



DE HEGEMONÍAS Y SUBALTERNIDADES EN EL CAMPO DE LA SALUD.
REFLEXIONES DESDE EXPERIENCIAS EN TERAPIAS ALTERNATIVAS

GT 5: Comunicación y Salud

Marcelo Loaiza

Depto. Comunicación Social, Universidad Nacional del Comahue (ARG)

marcelo.loaiza@gmail.com

Objetivos

El marco de esta presentación refiere a nuestro trabajo de investigación¹, que desde el campo de la comunicación social en perspectiva interdisciplinaria, se plantea identificar, describir y analizar experiencias alternativas, y las mediaciones que las enlazan, en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad en el norte de la Patagonia argentina. Estas prácticas pueden en parte comprenderse a partir de su articulación -sea de diálogo, resistencia o re-significación- respecto del modelo hegemónico en el campo de la salud que encarna la biomedicina. El objetivo específico para esta presentación es el caracterizar configuraciones prácticas y discursivas, que re-significan el discurso biomédico hegemónico, a partir de las experiencias en terapias no convencionales, en tanto expresan cierta disconformidad con uno de los dispositivos del modelo hegemónico: la relación médico-paciente.

¹ Esta presentación forma parte del trabajo del autor como integrante del proyecto "Hegemonías y resistencias en el norte de la Patagonia. Un análisis comunicacional de prácticas culturales y experiencias de subalternidad" (Universidad Nacional del Comahue).

Caracterización del estudio

Con base conceptual en la tradición de los estudios culturales, respecto de los que presentamos aquí una brevísima aproximación que da cuenta de nuestros diálogos con esta perspectiva, realizamos una labor de investigación en terreno que en estos momentos se encuentra en sus primeras fases. Las reflexiones aquí expuestas surgen de la construcción del contexto conceptual de nuestro trabajo y de su articulación con la tarea de campo que se encuentra en instancia exploratoria y en diálogo permanente con ese anclaje teórico, lo que resulta unidad indivisible. La metodología aplicada responde a la estrategia cualitativa, a partir de la realización de entrevistas en profundidad a usuarios y terapeutas, específicamente de las denominadas terapias florales, en el territorio del norte de la Patagonia argentina.

Resumen

Reflexionamos acerca de prácticas culturales y mediaciones en las experiencias terapéuticas alternativas y complementarias que en el cuidado de la salud se desarrollan actualmente en el norte de la Patagonia argentina. En el momento inicial de nuestra travesía de investigación nos propusimos analizar los postulados básicos que orientan estas prácticas y su contrastación con los del sistema dominante. Contraste que por otra parte, opera en las motivaciones que los sujetos asignan a sus experiencias en el cuidado de la salud. ¿En qué sentidos las experiencias alternativas del cuidado de la salud conforman re-significaciones de estos supuestos del modelo de la biomedicina? ¿Las exploraciones de respuestas al cuidado de la salud en terapias alternativas expresan disconformidad con la concepción de la salud/enfermedad por parte del modelo médico hegemónico? ¿Reconfiguran estas experiencias que circulan por ambos dominios, tanto el de la

biomedicina como el de estas terapias no convencionales, el cuidado de sí en el sujeto contemporáneo?

La categoría de hegemonía atraviesa la reflexión. Analizamos la re-significación que estas experiencias en el ámbito de las terapias no convencionales realizan respecto de los principios y de las condiciones del dominio de la biomedicina, que se presenta como el sistema hegemónico en nuestra región. Así, las referencias a la relación médico-paciente desde la experiencia en usuarios de terapias alternativas, permite examinar esas tensiones. En la primera parte de esta presentación recuperamos brevemente la perspectiva disciplinar desde el campo de la Comunicación, ya que funda nuestra mirada respecto del fenómeno en estudio: las experiencias de los sujetos en el cuidado de sí a través de terapéuticas alternativas². Desde estas preocupaciones se construye el sentido de este trabajo. La breve caracterización, en la segunda parte, del modelo biomédico³ resulta necesaria, ante el supuesto que acompaña esta labor: las condiciones de ese paradigma que definimos como hegemónico permiten comprender algunas de las claves contextuales del hoy reconocible, aunque difusamente, circuito de prácticas alternativas que orientadas al cuidado de la salud y al tratamiento de la enfermedad, circulan por la sociedad occidental contemporánea. Si bien lo que nos interesa, fundamentalmente, son las condiciones que habilitan y motivan a los sujetos contemporáneos a la búsqueda del cuidado de sí por otros caminos que se encuentran en los márgenes o por fuera del modelo hegemónico de la biomedicina, la comprensión del funcionamiento de éste es imprescindible para ello. En la tercera parte especificamos entonces las particularidades de las terapéuticas alternativas, reflexionando respecto de las tensiones que se producen con el modelo de la biomedicina, para finalizar el trabajo con el análisis inicial de la tarea de campo, conformada por entrevistas en profundidad a terapeutas y

² Las identificaremos indistintamente como alternativas o no convencionales.

³ Consideramos sistema, modelo o paradigma de la biomedicina a la confluencia de instituciones, organizaciones y prácticas de la medicina alopática occidental, reconocida oficialmente por el sistema de salud en nuestro país y encuadrada en principios de racionalidad científica-técnica.

usuarios de estas terapias. Los comentarios finales de esta ponencia remiten más bien a continuidades en la labor que a resultados afianzados.

Debemos destacar, a modo de alerta inicial, que estos modelos de cuidado de la salud, tanto el de la biomedicina, consolidado y dominante, como el amplio y diverso campo de las terapéuticas alternativas, no se piensan en este trabajo, ni se constituyen en lo real, como si se tratara de dos sistemas homogéneos a su interior y confrontados abiertamente en su vinculación. De hecho, su diferenciación es un ejercicio analítico que no pretende etiquetarlos como “productos acabados e inertes” (Derrida, 1975), lo que resultaría por una parte ingenuo y por otra, nos llevaría a caer en esquemas binarios de componentes estancos, lo que obstaculizaría una reflexión consistente. Los consideraremos en sus diversos vínculos, traslapes, muchas veces contradictorios, sin cierres o soluciones, que cuando ocurren deben pensarse como transitorios e inestables.

De hegemonías y subalternidades en el campo de la salud Reflexiones desde experiencias en terapias alternativas

Prácticas culturales en el cuidado de la salud. Una perspectiva comunicacional

La comunicación, reflexionada como productora y constitutiva de significaciones sociales (Hall, 1980, a), tiene un lugar relevante e ineludible en la constitución de las experiencias vinculadas al cuidado de sí del sujeto contemporáneo. Es nuestro interés y motivación destacar en estas mediaciones y circulaciones la dimensión que se enlaza con la comunicación en términos de lo interpersonal, de la interacción social, anclaje que remite a un aspecto escasamente desarrollado en el campo (Rizo García, 2006). Esas prácticas del cuidado de sí, incluidas genéricamente en las cosmovisiones del proceso salud/enfermedad interactúan

con la cultura masiva en términos de mediaciones simbólicas y creemos que es una contribución significativa realizar lecturas de estos fenómenos desde el campo de la comunicación distinguiéndose de los enfoques antropológicos que son los de mayor recorrido en la temática.

Reconocer a los estudios culturales como espacio teórico y metodológico de anclaje puede resultar una aproximación imprecisa. Diversidad de perspectivas en las ciencias sociales, y especialmente en el campo de la comunicación social, reclaman para sí esta denominación, aún cuando las distancias entre ellas puedan en ocasiones ser significativas. Los estudios culturales en que nos referenciamos, se preocupan por las prácticas culturales que generan los sujetos en su vida cotidiana, siempre que éstas se consideren en su articulación constitutiva con dispositivos de poder y resistencia concretos (Restrepo, 2012). Es por ello que el término hegemonía, que encuentra su origen próximo en el pensamiento gramsciano⁴, es de relevancia para este trabajo⁵. Cómo otra característica de esta perspectiva conceptual, distinguimos una contextualización radical (Grossberg, 2012) que implica que toda práctica se constituye en un haz de conexiones situadas histórica y territorialmente, y que por lo tanto no pueden (esas prácticas) configurarse en un a priori ni en un fenómeno independiente de esas relaciones constitutivas. Esta perspectiva relacional, resulta contraria a cualquier determinismo y universalismo extremo. Así, los contextos se proponen como articuladores significantes de vínculos atravesados y configurados por relaciones de poder que habilitan la constitución específica de esas prácticas culturales.

⁴ Puede decirse, como lo expresa Portantiero (en Altamirano, 2008) que el origen del término pertenece a Lenin, pero el uso que aquí proponemos, así como los diálogos establecidos por los *Cultural Studies* (especialmente por R. Williams) remiten al enfoque gramsciano.

⁵ Los procesos hegemónicos se conciben como un todo dinámico, que articula formas económicas, jurídico-políticas y culturales, en las que haremos énfasis, que se expresan tanto simbólicamente como materialmente.

Devienen los estudios culturales interdisciplinarios por la misma caracterización multidimensional en la construcción de su objeto de estudio. Este objeto nunca es un fenómeno aislado, por el contrario, siempre se piensa en una articulación de prácticas tanto discursivas como no discursivas. Si, como dice Grossberg, “la teoría y el contexto se determinan mutuamente”, entonces la teoría resulta “un recurso estratégico contingente” (2012, p.44). El compromiso con la construcción de conocimiento que no sólo circule por el ámbito académico es, finalmente, una de sus condiciones constitutivas. Esta “explícita vocación política” (Restrepo, ob. cit., p.135) se sostiene en el intento de desarrollar una labor analítica que se vincule con el contexto en el que se inscribe, promoviendo la reflexión sobre las condiciones y relaciones que configuran las condiciones de posibilidad y las experiencias de los sujetos.

Al asumir como base, una sólida contextualización, la rigurosidad en el trabajo empírico, la función contingente de la teoría y la multidimensionalidad de las prácticas que se analizan, esta perspectiva intenta alejarse de extremos tanto objetivistas como subjetivistas⁶, habilitando la comprensión del espacio de prácticas de los sujetos sin perder de vista las condiciones históricas, sociales, económicas y políticas en que estas se realizan, condiciones que a su vez son realizadas por estos sujetos.

Así, es necesario caracterizar al modelo de la biomedicina que se constituye como hegemónico en nuestro territorio. Toda experiencia en el cuidado de la salud, debe comprenderse en el contexto en que se expresa este modelo dominante que condiciona no solo la materialidad de las prácticas en este campo, sino también la dimensión simbólica de las mismas.

⁶ No pretendemos esta intención como exclusiva de los estudios culturales. Pueden reconocerse diversidad de perspectivas que promueven esta superación de dicotomías en las ciencias sociales (Bourdieu, Giddens, de Certeau, solo por mencionar algunos ejemplos).

Biomedicina contemporánea. Un espacio complejo

El régimen de salud vigente, encuentra su origen próximo en esas estrategias disciplinarias de la sociedad moderna, cuyo objeto de control era (es) el cuerpo, centrado en la función de éste como parte de la fuerza laboral en el capitalismo industrial (Foucault, 1977). El modelo que en la actualidad denominamos biomédico, comienza a instituirse a finales del siglo XVIII en países europeos, acompañando la Primera Revolución Industrial. Ese momento inaugural se constituyó a partir de un entramado de prácticas y discursos de fuerte disciplinamiento social. La eficacia demostrada por las prácticas médicas se enlazó al paradigma dominante de la utopía científica de la modernidad. La expectativa, aún vigente en las lecturas de sentido común pero también en diversos sectores dentro del campo académico de las ciencias médicas, promueve un horizonte en el que la evolución de la biomedicina podrá contar en un futuro incierto pero seguro, con las respuestas necesarias para todas las dolencias, incluso anticipándose a su ocurrencia.

Desde el fortalecimiento de la asociación entre lo científico y la medicina, estos modelos de salud promovieron su ingreso en el terreno de la microeconomía, desarrollando “el consumo de salud” (Huergo, 2009, p.2), la búsqueda de domesticación de los cuerpos (Papalini, 2007) y fundamentalmente, la instauración de la salud como eje de confrontación político-cultural. En definitiva, la biomedicina como instancia estratégica de las biopolíticas o políticas de la vida (Foucault, 1973).

Lo que en la modernidad disciplinaria que estudió Foucault se concretaba mediante férreos controles institucionales, se transforma en los actuales dispositivos de poder que superan las barreras físicas y espaciales sofisticándose y generando novedosas estrategias de vigilancia y dominación (Deleuze, 1995).

Se trata hoy no solo, y no tanto, de mantener sana la fuerza productiva del obrero, como de constituir y diseminar planetariamente consumidores activos. En instancias del actual capitalismo pos-fordista, las formas de control se constituyen al interior del mercado de consumo, siendo las industrias de los medicamentos en buena parte reguladoras de las prácticas actuales en el campo de la salud.

En este marco pueden describirse las condiciones de posibilidad y sostenimiento del que denominamos modelo médico hegemónico que viene analizándose desde hace ya más de treinta años, especialmente en el territorio latinoamericano (Briggs, 2005, Huergo, 2009, Menéndez, 1984, 2005, 2006). Debemos precisar que se trata de condiciones dinámicas, que varían, en ocasiones de modo sutil, tanto en función del momento histórico como del contexto regional en que se desenvuelven.

Si reconocemos que esta caracterización, como cualquier tentativa de síntesis o clasificación de fenómenos socio culturales con enorme complejidad multidimensional, es un intento por presentar las condiciones esenciales que permitirán luego comprender las experiencias en el surfeo de los sujetos por las desiguales aguas de los dominios del cuidado de la salud, debemos advertir los riesgos de caer en simplificaciones o reducciones poco útiles para la interpretación de sentidos.

Centrado en la atención de la enfermedad como fenómeno (Huergo, 2009), podemos aquí identificar brevemente los principios sobre los que se estructura y que desarrollamos con mayor detalle en trabajos previos⁷:

⁷ Loaiza, M. (2013) "Resistencias y complementariedades frente al modelo biomédico" XVII Jornadas sobre Alternativas religiosas na América Latina. 11 al 14 de noviembre de 2013, UFRGS, Porto Alegre, Brasil.

- Biologismo: la consideración sintomática biológica reduce el sujeto a ella y está desprovista de toda referencia al resto de las esferas en que ese sujeto se constituye (social, laboral, ambiental, etc.). Así, el investimento social aísla al sujeto de su afuera social, siendo los problemas de salud, como su recuperación, cuestiones de responsabilidad personal. De este modo el biologismo se asocia a una condición *individualista* del modelo.
- Mercantilización: al convalidar y asociar prácticas, conocimientos y procesos de atención de la salud y de la enfermedad como valor de cambio, se incorpora a la salud como mercancía, elemento que se negocia en términos de oferta y demanda en un mercado que de ese modo consolida la diferenciación de accesibilidad según la pertenencia a distintos sectores sociales pero también en vinculación al orden internacional⁸.
- Tecnocrático: la búsqueda de instrumentos de diagnóstico cada vez más precisos, y la mercantilización de todos los sectores involucrados en los sistemas de salud han fomentado el crecimiento exponencial de este perfil del modelo.
- Exclusión del sujeto: en este modelo hegemónico la lógica científica encarnada en la práctica médica propone una vinculación de sumisión del sujeto (paciente) en el que no es relevante su perspectiva de sí mismo ni su participación activa como responsable del cuidado de sí.
- Medicalización: como resultado de la condición de su mercantilización creciente, pero también por la impronta de la formación de los profesionales de la salud (Menéndez, 1988), el control social sobre los cuerpos y los vínculos es ejercido enfáticamente a través de la prescripción de medicamentos⁹.

⁸ En clave territorial, este escenario tiende a agravarse. La agenda de las investigaciones y producción de medicamentos no se encuentra regida por las necesidades de las consideraciones epidemiológicas de regiones como la latinoamericana (Menéndez, Di Pardo, 2006). Los focos en los que se concentra el desarrollo de conocimiento y producción farmacológica, responde a las prioridades de los países del hemisferio norte. De este modo la mayor parte de la investigación se dirige al posible tratamiento de una proporción menor de la población, mientras la mayoría de esa población queda expuesta a problemáticas que no se consideran, más que residualmente (Angell, 2006, Menéndez, 2005).

⁹ Es cada vez mayor el consumo de medicamentos de venta libre, la consulta al profesional buscando específica y casi exclusivamente esa prescripción y la creciente circulación de drogas

- Eficacia práctica: este es uno de los logros más visible de la biomedicina. De hecho, sus resultados concretos en el tratamiento de las enfermedades, se constituyó como uno de los aspectos más relevante de los que, asociado a un complejo haz de dimensiones, permitió su consolidación como saber y práctica dominante desde finales del siglo XIX (Menéndez, 2005). Sin embargo, esa misma eficacia no es un rasgo absoluto y homogéneo (Breilh, 2003). No se trata de negar, o situar como dis-valor, aquello que ha distinguido a la constitución y validación social de la biomedicina, o cuestionar su funcionalidad para con la respuesta a diversidad de situaciones que requieren prevenir, promocionar o recuperar un estado de salud o bienestar. Lo que comienza a evidenciarse, es que no puede dar cuenta por sí misma de la respuesta a algunos padecimientos, resuelve malestares pero genera o habilita otros en el mismo proceso de resolución “eficaz” de aquellos y, fundamentalmente, interviene profundizando disparidades sociales, al ser dominado el proceso de atención de la salud/enfermedad por los requerimientos de rentabilidad de la industrias farmacéutica y de tecnología médica¹⁰.
- Separación cuerpo mente: ruptura en la vivencia integral del fenómeno de la salud/enfermedad, corte que desintegra lo humano en dos dimensiones que se presentan distantes entre sí. El sujeto deja de ser uno (uno con su ambiente) y se concibe como una realidad dual. El enfermo deviene una expresión de un fenómeno fisiológico (Le Breton, 2002) y se suprime así el aspecto simbólico que conforma toda experiencia de salud/enfermedad.
- Excluyente: característica que se asienta en las condiciones descriptas previamente y en su asociación con el sistema económico e ideológico al que se articula, al aceptar solo su propia práctica como legítima en el campo de la salud e

químicas industrializadas (Conrad, Leiter, 2004), lo que se ha descrito como una creciente “toxicomanía a los medicamentos” (Ehrenberg, 2004, p.19).

¹⁰ Es un tema polémico, pero creemos que estas disparidades no pueden resolverse desde políticas públicas de salud, ya que forman parte de las condiciones de configuración del modelo de la biomedicina dentro del marco del sistema capitalista. De no desandarse esa articulación las mejores políticas siempre constituirán reparaciones insuficientes de disparidades que continuarán profundizándose.

intentar clausurar otras experiencias de cuidado de la salud que no esté basada en el fundamento científico-médico¹¹.

Las características descritas han ido variando, especialmente a partir de las últimas décadas del siglo XX (Rose, 2001). Estas mutaciones involucran las modificaciones del dispositivo médico, generando nuevas preocupaciones y tendencias en la biopolítica de este siglo. El definitivo paso de la medicina a la tecno medicina, las concretas posibilidades de transformación de la vitalidad, la medicalización de estados no patológicos y un creciente grado de mercantilización, están transformando profundamente las actuales políticas de la vida y consecuentemente nuevas condiciones en que se desenvuelven los procesos de subjetivación (Rose, 1996, 2001, 2012).

Se abre la posibilidad de pensar a la biomedicina como gestora de futuros personales a medida, en la que los sujetos pueden elegir y construir una vida según sus gustos o expectativas. Si bien la medicina estética es la referencia más notoria, no es la única especialidad en que se observan estos desarrollos. Aludimos aquí a las nuevas orientaciones del modelo médico, que opera ya no solo en el tratamiento de la enfermedad sino en la proyección de una biografía que pueda ser modificada a voluntad. Estos procesos no modifican los ejes estructurantes ni la condición hegemónica del modelo de la biomedicina.

Si bien son reconocibles la estructura y las prácticas culturales, ideológicas, económicas y políticas que sostienen la condición hegemónica, tanto como que ésta puede intentar excluir o condicionar perspectivas diferenciales de ese modelo, lo hegemónico no significa postular la inexistencia de diversas formas y

¹¹ Esta condición de excluyente, como todas las descritas hasta aquí, presenta una dinámica compleja, de variaciones tanto temporales como territoriales. La búsqueda de articulaciones con terapias que no se sostienen en los desarrollos de la ciencia es un proceso con disparidad de experiencias con fuerte impronta regional. Nos referimos aquí a la denominada medicina integrativa que aún tienen escasísimos espacios en la argentina, a diferencia de lo ocurrido en otros países cercanos, por caso Brasil.

experiencias¹² que se entran en vínculo con ese modelo, ya que éste convoca como condición modos subalternos de los que daremos cuenta en la continuidad de nuestro trabajo.

Las terapéuticas alternativas. Un campo difuso

Identificamos brevemente los postulados básicos que orientan estas prácticas y su contrastación con los del sistema dominante. Contraste que por otra parte, opera en las motivaciones y sentidos que los sujetos asignan a sus experiencias en el cuidado de la salud. ¿En qué sentidos las experiencias alternativas del cuidado de la salud conforman re-significaciones de estos supuestos del modelo de la biomedicina? ¿Las exploraciones de respuestas al cuidado de la salud en terapias alternativas expresa disconformidad con la concepción de la salud/enfermedad por parte del modelo médico hegemónico? ¿Reconfiguran estas experiencias que circulan por ambos dominios, tanto el de la biomedicina como el de estas terapias no convencionales, el cuidado de sí en el sujeto contemporáneo?

En un principio nos interesan aquellas terapias no convencionales que se vinculan a lo que denominamos fronteras débiles con las de la medicina científica, aunque ésta claramente no las considere de ese modo. Esto incluye, como recorte inicial del objeto, a las terapias florales¹³ que sostienen su validación, al menos en parte, en orígenes científicos o pre científicos. Su uso en las versiones que conocemos actualmente, resulta de las propuestas hacia finales del siglo XIX y principios del XX, por los médicos Henri Leclercq (1874-1955) y Edward Bach (1886-1936). Estas terapias sostienen que la pérdida de bienestar es de origen emocional, referida a

¹² Seguimos aquí la conceptualización de “experiencia” desde la propuesta de E. P. Thompson (1995), que revaloriza la experiencia de los sujetos y grupos sociales como mediación entre el ser social y la conciencia, eludiendo la caída tanto en el subjetivismo como en el determinismo extremos.

¹³ Este espectro alcanza a los sistemas florales de Bach, California, Australiano y Mediterráneo, que son los que registramos operan actualmente en nuestra región.

un desequilibrio energético que integra todas las dimensiones de la persona. Sus tratamientos se basan en la combinación de esencias florales según cada situación personal. Las preocupaciones de estas terapias se orientan a encontrar las composiciones que el usuario necesita, siendo los síntomas o las enfermedades portadores de un mensaje que va más allá de ellas para informar de cuestiones emocionales de mayor profundidad. Desde estas terapias exploramos las tensiones que suceden entre ambos dominios terapéuticos, o cuando ocurre en su interrelación.

Para dar cuenta de los fundamentos y perfiles de estas terapias no convencionales, adaptamos y ampliamos aquí el agrupamiento realizado por Gaylor y Coeytaux (2002).

- se enfocan en las capacidades de auto curación de sí, en la recuperación a partir de las propias posibilidades del sujeto, haciéndolo parte del proceso de cuidado de sí mismo;
- consideran la salud (no la enfermedad) como eje de las acciones terapéuticas, enfocando el bienestar como horizonte regulador de sus tratamientos, siendo la enfermedad y la sintomatología un aspecto secundario que funciona como informante de un desequilibrio;
- perciben al sujeto como unidad y no como un conjunto sintomático, recuperando la integración de la experiencia personal y evitando especializaciones que fragmenten la percepción de lo humano;
- enfatizan una efectiva comunicación entre usuario y terapeuta, lo que pretende generar confianza e integración en una relación dialogal entre terapeuta y usuario, utilizando significativamente tiempo de escucha de los malestares del sujeto así como la consideración de lo que el sujeto conoce, vivencia y piensa de su condición de salud;

- promueven el auto cuidado y la autonomía del usuario, en el proceso de curación, tratándose de terapias que procuran ser breves, no permanentes;
- reconocen la interacción e indivisibilidad de las diversas dimensiones de lo humano: cuerpo, mente y espíritu/emociones, imbricación inseparable de lo físico-emocional, de cuerpo-mente;
- enfocan las que consideran causas subyacentes del malestar, incluyendo factores emocionales, espirituales y contextuales, sin priorizar manifestaciones sintomatológicas;
- proponen mantener un equilibrio personal y en armonía con el contexto;
- los tratamientos se personalizan, referidos a cada sujeto, más que dirigidos a la característica de la enfermedad. En el caso de las terapias florales la combinación de los preparados depende del diagnóstico particular y específico de cada sujeto, no se trata de una equivalencia entre síntoma-flor;
- incluyen otras racionalidades y estilos posibles en términos de tratamientos, con apertura para combinación de terapias y experiencias de auto cuidado integral del sujeto;
- utilizan sustancias no químicas ni industrializadas para los preparados/remedios así como técnicas no invasivas ni mediadas tecnológicamente para diagnóstico o tratamiento;
- reconocen la conciencia intuitiva y de la experiencia única y personal del paciente, en el establecimiento de las estrategias y caminos para sanar;
- sostienen procesos graduales, suaves y no exentos de giros (marchas y contramarchas) en la recuperación de ese equilibrio integral cuando éste se pierde.

Considerar la hegemonía que se posiciona como régimen de verdad (en términos de Foucault) y su relación con las terapias no convencionales que podría remitir a procesos subalternos de re-significación, no debe implicar un juzgamiento, una valoración en términos de acierto o error que resultaría esquemático y

reduccionista. El análisis debe eludir reflexivamente los posicionamientos cerrados, casi podríamos decir militantes, sea en el modelo de atención de la salud de que se trate.

Tensiones en los cruces. Diálogos y re-significaciones

¿Es posible interpretar el uso de estas terapias alternativas como un tipo de “frente cultural en oposición a la medicina alópata”? (Gutiérrez Zúñiga, 2013). Las elecciones de los sujetos sobre prácticas y objetos pueden configurarse como expresiones de resistencia o re-significación en la competencia cultural (Douglas, 1998), en busca de aquello que no los satisface o no reciben en la relación con el modelo biomédico de atención de la salud. Estas tensiones varían en grado e intensidad, según la perspectiva de usuarios y terapeutas en el dominio de las no convencionales, pero casi la totalidad de los sujetos entrevistados hasta la fecha¹⁴ incluye en sus motivaciones referencias críticas al paso por el sistema hegemónico.

Sin perder de vista la complejidad del haz de dimensiones que se articulan en la decisión de concurrir a terapias alternativas por parte de los sujetos en la búsqueda de respuestas a su sufrimiento, no podemos desconsiderar entonces, las que refieren al desencanto con las condiciones, particularidades y estrategias de la biomedicina¹⁵. Entre los diversos estudios que analizan la interacción médico-paciente en la región¹⁶, destacamos el aporte de Mercedes Saizar (en

¹⁴ La tarea de campo que definimos como inicial incluye la realización de entrevistas en profundidad a terapeutas (ocho) y a usuarios (veinticuatro), las que comenzamos a realizar en agosto de 2013 y continuamos a la fecha.

¹⁵ Astin, J.A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of national study. *JAMA*, 279 (19), 1548-1553. Barnes et. al. (2004). CDC Avance Data Report 343. Complementary and alternative medicine used among adults: US, 2002

¹⁶ Escudero-Carretero et. al (2006) La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1, *Atención Primaria*, 38, pp. 8-15; Bernalte Belazet, A., Miret G., M. T. (2009), La construcción de la realidad. La interacción médico-paciente en la atención primaria de la salud, Ponencia presentada en las III Jornadas de Psicopedagogía, Buenos Aires, Instituto Juan XXIII, octubre 2009;

Krmpotic, 2008, pp. 35-53) que identifica dimensiones de lejanía y desacuerdos en esa relación, contruidos a partir de su tarea de campo de corte cualitativo. Estos aspectos permiten observar como los postulados que identificáramos como características del modelo de la biomedicina se evidencian en ese vínculo terapéutico. Aproximaremos entonces reflexiones iniciales de contraste y comparación con lo que ocurre en estas dimensiones en el campo de las terapias no convencionales, específicamente las terapias florales.

- *Trato recibido*

Saizar (ibíd., pp. 39-40) observa gran distancia entre la expectativa del usuario y el trato efectivamente recibido. La “descalificación” de la perspectiva del sujeto sobre su malestar (lo que profundizaremos en la próxima dimensión) y la desconsideración de su sufrimiento, que los usuarios vinculan directamente al tiempo de espera/demora en ser atendidos y al escaso tiempo en el intercambio con el profesional, son las dos razones más relevantes de la disconformidad en este punto. El tiempo es una variable relevante, en tanto informa del lugar de menoscabo que se le asigna a las ocupaciones de los “pacientes” y a cambio la importancia dada al tiempo del profesional.

Esta desigualdad temporal es necesario contrastarla con lo que ocurre en las terapéuticas alternativas, especialmente en nuestro caso las terapias florales. En estas podemos advertir inicialmente que el tiempo de espera para ser atendidos es escaso y que el tiempo de dedicación a las entrevistas entre terapeuta y usuario es mucho mayor a la clásica consulta médica¹⁷. Debe igualmente considerarse que no todos los usuarios están dispuestos a esa dedicación horaria,

Radosh, S. (2010) Pesadilla. Experiencia en hospitales, *Trama* 33, México: UAM-X; Hamui Sutton, L. et. al (2013) *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*, México: UNAM, entre otros.

¹⁷ La entrevista inicial con terapeutas florales implica habitualmente una hora reloj, y consulta posteriores en una misma etapa de tratamiento no es menor a los treinta minutos.

que por otra parte reclaman o es motivo de queja al momento de la relación con el profesional biomédico.

- *Discurso incomprensible*

Si bien se reconocen esfuerzos por acercar el lenguaje médico a la interpretación de los usuarios, éstos continúan expresando una profunda decepción ante la carencia de información clara y comprensible sobre su padecer, lo que mantiene un estado de incertidumbre y desconocimiento respecto de la propia enfermedad. El experto porta un saber especializado y en ocasiones de difícil comprensión para el sujeto, que debe someterse pacientemente y sin palabra propia, a aquello que ese saber experto determina como necesario para la cura de su malestar. Uno de los principios de la modernidad que habilita y sostiene esta construcción, es la separación entre saberes, la distribución jerarquizada del saber entre los especialistas y la comunidad en general¹⁸.

Por lo que no se trata solo o fundamentalmente de un problema de complejidad o especificidad del lenguaje. Algo más profundo recorre esta trama de equívocos. Subyace lo que podemos denominar un malentendido epistémico, ya que mientras desde la perspectiva profesional la enfermedad es de origen fisiológico el usuario vivencia su malestar de modo integral. El sujeto percibe su situación en el contexto de su vida cotidiana y acude a todas las esferas de la misma, laboral, social, familiar, histórica personal, etc., como explicación de sus dolencias. Esta mirada

¹⁸ Se evidencia aquí una tensión producto de la dinámica diferencial del modelo hegemónico a partir de las últimas décadas, lo que motiva reflexiones específicas. Los sujetos, en base a la transformación paulatina de pacientes a consumidores más activos, buscan incluirse en sus procesos de salud. Debemos considerar además, el acceso a la información disponible que se ha ampliado de un modo desconocido hasta ahora en la historia de la humanidad, lo que alcanza al campo de la salud. La fuente de datos inagotable, accesible y en permanente actualización que circula en la web; así como el crecimiento de noticias, suplementos, entrevistas y espacios dedicados a la salud en la mayoría de los medios de comunicación, modifican las relaciones entre el saber médico especializado y el saber lego del usuario. Pese a ello, esto no necesariamente ha transformado el intento de las instituciones, organizaciones y ámbitos de formación en el sistema de salud dominante, que trata de sostener la distancia, la ajenidad y aceptación pasiva que frente al saber especializado debe mantener el paciente.

es desagregada por el diagnóstico médico, la mayoría de las ocasiones con alta mediación tecnológica y de laboratorio, al sostener la separación de la ocurrencia de la enfermedad como fenómeno físico, escindiendo la experiencia del sujeto del resto de las dimensiones involucradas. Las que, por otra parte, no es posible separar más que artificiosamente.

En las prácticas terapéuticas no convencionales, especialmente las terapias florales, ese mayor tiempo dedicado al diálogo entre terapeuta y usuario permite una mejor comprensión por parte de este último de las consideraciones referidas al diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, a partir del trabajo sutil de los remedios preparados, por una parte, y la necesidad expresada por los terapeutas florales de no predisponer al sujeto a una auto-confirmación de la mejoría esperada, por otra, se percibe cierta opacidad en ese diálogo. El sujeto puede comprender lo que estaría generando su malestar y prevé que las esencias florales obrarán de algún modo, aunque no de qué manera lo harán y cuál será el estado posterior, solo espera que se supere la situación motivo de consulta al terapeuta¹⁹.

- *Visión de la persona*

Si los sujetos construyen socialmente su malestar, este se encuentra comprendido en una trama que integra diversidad de dimensiones de lo humano. Esta lectura es empobrecida desde la atención de la biomedicina a partir de la reducción de la situación motivo de consulta del usuario a un síntoma, a un órgano o a una aplicación de técnica médica.

En el ámbito de las terapias no convencionales se recupera un diálogo que incluye la diversidad de esferas de la vida cotidiana del sujeto así como de su historia personal/familiar y su relación con el ámbito laboral en que se desenvuelve. Todas

¹⁹ Esta cierta opacidad en las expectativas quizás forme parte de la eficacia simbólica (Le Breton, 2002) que acompaña estas prácticas, lo que deberemos profundizar en el análisis.

las referencias que brinda el usuario resultan de posible significación para la elaboración del diagnóstico, la prescripción del tratamiento y el seguimiento del mismo²⁰. Pero debemos decir nuevamente que no todos los usuarios que se acercan a estas terapéuticas esperan, y luego aceptan, una revisión profunda de sí mismos, un encuentro con lo que podrían ser las raíces de los malestares que los llevaron a la consulta. El autoconocimiento que promueven estas terapéuticas no siempre es bien recibido por los usuarios que en ocasiones mantienen la expectativa de la rapidez en la solución y el no involucramiento personal que se sostiene en general en el ámbito de la biomedicina.

- *Censura ante otras opciones*

Las prácticas alternativas a la perspectiva alópata no son en general aceptadas por los biomédicos en nuestra región. Por lo que los usuarios tienden a no comentar su uso de las mismas, que igualmente realizan, para eludir la calificación de ignorancia o superstición a la que se alude desde los profesionales. Este aspecto ratifica los pretendidos efectos de exclusión de otras modalidades por parte del modelo hegemónico.

Los terapeutas no convencionales, en cambio, perciben su labor en muchos casos como complementaria de otras opciones de trabajo sobre la búsqueda de bienestar de los usuarios, se trate de otras terapias alternativas como de las respuestas brindadas por el modelo de la biomedicina. Si bien se enuncian fuertes críticas a este modelo, tanto los terapeutas como los usuarios reconocen la eficacia del mismo en algunas dolencias. Quizás podamos arriesgar a modo de breve hipótesis, que el valor de verdad de la biomedicina atraviesa estas lecturas en el dominio de lo alternativo y por prudencia ante posibles situaciones no resueltas desde la terapia floral se perciba como un reaseguro que el usuario

²⁰ Destaquemos aquí que nos referimos a los terapeutas florales, que si bien son formados en escuelas no oficiales, comparten cierta perspectiva común, sostenida generalmente en los principios acuñados por Bach.

nunca abandone sus consultas en el campo alopático. ¿Remite esto al conocimiento de las propias limitaciones en el alcance y efectividad de las terapias florales? En cualquier caso, nos presenta con claridad la necesidad de considerar las experiencias de los sujetos como de uso complementario de diversidad de terapias.

- *Métodos terapéuticos*

Si el centro de los tratamientos terapéuticos en la perspectiva alópata responde a la medicalización del sujeto, éstos reclaman considerar su experiencia en relación a efectos secundarios y a la eficacia del consumo de esos medicamentos, lo que no es tenido en cuenta por lo profesionales médicos. A la seguridad excesiva en la eficacia del medicamento por parte del médico, podemos asociar sin temor al equívoco, la mercantilización de todo el proceso terapéutico que como hemos visto condiciona las intervenciones en el campo.

Las características del conocimiento científico en la lógica moderna que sostiene las ciencias médicas, debiera funcionar como un llamado a la prudencia y la relativización de la confianza en los medicamentos. Ese conocimiento, racional, metódico y experimental que funda las prácticas de la biomedicina se concibe como provisorio, falible, transitorio y siempre sometido a críticas que lo darán en algún momento por superado. Los ejemplos de medicamentos que fueron presentados como una panacea frente a determinadas enfermedades y luego se prohibieron por la peligrosidad en efectos secundarios que presentaban²¹, o el uso de medicamentos cuya eficacia y seguridad aún no fue comprobada abundan en el dominio de la medicina alopática y son ampliamente conocidos. Sería momento

²¹ Un ejemplo reciente es el producto farmacéutico cuyo nombre comercial era *Rimonabant*, autorizado para su consumo tanto en la Unión Europea como en nuestro país, dirigido al tratamiento de la obesidad (con certeza de que rápidamente llevaría a su uso por quienes desean bajar de peso aunque no tengan el diagnóstico médico de obesidad). Debido a efectos adversos severos, entre los que se detectaron problemas psiquiátricos serios, su comercialización fue suspendida en el 2008 por la ANMAT. http://www.cofaer.org.ar/vernoticia.php?id=1292&var_bd=noticia&tiponoticia=5

oportuno para recuperar desde la misma racionalidad científica estos principios y aplicarlos a las prescripciones de medicamentos con cuidado, mesura y atentos a las manifestaciones que refieren los usuarios al consumirlos.

Se produce aquí una notoria divergencia de las terapias no convencionales con la biomedicina. Los preparados florales no poseen contraindicaciones y según los terapeutas tampoco efectos adversos ni interacciones riesgosas con otro tipo de tratamientos. Su efecto es producido sutilmente y por llegada física, no química, lo que fundamenta su inocuidad. Son elaborados en general por los mismos terapeutas, aunque es creciente el número de farmacias que ha incorporado estas preparaciones como parte de su oferta²². De igual modo, debemos profundizar respecto de los sentidos de uso asignados a las esencias florales por los usuarios, toda vez que se percibe en algunos casos la tendencia a reiterar la relación de dependencia que se mantiene en general con el uso de la medicación alopática.

- *Efectividad*

El accionar de la biomedicina llevará la evaluación de su efectividad a la desaparición sintomática, sin incluir otras consideraciones, lo que no siempre es suficiente para el sujeto. Más allá de las manifestaciones de éste, si los síntomas *atacados* (no es un eufemismo) demuestran su desaparición o su persistencia en estudios de laboratorio o complementarios será suficiente evidencia para el profesional. Así, numerosos padecimientos “retornan” una y otra vez sin trabajarse la integridad de la experiencia personal para identificar otras causas posibles.

La búsqueda de evidencia en términos de racionalidad científica de la efectividad de las esencias florales no ha sido exitosa. Ni podrá serlo probablemente, ya que esta indagación de evidencia empírica se realiza en los términos de la perspectiva dominante en las ciencias médicas, en la que el foco de análisis se encuentra en

²² Debemos sostener la reflexión respecto de la creciente apropiación del mercado de estas preparaciones. Un alerta de los terapeutas es la frecuente y en aumento auto prescripción.

el registro químico de las esencias florales en los preparados²³. Así continuará este *malentendido* si no se revisan los presupuestos desde los cuáles se parte para su evaluación, que además y necesariamente, deben incluir la eficacia simbólica (Le Breton, 2002) como factor asociado plenamente a la recuperación de los sujetos de instancias de sufrimiento y malestar.

Esta percepción de la efectividad es también un punto crítico, aunque por otras razones, en las terapias alternativas. Es la respuesta que vivencian los usuarios en la superación de su malestar lo que indica al terapeuta floral si el camino elegido para el tratamiento es el correcto. En ocasiones algunas evidencias corporales son tenidas en cuenta, aunque en términos más genéricos y no en consideración de síntomas fisiológicos. Como ejemplo de ello, el cambio de postura corporal al sentarse o el modo de expresarse de un usuario brinda elementos de referencia para evaluar la efectividad del tratamiento que se está llevando a cabo.

Comentarios finales

Este trabajo se construyó atravesado por uno de nuestros supuestos conceptuales: la exploración de prácticas terapéuticas no convencionales, no puede escindirse de la consideración reflexiva del contexto en el que se desenvuelven esas experiencias. El contexto funge como parte de la trama y no como telón de fondo de las prácticas, ya que éstas no podrían comprenderse por fuera del mismo. En el campo que nos ocupa es necesario entonces identificar el

²³ Podemos tomar como referencia el popular caso de J. Benveniste, inmunólogo francés, quién en junio de 1988 publicó en la revista *Nature* un artículo basado en experimentaciones propias que informaba de la capacidad de “memoria del agua” para solaz del mundo homeopático. La prestigiosa publicación había exigido al autor previo a la publicación, lo que no era y no es una práctica habitual, revisar sus resultados por otros laboratorios y enviar una delegación de la propia revista que inspeccionara sus experimentos. Como resultado: una catarata de artículos, incluidos los del mismo director de *Nature*, descalificaron hasta el hartazgo las pruebas de Benveniste. Sigue hoy alguna controversia en cuanto a las cuestiones técnico-metodológicas tanto de la experiencia original como de sus replicaciones. <http://www.nature.com/nature/journal/>

modelo médico que hegemoniza la atención de la salud, reconociendo que las acciones en salud no solo tienen alcance en la salud, sino que se constituyen como productoras y reguladoras en las experiencias integrales de los sujetos.

La noción de hegemonía que surca buena parte de este capítulo, nos permite incluir el análisis de los dispositivos de poder y dominación de este modelo, que se sostiene y es funcional a la razón instrumental moderna. Esta biomedicina que se enfoca en mantener y ampliar el mundo de consumidores activos, deviene mercancía y es entonces gobernada como tal, lo que puede vincularse a la generación de nuevos malestares o la imposibilidad de resolver los actuales.

¿Qué caminos recorren entonces los sujetos en la búsqueda de respuestas a su sufrimiento? ¿Cómo re-significan los sujetos esos discursos y prácticas hegemónicas? Las características de ese modelo hegemónico, nos ayudan a comprender los sentidos de esas experiencias que se presentan resistiendo o re-significando al mismo. Comprender las motivaciones enlazadas a la trayectoria de las experiencias en terapias alternativas, podrá aproximar referencias que profundicen las tácticas de re-significaciones en el campo de los procesos de salud/enfermedad frente al modelo hegemónico que se presenta en mucho como excluyente e invisibilizador de estas prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altamirano, C. [comp.] (2008) *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.
- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Buenos Aires: Grupo editorial Norma.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Briggs, Ch. L. (2005). "Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". *Revista de Antropología Social*, Madrid: Universidad Complutense, 014, 101-124.
- Conrad, P. , Leiter, V. (2004) "Medicalization, Markets and Consumers". *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue): 158–176.
- Deleuze, G. (1995). *Conversaciones*. Valencia: Pretextos.
- Derrida, J. (1975). *La diseminación* (3ª. ed.). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa editores.
- Ehrenberg, A. F. (2004). *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Featherstone, M. (2000). *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1977). "Historia de la medicalización". *Revista Educación médica y salud* , 11(1).

- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Gaylor, S., & Coeytaux, R. (2002). Complementary and alternative therapies in family practices. En, Sloane, P.D., Platt, L.S., Ebell, M.H. & Jacques, L. B. (eds.), *Essential of family practices*. (pp. 97-113). Philadelphia: Lippincott Williams & Willis,
- Grossberg, L. (2012) *Estudios culturales en tiempo futuro. Cómo es el trabajo intelectual que requiere el mundo de hoy*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.
- Gutiérrez Zúñiga, C. (2013). "Construcción de prácticas terapéuticas en redes de mercadeo en México". Ponencia presentada en las *XVII Jornadas sobre Alternativas religiosas na América Latina*. 11 al 14 de noviembre de 2013, UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- Hall, S. (1980). "Cultural Studies: two paradigms". *Media, culture and society* (2), 57-72.
- Huergo, J. (2009). Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud. *Inclusión Mental* , disponible:
<http://www.inclusionmental.com.ar/biblioteca.php>.
- Krmpotic, C. (comp.) (2008). *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio editorial
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Menéndez, E. L. (1984). "El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y alternativas". *Archiu D'Etnografia de Catalunya* (3), 85-118.
- Menéndez, E. L. (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo, pp. 451- 464.
- Menéndez, E. L. (2005, enero-abril). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Menéndez, E. L. , di Pardo, R. B. (2006, enero-abril). "Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México". *Desacatos*, 20, 29-52.
- Papalini, V. (2007, Enero-Abril). "La domesticación de los cuerpos". *Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*. 4, (1) 39-53.
- Restrepo, E. (2012). *Antropología y estudios culturales. Disputas y confluencias desde la periferia*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Rizo García, M. (2006). *Comunicación interpersonal*. México: Universidad Autónoma de México.
- Rose, N. (1996) *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. New York: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2001) "The politics of life itself". *Theory, Culture & Society*, 18 (6) 1-30.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE, editorial universitaria.
- Serrano, M. M. (2008). *La mediación social*. Madrid: Akal.



Szurmuk M., Mc Kee Irwin R. (Coord.) (2009) *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. México: Instituto Mora / Siglo XXI.

Thompson, E. P. (1995) *Costumbres en común*. Barcelona: Crítica.

Vigarello, G. (1991) *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad media*. Madrid: Alianza editorial.

Williams, R. (2009). *Marxismo y literatura*. Buenos Aires: Las Cuarenta.