carácter restringido de filiación a los mismos habría de implicar la conservación del prestigio y el poder del grupo y una relación social distintiva entre otros grupos. (Merton, 19..: 294-5) Asimismo, mientras en los centros de filiación abierta se constató la promoción de una conciencia expresiva, en los centros de filiación restringida se constató la promoción de una conciencia ascética.

Por último, varias de las charlas dieron lugar de manera espontánea o incentivada a dilucidar la cuestión del chantaje y el espíritu de lucro existente dentro del campo médico de las *otras medicinas*. La oferta de cursos y cursillos sobre la diversidad de terapias otorga 'licencia' a los practicantes para incursionar en el campo. Según algunos de los 'maestros' consultados puede llevar años perfeccionarse en las técnicas de curación y a medida que avanza el negocio se pierde el valor de las mismas, cuyos tiempos de ejecución no concuerdan con los tiempos vertiginosos del mercado y de los propios consumidores.

#### **4.3. Detalle de entrevistas realizadas a practicantes de *otras medicinas* <sup>14</sup>**

La gran mayoría de los individuos entrevistados presentaron una modalidad de respuesta muy similar entre sí.

Primero, dan cuenta de su experiencia positiva con *otras medicinas* luego de haber pasado por tratamientos alopáticos infructíferos.

Segundo, los entrevistados dan cuenta de su disconformidad con los tratamientos alopáticos, destacando las siguientes características:

1. alta burocratización, especialización y mercantilización.
2. tratamientos predominantemente invasivos y farmacológicos.
3. tratamiento destinados al tratamiento de dolencias en el plano físico, desligados de lo afectivo y emocional.

Tercero, los entrevistados explican su manera de acceso y su experiencia con *Otras Medicinas*. La mayoría son inducidos por personas allegadas que ya han experimentado con una u otra terapia. Luego expresan unánimemente su complacencia con los tratamientos y sus resultados.

Son resaltadas las siguientes características de las *Otras Medicinas*:

1. tratamiento *holístico* y diagnóstico integral de dolencias.
2. postura dialéctica terapeuta-cliente
3. postura activa del doliente en su proceso de cura
4. tratamientos múltiples, predominantemente naturales.

---

<sup>14</sup> Ver Anexo II: Categorización de entrevistas

Cuarto, 5 de 10 terapeutas entrevistados fueron usuarios motivados a realizar cursos de la medicina practicada.

Quinto, como resultado de la práctica de estas medicinas tanto los usuarios como los terapeutas entrevistados reconocen haber cambiado su percepción sobre la enfermedad y su estilo de vida.

Se destacan los siguientes tópicos:

1. Salud como unidad mente-cuerpo
2. Espiritualidad
3. Nueva religiosidad
4. Dieta equilibrada, vida equilibrada

Sexto, los médicos terapeutas entrevistados tratan los siguientes temas

1. Mecanización de la ciencia médica
2. Dificultad de médicos para entender concepciones diferentes sobre la enfermedad
3. Ineficacia del diagnóstico alopático
4. Estigmatización de la práctica de *Otras Medicinas*
5. Distinción entre ciencia médica y *otras medicinas*

## **5. Análisis de la información obtenida en el trabajo de campo**

A nivel general, las maneras en que todos los individuos consultados disertan sobre el tema en cuestión da cuenta de un alto grado de institución del saber y de las prácticas de estas *otras medicinas* dentro de la cultura nacional y dentro del campo de la salud. El análisis se centrará, entonces, en la discusión acerca de la estructuración o re estructuración del campo de la salud dado el valor instituido e instituyente de las mismas. No obstante, tratándose de un abordaje conceptual que aborda al fenómeno desde una perspectiva cultural, se discutirá también la incidencia del sistema globalizado de creencias de la *New Age* en el público general y la consecutiva conformación de una sub cultura, de una comunidad de sentido a la que se ha denominado *cultura holística*.

En primer lugar, el fenómeno se desarrolla en al menos tres campos: el de la vida cotidiana, el de la fe, o de lo religioso, y el de la salud. La manera en que los entrevistados relatan su experiencia permite distinguir dos momentos: la vida antes y la vida después del acceso a *otras medicinas*. La síntesis reflexiva que éstos hacen al explicar el pasaje de un momento al otro da cuenta de una re estructuración del campo de su vida cotidiana, de ciertos cambios en el estilo de vida, por ende de un cambio de habitus. Asimismo, tales cambios, a nivel de la vida de la persona, corresponden a cambios a nivel de las instituciones de la sociedad, particularmente en este caso dos de las encargadas de otorgar seguridad *ontológica*: la religión y

la salud. Por lo tanto, la estimable re estructuración experimentada por los entrevistados en sus modos de vida es el correlato de una también estimable re estructuración en el campo de lo religioso y en el de la salud.

Segundo, la revisión constante de la temática desde las ciencias sociales, la filosofía y desde la propia experiencia de algunos médicos genera una dinámica de re estructuración continua, principalmente a nivel discursivo, que atraviesa los tres campos en cuestión. La discusión principal, tanto la de los expertos como la de los legos, gira en torno a dos grandes temas: la crisis estructural del sistema de salud alopático y la búsqueda bienestar y de sentido de la vida de las personas ante la crisis social y económica vivida durante la última década. El Dr. Walter Dressel planteaba: *“Sin duda la crisis de fines de los '90 y principios de este siglo impulsó enormemente una cantidad de conflictos que probablemente estuvieran latentes pero que por la situación de desempleo, de crisis personales, de crisis afectivas, una cascada de episodios que hicieron que una situación meramente laboral terminara en conflictos de pareja, divorcios, y una cantidad de situaciones colaterales que se fueron agregando.”* El propio sistema de salud nacional, que entrara en crisis profunda desde el año 2007, sostenía una crisis latente estructural que diera lugar en el año 2001 al V Congreso de la Asociación de Estudiantes de Medicina para la reforma del plan de estudios vigente, el cual promovía una *“...enseñanza totalmente formal y excesivamente teorizada, escasa integración básico-clínica, carencia de recursos, ausencia de enseñanza formal de la ética...”*<sup>15</sup>

En la medida que el carácter paternalista del modelo medicalizador uruguayo decae, las personas comienzan a descreer en el valor disciplinante infundido por el mismo durante años. La asistencia médica del sistema de salud ha dejado de ser eficaz pues no otorga soluciones a los usuarios. Los entrevistados resaltan **1.el alto nivel de burocratización, especialización y mercantilización; 2.los tratamientos son predominantemente invasivos y farmacológicos.** Una terapeuta decía: *“... me empezaron a mandar pastillas, pastillas, pastillas. El ginecólogo me mandó al endocrinólogo por si era tiroides, después al neurólogo. Pero yo, a pesar de todo lo que tomaba no hallaba la salida, a tal punto que un día dije: no tomo mas nada”;* 3. tratamiento de dolencias en el plano físico, desligados de lo afectivo y emocional. Otra terapeuta decía: *“...creo que hay un porcentaje muy alto de médicos que no están capacitados al trato con los pacientes, o sea se limitan a lo que es la enfermedad y no al paciente y muchos menos en su familia...”* Los propios médicos que han incursionado en el campo de las *Otras Medicinas* ponen el acento en el sistema de atención a la salud. *“Hay también hoy en día un cierto*

---

<sup>15</sup> Noticias de la Asociación de Estudiantes de Medicina nº112, pág. 26

*descrédito que no tiene que ver con la medicina en sí, sino que con el sistema de atención médica. El sistema de atención médica es bastante perverso en ese sentido, y un médico que trabaja en una institución de asistencia médica colectiva por decreto administrativo tiene que ver entre 6 a 7 pacientes por día. Eso implica que cada paciente puede llegar a tener unos 10 minutos de atención...*” Asimismo, la relación médico-paciente<sup>16</sup> se ha vuelto uno de los temas más mencionados en los artículos sobre salud en periódicos.

La gran mayoría de los autores revisados coinciden en la detección de algunas fallas del sistema médico hegemónico. Romero plantea que “(...) la modalidad autoritaria predomina y perdura como *habitus asistencial* en las relaciones médico-paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita y/o de salud pública.” (Romero, 2005: 37) Esta problemática radica en el propio proceso de medicalización, que reproduce hasta la actualidad el modelo moderno de institución. Éste se caracteriza por ser altamente burocratizado, mecanizado, duro, frío, despersonalizado, deshumanizado, promotor de “(...) vínculos asimétricos en la relación médico-paciente, y por extensión en las relaciones entre población e institución.” (Romero, 2005: 39) Un Dr. decía “*Poco sabe el médico de este aspecto o poco quiere saber. El diálogo se limita al examen clínico y a la paraclínica. El médico sigue siendo agnóstico...*” (Díaz, 2005: 106-107) Más aún, Rodríguez considera que “(...) uno de los aspectos esenciales del trabajo de las medicinas es el contacto con los pacientes y las comunidades sufrientes (...)... la escucha del paciente. (...)... hay un problema en la medicina actual tal como se practica ahora, y es que hay muy poca escucha. (...)... En definitiva la medicina no es una ciencia, si bien se apoya en ella, es una práctica humana y por lo tanto debe ser humanizada.” (Rodríguez, 2005: 55-56)

Respecto a la búsqueda de sentido y de bienestar por parte de la gente existe, según Romero, una interpenetración de las diferentes maneras de tratarse y de verse; es una *revolución cultural* saludable, donde hay mayor autogestión de los individuos y menor dependencia a una salud medicalizada. Los entrevistados demandan una sanación más ajustada a una experiencia sico- somática y afectiva. Se encuentran con:

**1. Tratamientos de tipo *holístico* y con diagnósticos integrales de sus dolencias.** Una terapeuta de Reiki contaba el tratamiento aplicado a un paciente; hablaba de “...*el tema de la respiración que es muy importante; el empezó a abrirse, abrirse, porque veía todo negro. Yo le paso reiki, aromaterapia, con un champú para trabajar la rigidez. Empezó hace medio año pero ya en la tercera o cuarta sesión se notaron cambios. También reflexología, en los pies.*”

**2. Postura dialéctica terapeuta-cliente.** Se trata de la construcción de un vínculo particular entre

---

<sup>16</sup> Ver Anexo IV

tratante y tratado. Se busca un conocimiento más abarcativo del individuo donde predominan intereses expresivos sobre intereses cognitivos. Un terapeuta de Medicina China decía: *"Cuando vos llegás a un rapport con el paciente y el paciente entiende lo que le pasa todas esas cosas sirven para determinar lo que hay que hacer y el paciente se cura."* Una terapeuta de Reiki expresaba: *"Es cuestión de entregarse; yo les doy las gracias cuando se entregan porque es un trabajo entre los dos. Hasta que llegan a sacar afuera las emociones que tienen guardadas"*

**3. postura activa del doliente en su proceso de cura:** *"...hasta que esa persona no se entrega y vive realmente porque se siente bien, no aparece esa instancia de liberación (...) esa armonía aparece cuando la persona esta preparada para sanarse, para auto sanarse..."* *"La medicina china es sanadora, cosa que no hace la medicina convencional que no apunta a sanar, apunta a combatir una enfermedad, no aprende de la enfermedad, no se involucra con ella. Por eso las personas que se atienden con medicina china se dan cuenta de que hay que aprender de ella, y es el aprendizaje lo que te sana."*

Tercero, 5 de 10 terapeutas entrevistados fueron motivados a realizar cursos de la medicina practicada. *"Fui con él a hacerme otra sesión y me dijo que si pude esperar es porque soy muy receptiva. Se ve que hay algo que funcionó mucho en mí. Yo te sugeriría que te inicies en reiki."* *Yo empecé con la medicina y estaba con un problema en la columna y fui a ver a los profesores médicos por supuesto y caminaba muy mal; una amiga mía me dijo que hay una escuela de medicina china, fuimos ahí, empecé por el masaje terapéutico oriental y me enganché al año siguiente con la licenciatura."* La enseñanza de las *otras medicinas* forma parte de la práctica misma. De esta manera se reproduce un habitus y una filosofía de vida. Aumenta la oferta de tratamientos y se dinamiza la competencia entre actores en el campo. Las maneras y las modas –aludiendo a H. Spencer- de atender a la salud de unos y otros los diferencia en términos de oferta de tratamientos. Esto da lugar a una competencia *in crescendo* entre servicios médicos alopáticos y *otras medicinas*. Mientras los médicos suelen hacer uso de un discurso, unas maneras, y unos instrumentos standard en el tratamiento de sus clientes, los terapeutas 'alternativos' tienen para ofrecer a sus clientes un discurso que oscila entre lo más técnico y secular y lo más cargado de religiosidad, haciendo uso de instrumentos y rituales variados y de alta expresividad. Entonces, si bien el sistema médico está implementando un modelo que tiende a universalizar la atención a la salud, carece –por la propia esencia de su institución- de la ritualidad expresiva propia de las *otras medicinas*. Esto es, la atención personalizada, el carisma de los terapeutas, la ritualidad expresiva, el despliegue de los móviles irracionales de la fe. etc. Por lo tanto, a grandes rasgos, mientras los médicos detentan el poder sobre la salud del cuerpo,

*las otras medicinas* promueven estilos de salud basados en el componente sico-social de la misma, expandiendo sus redes de influencia y aumentando su capital social. La relación de competencia entre las diversas formas de medicina las vuelve complementarias dada la posesión diferencial "... de especies de poder (o capital), cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo." (Bourdieu, 1996; 64)

Cuarto, como resultado de la práctica de estas medicinas todos los usuarios y terapeutas entrevistados reconocen haber cambiado su percepción sobre la enfermedad y su estilo de vida.

Las terapias abordadas en este trabajo son principalmente las siguientes: Medicina Tradicional China, Yoga, Reiki, y Homeopatía. Los primeros tres tipos de terapias devienen de cosmovisiones orientales que implican, en mayor o menor grado, prácticas místicas ultramundanas. Se trata de experiencias que por su ritualidad expresiva permiten a las personas llegar a una comunión íntima con lo sagrado y que satisfacen la necesidad de una completa huida (huida contemplativa) del mundo, donde las personas se vuelven un 'receptáculo de lo divino', de la energía cósmica del Reiki, por ejemplo. Dada la proliferación de estas prácticas en el mundo occidental actual, donde priman las necesidades individualistas y hedonistas, el misticismo contemplativo no se resuelve en una huida del mundo sino que queda dentro de las posibilidades mundanas. De esta manera cada terapeuta ofrecerá a sus clientes una terapia más o menos cargada de misticismo en función de las necesidades de los últimos. Se ha notado en los terapeutas entrevistados un discurso dual a la hora de ofrecer sus prácticas de sanación. Por un lado, discursos que apuntan a la satisfacción de necesidades místicas ultra mundanas. Esto ocurre en el caso de clientes que, al no estar necesitados de ayuda material inmediata buscan adherirse a religiones abstractas, no teístas, las cuales pregonan que la felicidad se logra por la negación del mundo o por el acceso a una espiritualidad ultramundana. Por otro lado, los mismos terapeutas adoptaron un discurso que proponía un bienestar y una sanación puramente instrumentales. Sin embargo, son los usuarios los responsables e interesados en generarse un mundo y un estilo de vida que le resulte seguro y posible de llevar a cabo. De esta manera, realizan la adecuación de saberes y prácticas provenientes de la intersección entre los campos de la salud y de la religión para alcanzar niveles de seguridad ontológica deseados.

Los entrevistados destacan los siguientes cualidades de las medicinas practicadas:

**1. Salud como unidad mente-cuerpo:** Uno de los entrevistados decía: *(...) todas estas terapias energéticas lo que hacen es tratarnos como el todo que somos, las emociones, la mente, lo físico, porque somos un todo, no podemos separarnos (...)* Se trata de una concepción propia de las corrientes new age, del vitalismo, de la teoría cuántica y de la emergente *cultura holística*, que ve al individuo como un ser integral, no diferenciado en mente, cuerpo y alma. Tal diferencia es

mostrada por los entrevistados como una diferencia paradigmática respecto la concepción racionalista y organicista) cartesiana-newtoniana y desobedece a la autoridad medicalizadora de ordenara las creencias, hábitos y prácticas sociales saludables en función de los avances de la investigación científica. *“Dentro de la medicina, tanto de la homeopatía como la acupuntura (...) se basan en una corriente religiosa que es el vitalismo que concibe una energía vital que alimenta nuestro cuerpo. (...) yo no soy vitalista y creo que hay una energía cuyo sustento estaría explicando la física cuántica (...) y suprimimos esa parte de energía vital que tiene una coherencia con lo espiritual...”*

**2. Dieta equilibrada, vida equilibrada:** *“... un vaso de vino con la comida es bueno, pero no una borrachera.. es el camino del medio.. ni el no ni e si.. uno sabe lo que hace y hasta que punto para sentirse saludable...”* *“...hay gente que consume comida rápida y a esa gente no le vas a cambiar la cabeza”.*

**3. Espiritualidad:** *“sos un espíritu habitando un cuerpo físico que lo anima, en def. Eso es el ánima, lo que anima el cuerpo inerte, a ese montón de minerales, que lo anima y lo transforma en algo vivo... que nadie lo ha podido definir totalmente...”* *“Dentro de la medicina, tanto de la homeopatía como la acupuntura tiene en su génesis un tema místico – religioso que es la energía vital, se basan en una corriente religiosa que es el vitalismo que concibe a la energía vital la que alimenta nuestro cuerpo (...) que tiene una coherencia con lo espiritual”*

**4. Nueva religiosidad:** *“No tengo religión pero me llevo muy bien con dios. Yo creo en dios pero no levanto bandera de ninguna religión. Si tengo que ir a la iglesia voy a la iglesia católica, pero no soy católico porque estoy en desacuerdo con muchas cosas. También estoy de acuerdo con determinadas cosas de la filosofía oriental”* *“...la religión católica (...) ciertas rigideces que impone (...) hace que la persona que no esté dispuesta a someterse a ciertas normas; ve que en otra religión le permiten una mayor amplitud entonces empieza a ser como una mezcla, toma lo mejor de cada una y genera lo que yo diría la propia, su propia cultura espiritual...”*

Mientras que el aprendizaje de normas de conducta referentes a una alimentación saludable sugiere la adecuación a un régimen, a una prescripción médica, la espiritualidad y la nueva religiosidad denotada por los entrevistados dan cuenta, en cambio, de una gran flexibilidad respecto a las elecciones religiosas. El poder ejercido desde el aprendizaje de pautas de valor y de comportamiento religioso y filosófico presenta un simbolismo evaluativo escasamente prescriptivo; distante de ser represivo permite al individuo orientarse expresivamente ante la actividad diaria, desarrollando así una ética individual en la que cada uno lleve una vida

saludable y respetable desde sí mismo. Postura esta que coincide con la noción de bio poder antes mencionada.

Consecuentemente, la distinción analítica de los discursos de usuarios y terapeutas hasta aquí expuesta da cuenta de las maneras en que se estructura la demanda y la oferta del campo no científico de las *otras medicinas*. Es a partir de la articulación teórica referente a la funcionalidad y eficacia de estas medicinas (pág. 11 a 14) que se analiza la mencionada estructuración. Usuarios y terapeutas organizan el campo mediante la interacción en un *acto simbólico* en el cual entran en juego una multiplicidad de elementos cargados de significación. La multisensorialidad que caracteriza a este fenómeno permite dar cuenta de la especificidad de entornos y vehículos conductores de significados que operan en la misma interacción. A diferencia de la fachada sobria del consultorio médico alopático, los consultorios de estas medicinas presentan diferentes elementos que refieren tanto a la escena (setting) donde se realiza la acción, como a la fachada personal (modales, apariencia, aspecto y lenguaje) del terapeuta.<sup>17</sup>

En cuanto a la figura del terapeuta, éste se muestra como un individuo sumamente receptivo a las problemáticas expresadas por el paciente, contrariamente a lo que sucede en la medicina alopática donde la figura del médico se caracteriza como autoritaria y paternalista. El empleo del lenguaje coloquial y en cierto sentido “parental” que utiliza el terapeuta hace primar el valor afectivo y emocional de la interacción.

El hincapié en la emocionalidad y en una ritualidad expresiva que la canalice, expresado por los entrevistados, es uno de los principales móviles de estructuración de ésta porción no científica del campo médico. Ésta, se vuelve efectiva en tanto la *catexis* efectuada por los individuos a partir de la interacción con el terapeuta y los objetos de ritualidad expresiva (música, aromas, palabras, ejercicios, etc.) se transforman en un fenómeno psicossomático liberador de tensiones y traumas. Esto es, en la medida que el doliente es tocado, escuchado y consolado por el terapeuta, logra acceder orgánicamente a determinados estados de alivio. Cada acto intencional o motivacional implica un cambio somático que en sí mismo es un símbolo expresivo. Este último, forma parte de un simbolismo expresivo más amplio que abarca y trasciende cada sesión terapéutica ya que se traslada desde el campo no científico de las técnicas medicinales hacia el campo de la religiosidad. No obstante, la ritualidad y el simbolismo expresivos son utilizados por los terapeutas como recursos de marcada distinción al interior del campo médico, entre sus maneras de atención y las propias del sistema médico hegemónico. Al dar comienzo a la terapia (...) *el terapeuta le pregunta* [a sus pacientes] *sobre lo cotidiano, si tiene miedo, si es violento,*

---

<sup>17</sup> Goffman, Erving. “La presentación de la persona en la vida cotidiana”.

*cómo le afecta el clima, la humedad, su relación con el mundo, con el entorno, con los demás. El terapeuta tiene una formación, pero nada que no se aprenda en los propios cursos de formación competente (...)*".

Quinto, los médicos terapeutas resultan ser el grupo que resume el conjunto de valoraciones expuestas por los entrevistados. Por su doble condición de médicos y terapeutas despliegan en el campo médico un conjunto de saberes y prácticas que actúan como estructuras estructurantes frente al saber y poder médico y frente a las prácticas saludables de los terapeutas u usuarios. Los médicos-terapeutas mantienen la validez del saber médico y agregan elementos expresivos y de nueva religiosidad legitimados por la eficacia de sus prácticas. El Dr. Dressel<sup>18</sup> decía: *"...la medicina tradicional no acepta que la energía es un concepto intangible, como no respeta el método científico, yo no puedo demostrarlo y supuestamente no tiene validez. Pero de todos modos, lentamente, salvo algunos bastiones todavía muy reductibles, los médicos están comprendiendo, primero porque están perdiendo pacientes, la tendencia natural de la gente a volcarse a la búsqueda de otras soluciones..."*

Los aspectos que promueven una reestructuración del campo de la salud según los médicos son:

### **1. Estigmatización de la práctica de Otras Medicinas**

*"... yo ya tengo mis pacientes y no me voy a ir a pelear con los demás que te van a decir que sos una curandera." " ...esos colegas me preguntaban si yo trabajaba con una lechuza y un turbante.. una vez les conté que tenía un programa informático y me dijeron que el ocultismo también se ha tecnologizado." "Durante muchos años quienes practicaban cualquier tipo de medicina fuera de la tradicional eran prácticamente denunciados brujos, tanto es así que la acupuntura, quizás de las más antiguas de las medicinas alternativas que llegaron al país, durante muchísimos años fueron muy mal vistas por la facultad de Medicina..."*

La información obtenida sobre este punto da lugar al análisis de la postura estigmatizante dos grupos de individuos. Por un lado la postura de médicos y estudiantes de medicina y por el otro la postura de personas en general.

Primero, terapeutas, médicos-terapeutas y médicos alopáticos son agentes actuantes que actúan en función a posiciones diferenciadas dentro de un espacio social específico, en este caso el campo médico. Los tres grupos de actores traen consigo habitus diferentes, esto es aprendizajes, o en términos de Durkheim: formas de ser, pensar y hacer, generalmente diferentes entre sí. Procedentes de habitus diferentes, estos grupos de practicantes, además de interiorizar normas y valores diferentes, clasifican a las diversas formas (representaciones) de saber/poder y prácticas

---

<sup>18</sup> Walter Dressel es médico cirujano y homeópata. Se dedica también a la escritura de libros de auto ayuda.

médicas de manera también diferente. Es así que, generalmente, tanto médicos alopáticos egresados de la facultad de Medicina de la UdelaR como aquellos sujetos que validan su saber y sus practicas como superiores a otras formas de curación o sanción, tienden a estigmatizar a los sujetos portadores y consumidores de esas otras practicas y saberes calificándolos de ‘chantas’, ‘brujos’, ‘macumberos’, ‘bizarros’, ‘yupies’, ‘postmodernos’, ‘débiles mentales’, ‘místicos’, ‘raros’, etc. Asimismo, terapeutas o consumidores de las *otras medicinas* han aprendido otras normas y valores; han adquirido otros *modus operandi* a parir de los cuales califican a los médicos alopáticos y a sus prácticas como ‘fabricantes de salud’, ‘pone agujas’, ‘soberbios’, ‘arrogantes’, ‘incrédulos’, ‘insensibles’.

Segundo, tal como se constata en la bitácora de investigación, no solo los médicos sino también la diversidad de personas con las que se ha conversado sobre el tema de las *otras medicinas* ha adoptado generalmente una de dos posturas frente al mismo. Tanto los que tienen cierto conocimiento sobre alguna de las medicinas, como aquellos que demuestran una apertura y credibilidad frente a las mismas, devuelven una sanción positiva. En cambio, aquellos que permanecen ‘alejados’ de los circuitos de este tipo de consumo ‘cultural’ devuelven sanciones de rechazo. En definitiva cada una de las personas que desconoce el fenómeno de las *otras medicinas* tiene un calificativo estigmatizante para ellas. Resulta interesante notar como luego de avanzada la conversación sobre el tema surgen nuevamente dos reacciones: las de aquellos que logran comprender e interesarse minimamente sobre las características de estas medicinas, y las de aquellos que en el nombre de la academia, de la medicina y de ‘lo razonable’ no validan el accionar de las mismas. No es una sorpresa que los primeros en desentenderse del tema sean los estudiantes o profesionales de la medicina alopática y de las ciencias duras, con los cuales ha sido prácticamente imposible debatir a cerca de ciertas cuestiones.

**2. Dificultad de médicos para entender concepciones diferentes sobre la enfermedad.** “..Yo recibo a los médicos de la facultad de medicina en la escuela de Homeopatía y entonces les tengo que hacer una vuelta.. Mirá: salís de un medio científico y te metés en un medio no científico que resulta ser mucho más científico que en el que estabas; es como una vuelta que tenés que hacerles dar” “Acá en el Maciel tuvimos la visita de un medico chino, un verdadero maestro de la medicina china... como una décimo octava generación de médicos chinos y claro... en la terminología en que te habla... si hay un medico “hiper clínico” en ese momento no entiende nada...te habla de la enfermedad y la cura de manera totalmente diferente a la que hablamos nosotros”

La respuesta de los médicos-terapeutas frente a estas primeras dos dimensiones muestran la incidencia del habitus científico y la *doxa* académica planteados por Bourdieu, que a través de la

práctica de los profesionales médicos tiende a considerar como conocimiento precientífico a todo conocimiento que transite por fuera de su sistema de escolarización. Entonces, mientras los terapeutas se distinguen por el uso de recursos de ritualidad expresiva, los médicos se distinguen por el uso de recursos técnicos científicamente comprobados. Se genera así una dinámica de competencia interna al interior del campo.

**3. Mecanización de los procedimientos de atención médica.** *“quise hacer un postgrado de gastro pero no lo terminé porque vi que siempre veía lo mismo y hacía lo mismo; yo te hacía las recetas desde la puerta: tenés que cubrir la mucosa, y darle un antiácido.” “la propia medicina tradicional desde su visión tiene muchas fallas: organicista, mecanicista, con una visión parcializada y sectorizada, es una visión crítica que puedo establecer yo porque he salido y he visto otras cosas.”* Se destaca aquí la crítica a un elemento propio de la estructuración del campo científico de la medicina: la observación de rutina sin sujeto observador. Esto es, la recurrente autonomización técnica del ejercicio médico respecto de la reflexividad y de la ética del médico actuante.

**4. Ineficacia del diagnóstico alopático.** *“Qué es lo que sucede, cuando el médico tradicional que no ha abierto su mente y termina con su procedimiento, y no puede llegar a un diagnóstico se quedó con las manos atadas, entonces es el paciente es el que va (...) a otro tipo de consulta.” “En la medicina (...) pero sigue teniendo esa visión parcializada del ser humano que no puede integrar de ninguna manera. La propia medicina no logra integrar el sufrimiento orgánico con las causas de ese sufrimiento que muchas veces están en lo emocional.” “El tema de la energía como causa de salud la ciencia no lo acepta. La medicina se separó de la religión, para un lado el espíritu y para otro la mente y el cuerpo. Entonces hay temas que son difíciles de integrar, para presentarse frente a la ciencia tienen que darle otro ropaje, otro lenguaje.”* La crítica reflexiva aquí expuesta, referente a la desarticulación entre la mente y el cuerpo, entre la razón y las emociones, forma parte de la principal discusión referente a la ineficacia de ciencia médica referente a la satisfacción de las necesidades de salud de la población mundial. Ésta, permite pensar en la emergencia de un proceso de reestructuración del campo de la medicina científica llevado a cabo por los médicos-terapeutas. Un primer elemento de reestructuración es la inclusión por parte de médicos de recursos simbólicos provenientes de otras disciplinas medicinales como la medicina china, pues incluyen aspectos de expresividad, emocionalidad y religiosidad, demandados incrementalmente por los pacientes del nuevo milenio.

### **5. Distinción entre la ciencia médica y otras medicinas**

*“Dentro de la medicina, tanto de la homeopatía como la acupuntura tiene en su génesis un tema místico – religioso que es la energía vital,... (...)... hay quien amputa esa parte y maneja*

*aspectos físicos o de física cuántica y le da un sustento científico. Pero para acercarse a la ciencia hay que hablar de de determinada manera.” “La ciencia universalmente tiene que manejarse con parámetros que puedan medirse y pesarse, y que puedan comprobarse, y no puedo tener un sustento religioso porque ya no sería ciencia, en su propia definición.” “La llamada medicina tradicional de alguna manera es rigurosa en cuanto al método científico en el sentido que yo puedo decir que una persona está enferma cuando puedo probar que a través de un análisis de laboratorio, de una radiografía, una mamografía, una resonancia magnética, esta persona tiene anatómica o fisiológicamente una alteración de su armonía.” Si bien el abordaje metodológico de éste trabajo no permite visualizar articulaciones específicas entre actores, prácticas y saberes al interior del campo, se nota en los siguientes discursos una clara distinción entre la práctica médica científicamente fundada, complementada con *otras medicinas* y la práctica de *otras medicinas* por fuera del campo científico. Tales aseveraciones se transforman en estructuras estructurantes ya que preservan la integridad del habitus científico pero al mismo tiempo dejan lugar para la creatividad y para la revisión de la ya mencionada autonomización técnica del campo.*

## **6. Eficacia de la complementariedad entre medicinas**

*“...con el tema de la crisis económica, nacieron y crecieron una cantidad de cursos de fines de semana, que una persona que estaba desocupaba hacía un curso... hay que tener muchísimo cuidado con eso...uno puede darle flores a una persona que tiene 3 intentos de autoeliminación y como no tiene la formación necesaria como para poder captar el peligro que eso significa minimiza la sintomatología y esa persona se termina tirando de un décimo piso.” “. Por ahí en la medicina en muchas partes del mundo te exigen ser médico, acá en el Uruguay hay reglamentos, leyes del Ministerio de Salud Pública que reconoce a la acupuntura como un acto médico. Eso quiero decir que para ser acupuntor se necesita ser médico.” “la homeopatía es más una terapéutica, hacemos el mismo diagnóstico de un médico tradicional, entonces nosotros entendemos que la verdadera homeopatía es la médica, y hay otro que es el uno de medicamentos homeopáticos para el tratamiento de diferentes afecciones que es el que se hace en el mostrador en diferentes farmacias homeopáticas.”*

Más allá de la diferenciación en las formas de atención a la salud, las *otras medicinas* se conforman como un mercado y por lo tanto se atienen a las reglas del mismo. Esto significa que los consumos se vuelven cada vez más estandarizados. Varios terapeutas plantearon que en tanto las terapias se vuelven más comerciales tienden a perder el fundamento cultural y filosófico para el que fueron

creadas; 'pierden el aura'.<sup>19</sup> El aprendizaje de técnicas que se solían cultivar en monasterios y/o bajo estrictos códigos de admisión hoy se enseña en regímenes trimestrales de fácil acceso. El mercadeo es cada vez más utilizado como manera de generar renta a partir del boom de estas *otras medicinas*. El marketing tiende a reciclarlo todo, incluyendo a la nueva individualidad reflexiva y expresiva, creando espacios para nuevos productos y nuevos consumos.

### **7. Búsqueda de Complementariedad entre medicinas**

*Pero a nivel mundial "(...) cada vez más la homeopatía y la acupuntura entran en las universidades (...) El CASMU aceptó el ingreso de la Acupuntura y la Homeopatía (...) En el Policial y en el Militar también, en el Maciel hay un servicio honorario de acupuntura. En el Clínicas, pero nada oficial. Yo tengo la convicción de que alguna medicina alternativa, principalmente la homeopatía y la acupuntura que son las más aceptadas en el mundo, van a ingresar a través de las universidades privadas."*

En palabras de Romero, se verifica una convivencia entre la medicina oficial y otros sistemas médicos. He aquí tres ejemplos paradigmáticos. Primero, "(...) las declaraciones del presidente del la Junta Directiva del CASMU, quien señaló: *«Yo creo que estamos viviendo una época de transición cultural que hace proclive que estas herramientas comiencen a expandirse en el país»*". (Díaz, 2005: 100) Segundo, la apreciación de Romero de que "(...) en algunas especialidades de la biomedicina y de la psicología ya se han producido 'aperturas' hacia las 'otras' medicinas integrando concepciones y/o técnicas de tratamiento." (Romero, 2005: 32) Por último, las palabras del doctor Álvaro Díaz, que considera que "(...) el fenómeno cultural posmoderno (...) ha determinado que (...) No importa de que enfermedades estemos hablando, se valoran las distintas medicinas con una eficacia similar." (Díaz, 2005: 106) Así mismo considera que en tanto el médico logra interpretar el valor religioso, de esperanza y de fe que el paciente adjudica a su malestar, logra generar un marco de confianza recíproca, punto de unión entre las medicinas.

Los dos grupos de medicinas analizados conservan dos tipos de eficacia diferente. La medicina alopática es eficaz en el tratamiento de los aspectos físicos de la enfermedad. *"Yo como médico tengo la responsabilidad, está el límite el conocimiento de cada uno que hay cosas que tienen unas indicaciones y hay otras que tienen otras. Debo derivar al paciente a donde corresponde. Un paciente con una apendicitis yo no puedo tratarlo de ninguna manera."* Las otras medicinas son eficaces en el tratamiento de lo psicológico y lo social de la enfermedad. *"El terapeuta le pregunta [al paciente] sobre lo cotidiano, si tiene miedo, si es violento, cómo le afecta el clima,*

---

<sup>19</sup> "Los alumnos han hecho copias como ejercicio artístico, los maestros las hacen para difundir las obras, y finalmente copian también terceros ansiosos de ganancias". (Benjamín, [1936]1994: 18).

*la humedad, su relación con el mundo, con el entorno, con los demás. El terapeuta tiene una formación, pero nada que no se aprende en los propios cursos de formación [alopática] competentes.*” La práctica conjunta de estas medicinas por parte de los usuarios promueve, en alguna medida, el bienestar bio-sico-social propuesto por la OMS.

En síntesis, el campo de la salud hoy presenta una importante reestructuración que lo divide en dos sub campos: el científico y el de las *otras medicinas*. A su vez, cada campo experimenta un tipo de estructuración y una conformación de habitus diferentes. No obstante, los recursos en juego y la movilidad de los actores a la hora de acceder a ellos dan cuenta de un patrón de movimiento. Según queda constatado, en la medida que aumenta la legitimación social y la demanda por recursos simbólicos y materiales de sanación expresiva, propios de la cultura holística, se fortalece la dinámica de estructuración del campo de las *otras medicinas*. Al mismo tiempo, la efectividad y la maleabilidad del uso de recursos de este tipo promueven la movilidad de actores médicos provenientes del campo científico, que los integran a su práctica, generando así un proceso incipiente de reestructuración de dicho campo.

La intencionalidad de los usuarios demandantes de tratamientos médicos sumada a la intencionalidad de los médicos y terapeutas oferentes de los mismos promueve la recurrente interacción entre las estructuras estructurantes de uno y otro campo, esto es, los recursos netamente instrumentales de diagnóstico médico alopático, por un lado, y los recursos técnicos fundados en simbolismos expresivos (religiosos y mágicos) por el otro.

La diversidad actual en tratamientos de atención a la salud compiten entre si y en su lucha por mantener su poder de curar tienden a volverse cada vez más complementarios.

Según el discurso de médicos terapeutas y terapeutas la diferencia entre la atención a la salud de las *otras medicinas* y el sistema alopático radica en las siguientes cuestiones. Las primeras tratan al *ser enfermo* desde el *ser sano (desde su propio ser sano)*. Esta visión reside en aquellas concepciones de la salud que consideran que toda persona tiene la capacidad de devolverle a su cuerpo (en el sentido integral del término)<sup>20</sup> un estado de salud intersubjetivamente ‘aceptable’ a partir de la comprensión de su propia experiencia como ‘ser enfermo’.

Esto no quiere decir que cada persona logre por sus propios medios acceder a un nivel de sanidad deseado, satisfactorio. Se hace necesaria siempre la visión de un experto. Pero los expertos en atención a la salud tienen la posibilidad de abordar la situación básicamente desde dos maneras diferentes (tipos ideales extremos). En un polo se encuentran aquellos que comprenden al individuo, al ‘enfermo’ como un ser ‘paciente’, que espera recibir del ‘doctor’ una solución a sus problemas; de

---

<sup>20</sup> Definición de salud de la OMS: *un ser biosicosocial*

doctor a paciente, *de afuera hacia adentro*. Ni el doctor ni el paciente tienen (o no se lo dan el uno a otro) el tiempo y el interés de analizar, reflexionar, y comprender el estado de enfermedad, esto es, el descubrimiento de los factores comunes que han desencadenado dicho estado.

En el polo opuesto nos encontramos con aquellos expertos que comprenden al 'enfermo' como un *cliente*<sup>21</sup>, esto es, como una persona que demanda su atención para ser inducida (con o sin conocimiento de causa) en un proceso curativo que la vuelve protagonista y responsable de su propio proceso de curación, teniendo al médico como un guía, un referente de su estado de sanación. En este caso, la solución al problema de la enfermedad, la disolución o disminución de tal estado se aborda conjuntamente entre doctor y cliente. En primera instancia *desde afuera hacia adentro*, a través de diversas formas de ser, pensar, y actuar – formas de curar - desde las cuales el doctor actúa sobre el cuerpo y/o mente de sus clientes. A la vez, el doctor explica -todo doctor tendría la obligación ética de hacerlo- la importancia de comprenderse a sí mismos como seres íntegros, capaces y responsables de la conservación o alcance de un 'mínimo equilibrio bio sico social' que les permita combatir sus estados de enfermedad y/o volverse 'saludables' *desde adentro hacia fuera*.

Desde la perspectiva del consumidor, la lógica de consumo no es muy diferente en tanto el poder movilizador emocional de las *otras medicinas* es tomado como un elemento más en la lista de consumos. La individualidad que aparenta ser plenamente expresiva se despliega en primera y última instancia a partir de una individualidad utilitaria, de un arreglo monetario entre terapeuta y cliente para la satisfacción de necesidades y deseos de bienestar. Diferente es el caso de las terapias en que la conciencia individual expresiva tiende a transformarse en una ritualidad grupal, como en el caso de los programas de ayuda de las iglesias neo-pentecostales. Allí, el arreglo utilitario se traduce como promotor de la fe de una comunidad entera, que en primer y última instancia es la fuente de emotividad, fe, y progreso de la persona doliente.

En el caso de los individuos que acceden de forma utilitaria o expresiva al consumo de terapias dotadas de ritualidad expresiva se destacan diversas posturas. La revisión de materiales y la indagación sobre el tema ha dado lugar a la siguiente reflexión: diferentes individuos se acercan a las *otras medicinas* principalmente en busca de alivio del dolor 'del alma', en busca de nuevos códigos de conducta (de algo en que creer), en busca del alivio del dolor físico, o en busca de alguna combinación de estos tres motivos. Incluso el motivo ha de surgir durante el propio proceso de interacción con el terapeuta. Esto quiere decir que la práctica medicinal ha de adquirir un carácter sui generis, producto de la adecuación entre las inquietudes del consumidor y las posibilidades técnicas, expresivas y dogmáticas del terapeuta que intente satisfacerlo. La flexibilidad del abordaje

---

<sup>21</sup> del griego *cliens*, que significa protegido, amparado

terapéutico da lugar a un intercambio de significaciones entre terapeuta y cliente que puede transitar entre lo predominantemente místico (extático o contemplativo), de huida del mundo, y lo predominantemente ascético o de orientación al mundo. Asimismo, el consumidor, fuera del ámbito de la terapia, usará esas significaciones como elementos de catexis, que deriven finalmente en la recuperación o estabilidad de su bienestar bio sico social.

Por ejemplo, el consumidor usará el recurso de respiración abdominal aprendido en la terapia, sumado a la súplica a su santo, a su ángel de la guarda, o a otro elemento de simbolización expresiva, para hacer frente a una crisis de ansiedad. El uso de uno u otro elemento resultaría ser una elección totalmente individual. No obstante se ha notado que los consumidores más asiduos o los más interesados en la *cultura holística* tienen incorporados en su 'recetario', una mayor variedad de elementos de significación (de alivio de expresiones sico somáticas negativas) compatibles e intercambiables entre si. En cambio, los consumidores menos asiduos y los novatos acceden principalmente a los elementos más usados, más a la moda, más reproducidos, y por ende, más asequibles a sus grupos de pares. Tal es el caso del consumo muy popularizado de estampitas y pulseras de divinidades y santos, de kits de aromaterapia, piedras semipreciosas, amuletos, etc.

Dejando de lado la discusión acerca de las modalidades de consumo cotidiano, existen ocasiones tales como la enfermedad de un ser querido o los problemas económicos que requieren ver al fenómeno de las medicinas específicamente como elemento de creencia, como móvil de la fe del individuo. Según Durkheim las religiones ayudan a vivir, y en caso de excesivo sufrimiento surge la necesidad de creer en algo. Asimismo Rodríguez menciona el móvil de la sugestión a la hora de salvarse o enfermarse. (Las Otras Medicinas; 2005: 57) Dicho efecto de sugestión es la base de las medicinas mágicas de la antigüedad que ha utilizado diversos objetos para canalizarla. No obstante, en la actualidad, principalmente en los últimos tiempos, han surgido y resurgido algunos de estos objetos. Cabe recordar el valiado 'agua de Querétaro', o el actual 'manto de la descarga' de los evangelistas, o la 'limpieza del aura' de los gnósticos. También se ha comenzado a utilizar con frecuencia para estos casos de dilema enfermedad-condena/salvación las predicciones de tarotistas, videntes, y clarividentes.

No obstante, la mayoría de las terapias y rituales religiosos resumidos en el concepto de *otras medicinas* comparten un elemento propio de la *cultura holística*: el bienestar, la salvación y la salud radican en el poder, en el amor y en la fe en uno mismo. La mayoría de las terapias no se presentan a si mismas como la solución a los problemas, y a nivel comercial se ajustan al espíritu hedonista de la cultura, incentivando la diversión y el goce de la vida; es que en la actualidad el sufrimiento ha perdido vigencia en tanto valor promotor de prosperidad mundana y salvación divina. Un ejemplo claro es la popularidad que ha adquirido la imagen de 'Jesús Misericordioso', que camina sereno,

destellando luz rosa y celeste de su pecho, en relación al conocido 'Jesús en la cruz'. Asimismo, si bien la fuente del bienestar radica en la persona misma, en su fe, en su energía, ésta se encuentra rodeada en la actualidad de antiguas y resignificadas figuras divinas para apoyarse psicológicamente e intentar sanar el dolor y aumentar la prosperidad.

### **5.1. Resumen conclusivo del análisis de temas propuestos**

1. Se destaca un alto grado de institución de los saberes y prácticas de *otras medicinas* que tiene como fundamento al conjunto de capitales culturales *híbridos* de la *cultura holística*. Se conforma así un campo de *otras medicinas*.
2. Este proceso de institución se desarrolla en tres campos: el de la vida cotidiana, el de la nueva religiosidad y el de la salud.
3. Los usuarios que acceden al campo de las *otras medicinas* colaboran con la constante estructuración de los recursos desplegados al interior de éste. Estos recursos implican el acceso a estilos de vida saludables, que al ser aprendidos reestructuran la vida cotidiana de los mismos. Se genera así un habitus caracterizado según los usuarios entrevistados por: 1.salud como unidad mente-cuerpo 2 desarrollo de la espiritualidad 3.nueva religiosidad 4.dieta equilibrada 5.vida equilibrada.
4. Este habitus es contrapuesto al habitus propagado desde el sistema médico hegemónico, cada vez más criticado por su alta burocratización, por la relación medico-paciente distante y desinteresada, y pro tratamientos invasivos y iatrogénicos.
5. La eficacia de los tratamientos de las *otras medicinas* los vuelve recursos transmisibles que se transforman en ganancias asequibles tanto para terapeutas como para médicos. El acceso a las mismas genera la competencia y la creciente interacción entre actores y saberes, desplegando instancias de hibridación y complementariedad de las prácticas preventivas, curativas y promotoras de salud.
6. Asimismo, la complementariedad genera una reestructuración incipiente del campo científico de la salud que adopta técnicas no comprobadas científicamente para efectivizar y promover la novedad de sus tratamientos.
7. Diversas universidades públicas y privadas del mundo del mundo ofrecen carreras de medicina alopática y no alopática como la medicina china y la homeopatía. En Uruguay la Universidad de la República es la única institución universitaria que ofrece una carrera de medicina. Ésta, es exclusivamente alopática.

## **6. Reflexiones finales**

En agosto del año 2006 el entonces decano de la facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR, Luís Bértola, abrió la V jornada de investigación científica. En su disertación hizo referencia a las

reflexiones de Carlos Filgueira, quien notó la existencia, hace varios años, de una ‘fosa’ entre las ciencias naturales y las ciencias humanas. Sus palabras dieron lugar a la siguiente reflexión: ¿la medicina, es ciencia natural o humana?

Este tipo de reflexiones, al igual que otras ya analizadas en este trabajo, forman parte de un mismo estado de ánimo generalizado: la búsqueda de *humanización de las ciencias*. Actores de la academia, tanto del área social como del área de la salud, pero principalmente la gente, desde su experiencia y reflexividad adjudican la responsabilidad de des humanización de la medicina a la propia dinámica de de estructuración del campo de la ciencia médica: la alta burocratización, tecnificación y mercantilización de sus prácticas. Si bien el sistema de salud alopático sigue siendo el sistema de salud más instituido y el de mayor cobertura, ha comenzado a perder prestigio y credibilidad entre la población. El proceso de desmedicalización, expuesto en el capítulo 2, ocurre desde hace unas décadas, pero se ha vuelto masivo a partir del colapso del sistema nacional de salud durante el año 2002, cuando un amplio sector de la sociedad careció de cobertura médica. Si bien algunos estudios arrojan datos positivos acerca de la calidad de la atención médica, en los últimos años han aumentado los escándalos mediáticos en torno al error médico, la mala praxis<sup>22</sup>, la sobre medicación, la des personalización, y la excesiva brevedad de las consultas. Como corolario de esta coyuntura el gobierno ha promovido una reforma que intenta revertir la crisis del sistema de salud.

Por otro lado, la gente ha adoptado diversas actitudes para hacer frente a una realidad de crisis a varios niveles. Mientras que la gente quedaba sin cobertura médica y se establecía un ánimo de descontento, inseguridad, y depresión, se levantaba un *shopping de religiosidad alternativa*. Se colmaban los centros de oración y sanación y se levantaban puestos de venta ambulante que ofrecían piedras curativas, aromaterapia, amuletos orientales, y textos místicos y de autoayuda a bajo costo.

Todos estos fenómenos comparten una misma característica: forman parte de un proceso de hibridación cultural y de nueva religiosidad, configurador de la denominada *cultura holística*, que en términos generales, concibe a las personas como sujetos integrales, en sus aspectos biológico, psicológico, y social. Estos centros y comercios ofrecen a la gente una diversidad de recursos de ritualidad expresiva promotora del bienestar sico social, o ‘del alma’, pero sin tratar las afecciones propiamente orgánicas del dolor o la enfermedad.

En cambio, han aflorado también terapias que implican la interacción con un terapeuta instruido en una o más disciplinas altamente desarrolladas tales como homeopatía, reiki y medicina china. Estas terapias se expandieron y popularizaron rápidamente a partir de ese momento de crisis; pero dado el

---

<sup>22</sup> Ver Anexo IV

valor y el reconocimiento de sus técnicas, se han vuelto complementarias a la medicina alopática, principalmente para usuarios de poder adquisitivo medio y alto.

No es una coincidencia que las *otras medicinas* se mostraran a si mismas como oferentes de una variedad de cuestiones que el sistema de salud no lograba brindar. Esto es, atención personalizada y humanizada, consultorios cargados de simbolismo, tratamientos integrales, plena interacción entre terapeuta y cliente, diagnóstico integral, actitud activa del cliente en su proceso de cura, tratamientos múltiples no invasivos y naturales, y en muchos casos elementos de ritualidad religiosa y mágica de variada índole.

Es así que en los últimos años se ha ampliado rápidamente la oferta y la demanda de *otras medicinas*, ya sea mediante cursos, libros, o programas televisivos. Incluso, el consumo de las mismas se ha transformado en una posibilidad real para acceder al mercado de trabajo, permitiendo así, la reproducción de un habitus *holístico*.

En, resumen, la deshumanización propia de las instituciones de la modernidad, la hibridación de las culturas mundiales, el boom de la *new age* y la *cultura holística*, el boom de la telecomunicación y la Internet, la crisis del año 2002, el juego de la oferta y la demanda en *el shopping de lo alternativo*, la relativa autonomía de los sujetos a la hora de tomar decisiones para su vida cotidiana, son todos factores que hacen de las *otras medicinas* un fenómeno ciertamente instituido a nivel mundial.

El fenómeno, tal como ha sido indicado hasta el momento, da cuenta de un importante grado de complementariedad en el uso de la salud alopática y de *otras medicinas*. Incluso, la recreación de la cultura holística por grupos familiares, de aficionados, y de terapia da lugar a la reflexión acerca de un nuevo tipo de medicalización, complementaria y/o alternativa a la ofrecida por la institución alopática. Asimismo, en la medida en que los médicos complementen sus saberes y sus prácticas con los propios de esa cultura el campo médico seguirá reestructurándose promoviendo un nuevo habitus asistencial. Esto es, las nuevas generaciones que surjan de estos grupos tendrán incorporado un habitus, una cultura de la salud diferenciada de la del común de la sociedad, sujeta un sistema de salud históricamente hegemónico.

Asimismo, la complementariedad entre la acción de las formas alopáticas de atención a la salud, que tratan principalmente las afecciones del cuerpo, y las formas alternativas, que tratan principalmente los aspectos sico sociales, sugiere un acercamiento al ideal de salud propuesto por la OMS, esto es, un pleno estado de bienestar bio-sico-social.

Volviendo al principio de este apartado final, si se establece una diferencia entre las ciencias humanas y las ciencias naturales y se intenta ubicar a las diversas formas de medicina en una u otra categoría, la discusión hasta el momento permite apreciar a la medicina alopática generalmente como

ciencia natural. El resto de las *otras medicinas* aún no se considera ciencia. Incluso, una entrevista grupal con doctores de hospital reveló una marcada defensa en relación a la separación entre las instituciones que otorgan y practican el conocimiento médico académico ya instituido y ‘las otras’, en proceso de institucionalización. Es visible, entonces, la falta de reflexión y reflexividad sobre una posible complementariedad a nivel académico e institucional entre sistemas médicos. En cambio, se ha intentado en los últimos años rever la cuestión de la excesiva medicalización y mecanización de la salud, como también de la despersonalización y la deshumanización de la atención al cliente.

En definitiva, como última reflexión, cabe formular una pregunta que atraviesa toda la discusión del trabajo monográfico. Primero, si los saberes y las prácticas desplegadas dentro del campo científico son verdaderas en tanto son útiles para los individuos que acceden a ellas (corporaciones, médicos y usuarios) serán socialmente válidas. Segundo, mientras los saberes y las prácticas desplegadas en el campo de las *otras medicinas* conserven la efectividad constatada hasta el momento serán válidas socialmente. Esto es, el campo de la salud, que abarca a ambos sub campos atraviesa por un proceso de reestructuración a nivel de los saberes y las prácticas, que mantiene la validez de los métodos científicos e incluye la validación creciente de métodos científicamente no comprobadas y de nueva religiosidad.

Entonces, ¿es válido decir que la sociedad mundial se encuentra en una etapa de transición, en que el supersistema sensitivo de la verdad -sobre el que se fundan las instituciones de la modernidad como el sistema de salud alopática- deja lugar al surgimiento de elementos idealistas como la llamada *sub cultura holística*, la cual tiende a integrar elementos religiosos y en cierta medida científicos, a sus sistemas de creencias, valores y de simbolismo expresivo? ¿Estamos accediendo a una etapa de la historia de la humanidad que es idealista, en que se mezclan los métodos de la ciencia con los del espíritu? ¿Son los individuos en general, y algunos intelectuales en particular los que otorgan y promueven la validez de métodos no científicos de atención a la salud, dada la utilidad de los mismos? ¿Estamos accediendo a una etapa en que se mezclan las ciencias naturales con las ciencias del espíritu?

La discusión sobre la temática en cuestión trasciende el campo de la sociología; se vuelve un objeto propicio para alocuciones de filosofía, ontología, metafísica, teología, y epistemología. En este sentido no existe reflexión que otorgue un sentido unívoco y acabado sobre la misma. Por lo tanto, sirve en primera instancia como estímulo y ejercicio experimental para futuras reflexiones. Éstas, invitan a volver nuevamente sobre el texto, permanecen abiertas.

Fin

## Bibliografía

**Menéndez, Gerardo.** “Reflexiones para la comprensión sociológica de la cultura New Age” Pág. 37-43. Revista de Ciencias Sociales.

**Menéndez, Gerardo.** “Crisis del Uruguay laico-racionalista. Nuevas religiones y cultura holística”. Cuadernos del Claeh. N° 78-79. Montevideo, 2º serie año 22 1997/1-2 Pág. 243-258

**Bayce, Rafael.** “Uruguay hoy: La explicable explosión de Religiones y Sectas”. Cuadernos de Marcha. N° 68. Febrero de 1992.

**Romero, Sonnia.** Indagación Antropológica sobre Medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay – 2004. Papeles de trabajo. Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

**Portillo, José** (compilador) La medicalización de la sociedad Goethe Intitut. Montevideo, 1993.

**Rodríguez, Joaquín y Portillo, José (compiladores).** La expropiación de la Salud. Instituto Goethe. Nordan Comunidad, Montevideo. 2004

**Portillo, José y Rodríguez, Joaquín (compiladores).** Las Otras Medicinas. Instituto Goethe. Nordan Comunidad, Montevideo. 2005

**Rama, Angel.** Transculturación narrativa en América Latina. 2da. Edición. México: Siglo XXI, 1982.

**Moreira, Natalia.** Medicinas Alternativas. Monografía de grado, Licenciatura en Sociología, UdelaR. 2003

**Dutto, María.** Medicalización de la sociedad. MIP II, Licenciatura en Trabajo Social, UdelaR. 2005

**Durkheim, Emile.** (original francés de 1912). Las formas elementales de la vida religiosa. Alianza, Madrid, España. 1993. Introducciones y Conclusiones.

**Parsons, Talcott.** (original inglés de 1951): El Sistema Social. Capítulo 9. Los símbolos expresivos y el sistema social: La comunicación del afecto. Revista de occidente, Madrid, España 1968.

**Parsons, Talcott.** (original inglés de 1953): Apuntes sobre la teoría de la acción. Capítulo 2. la teoría del simbolismo en relación con la acción. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1970.

**Sorokin, Pitirim.** (original inglés de 1947): Sociedad, cultura y personalidad. ED. Aguilar, Madrid, España, 1960. Capítulos 8, 9, 13, 17, 26, 27,28 y 30.

**Riesman, David.** (original inglés de 1945): La muchedumbre solitaria. Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1971. Capítulos I, IV y VII.

**Maffesoli, Michel.** (original francés de 1973): O tempo das tribus. Capítulos IV y VI. Forense. Río de Janeiro. Brasil. 1987.

**Bourdieu, Pierre.** (original francés de 1979): La Distinción. Taurus, Madrid, España, 1991.

**Weber, Max.** (original en alemán de 1921: Estudios sobre la sociología de la Religión. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1969.