



Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Licenciatura en Trabajo Social

1

“Medicinas Terapéuticas en el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe”

Profesor | Papili, Gustavo

Tutora | Schmuck, María Soledad

Estudiante | Vicens, Ma. Ángeles

Tesina | Año 2016

ÍNDICE

| Agradecimientos | · 4

| Resumen | · 5

MOMENTO 1 | Introducción

1.1 Introducción · 6

MOMENTO 2 | Encuadre metodológico

2.1 Objetivos generales · 11

2.2 Objetivos específicos · 11

2.3 Metodología · 11

MOMENTO 3 | Estado de la cuestión

3.1 Antecedentes de la investigación del tema · 20

3.1.1 Colombia · 21

3.1.2 México · 22

3.1.3 Argentina · 24

2

MOMENTO 4 | Aproximación conceptual · Medicinas Terapéuticas

4.1 Aún sin (un) nombre... ellas siguen siendo nombradas · 29

4.2 Aportes que realiza la Organización “Mundial” de la Salud en relación a
medicinas alternativas, complementarias y tradicionales · 34

4.3 Hoy, ¿se entiende a la salud bajo la hegemonía de un modelo científico? · 39

4.4 El sujeto porta una enfermedad / La enfermedad porta al sujeto · 45

MOMENTO 5 | Recuperación y análisis histórico

5.1 Contexto hospitalario

5.1.1 Antecedentes que interpelaron las prácticas cotidianas en el Hospital · 52

5.1.2 Reconstrucción histórica sobre las medicinas terapéuticas en el Hospital · 56

5.1.3 Eficacia de las medicinas terapéuticas desde la experiencia de los sujetos · 61

5.1.4 El saber objetivado de las medicinas terapéuticas · 64

5.2 Una mirada hacia la medicina integrativa

5.2.1 Profesionales y sus percepciones sobre la salud · 68

5.2.2 Medicina integrativa en el contexto hospitalario · 80

5.2.3 Posicionados desde la interculturalidad · 82

MOMENTO 6 | Reflexiones finales · 86

| Referencia bibliográfica | · 92

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Litoral, por haber incorporado y jerarquizado la formación de la profesión que ha hecho un cambio muy importante en mi vida, Licenciatura en Trabajo Social.

A los profesores y las profesoras de cada una de las asignaturas de la profesión, por su aporte al proceso de formación académica; por brindarme las herramientas necesarias que me han permitido mirar el mundo con otros ojos.

A los entrevistados, profesionales y concurrentes del Hospital Iturraspe, por prestarme su tiempo y predisposición, por permitirme el espacio al diálogo para que esta investigación sea posible.

A mi tutora, María Soledad Schmuck, por su apoyo y asesoramiento en este proceso de aprendizaje; ha sido un orgullo para mí contar con su compromiso y su confianza

A mi familia, por hacer que este camino sea posible, por apoyarme en mis frustraciones y compartir mis alegrías, indispensables para seguir adelante.

A mis amigas, por el sostén incondicional en cada paso de mi profesión, alegrándose y festejando con cada logro como si fuera propio, sin ellas esto no hubiera sido posible transitar.

Gracias a todos ustedes...

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende analizar el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el servicio de salud del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe; por lo que es necesario indagar las prácticas de medicinas terapéuticas que se realizan actualmente en dicho Hospital. Se entiende que las medicinas terapéuticas se caracterizan, entre otras cosas, por ofrecer respuestas integrales al individuo en su singularidad, se trata de medicinas que buscan generar un equilibrio físico, biológico y mental, ya sea a través de la prevención o del tratamiento en situaciones de enfermedad.

Para llevar a cabo esta investigación se utiliza una metodología cualitativa, la cual permite un análisis orientado a la reconstrucción de la trayectoria de estas medicinas terapéuticas en el Hospital Iturraspe, que dé cuenta del proceso en que se encuentran actualmente y de las posibilidades y/o dificultades para seguir avanzado en la integración de estas prácticas en el ámbito de la salud.

5

Palabras claves

Medicinas terapéuticas · Medicina convencional · Proceso salud-enfermedad-atención ·

1. INTRODUCCION

La existencia de diversas tradiciones culturales, junto con las diversas maneras de entender a los sujetos, su diagnóstico, enfermedad, o tratamiento condicionan los modos de accionar de las diferentes medicinas. Se observa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), que las medicinas complementarias satisfacen las necesidades de salud y el confort de la comunidad. El interés por estas medicinas, tanto para la comunidad no profesional como para los profesionales de la salud, es cada vez más relevante. Según los aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) ha aumentado notoriamente la utilización de las medicinas complementarias.

Este tipo de medicinas, desde la visión integral que propugnan, entienden al hombre en forma singularizada y en todas sus dimensiones, biológica, psíquica, social y espiritual (C. Zapata López, 2006). Por ejemplo a la hora de tratar una enfermedad, se parte del carácter emotivo como génesis y tratamiento de la misma. Por lo cual,

las medicinas complementarias se utilizan en forma singular, es decir, existen diversidad de remedios y técnicas que, dependiendo de sus tradiciones, culturas, creencias, y formas de entender el proceso salud-enfermedad, varían de acuerdo a cada sujeto.

Sin embargo a lo largo de la historia se ha demostrado, y aun hoy persiste la tendencia a considerar, que muchos profesionales de la salud se han ocupado en una atención focalizada en la enfermedad y no en el sujeto singular, donde el objeto era revertir ese estado de “enfermedad” y lograr así un estado de completo “bienestar”. En relación a ello se observa que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) al definir el concepto de salud es un tanto difusa e imprecisa. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Sin embargo, a qué se refiere la misma con el concepto de “bienestar” en relación a cada población en particular. Quizás por ello, algunos profesionales de la salud y los sujetos en particular, comienzan a abrir un abanico de posibilidades que integre las diferentes medicinas existentes en busca de una atención más singularizada y holística sobre el sujeto, y lo que él considere su propio bienestar.

7

Es necesario conocer otros modos de entender la salud, diferentes a la que por muchos años fue considerada como la forma única basada en el paradigma científico. En términos de Boaventura “se trata de una versión amplia del realismo, que incluye las realidades ausentes por la vía del silenciamiento, de la supresión y de la marginalización, esto es las realidades que son activamente producidas como no existentes” (2006: 125). Es por ello importante investigar estas prácticas permitiendo el diálogo interdisciplinario.

En este sentido es importante, tanto para los servicios de salud como para la sociedad en general, revalorizar los saberes

populares, las costumbres, creencias, el autocuidado que hacen a la historicidad de los sujetos para dar respuesta al proceso de salud-enfermedad de acuerdo a cada población en particular. Como plantea Menéndez es necesario articular intencionalmente las medicinas complementarias y alternativas en los servicios sanitarios, no sólo por su eficacia sino también porque, en algunas poblaciones, dichas prácticas podrán ser prohibidas, pero jamás serán eliminadas. (Menéndez, 1994). Ello solo se podrá realizar a través de un sistema integral de salud que garantice la posibilidad de acceso y elección a partir de la multiplicidad de medicinas existentes.

Se considera relevante la construcción de conocimiento en Trabajo Social, en este caso a partir de una tesina de grado, la cual permite comprender y posicionarse ante un tema específico. La producción de conocimiento en algún punto garantiza la problematización, la generación de preguntas que desnaturalizan y permiten comprender las lógicas puestas en juego. Con el objetivo de reflexionar sobre el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el servicio de salud público del Hospital Iturraspe, se plantean algunos interrogantes que serán trabajados y profundizados durante el desarrollo del presente trabajo. Interrogantes tales como: ¿qué servicio de salud se está promoviendo en Hospital Iturraspe?, ¿qué medicinas terapéuticas se están realizando o se han realizado en dicho Hospital?, ¿cabe la posibilidad de integrar las diferentes medicinas en el servicio de salud público de esta organización?

Es en este sentido que se considera relevante la producción de conocimiento crítico debido a que se visualiza una vacancia de conocimiento sobre este tema en el servicio de salud del Hospital Iturraspe de Santa Fe, ya que no se encuentran registros.

Si bien en el Hospital Iturraspe existe un proyecto de “medicinas saludables y complementarias”, se observa en general una carencia respecto de proyectos que promuevan estos espacios en los servicios de salud pública, carencia que sumada a la falta de difusión, muchas veces imposibilita la oportunidad de conocer e incluso acceder a estos, entendiendo aquí al factor económico como uno de los condicionantes respecto de la accesibilidad. Por lo tanto, no se estaría garantizando la posibilidad de elección entre las diferentes medicinas, siendo que en las organizaciones de carácter público la oferta de estas medicinas es muy escasa.

Es necesario incorporar las distintas medicinas en los servicios sanitarios avaladas por investigaciones que demuestren la efectividad de las mismas. En este sentido es importante conocer el posicionamiento del personal del Hospital sobre la incorporación de las medicinas terapéuticas; lo que permitiría comprender algunas de las dimensiones que habilitaría o dificultaría la incorporación de estas medicinas en la cotidianeidad de las prácticas en el lugar.

La motivación personal para llevar adelante este trabajo se enraíza en lo transitado desde mis prácticas pre-profesionales en la temática Salud, realizadas en Centros de Salud de la ciudad de Santa Fe. El conocimiento de referentes que desarrollan prácticas relacionadas a las medicinas terapéuticas, despertó la inquietud por conocer, profundizar e investigar sobre dicha temática. Se considera que estas medicinas mejoran la calidad de vida de las personas sobre todo tratándose de enfermedades crónicas y emocionales, enfermedades que no encuentran resultados con la medicina convencional o que muchas veces los tratamientos provocan efectos adversos. Esto no significa que las medicinas terapéuticas deban reemplazar a la medicina convencional, pero sí que es conveniente la complementación de ambas. Además se entiende que toda persona que desea ser atendida con este tipo

de medicinas tiene el derecho de poder hacerlo y por lo tanto debería estar al alcance de todos y todas.

2.1 Objetivo general

Analizar el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el servicio de salud del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las prácticas de medicinas terapéuticas que se realizan en el Hospital Iturraspe; describir dichas prácticas; analizar las posibilidades de integración de las medicinas en el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe desde su incorporación en la organización hasta el presente.

11

2.3 Metodología

Los supuestos, intereses y propósitos de este objeto de investigación llevaron a optar por una metodología de tipo cualitativa, en este sentido refiere a una investigación que produce datos descriptivos en cuanto a su historicidad, su relación actual con otras medicinas, su efectividad y científicidad, su reconocimiento social; esto permitió analizar el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas al

servicio de salud pública. “La investigación cualitativa es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Emplea métodos de análisis y explicaciones flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos. Se centra en la práctica real, situada y se basa en un proceso interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes” (Vasilachis; 2006: 29)

En el proceso de trabajo de campo se fue construyendo una muestra significativa con el fin de precisar con quiénes se realizarán las entrevistas. Se recuperan los aportes de Guber quien explica “(...) una muestra sea significativa, esto es, que un hecho o un caso sean pertinentes para dar cuenta de cierto haz de relaciones en un sistema social (Ellen, 1984). Un acontecimiento no es más o menos válido para la investigación únicamente si se presenta tantas veces -procedimiento que, sin embargo, no habría que descuidar-; los hechos, las prácticas, las verbalizaciones, los objetos materiales, etc., nos interesan también según su forma de integración en un sistema de significados y de relaciones sociales; por eso, se considera que el criterio de significatividad es fundamental para la selección de discursos, personas, prácticas que observar y registrar, y para su ulterior incorporación al análisis y la construcción de esa lógica en su diversidad. De ahí que incluso los casos anómalos, considerados desviaciones a la norma impuesta por los códigos escritos o por la costumbre, sirvan para comprender esa lógica.” (1994: 124).

En este sentido, se inició contacto con una trabajadora social quien fue referente de prácticas en la temática de salud en mi proceso de formación, y reconocida por su trayectoria en medicinas terapéuticas. Recuperando los aportes de Taylor y Bogdan, (1986) se ha utilizado la técnica “bola de nieve” para construir la muestra intencional - evaluada. A partir de este primer acercamiento, se conocen otras personas involucradas en la

temática, que permitieron continuar con las mismas. Con esto se quiere decir que no se definió una muestra de actores en forma a priori, sino que este se fue evaluando durante el proceso de la investigación. En este sentido, se destaca como componente primordial de la metodología cualitativa, la flexibilidad. A pesar de los intereses a priori en esta investigación, la muestra de actores fue variando a medida que se avanzó en la misma.

La estrategia que se ha utilizado es el muestreo teórico, para comprender este concepto, se recuperan los aportes de Taylor y Bogdan. “En el muestro teórico el número de “casos” estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Después de completar las entrevistas con varios informantes, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda gama de perspectivas de las personas en las cuales estamos interesados. Uno percibe que ha llegado a ese punto cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva.” (1986: 108).

De este modo, se decidió entrevistar en profundidad a la trabajadora social quien desarrolla sus prácticas en torno a las medicinas terapéuticas del Hospital, esta entrevista aportó sobre la significación de estas medicinas en relación al cuidado de la salud de los sujetos y a su vez contribuyó a conocer cómo se da el proceso de incorporación de estas medicinas en el Hospital Iturraspe. Durante el proceso se ha decidido realizar una sola entrevista en profundidad a una integrante del equipo; no obstante se realizaron encuentros en el Hospital con el fin de conocer el resto del equipo profesional. Además, se entrevistó a parte del equipo del consejo directivo del Hospital, quienes estuvieron presentes en el inicio del proceso de incorporación de estas medicinas, y ahora se encuentran posicionados en cargos de

mayor autoridad dentro de la organización; por lo cual fue relevante conocer sus posturas en relación a las medicinas terapéuticas en el presente.

En el proyecto inicial de esta tesina, no estaba previsto entrevistar a sujetos que recurren a los servicios de medicinas terapéuticas en el Hospital. Sin embargo resultó importante conocer las vivencias relatadas por los propios sujetos que practican dichas medicinas, sumado a la apertura por parte de la organización que hizo que esto fuera viable. Se entrevistó entonces, a sujetos que recurren habitualmente a los servicios de las medicinas terapéuticas en el Hospital, estas entrevistas brindaron información sobre los motivos por los cuales los sujetos eligen asistir a estas medicinas y las mejoras que perciben respecto de la calidad de su salud.

Por lo tanto, la entrevista en profundidad fue la técnica utilizada durante esta investigación. “En completo contraste con la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Se utiliza la expresión “entrevistas en profundidad” para referirse a este método de investigación cualitativo. Por entrevistas cualitativas en profundidad se entiende reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.” (Taylor y Bogdan; 1986: 106).

Siguiendo el proyecto inicial de la tesina, las entrevistas realizadas fueron semi-estructuradas. En este caso, se utilizó una guía de temas claves en esta investigación, para que sean trabajados con todos/as los/as entrevistados/as. Se construyeron dos ejes temáticos: en virtud de una mejor calidad de vida del

sujeto, y con la intención de recuperar el proceso histórico de incorporación de estas medicinas; estos dos ejes intentaron dar cuenta del proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el Hospital Iturraspe. Se procuró que la/el entrevistada/do responda con la mayor libertad posible a los temas que se encontraban en el listado y de acuerdo con su marco de referencia. Por lo tanto, el orden en que se realizó esta guía de temas, se fue modificando durante las entrevistas, es decir, se fue viendo qué preguntas hacer, en qué momento sería más oportuno, y a su vez, se fueron formulando nuevas preguntas durante el proceso de la entrevista.

Si bien las entrevistas realizadas se encuadraron dentro de una relación un tanto asimétrica, donde el entrevistador era quien dirigía la entrevista, mientras que los entrevistados proporcionaban la información que le era requerida; se pudo observar que se ha logrado, no en todas, pero sí en la mayoría de las entrevistas, una conversación fluida, espontánea y dinámica donde el entrevistado no estaba a la espera de las preguntas que realice el entrevistador. Se buscó la interacción entre los diferentes sujetos sociales, donde “el propio investigador es el instrumento de la investigación no el protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas” (Taylor y Bogdan; 1986: 107). Cada una de las entrevistas fue realizada en un único encuentro con una duración de aproximadamente cuarenta y cinco minutos cada una.

Estas entrevistas me permitieron ir construyendo la trayectoria histórica sobre el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el Hospital y, a su vez, analizar la posibilidad de integración de las medicinas en efectores de salud pública.

Para el análisis de las entrevistas se tuvieron en cuenta los aportes de Taylor y Bogdan respecto del comportamiento de las personas frente al hecho de ser entrevistados. “Las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones. Puesto que la entrevista es un tipo de situación, no debe darse por sentado que lo que una persona dice en la entrevista es lo que esa persona cree o dice en otras situaciones” (1986: 107), por lo tanto se prestó mucha atención para comprender lo que el entrevistado quería transmitir, a su vez que se intentó interpretar las entrevistas en el contexto de la vida cotidiana de los sujetos para captar las expresiones desde la propia lente con que éstos ven el mundo. En este sentido, se recuperan los aportes de Guber: “Que un sujeto cognoscente deba partir de su universo no significa que deba mantenerse necesariamente en él por el resto de la investigación. Ésta es la diferencia entre una investigación que busca descubrir y otra que pretende ratificar; entre un enfoque que aspira a integrar la perspectiva del actor desde los actores, y otra que proyecta en ellos los supuestos y la lógica del investigador”.(1994: 208)

16

Al momento de realizar las entrevistas en profundidad, se explicó a los entrevistados que la intención no es estudiar el Hospital Iturraspe como organización en particular y las personas que concurren a este, sino que los intereses de la investigación son estudiar cómo confluyen las distintas medicinas en la salud pública en general, y en este caso se opta por investigar el Hospital Iturraspe ya que es la única organización pública de la ciudad de Santa Fe donde se practican este tipo de medicinas terapéuticas.

El dispositivo utilizado, previo consentimiento de los entrevistados, para registrar las entrevistas fue el grabador, y a la vez se tomaba nota en forma manual. En todo momento se aclaró que se garantizará la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, teniendo en cuenta las consideraciones

éticas en dicha investigación. Las notas realizadas en forma manual se hicieron con el fin de no dejar de lado aquello que la comunicación verbal no permite analizar, es decir se registraron gestos y actitudes que son interpretados junto con la desgrabación de las entrevistas. En palabras de Bogdan y Taylor “(...) el entrevistador debe tomar nota de los temas, interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice.” (1986: 132)

Si bien en un principio se presuponía trabajar con fuentes de datos, como registros oficiales y documentos públicos, durante el trabajo de campo se observó una ausencia de información al respecto. De todos modos, sí se ha podido recuperar un proyecto, no muy extenso, sobre “Medicinas saludables y complementarias” de Servicio Social del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. El mismo se analizó a fin de poder reconstruir el proceso de cómo se fueron incorporando las medicinas terapéuticas en el Hospital. Además también se tuvo la oportunidad de acceder a un informe del Hospital Iturraspe con datos estadísticos, donde las profesionales indican la cantidad de sujetos que atienden, algunos datos personales, las patologías que presentan y por quiénes son derivados. A la vez que se analizan los documentos internacionales como la “Estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales”.

La recolección de datos y el análisis de los mismos son tareas que se realizaron en forma conjunta, “el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa” (Taylor y Bogdan 1986: 158), para lo cual se identificaron los temas relevantes y se desarrollaron los conceptos teóricos. A la vez que se recogían los datos y a partir de las entrevistas ya desgrabadas, se buscaron denominaciones comunes a aquellas ideas que son similares entre sí, a esto se lo denomina codificación de los datos, lo cual se realizó a partir de

los ejes de la guía de las entrevistas, y de las nuevas dimensiones que fueron apareciendo durante las mismas. “Codificar supone leer y releer nuestro datos para descubrir relaciones, y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar” (Sampieri; 2009: 156). Esto fue llevado a cabo con el fin de profundizar en la comprensión de lo que se ha estudiado hasta el momento, apuntando a construir datos significativos, lo cual permitiera develar el marco conceptual. A tal fin, se intentó que los entrevistados den a conocer su postura, conocimientos, y experiencias en relación a las medicinas terapéuticas.

Según Sampieri (2009: 157), “codificar supone siempre un corte o fractura de los datos”, si bien permite agrupar la información descontextualizándola, recuperándola de la entrevista original, al mismo tiempo se recontextualiza en un nuevo texto. Esto supone realizar dos actividades, Sampiere (2009: 157) lo expresa de la siguiente manera:

a. La búsqueda activa y sistemática de propiedades. Es lo que se denomina codificación axial.

b. La escritura de notas (memos) para registrar las ideas y relaciones que vayan surgiendo durante la codificación.

Se han utilizado estas herramientas durante el proceso de investigación para procurar que los datos y su codificación sean interpretados en el contexto en el que fueron recogidos y no hacer una lectura errónea de los mismos. Las entrevistas, fueron trabajadas en principio en forma individual y luego se analizaron todas las categorías que fueron apareciendo entre las distintas entrevistas.

A la vez que se fueron realizando las entrevistas, se continuaba con el trabajo de campo. Durante el análisis de las categorías principales, se fue delimitando qué categorías aún no estaban trabajadas en la investigación y sobre cuáles se podría seguir profundizando.

3.1 Antecedentes de la investigación del tema

En relación a los antecedentes sobre las medicinas aquí nombradas como terapéuticas, se han encontrado varias investigaciones realizadas en organizaciones privadas y públicas, tanto en los países de Europa como en Latinoamérica. A los fines de este trabajo se indaga sobre las investigaciones latinoamericanas.

20

En Latinoamérica se destaca una investigación realizada en Bogotá, provincia de Colombia, en el año 2011. El autor, Berna Doblado, investiga acerca de la relación de los médicos alópatas, es decir convencionales, frente a la terapia de acupuntura en las Empresas Promotoras de Salud, de carácter privadas. En este sentido, expresa una serie de características que definen a la acupuntura, afirmando que esta práctica debe ser integrada en el sistema de salud ocupando el lugar que la misma merece. Si bien se realizaron ciertos avances de investigación en la universidad de Bogotá, aún persisten barreras y limitación para que estas terapias sean incorporadas en los servicios privados de salud.

Sin embargo, según los objetivos planteados en esta investigación, se considera relevante recuperar investigaciones que refieran a organizaciones públicas. En el caso de Argentina, si bien el sistema de salud conformado por tres subsistemas: público, obras sociales y privadas, aquí se hace hincapié en las medicinas pertenecientes sólo al sistema de salud público, ya que lo que se busca es analizar cómo se da el proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas en el ámbito público.

A continuación se destacan antecedentes de investigaciones interesantes realizadas en organizaciones públicas, en su mayoría, en Latinoamérica.

3.1.1 Colombia

En Bogotá también se han encontrado avances que evalúan la integración de las medicinas complementarias y alternativas con la medicina convencional en el sistema de salud público. A través de encuestas y artículos, Manuel Pinto Barrero (2012), investiga sobre los motivos por los cuales aumenta el acceso a las medicinas complementarias y alternativas, y establece la importancia de que éstas se incorporen en el sistema de salud. Según este estudio muchas personas que acuden al servicio de las medicinas complementarias y alternativas es porque presentan alguna enfermedad crónica para lo cual el tratamiento que ofrece la medicina convencional suele ser muy costoso y las reacciones de sus medicamentos pueden ser adversas para su organismo. Según la investigación que realiza Barrero (2012) en el sistema de salud convencional, el sujeto que accede a una consulta médica suele someterse a un tiempo prolongado para su atención, exámenes adicionales y medicamentos costosos, y tiempo de atención corto. Por supuesto, esto constituye insatisfacciones por parte del sujeto y

deterioro de la relación médico-paciente. Según el autor, esta insatisfacción hace que se opte por las medicinas complementarias y alternativas, con una visión holística de la salud, mayor confianza a remedios naturales, menor costo, mejor calidad y amabilidad en la atención médica.

Respecto de la integración de las medicinas complementarias y alternativas al sistema de salud convencional, el estudio realizado por Barrero menciona debilidades, oportunidades, amenazas y fortalezas. Entre las debilidades se destaca en muchas entrevistas: la falta de evidencia científica; sin embargo entre las oportunidades se menciona, según la Organización Mundial de la Salud: la necesidad de impulsar a los gobiernos que garanticen el uso seguro y efectivo de estas medicinas. En relación a sus fortalezas se observa: un aumento de interés por la integración de las medicinas, principalmente por la valoración de pensar en una atención holística del sujeto; por último como amenazas: no existen muchos países que garanticen un sistema de salud integral y por lo tanto se encuentran falencias respecto de los aspectos legales.

22

En este sentido, se entiende que para lograr una integración de las diferentes medicinas en el sistema de salud, se necesita no sólo de una atención más humanizada de las personas y repensar la relación médico-paciente, sino también es importante poder demostrar evidencias y fortalecer el marco legal de estas medicinas.

3.1.2. México

En México, la medicina complementaria y alternativa intenta ser pensada como una opción institucional. Según el autor David Montes de Oca-Rosas (2005), la incorporación de estas prácticas es un hecho para muchos sistemas de salud en el

mundo. A pesar de las diferencias con la medicina alopática y con sus aplicaciones científicas, las medicinas complementarias siguen en expansión con el objetivo de que se integren las diferentes medicinas. Recuperando los aportes de este autor, en el año 1998 se crea el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NICAM) en Estados Unidos, cuya misión es explorar las medicinas complementarias y/o alternativas de acuerdo a bases científicas y rigurosas. Este organismo define a las medicinas complementarias y alternativas como “un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos de atención de la salud, que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional” (1989; s/d.). En este sentido, el autor habla de medicina integrativa cuando se tiene en cuenta la combinación de estas medicinas junto con la convencional, siempre y cuando para las medicinas complementarias y alternativas existan datos científicos que la avalen, con un alto nivel de seguridad y eficacia.

23

Otro autor mexicano, muy reconocido en los países de Latinoamérica, quien escribe sobre esta temática y se muestra crítico del modelo médico convencional es Eduardo L. Menéndez, (1992). Es interesante su estudio sobre el proceso salud-enfermedad-atención en relación al saber del “Modelo Médico Hegemónico” y los saberes populares para comprender la comparación de la medicina convencional con las medicinas complementarias y alternativas. Se reconoce al modelo hegemónico principalmente por su mirada puramente biológica que responde a procesos de cura y control de las enfermedades de los individuos. “Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona (...)” (Menéndez; 1992: 2).

Este autor manifiesta que existen diversos modelos de atención a los padecimientos, pero muchas veces son considerados en forma aislada o antagónica en relación al sistema de salud, sin poder valorar la tensión entre los modelos a través de las prácticas y representaciones de los sujetos que las utilizan. Por lo tanto el autor describe las relaciones entre el modelo de la biomedicina y la autoatención. En algunas de sus investigaciones manifiesta comparaciones entre este saber médico hegemónico y los saberes populares o de autoatención que realizan los sujetos para dar respuesta o explicar su salud en forma autónoma, sin profesionales de por medio. Como propuesta, Menéndez plantea la necesidad de articular intencionalmente la auto-atención en los servicios sanitarios, no sólo por su eficacia sino también porque dichas prácticas podrán ser prohibidas pero jamás se eliminarán. Menendez (1992) diferencia el Modelo Médico Hegemónico (biomedicina y las psicoterapias), Modelo Médico Alternativo subordinado y Modelo Médico de Auto-atención. El modelo alternativo subordinado incluye medicina curanderil, ayurveda, acupuntura, se expresa como subordinado en relación a la posición que debe asumir respecto de los otros modelos. Según el autor la relación entre el Modelo Médico Hegemónico y el Alternativo es de complementariedad y no se desenvuelve en la emergencia de procesos contradictorios entre ambos. La categoría auto-atención se refiere a un servicio que es prestado y legitimado por el contexto familiar y la comunidad pero no por profesionales.

Este modelo de atención de la salud funciona como lo expresa Idoyaga (2005) retomando a Mauss (1972): “sistema de reciprocidades indirectas”, donde la tendencia de apropiarse de prácticas médica implica el auto-tratamiento incluyendo remedios, saberes y técnicas preparadas, terapia, sistema de creencias que varían según la sociedad y cultura donde uno se encuentre.

3.1.3 Argentina

En Argentina, las medicinas terapéuticas se utilizan cada vez más, ya sea por costumbres, tradiciones, resultados efectivos, o tratando de evitar los efectos colaterales del uso de las medicinas occidentales. Sin embargo, estas medicinas terapéuticas no forman parte del sistema de salud oficial de nuestro país. La mayoría de las investigaciones realizadas en Argentina se han centrado en el contexto intercultural en relación a la salud colectiva de los pueblos originarios.

Se pueden mencionar los estudios de Idoyaga Molina (2003), quien indaga esta cuestión en el Noroeste Argentino (NOA). Esta autora demuestra y plantea diferencias entre el paradigma biomédico cientificista con las terapias de los pueblos indígenas o el campesinado de nuestro país. En su investigación describe el choque de estas visiones diferentes. La medicina alopática, critica, censura no solo a los usuarios que practican las medicinas de los pueblos indígenas o campesinos, sino también a los profesionales que las ejercen quienes pasan a ser desvalorizados por la medicina biomédica.

25

A su vez, la autora también demuestra cómo las representaciones culturales del NOA influyen directamente en la vida cotidiana de los sujetos. En su texto enumera causas que producen el alejamiento de los usuarios respecto de la medicina convencional, por ejemplo el uso de vocabulario técnico como manejo del poder, descalificación de los usuarios, complejidad de su análisis, falta de acceso a la información.

Según plantea la autora:

“La visión cientificista y biologista prima en la atención de la salud, descalificando y desvalorizando al usuario en términos sociales, en cuanto a sus conocimientos y prácticas, lo que los biomédicos entienden y perciben como enfermedad no es más que una representación posible entre muchas otras, pero que se

ha convertido en la única posible para la biomedicina dominante y, consecuentemente, no la perciben como representación sino que la perciben como la aproximación racional, la verdad científica en la práctica de la salud motivos que les permiten desacreditar a las otras representaciones o transformarlas en dimensiones accesorias”. (Molina, 2003: 60).

De esta manera, la práctica biomédica se fundamenta en su discurso científicista y racional, que tiende a hacer de éste un modelo algo insuperable, objetivo y autosuficiente, que lo acredita a descalificar las demás medicinas que atienden la salud. A criterio de Idolaya Molina, son estas características del modelo médico hegemónico, entre otras cosas, las que impiden la puesta en práctica de las estrategias y políticas propuestas por los organismos internacionales, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud. (2003)

A nivel nacional se encuentra el Movimiento de Salud Popular Laicrimpo, el cual tiene como referente a Julio Monsalvo, (1995) médico pediatra especializado en salud pública. El movimiento Laicrimpo es iniciado en las provincias del nordeste argentino a principios de la década del '90 por iniciativa de hermanas religiosas pertenecientes al movimiento “Crimpo”. Se decide en ese año comenzar a llamarse Laicrimpo (Lai por “laico”) ya que la mayoría de sus integrantes no eran religiosos. Este movimiento construye una forma distinta de pensar el cuidado de la salud basado en la revalorización de los saberes ancestrales y los saberes campesinos. Todos los años se realizan encuentros en diferentes regiones donde se comparten prácticas y experiencias en relación a la salud.

Desde esta perspectiva no se entiende a la salud como ausencia de enfermedad y sus modos de curarla occidentales, sino que se entiende a la salud en su relación con los ecosistemas. Es a partir de los pueblos originarios que se viene

promoviendo en nuestro país la salud de los ecosistemas, si bien cada comunidad tiene sus particularidades respecto de su cultura y tradiciones, todos ellos tienen algo en común: “se sienten parte de la Naturaleza y no se enfrentan a la Naturaleza” (Monsalvo, 2004: 17). Por ello ya no se trata de una relación de dominación, control o explotación de la naturaleza ya que el hombre también es parte de ella, por lo tanto el hombre y la naturaleza se pertenecen mutuamente. “Premisa básica esencial para la salud es la vida del suelo: La Tierra es la Madre que engendra vida. A ella nos pertenecemos.” (Monsalvo, 2004: 17).

Uno de los estudios más conocidos de Julio Monsalvo es sobre la salud de los ecosistemas. Establece una comparación entre el paradigma de la cultura occidental llamado antropocéntrico y el biocéntrico; entendiendo a este último como una relación mutua entre hombre y naturaleza, donde la vida pasa a ser el centro. Tanto el hombre como la naturaleza, están íntimamente entrelazados, ya no se trata de una relación de subordinación o dominación, sino de una interrelación.

En sus escritos manifiesta entender al proceso de salud como la alegría que circula por la sangre a la cual denomina como “Alegremia” “¿Y cuándo tenemos Alegremia? Cuando tenemos en nuestra vida personal, familiar y comunitaria “las A de la Esperanza”: Aire, Agua, Alimento, Albergue/Abrigo, Amor, Arte y otras “A” como Aprendizaje, Amistad y Armonía.”¹

Un gran desafío desde esta perspectiva es proteger el cuidado de la salud de los ecosistemas, tanto de la naturaleza como del hombre para que la vida continúe de manera equilibrada y en armonía, sin que uno predomine por sobre el otro. Esta es una manera de comprender a la salud que se fue consolidando a partir de luchas y movimientos de los pueblos originarios, quienes

¹ Ver “La historia de la Alegremia” en el enlace:
http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Historia_de_la_alegremia.html

defienden hasta el día de hoy sus costumbres y tradiciones sobre el modo de entender a la salud.

4.1 Aún sin (un) nombre... ellas siguen siendo nombradas.

No es fácil conceptualizar las prácticas medicinales debido a la multiplicidad de medicinas existentes, que aun siendo similares, conllevan interpretaciones diferentes de acuerdo con cada cultura en particular. Por lo que no es una tarea sencilla poder agrupar, denominar o definir si son alternativas, complementarias, tradicionales, no convencionales, naturales, integrativas. En este sentido, se destaca que las conceptualizaciones, clasificaciones, usos de las medicinas, también varían de acuerdo al país de que se trate, no solo por la cultura pertinente de cada país sino por los intereses políticos y económicos, y la financiación que se destina a la investigación de estas medicinas.

Es relevante, a los fines de este trabajo, diferenciar qué se entiende por medicinas complementarias y medicinas alternativas. Las primeras hacen referencia a terapias o tratamientos que son utilizados de manera suplementaria a la medicina alopática, (OMS, 2002) también llamada occidental o convencional. Cabe aclarar que desde nuestra perspectiva no se considera que estas medicinas “complementen” a la occidental, ambas son complementarias entre sí.

Diferente es el caso de las medicinas alternativas, las cuales no significan una complementariedad entre las medicinas, sino que las medicinas alternativas “reemplazan” la medicina occidental, se utilizan una en lugar de la otra, no en forma conjunta. Las medicinas alternativas “se entienden como aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico” (Barrero; 2012: 1). Sin embargo, algunos organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), no hacen distinción entre dichos conceptos, lo cual será retomado al momento de pensar el lugar que ocupa la OMS en relación con estas medicinas.

En el presente trabajo se adhiere a la idea de que no existe una diferencia entre medicinas alternativas y complementarias, sino que ello solo depende del uso que se haga de las mismas. Si bien desde nuestra perspectiva las medicinas deben complementarse mutuamente en pos de lograr una mejor calidad en la salud de los sujetos, no se considera que la denominación más adecuada para estas medicinas sea: “complementarias”. De esta manera, se las estaría definiendo indudablemente como que son ellas las que “complementan” a otra medicina. Actualmente forma parte de un debate teórico la denominación más adecuada.

A lo largo de este trabajo se ha decidido nombrar a estas medicinas como: “medicinas terapéuticas”, si bien se han encontrado pocos autores, como Molina Idoyaga, quien las denomina concretamente de esta forma, se considera que es la más apropiada de acuerdo con lo que se entiende por medicina.

En primer lugar, se considera que las mismas forman parte del conjunto de las medicinas en general. En este sentido se recuperan los aportes de Viesca-Treviño quien expresa:

“la medicina se ocupa de fenómenos, de situaciones que se dan en el mundo físico, pero también en el mundo de lo pensado, de lo sentido, de las emociones que dicen algo a y del paciente. La medicina no es solamente una biología humana aplicada al estudio de las enfermedades y sus mecanismos, es asimismo una fenomenología que asume la realidad de lo pensado, de lo vivido por el ser humano enfermo, por el paciente que da lugar a la expresión de un pathos que no es únicamente padecimiento, sino pasión en el sentido de alteración sensitiva y emotiva, de afección de su historia individual. La enfermedad modifica hábitos y percepciones del mundo, sentimientos y pensamientos, no es solo psicosomática sino también tiene una repercusión existencial.” (2009: 168).

Por ello en esta investigación, no se adhiere a la idea de pensarlas en forma aislada como: “terapias no convencionales”, “prácticas saludables”, “espacios terapéuticos” o “terapias complementarias”, sino más bien como “medicinas terapéuticas”, parte del conjunto de las medicinas existentes.

En segundo lugar, se considera que son terapéuticas, entendiendo a las medicinas terapéuticas como prácticas de prevención que, junto con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, buscan generar un equilibrio físico y mental en el organismo (OMS; 2014).

Tanto la medicina convencional como las medicinas terapéuticas deberían ser pensadas en forma conjunta a través de un sistema de salud integral que garantice la elección entre todas las medicinas de manera integrativa. Estas medicinas tienen como base común el enfoque holístico, equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu, poniendo énfasis en la salud en lugar de la enfermedad.

Dentro de la variedad de medicinas y terapias que existen, se identifican según los aportes de Arturo Serrano (2014) las siguientes: homeopatía, alopátia, ayurveda, ayurveda marmaterapia, acupuntura, auriculoterapia, natha yoga, taichí, yunani, indígena, reiki, psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, inteligencia emocional, respiración, oración, curas sanadores, meditación, tantra, autoayuda, técnicas de relajación, hiervas medicinales, folk, fisioterapia, quiropraxia, osteopatía, zen larga vida, constelaciones familiares, biodescodificación, manipulaciones, reflexología, posturología, masoterapia, sanación, folclórica (mal de ojo, empacho), mesoterapia, microdilusiones, chamanes, y existen muchas más.

Sin embargo se encuentran oficialmente reconocidas por la OMS (2014) ocho medicinas: alopática, acupuntura, auriculoterapia, hiervas medicinales, ayurvédica, unany, homeopatía, tradicional; de las cuales en nuestro país, la mayoría no se encuentran reconocidas institucionalmente por las organizaciones públicas.

A su vez, la OMS (2014) las agrupa en medicinas tradicionales y no tradicionales. En las primeras se encuentra: medicina tradicional china, medicina ayurvédica, medicina unany y medicina indígena. Las no tradicionales son: homeopatía y quiropráctica.

La OMS también reconoce la existencia de algunas terapias: con medicación y sin medicación. Entre las terapias con medicación se encuentran: plantas medicinales y medicina herbaria, materiales minerales, materiales animales, régimen alimentario y nutrición. Entre las terapias sin medicación se encuentran: acupuntura, terapia manual, ejercicios tradicionales (qignong, taichí, yoga), y terapias físicas, mentales, espirituales y de la conjunción de la mente. (2014)

Sin embargo, se pueden mencionar ciertas prácticas que los sujetos realizan para el cuidado de su propia salud y no se encuentran reconocidas por la OMS. Métodos tradicionales de protección de la salud pueden ser: los curanderos tradicionales, el uso de objetos protectores que se llevan puestos o se cuelgan en las casas, a veces se suele comer ajo o cebolla cruda para prevenir enfermedades, también existe la raíz de ginseng que se usa para hacer la sangre fuerte, el mal de ojo se refiere a la creencia de que un sujeto puede provocar el mal a otra persona con su mirada, esta se define de maneras diferentes según la población, muchas veces varían las formas de quién lo eche, quién lo recibe y cómo se hace. Todas estas terapias y entre otras tantas que existen, varían de acuerdo a cada grupo de personas y sus creencias.

El conjunto de estas medicinas y prácticas podrían, o quizás deberían, utilizarse de manera integrativa siempre en busca de mejorar el cuidado de la salud de los sujetos. Partiendo de la medicina integrativa, se entiende a la salud como un fenómeno complejo donde se interrelaciona el cuerpo, la mente, y el espíritu. El cuerpo refiere a aspectos físicos como el sexo, lo genético, la edad. Lo espiritual incluye a los sueños, deseos, intuiciones, símbolos y creencias. Y por último, la mente se lo relaciona con los pensamientos, recuerdos, sentimientos, autoestima. (Spector R.E., 2003). Estos tres componentes no son invariables sino que están en constante modificación y relacionados entre sí.

Se trata entonces, de un enfoque integrativo fundamentado en una participación activa del sujeto, en una relación consensuada entre el sujeto y el profesional de la salud; por lo que el ser humano es abordado en su totalidad; es decir como una unidad bio-psico-social incluyendo todos los determinantes que influyen en la salud de las personas, ya sea el propio

individuo, su estilo de vida, sus condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

4.2 Aportes que realiza la Organización “Mundial” de la Salud en relación a medicinas alternativas, complementarias y tradicionales

A los fines de este trabajo es necesario analizar a qué se refiere la OMS con el término salud y cuál es la relación con la forma de entender a la salud que plantean las medicinas alternativas, complementarias y tradicionales. Según la OMS, la salud es “(...) el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. (2014: 1) Se destaca la importancia de realizar una lectura crítica que implique la posibilidad de ver cómo fue construido este concepto y así poder deconstruirlo.

La OMS es un organismo de las Naciones Unidas creado desde un ámbito supranacional, su objetivo es generar estrategias y acciones comunes para mejorar la salud en todos los países del mundo. Desde esta perspectiva será dificultoso poder pensar y abordar las particularidades de cada sujeto en su contexto. Como organismo internacional, desde su posición occidental, establece una serie de condiciones generales para todas las comunidades, que estarían indicando parámetros que den cuenta de un completo estado de bienestar o “sentirse bien”. Sin embargo esto no es así, el bienestar puede variar, y de hecho varía, culturalmente; puede no significar lo mismo para todos en todas partes, y aquí cabría preguntarse ¿de dónde devienen los parámetros del bienestar? ¿es posible definir parámetros para todo el mundo? (Ferrara; 2009)

Retomando esta idea se afirma que la OMS entiende a la salud no como ausencia de enfermedad sino como presencia de la misma. Es decir, al establecer las condiciones o indicadores para “sentirse bien”, se entiende a la enfermedad como un problema para la salud y sólo de carácter individual, donde no influye lo cultural, social, político e histórico, sino que uno “se enferma” o “se siente bien” de acuerdo a sus propias condiciones individuales. Es decir, el sentirse en una situación de bienestar, en determinadas condiciones puede no ser un indicador de salud, sino más bien de enfermedad. Por lo tanto es necesario definir a qué se refiere la OMS con “estado de completo bienestar”, ya que lo que puede ser bienestar para un grupo de personas puede no serlo para otro. En palabras de Canguilhem: “aquello que es normal —por ser normativo en condiciones dadas— puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone.” (1971: 138)

35

Debido a ello, se piensa que no pueden existir parámetros que determinen el estado de bienestar de una persona, ya que al pensar en el concepto “estado” se deja de lado toda posibilidad de entender al campo de salud como algo dinámico que el sujeto necesita para permanecer vivo en el flujo de su vida cotidiana. Por lo tanto se entiende a la salud “(...) como un proceso complejo bio-psico-social, que incluye modos de atención que incorporan una visión integral de la persona, donde no se piensa en un estado ideal a alcanzar, sino que se plantea como se da este proceso de una manera dinámica, donde la enfermedad no es vista como contraria a la salud, sino que se piensa al interior y como parte del devenir vital de cada persona.” (Galizzi y Lorenzón; 2010: 7)

En este sentido, las medicinas deben basarse en una visión integral del campo de la salud, donde se conciba al sujeto en todas sus facetas psíquicas, sociales y espirituales. Y más aún, se debe partir del carácter emotivo como génesis de las enfermedades y tratamiento de las mismas. (C. Zapata López, 2006).

Una vez expuesta la perspectiva de la OMS en relación a la salud, es necesario conocer el lugar que ocupan las medicinas alternativas y complementarias (MAC) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación al sistema sanitario a nivel mundial, de acceso equitativo y defensa frente a amenazas transnacionales.

En diferentes países del mundo existen discusiones entre profesionales de la salud y la propia comunidad sobre la científicidad y efectividad de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias. A raíz de ello la OMS estableció una estrategia sobre medicina tradicional para el año 2002-2005. En la misma se trabajaron temas asociados a las políticas sanitarias, éstas deberán incluir la integralidad y accesibilidad de las medicinas tradicionales, su efectividad y calidad, y propiciar un uso racional de las mismas.

La OMS denomina a la Medicina Tradicional como aquellas medicinas que, si bien no están incorporadas en el sistema de salud oficial, predominan en la práctica de la comunidad de un país determinado. A esta medicina tradicional a menudo se las suele llamar como medicina complementaria, alternativa o no convencional.

Sin embargo la OMS, en el desarrollo de su estrategia, marca una distinción fundamental entre medicinas tradicionales y medicinas alternativas y complementarias. Por un lado, se refiere a la utilización de la medicina tradicional solo para aquellos países

en vías de desarrollo. En este sentido, denomina medicina tradicional a las prácticas en salud que se encuentran fuertemente arraigadas a las creencias y costumbres de la población. Si bien la mayoría de la población hace uso de estas prácticas, aún no están integradas al sistema sanitario de su país. Por otro lado, las medicinas complementarias y alternativas son aquellas utilizadas en los países más desarrollados, donde la población opta por este tipo de medicinas debido a los efectos adversos que han producido la medicina alopática (OMS, 2002) es decir, la medicina occidental.

Para el año 2002 – 2005 la OMS planteó ciertos desafíos a superar en relación al reconocimiento y protección de los gobiernos sobre dichas medicinas. A fin de lograr estos desafíos estableció estrategias y elementos claves que debían incluirse en la creación de políticas públicas sanitarias. En principio, era necesario fomentar la investigación sobre su científicidad y eficacia para luego promover un uso racional sobre estas medicinas. Además estas políticas debían asegurar el acceso no solo en relación a los recursos económicos sino también geográficos, por ejemplo establecía la obligación de proteger los recursos naturales del que dependen ciertos productos terapéuticos.

A partir del año 2009 se realiza la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, en la cual se reclama la actualización de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005. Es por ello que surge una nueva estrategia para el año 2014 - 2023 sobre medicina tradicional.

El objetivo principal que dio impulso al desarrollo de esta estrategia fue el intento de ampliar la visión sobre la salud. En contraposición a la estrategia anterior, se destaca que la nueva estrategia de la OMS ya no realiza la distinción entre medicinas tradicionales, alternativas y complementarias para referirse a

países en vías de desarrollo o países desarrollados, sino que las utiliza en forma indistinta denominándolas medicina tradicional y complementaria (MTC). Se considera que esto se debe a la necesidad de lograr un enfoque integral del sistema de salud, por ello ya no refiere a medicinas alternativas, es decir, no se trata de reemplazar la medicina alopática u occidental por otra. Lo que se busca es poder trabajar en forma conjunta y así lograr un enfoque holístico e integral sobre el proceso salud-enfermedad de los sujetos, donde ellos sean autónomos y partícipes del cuidado de su salud.

Para ello se crea la nueva estrategia de la OMS, con el objetivo de generar una base de conocimiento que permita formular políticas integrales y que las mismas sean reglamentadas en los sistemas de salud nacional.

Respecto de los aportes de la nueva estrategia se reconoce un aumento significativo en el uso de dichas medicinas en distintos países del mundo. Según los datos extraídos de la OMS, “más de 100 millones de europeos utilizan actualmente la MTC; una quinta parte de ellos recurre regularmente a la MTC, y una proporción similar prefiere atención sanitaria que incluya la MTC. El número de usuarios de MTC es mucho mayor en África, Asia, Australia y América del Norte” (OMS, 2014: 25).

A su vez también se muestra un aumento significativo en el uso de determinadas prácticas, por ejemplo en el uso de la acupuntura. Para el año 2002 se contaba con 78 países miembros de la OMS que practicaban dicha medicina, mientras que para la nueva estrategia de la OMS se cuentan 103 Estados Miembros que practican acupuntura. Otro dato comparativo que muestra la OMS es en relación al avance de la base de conocimientos sobre las medicinas tradicionales. Se observa un aumento de los institutos de investigación, para el año 2003 se contaba con 53 institutos mientras que para el 2012 con 73. (OMS, 2014).

A partir de estos datos, muchos países comienzan a preocuparse por la necesidad de elaborar un enfoque integral de la atención de salud de su sistema sanitario, que facilite el acceso a las MTC no solo de los usuarios sino también de los gobiernos y los profesionales sanitarios de cada país.

En suma, uno de los desafíos que plantea la nueva estrategia de la OMS sobre las medicinas tradicionales, es seguir promoviendo la base de conocimiento para la implementación de políticas adecuadas y que éstas sean reglamentadas. Para ello es necesario, también, fortalecer la calidad, efectividad, y seguridad de las MTC con el fin de ampliar la cobertura mediante un sistema sanitario integral.

Como se puede visualizar, los diferentes países del mundo acuerdan y establecen una estrategia con el fin de ampliar la visión sobre salud y fortalecer políticas integrales, en busca de que las mismas se efectivicen en el sistema de salud de cada país. Sin embargo, en la gran mayoría de los países, la única salud que se encuentra reglamentada es la salud occidental o convencional.

39

4.3 Hoy, ¿se entiende a la salud bajo la hegemonía de un modelo científico?

"Los esfuerzos de los movimientos populares por tomar en sus manos la salud del pueblo constituyó una amenaza seria, -no solo para las elites y los gobiernos- sino también para el status quo médico, quienes han mantenido por largo tiempo un poderoso monopolio del conocimiento y el poder de curar"

*David Werner
Questioning the Solution.
Health World Rights. 2000*

A los fines de complejizar la comprensión se apelará a los aportes de Bourdieu para pensar a la salud como un campo. “Dicho campo, no es un espacio neutro de relaciones interindividuales sino que está estructurado como un sistema de relaciones en competencia y conflicto entre grupos, situaciones en posiciones diversas, como un sistema de posiciones sociales a las que están asociadas posiciones intelectuales y artísticas.” (1966: 7). Desde esta perspectiva se entiende entonces a la salud como campo, como espacio de intercambio de diferentes prácticas, modos de pensar, teorías que estructuran una multiplicidad de posiciones. Por lo cual sería interesante comprender las diferentes posiciones al interior de la medicina convencional y las medicinas terapéuticas.

Esto permite entender que actualmente existan al interior de la medicina científica occidental una multiplicidad de posiciones, no obstante siga siendo hegemónica aquella cuyo objeto de estudio es la enfermedad, subsidiaria de una lógica capitalista, es decir donde la medicina implica también un importante negocio. La hegemonía que presenta el modelo de salud convencional o también llamado occidental, lleva a profundizar sobre la génesis y características del sistema de salud en general.

A lo largo de la historia los profesionales de la salud han utilizado técnicas específicas que permitieron determinar la “única” forma de ver al sujeto enfermo, la enfermedad y el modo de tratarla, desde la perspectiva biológica. El modelo biomédico ha dejado de lado la complejidad del proceso salud- enfermedad-atención, obviando el contexto social del mismo.

En relación con esta perspectiva puramente biológica, se entiende que a lo largo de la historia, el sistema de salud ha presentado cierta “negación a que, en la jerarquía del orden de las cosas, lo cultural o lo psicológico afecte a lo biológico”. (Hernández; 2011: 48). Esto quiere decir, que desde el sistema de salud se ha

intentado lograr la autonomía del sistema biológico en relación a los diferentes contextos sociales, independiente tanto de lo psicológico como de las relaciones sociales.

Para comprender mejor la prevalencia histórica de la perspectiva biológista, se acude al determinismo biológico. Este término, hace referencia a las teorías simplistas que se han utilizado históricamente para comprender fenómenos complejos. Si uno se remonta a investigaciones y estudios realizados para establecer, por ejemplo, la relación que “existía” entre: cociente intelectual y raza, inferioridad biológica de la mujer, genes criminales; puede observar que estos estudios surgían desde el paradigma determinista de la biología. Es decir, se trabaja a partir de teorías únicas para entender procesos complejos, como por ejemplo el comportamiento criminal o la subordinación de la mujer.

41

Así se ha entendido durante un largo período de tiempo a la enfermedad como una anomalía que afecta a las funciones del organismo del individuo. Esta anomalía se puede observar mediante manifestaciones del sujeto, ya sea a través de síntomas o signos. Los signos, hacen referencia a aquellas evidencias que pueden ser percibidos por los profesionales de la salud o mediante tecnologías adecuadas para ello, mientras que los síntomas son las manifestaciones que expresa el sujeto ante un malestar. Por ejemplo si vemos una persona pálida inmediatamente asumimos que está enferma o se está por enfermar de acuerdo al síntoma que presenta, pero estas son solo percepciones que dependen del ojo del observador, por desgracia pocas veces se le pregunta al sujeto por su estado de salud, sino que se percibe por el profesional mediante signos o síntomas determinados. (Hernández; 2011)

Por lo tanto, la biomedicina ha interpretado a la enfermedad como un fenómeno invariable, es decir, según los

síntomas y signos que se presenten en el sujeto, se identificará la enfermedad de que se trate. Según los síntomas y signos se diagnostica la enfermedad independientemente de los diferentes períodos históricos y contextos sociales donde se presente.

Para comprender este modelo científico se hace referencia al concepto de paradigma elaborado por Kuhn y lo que se entiende como modelo. Por paradigma se refiere a “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.” (Kuhn, 1986: 13); mientras que por modelo se entiende a una herramienta que se utiliza para interpretar y comprender un fenómeno complejo, es decir sirve para revisar teorías, construir nuevos conceptos, modificar teorías existentes. Ambos conceptos, tanto el de paradigma como el de modelo, están contextualizados en el aspecto cultural, político y económico. Se trata de construcciones que son elaboradas y permanecen durante un tiempo determinado hasta que pueden ser modificadas o eliminadas por completo.

Por lo tanto lo que socialmente se pensó como “el” modelo científico fue algo construido e impuesto a lo largo de la historia, en muchos lugares del mundo. Este modelo parte de una concepción positivista que se caracterizó por una recolección de datos, un análisis cuantitativo para que luego sus resultados sean aplicados en forma general. En este sentido, la historia de la medicina, en general, aparece bajo un patrón racional basado en leyes, principios generales y objetividad, desplazando el saber empírico basado en los sentimientos, la experiencia y la espontaneidad. (Kuhn; 1970)

Para comprender mejor el modelo científico, se entiende a la racionalización como la “consecución metódica de un fin determinado de manera concreta y de carácter práctico mediante el empleo de un cálculo cada vez más preciso de los medios

adecuados” (Gerth,H. y Wright, M. (s/d) en Tenti Fanfani; 1989: 13). Mientras que el saber empírico surge, por lo general, de costumbres y hábitos, este no trata de generalizar los resultados obtenidos, sino que varía de acuerdo a las diferentes comunidades y contextos. Por lo tanto, se entiende que el surgimiento de este modelo científico y racional ha ido avasallando otras formas de construir conocimientos.

Esto se relaciona con los aportes de Boaventura de Sousa Santos (2010) sobre la ‘monocultura del saber y del rigor del saber’. Esta monocultura se refiere a un solo modo de producción de conocimientos, en este caso, el científico es reconocido como el más poderoso. En este sentido los criterios que caracterizan al modelo científico de la medicina, se relacionan con el único modo de producir conocimiento “válido” para la ciencia moderna. Es así que los conocimientos y saberes empíricos quedan desplazados siendo producidos como no existentes, no creíbles. Por lo tanto, la no existencia de saberes empíricos, es producto de aquellas entidades científicas que lo descalifican, desvalorizan, ilegitiman e ignoran como parte del conocimiento. En palabras de Tenti Fanfani:

“Los nuevos saberes o contenidos culturales no germinan en un vacío histórico sino que se desarrollan mediante la negación y el desconocimiento de los saberes y culturas anteriores. Así, el saber científico desplazará el saber “popular”, “mágico”, “irracional”, “práctico, el arte culto (música, pintura, etc.) dominará sobre el artesanal, etc. Esto significa que los nuevos agentes de producción de los nuevos bienes simbólicos desplazarán a los agentes tradicionales. Un nuevo conjunto de reglas, principios, métodos, teorías “racionales”, en síntesis, el saber objetivado y monopolizado por el grupo de los productores se impondrá sobre el saber práctico” (1989: 31).

En relación a estos tipos de saberes, ya sea de carácter empírico o racional, se puede observar diferencias jerárquicas respecto del poder y la toma de decisiones, concretamente en lo que refiere a la salud. Se refiere a las diferencias entre las diversas disciplinas existentes, es decir, entre ellas existen posiciones dominantes y dominadas, de prestigio y desprestigio, de poder y con muy bajo poder, donde el proceso de racionalización implica una delimitación entre las disciplinas científicas y las que no lo son. Incluso son los profesionales, en este caso de salud, quienes reivindican para sí el 'monopolio de las competencias' (Tenti; 1989), dejando por fuera de este monopolio a los considerados no profesionales.

De este modo, se entiende que la construcción del modelo científico en salud, no solo se forma a partir de técnicas para definir su objeto de estudio, las enfermedades; sino que también está afín con un conjunto de relaciones de prácticas e instituciones que dieron lugar a la configuración del poder del discurso racional. Este modelo es capaz de conceptualizar y caracterizar su propio objeto de estudio de acuerdo a su perspectiva, definiendo teorías, conceptos y modos de intervención.

A pesar de ello, a raíz de las crisis que han caracterizado la época de los sesenta, se generan nuevas corrientes de pensamiento y prácticas sociales para dar respuestas a los problemas de salud, que aparecieron con mayor impulso en los países industrializados. Así fue que la medicina y los profesionales de la salud se vieron obligados a superar las limitaciones de sus prácticas un tanto objetivas, científicas y biológicas en cuanto al abordaje del proceso salud-enfermedad-atención del individuo, para dar respuesta a los nuevos problemas de salud.

Se puede decir que, históricamente al interior de la medicina científica u occidental, se han producido procesos que han ido avanzando en estas cuestiones, tratando de transformar su objeto de estudio. De manera tal que se intenta que la medicina no opere con un objeto de estudio y trabajo reducido, que los síntomas no dependan de tratamientos únicamente farmacológicos para revertir las situaciones de enfermedad, y que no sólo se responsabilice por la enfermedad al individuo dejando de lado la integridad del sujeto enfermo (Hernaiz; 2011). En este sentido, algunos sectores piensan en una medicina que trabaje con sujetos concretos, portadores de una enfermedad y por consiguiente, que se trate de una medicina fluida e imprevisible de acuerdo a cada situación en particular.

Una medicina que parecía llena de certezas y seguridades, hoy se encuentra frente a un desafío, con dilemas e incertidumbres ante la heterogeneidad de las situaciones. “Por esto es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención. Por esto es importante aprender la variación, por esto es importante saber escuchar, y más aún, saber también indagar el caso singular. Y decidir, pero decidir ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas.” (Sousa Campos; 1997: 8). En este sentido, al interior de la medicina existen otras perspectivas diferentes a la mirada reduccionista, simplista y excluyente.

45

4.4 El sujeto porta una enfermedad / La enfermedad porta al sujeto

El modelo de salud occidental surge de la mano del proceso de industrialización, principalmente de los países más desarrollados. La deconstrucción histórica de este modelo permite comprender hoy su reconocimiento social y legitimidad. Durante el

contexto de industrialización, fines del siglo XVIII, aparecen dos clases sociales muy diferenciadas. Por un lado los propietarios de las tierras, dueños de los medios de producción y por el otro las clases subalternas, aquellos que vendían su fuerza de trabajo; como consecuencia se da una relación asimétrica entre estas clases. Por consiguiente, esto se ve reflejado en la salud de los diferentes grupos sociales, en sus modos de enfermar y de sanar, en sus condiciones laborales, por ejemplo: descansos, horarios de comida, jornadas laborales extensas, espacios insalubres. Es entonces cuando aparece el modelo médico hegemónico para dar respuesta a las enfermedades que emergen pero principalmente para procurar y cuidar la salud de las clases más pudientes. (Moral, P. Gascón, M. y Abad M.; 2014)

Menendez (2005) explica el proceso que dio lugar a la legitimación e institucionalización de las prácticas biomédicas en Latinoamérica. A partir de la dimensión institucional, el autor destaca tres instituciones básicas que dieron lugar en el siglo XIX al desarrollo del saber médico, ellas son: universidad, el consultorio privado y el hospital público. Por lo tanto se evidencia y se va normalizando que la atención biomédica se realiza de acuerdo con distintos estratos sociales. El hospital para las clases subalternas pasa a ser un lugar donde las personas van a morir, y no a sanar una enfermedad. Esta institución se ha caracterizado como un lugar donde el profesional médico realiza su aprendizaje, a través del ensayo y el error, el médico puede “practicar” con esta población por su condición de subalterna y marginal. Por lo que según los aportes del autor, hasta el día de hoy se mantiene una representación negativa sobre la atención hospitalaria en comparación a la atención privada. Incluso se han encontrado estudios donde la propia biomedicina investiga y expone características que evidencian efectos negativos sobre la hospitalización en relación al proceso de cura de la enfermedad.

En palabras de Menendez: “El proceso de concentración de la atención médica evidenciada especialmente a través de la construcción de grandes hospitales, sumado a la creciente demanda de atención por parte de la población derechohabiente, condujo a reforzar o a crear rasgos de despersonalización y burocratización en la relación personal de salud/paciente, y sobre todo en la relación más significativa para los sujetos y grupos sociales, es decir la relación médico/paciente” (2005: 22). Por lo tanto, si bien la característica fundamental que predomina las prácticas médicas de la época fue la mirada biologista, a ello se le suma la despersonalización y burocratización que ha caracterizado al sistema salud público.

Se puede observar que a lo largo de la historia, el modelo de salud ha estado influenciado por la “teoría del etiquetado” (Becker; 1963), desarrollada en Estados Unidos a partir de los años sesenta. Esta teoría explica la relación que se da tanto entre los pacientes y los médicos como en el modelo de salud en general, donde no sólo se ha trabajado con la enfermedad como tal, sino que muchas veces se ha determinado e identificado a las personas por la enfermedad que presenten dando lugar a la despersonalización de las prácticas médicas. Por lo que, aun en la actualidad, aquellas manifestaciones, dolor, sufrimiento, síntomas, pueden llegar a ser vistas como la totalidad del “ser enfermo”. De esta manera no se entiende al sujeto como tal en todas sus dimensiones existenciales sino que pasa a ser un “sujeto enfermo”, el hipertenso, el canceroso, el diabético.

Se destaca, así, una relación jerárquica que se fue construyendo entre el profesional de la salud y el sujeto que debe ser atendido. En el marco de este tipo de relaciones construidas históricamente, se visibiliza una desigualdad estructural. El sujeto enfermo en esta relación tiene un rol pasivo, dominable y receptivo con respecto del médico quien presenta un saber experto incuestionable. La opinión del paciente no es valorada ni

escuchada, muchas veces se la ignora, dejando en claro el poder que ejerce el profesional sobre el paciente. No existe en esta relación un intercambio cultural donde por un lado se presenta lo que el médico diagnostica de su enfermedad, y por el otro cómo es vivida esa enfermedad por el sujeto, cómo afecta la vida cotidiana del mismo y su entorno. (Menendez: 1991)

Estas características forman parte de un modelo biomédico que históricamente tuvo como objetivo principal la cura de las enfermedades, y también la búsqueda por normalizar a la sociedad, es decir, aquellas conductas que aparecen como desviadas deben volver a la normalidad. Para ello en muchas situaciones se ha contado con la medicalización, como un procedimiento mediante el cual se corrige a los individuos que presentan fenómenos “extraños”. Aún hoy, este tema sobre la medicación se encuentra en debate.

No obstante, cabe aclarar que, más allá de la hegemonía del modelo biomédico, actualmente existen otras medicinas de la salud. Estas últimas no son frecuentes en todas las prácticas de todos los médicos en general, ni mucho menos son solo adjudicadas al ámbito de la salud pública. Sin embargo, muchos profesionales permiten ampliar su mirada a partir de las diversas medicinas, buscan recuperar esa voz perdida del sujeto, sus representaciones culturales, valores y universo de sentidos; aún al interior de la medicina convencional.

Sousa Campos (1997), plantea la clínica del sujeto con la convicción de que es necesario un cambio de lógica donde la enfermedad ya no sea el centro para la medicina, sino poner énfasis en un sujeto concreto portador de una enfermedad determinada. Por lo que, se debe pensar en un modelo de salud basado en sujetos concretos y reales, donde la enfermedad forme parte de la existencia del sujeto.

Según sus aportes:

“En los casos de enfermedades o deficiencias crónicas, de larga duración, en general incurables, se debe pensar en la Clínica del Sujeto. En general estas personas están, casi siempre mucho más dependientes de algún tipo de apoyo técnico (medicación, hormonas, insulina, rehabilitación física, etc.), sujetas a variaciones de humor en virtud de sus enfermedades que los disminuyen en relación a la media de la especie o del contexto sociocultural (terapia individual, trabajo en grupo) y aún más expuestos a las dificultades del contexto [...]” (Campos; 1997: 4).

Es decir, se debe pensar en un sujeto marcado por su biografía y sus singularidades, entendiendo que muchas veces el sujeto se ve condicionado por particularidades de su contexto social específico. De este modo es pertinente poder analizar los determinantes que hacen a la calidad de vida de las personas. Cuando se habla de determinantes se recupera el informe Lalonde (1974), el cual pone de manifiesto un enfoque multicausal en relación al proceso salud-enfermedad, a través de la interacción de cuatro determinantes, ellos son: el propio individuo (edad, sexo y factores constitucionales), estilos de vida, redes sociales y comunitarias condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

En este sentido Sousa Campos (1997) plantea: “colorar la enfermedad entre paréntesis”. No pensar en una medicina positivista donde cada enfermedad se estudie en forma aislada e independiente del sujeto, en busca la máxima neutralidad y objetividad, ni tampoco con esto se quiere decir que se debe dejar de lado la enfermedad, como si no existiera. De lo contrario, el estar enfermo no sólo supone depender de ciertos apoyos extras como rehabilitaciones, medicamentos, relajación; sino supone

también, cambios en el estado de ánimo de las personas que deben ser tenidos en cuenta por todos los profesionales de salud.

En esta línea de pensamiento, se debe buscar una dialéctica entre el sujeto y la enfermedad. Si bien la historia ha demostrado que la sociedad, en general, pretende que la enfermedad que uno presenta sea atendida por la medicina y profesionales de la salud, también ésta suele estar condicionada por la voluntad de vivir de los sujetos, sin ser esto un aspecto determinante. Por ejemplo, muchas veces se analiza a la enfermedad a partir de la necesidad de que alguien cuide del enfermo, poniendo al sujeto siempre en dependencia de otro, siendo incapaz por su condición. Esto produce indudablemente que el enfermo deba desatender los roles de su vida laboral o familiar, lo cual se encuentra legitimado por la sociedad, es decir, se entiende socialmente que la condición de estar enfermo no es una responsabilidad del sujeto, ya que su situación no depende de su propia voluntad. Por lo que, en este sentido, “colocar la enfermedad entre paréntesis”, es una herramienta importante para dar lugar al rol activo del sujeto, más allá de las funciones específicas que les corresponde a los profesionales de la salud.

Actualmente, gran parte de la sociedad está comenzando a cuestionar las prácticas biomédicas por diferentes motivos, ya sea por falta de respuestas, efectos adversos, descontento de la relación médico/paciente, tratamientos costosos, etc; al mismo tiempo que se reconoce cierta incompletud de los distintos saberes en relación a los profesionales de la salud. Por lo que será necesario entonces, poder pensar intervenciones y prácticas desde un enfoque holístico e integral de la salud, para lo cual se debe pensar en un trabajo a partir de la “interdisciplina”. Recuperando los aportes de Stolkiner, “Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes (...)”

(2005: 3). En este sentido es necesaria la construcción relativa de saberes disciplinarios, sin embargo es necesario preguntarse qué lugar ocuparían aquellas disciplinas que no están reconocidas como científicas.

5.1 Contexto hospitalario

5.1.1 Antecedentes que interpelaron las prácticas cotidianas en el Hospital Iturraspe

“Aquí advertimos una línea de estudio y acción que puede hacer aflorar conocimientos subyacentes y articular una voz respetable que ha sido reprimida en aras de la ciencia instrumental, cuyos avances hoy nos aturden e hipnotizan. Una voz y un conocimiento seculares que, en su aparente simplicidad, puedan ofrecernos algunas de las respuestas vivenciales que más necesitamos”.

Orlando Fals Borda

52

Una vez recuperados los antecedentes de investigación en nuestro país sobre medicinas terapéuticas, se analizan dichos antecedentes como parte del proceso de incorporación de estas medicinas en el Hospital Iturraspe.

El Hospital Iturraspe como organización efectora de salud pública, se fue preocupando y ocupando de situaciones de los pueblos originarios que han ido apareciendo en el Hospital. Los pueblos originarios que concurren al servicio social del Hospital, han manifestado en más de una ocasión cierto sufrimiento o descontento al encontrarse desarraigados de su contexto habitual.

Este tipo de situaciones han sido el punta pie para replantearse algunas prácticas cotidianas de la organización.

“(...) algunas prácticas que realizan gente de pueblos originarios... que hemos tenido pacientes internados en distintos espacios, y muchas veces para estas personas... una internación es traumática para cualquier persona, pero para estas personas son muchas más traumáticas, porque el desarraigo y la descontextualización para estas personas tiene un efecto mayor ¿no?, entonces, digamos... uno intentando de que esta gente no sufra tanto los efectos indeseables de las internaciones, por ahí intentando que sus chamanes puedan venir y visitar a las personas, pero no es su lugar, no es el espacio”. | Miembro del Equipo directivo del Hospital

De esta manera se fueron cuestionando, y en su medida modificando, algunas prácticas del Hospital para poder atender de la forma más integral posible a estas comunidades, teniendo en cuenta su cultura y modo de entender a la salud. Esto, según los profesionales, es considerado parte de los antecedentes que dieron la posibilidad de impulsar prácticas diferentes a la convencional en una organización como es el Hospital. De acuerdo a lo indagado, parece que fue un hito muy reconocido la situación de una paciente con insuficiencia renal:

“Nosotros por ejemplo teníamos una paciente con insuficiencia renal, internada en el hospital, y nos enteramos a través del diálogo que teníamos con la gente de su comunidad que a esta persona le traían un té una infusión para que ella tome, se lo traían de contrabando. Una persona generalmente con insuficiencia renal generalmente se le mide con mucha exactitud la cantidad de líquido que injiere para saber la cantidad de líquido que elimina luego. Entonces me decían... che esta mujer está tomando té de manzanilla ponele... que se yo... habrá que decirle al

médico? Y en realidad me parece que sí porque cuanto té está tomando por día... y... 3 litros, sí hay que decirle urgente al médico, porque el medico está calculando la eliminación de líquido de esta persona, por los líquidos que oficialmente se le entregan. Pero esto que hace... y... no es que toma medio vasito por día que a lo mejor no tiene ninguna significación, pero es mucha cantidad, Son tres litros es mucha cantidad. Y bueno... fuimos hablamos con el médico. Le dijimos bueno mira está tomando 3 litros y fueron y los incluyeron en el conteo diario de la cantidad de líquido que estaba tomando, pero sí hay que decírselo.”

Esta situación, interpela las prácticas de los profesionales, hace que se replanteen sus intervenciones, principalmente tratándose de comunidades originarias, con sus creencias sobre la salud y sus modos de sanarla. Los profesionales de la salud dentro del Hospital, buscan como estrategia que intervenga una trabajadora social perteneciente al servicio de salud, con trayectoria y conocimiento en la temática de pueblos originarios.

Así lo expresan los profesionales comentando otra situación que se presenta en el Hospital con comunidades originarias:

“Por ejemplo hubo una situación que no querían dar sangre... yo llamaba a la comunidad y hacíamos debate, con la gente del área que había problema, no queremos dar sangre, a no? Explícame por qué no?, vengan, y vinieron, y explicaron porque no van a dar sangre? Porque ustedes nos van a robar sangre, porque ustedes nos van a matar, ellos hicieron toda su creencia, entonces le fueron diciendo, bueno hay gente que mercantiliza, y todo eso que ellos pensaban era así, pero el hospital tenía un banco y le enseñaron cómo ellos conservaban la sangre y... bueno... ellos podían aportar, ellos vieron todo eso, y dijeron bueno vamos a volver, vamos a hablar con nuestro hermanos, y vamos a ver si donamos sangre o no. Porque ahora usted

nos explicó que hacen con la sangre, entonces esto del acercamiento, es importante, la información...”

A partir de éstas y otras situaciones que han ido apareciendo en el Hospital, se intenta ir construyendo e instalando herramientas que permitan trabajar con las comunidades originarias. En este sentido, lo ideal sería que puedan participar los chamanes (médicos de los pueblos originarios) en los debates o ateneos que se realizan en el Hospital para poder hacer un intercambio de saberes en con la intención de mejorar la salud de los sujetos.

En estas situaciones, la creencia de los pueblos originarios sobre el servicio hospitalario, sumada a la dificultad de relación entre los sistemas de salud de las diferentes culturas, hace que no esté garantizada la posibilidad de elección de los servicios de salud en virtud de construir un sistema intercultural de salud para satisfacer las necesidades de todas las comunidades.

55

Como quedó explícito en la entrevista, y según los aportes de Fernández Juárez (2006), las poblaciones originarias, por lo general, relacionan al sistema hospitalario con “lugares de muerte”, donde se transitan los últimos años de su vida, no se los reconoce como un lugar de sanación, sino todo lo contrario, son lugares a los que nadie quiere acudir. Para algunas comunidades el Hospital no es entiendo como un espacio de sanación del sujeto, sino más bien como un lugar donde se termina su vida. El espacio hospitalario nada se parece a los domicilios donde hacen las sanaciones los médicos originarios, por lo tanto nadie quiere atenderse en esas salas amplias, con grandes ventilaciones y limpias que caracterizan los espacios del hospital.

¿Será necesario entonces asemejar los hospitales a los domicilios de cura donde se venían haciendo las sanaciones de acuerdo a su cultura?, ¿será necesario asemejar las instituciones occidentales a los espacios de sanación de las comunidades

originarias? En principio solo sería una modificación meramente edilicia que, según los aporte de Fernandez Juarez (2006), puede no repercutir necesariamente en una mejor atención hospitalaria para la población. Es necesario que el Hospital, donde se incluye a todos los actores que hacen parte de él, se integre a la comunidad. No puede continuar siendo el lugar de muerte para algunas poblaciones a la cual la organización está destinada. Es necesario que el Hospital forme parte de la comunidad, donde puedan realizarse talleres, celebraciones, donde se incluya a las autoridades de las comunidades, familias, equipo profesional y no profesional, donde puedan compartir un espacio de comunicación. Así lo expresan los profesionales:

“(...) lo bueno sería es que cuando se arman los debates, que se hacen los ateneos acá que puedan participar el chamán o a la persona de la comunidad.”

Para ello debe generarse un ambiente de intercambio mutuo de culturas, lenguas, donde se reconozca al otro como tal, y se eliminen los prejuicios y estigmatizaciones para crear un clima de confianza y respeto mutuo. Los profesionales de la salud deben ser formados desde una perspectiva intercultural, para así evitar que se desprestige el trabajo que pretenda realizar el chaman.

En esto se encuentra trabajando hoy el Hospital Iturraspe, no solo en mejorar la atención de las comunidades originarias, sino de la comunidad en general, en la conformación de espacios de intercambio, experiencias y talleres, donde se pueda conocer, reconocer, y aceptar distintas posiciones sobre el modo de entender a la salud.

5.1.2 Reconstrucción histórica sobre las medicinas terapéuticas en el Hospital.

En el año 2010, un equipo de profesionales de las medicinas terapéuticas junto con el movimiento Laicrimpo (el cual promueve un abordaje desde distintas medicinas, “la salud en manos de la comunidad”), comienzan a pensar la posibilidad de organizar un primer encuentro de estas medicinas en Santa Fe.

Así se genera una propuesta de “prácticas saludables”, innovadora para la ciudad de Santa Fe, la cual fue debatida, analizada y luego aprobada por el área de Servicio Social del Hospital Iturraspe. En este marco y desde el 2010 se realizaron talleres de prácticas saludables en dicho nosocomio. El propio Director Dr. Edgardo Monteverde (Gastroenterólogo) que participó en la apertura del primer encuentro del año 2010 nos expresaba: *‘Este hospital cumple cien años de vida y en todo este tiempo se ha ofrecido una sola medicina, yo fuí entendiendo que hay otras, para lo que ofrecemos el hospital, a fin de empezar a escuchar y aprender de ellas. Bienvenidos y para lo que necesiten estamos!!’*. (Proyecto de Prácticas Saludables, 2010: 1). Un profesional comenta:

“Hace ya algunos 6 o 7 años atrás se hizo en Santa Fe un encuentro... viste que hay una vez al año un encuentro nacional el Laicrimpo, que se hace y convoca a profesionales de distintos lugares del país, y de latinoamerica en este tipo de prácticas. Hace unos 6 o 7 años atrás se hizo un pre congreso en santa fe y la sede fue el hospital Iturraspe, el Laicripito le decían ellos (...)”

“Entonces... bueno fue así cuando lo hicimos 4 años seguidos y el cuarto año participamos de un Congreso de Salud Pública Provincial en la estación Belgrano, y eso... creo que fue en el año 2013, no... 2014. Porque una cosa son los Laicrimpo locales, en las instituciones, el otro es el provincial, que elegimos la estación Belgrano para que pueda ir más gente, y después está el Nacional que ya es histórico. Nosotros hicimos acá varios, pero los hacíamos

los sábados. Lo hacíamos los sábado desde las 8.30 hasta la 1 de la tarde. Y los dos últimos años lo hicimos desde las 8.30 hasta las 15 de la tarde, terminábamos con un almuerzo, hacíamos danza terapia y finalizábamos el encuentro. Entonces dijimo... si queremos optimizar, no pasa por hacer todos los días sino utilizar más la mañana el almuerzo como cierre entonces terminábamos siempre con la práctica (...)"

El Hospital abre sus puertas y presta sus instalaciones para que estos encuentros se realicen allí. En el marco de dichos encuentros, se organizaron talleres como: Reiki, Educación Emocional, Vida sin Stress, Cuidemos los que queremos, Yoga, Masajes, Consumismo y aprovechamiento de residuos, Digitocupuntura, Corazones gemelos. Asimismo, estos talleres se llevaron a cabo durante 4 años consecutivos en el Hospital Iturraspe; sin embargo el último de ellos se hizo en el Congreso de Salud Pública en la Estación Belgrano de la provincia de Santa Fe, dándole al mismo una impronta de carácter provincial.

Luego de estos primeros encuentros, en el año 2014, a pedido de los empleados del Hospital se propone ofrecer estas prácticas a los propios empleados, principalmente enfermeras, en las instalaciones del Hospital. Esto requirió la conformación de un equipo de siete profesionales, la mayoría de ellas ejerce Reiki y/o Zen larga vida, también se conforma por una referente en salud mental y una magister en Reiki, algunas de ellas son integrantes del movimiento Laicrimpo.

Estos profesionales ejercen medicinas de Reiki y Zen larga vida en forma particular, por fuera del Hospital. Si bien ya se conocían entre los integrantes del equipo, se unieron y consolidaron con la intención de poder ofrecer este tipo de medicinas en el Hospital. Actualmente, no se trata de profesionales en relación de dependencia con la organización, sin embargo gracias a su conformación como equipo de trabajo,

comienzan a buscar estrategias que le permitieron optimizar estas medicinas terapéuticas en el Hospital Iturraspe.

“(...) las enfermeras eran las que más nos pedían. Y dicen bueno, por qué a los pacientes? Porque no nos dan a nosotros...? porque nosotros somos los que atendemos todos los días y llegan las 11 de la mañana y estamos quemados, cansados. Bueno... nuestro objetivo era el paciente pero cuando entramos hacia adentro vimos que el equipo de salud nos pedía... Bueno si esa era la estrategia, empezamos con enfermeros, con médicos, pero si había una posibilidad de pacientes, dábamos a pacientes.” | Profesionales del Hospital

Fue ahí cuando la gente de las prácticas dice por qué no entrar en el hospital? Bueno... eso implicaba otra postura, entrar en otro lugar a trabajar, entonces nos sentamos los del laicrimpo y dijimos... bueno cómo podemos hacer... (...)” | Profesionales del Hospital

59

Al principio los propios profesionales y los integrantes del movimiento Laicrimpo dudaban de la posibilidad de poder ejercer este tipo de medicinas en el Hospital, ya que al ser una organización donde siempre ha primado la medicina alopática, era complicado poder pensar la apertura del Hospital hacia estas medicinas terapéuticas. De todas maneras el equipo de profesionales decide reunirse con el equipo directivo, de ese momento, y plantear la posible incorporación de prácticas de Reiki, Tai-Chí.

(...) voy hablo con XX y me dice pero sí, cómo no vamos a probar si mi mamá se murió con reiki y se murió re feliz... y fue como que eso dio el puntal para empezar.” | Profesionales del Hospital

“Así es como en Mayo del año 2014, mediante el Directorio, el Consejo, la Jefatura de Enfermería, la Sala de Maternidad e

integrantes del Servicio Social, se acordó iniciar un proceso de difusión de estas medicinas. No sin antes estar respaldados por sus correspondientes C.V., han participado idóneos en Reiki y Taichí, comenzando un camino de inclusión de estos conocimientos complementarios dentro del nosocomio.” (Proyecto de Medicinas Saludables, 2010: 2)

A partir del 2014, entonces, se comienzan a realizar medicinas terapéuticas de Reiki y Tai-Chi. La elección por estas terapias y no otras, se debe principalmente a que algunas profesionales del Hospital estaban formadas en dichas medicinas y se ofrecieron a realizarlas. Con el tiempo, profesionales de Tai-Chí fueron abandonando estos espacios debido a la imposibilidad de mantenerlos ad honorem o por cuestiones personales.

Por lo tanto, durante el transcurso de todo el año 2014, se estuvieron realizando las medicinas terapéuticas en salas sensibles del Hospital. A partir del 2015, la nueva dirección junto con el equipo, comienzan a pensar la posibilidad de jerarquizar estas medicinas, fue ahí cuando se decide otorgarles dos consultorios a las profesionales. A partir de ese momento, el equipo se plantea como estrategia ofrecer solo dos prácticas, se comienzan a realizar entonces, prácticas energéticas de Reiki y Zen larga vida.

Reiki: es una palabra sánscrita que significa REI, energía universal, KI, energía vital. Recuperando los aportes de Ximena Gonzales (2005) El Reiki es una técnica de canalización y transmisión de energía vital a través de la imposición de manos, que se utiliza para obtener paz y equilibrio en todos los niveles:

Físico: mejoría en dolencias, lesiones, metabolismo, etc.

Emocional: problemas sentimentales, agresividad, infelicidad, etc.

Mental: hábitos dañinos, estrés, insomnio, etc.

Espiritual: armonía, paz, equilibrio, etc.

Esta técnica se puede utilizar de manera complementaria con cualquier otra medicina ya sea terapéutica o convencional debido a que no produce efectos colaterales. Puede ser aplicada a uno mismo o a otras personas, pero no se trata de un “don” heredado solo a algunas personas, no tiene ningún tipo de relación con la religión, ni creencia en particular. “Es una mezcla entre una técnica práctica y eficaz para sanar y un modo de vivir y ver la vida.” (Gonzales; 2005: 33)

Zen larga vida se trata de una medicina energética, con la que se canaliza la energía a través de 7 chakras o puntos energéticos que tienen todas las personas para aportarla a los diferentes órganos, mediante todo el organismo.

“Zen... en realidad lo que apunta es a armonizar a las personas. Hay siete chakras que tenemos... va en realidad tenemos muchísimos más chakras en nuestro cuerpo. Lo chakras son ruedas energéticas que tenemos nosotros, y que se bloquean por determinadas situaciones que van pasando en tu vida, puede que se te bloquee la chakra uno, chakra cinco, entonces vos cuando haces armonización con imposición de manos sin tocar a la persona. Vas armonizando y vas desbloqueando ese chakra que tiene bloqueado o los chakras que tiene bloqueado.” | Profesionales del Hospital

61

Estas dos prácticas energéticas se realizan actualmente en el Iturraspe un día en la semana durante dos horas. El equipo que las realiza está integrado por cuatro mujeres quienes deben presentar ante el Hospital una certificación que acredite su saber para poder ejercer la práctica. En este sentido quedan por fuera aquellas prácticas que no están profesionalizadas.

5.1.3 Eficacia de las medicinas terapéuticas desde la experiencia de los sujetos

En las entrevistas realizadas, los sujetos manifestaron cierta eficacia con los tratamientos de Reiki y Zen larga vida. Algunos enfatizaron el hecho de que si bien su situación de salud no tiene cura, Reiki y Zen larga vida les ayuda a reflexionar, les permite mejorar su calidad de vida y funcionalidad en la vida cotidiana.

“Es un complemento... te ayuda un montón a pensar a reflexionar, a ver las cosas de otra manera. Es otra cosa... el médico te ve te receta, te da un remedio y después te vas a tu casa y los problemas siguen, y con el Reiki y con el Zen cambia.

Otros entrevistados, en cambio, trabajan temas referidos a su personalidad que indudablemente influyen en su calidad de salud. Así lo comenta una de las mujeres entrevistadas:

“En realidad yo no es que sienta algo, sino que veo que tengo un poco más de voluntad. Ella me trabaja el tema de la voluntad. Entonces.. me dicen bueno a vos que te pasa? Y yo le conté que es lo que yo noto entonces me dice bueno vamos a hacer el chacra 4 y 5... que son los chacras que ellas te tocan... que se yo... y me dicen bueno fijate cómo vas en la semana... Voy lento pero de a poco voy logrando lo que me propuse.”

62

En todos los relatos los sujetos han expresado que al hacer Reiki o Zen larga vida sienten que su cuerpo se relaja, se sienten más aliviados, se disminuyen los síntomas o dolencias notoriamente mejorando su calidad de vida.

El Reiki por ejemplo te relaja... entonces vos te relajas el cuerpo... la mente... y te vas nueva de acá, yo hago reiki pero según el día me hacen Zen... o sea las chacras como se dice... bueno los puntos donde uno más necesita... la columna a veces la espalda, los hombros...

La disminución de los dolores fueron motivos suficientes para que decidieran continuar con los tratamientos de Reiki y Zen larga vida.

“Por ahí cuando me siento muy tensionada hago reiki, porque el reiki me relaja... me relaja todo el cuerpo, a veces he llegado a roncar. Y Zen hago cuando tengo problemas posturales más que nada, para los dolores articulares, yo he venido con dolores de cadera de hueso y con eso me he curado. Yo tengo osteoporosis en la columna, por ahí me tensa los hombros la columna, por ahí siento una electricidad en toda la columna y es feo... o a veces me suele agarrar en la cadera y las piernas y es peor. El reiki me ayudó mucho con eso, me hizo bien.”

La totalidad de las personas entrevistadas, utilizan Reiki y/o Zen larga vida de manera complementaria a la medicina convencional que se ofrece en el Hospital. Es decir, los sujetos intentan solucionar algún problema de salud específico mediante estas medicinas energéticas, a la vez que recurren a los médicos convencionales para tratar otro tipo de dolencia o cuestiones preventivas, como análisis, diagnósticos, controles ginecológicos, etc. Así lo comentan las personas entrevistadas:

“Los medicamentos que tomo no los puedo dejar... no vengo por esa enfermedad igual. Solamente si me lo dice el médico los voy a dejar pero sino no porque no sé lo que me puede pasar, hay gente que dice que logra dejar la medicación que esta alterada... que esta depresiva...”

“Desde la primera vez que lo hice me sentí bien... yo voy al psicólogo, neurólogo y psiquiatra más reiki y a veces complemento zen.”

En las entrevistas expresaron mejoras no específicamente relacionadas al motivo por el cual hicieron su consulta, por ejemplo mejora de ánimo, “no me resfrío más”, “tengo más

voluntad para hacer las cosas”, “me puedo organizar mejor”, “me siento de buen humor”, “me puedo cocinar sola” todas estas características que describen la eficacia de las medicinas terapéuticas.

5.1.4 El saber objetivado de las medicinas terapéuticas.

Se recuperan los aportes de Tenti Fanfani (1989) para comprender la constitución de las profesiones mediante la racionalización del saber. La existencia de saberes incorporados en un grupo de individuos, basado en creencias y hábitos, se utilizan para la resolución de problemas vitales en forma autónoma. Muchas veces los individuos naturalizan este saber sin posibilidad de rendir cuentas respecto de la racionalidad y la demostración de sus soluciones por lo tanto “por ser un saber total, no especializado, no está formalizado en un discurso explícito y sistemático. Esto es importante porque el estado del saber, en parte determina las prácticas e instituciones de reproducción, es decir de transmisión.” (1998: 15)

En el momento en que se produce lo que denomina Tenti Fanfani (1998) como ‘objetivación del saber’, es decir, cuando se separa al sujeto portador del saber se produce la transformación radical de la forma de producir conocimiento y la forma de transmitirlo. En este sentido, “el desarrollo de las profesiones es paralelo a la formalización y especialización del saber. Conforme éste se va institucionalizando, aumenta la probabilidad de su apropiación por parte de unos pocos. En parte, la exclusividad que demandan los especialistas se fundamenta en el costo (tiempo, dinero y esfuerzo) de trabajo de apropiación. El saber objetivado no se aprende en forma espontánea en cualquier tiempo y lugar, sino que requiere de una experiencia específica y organizada en el seno de instituciones especializadas: las

escuelas. A su vez, a diferencia del saber práctico que se acredita con su propio ejercicio o por los resultados obtenidos, el saber racionalizado se garantiza mediante un título o certificación, cuyo valor, en cierta medida es independientemente del conocimiento real que el sujeto posee” (Tenti Fanfani; 1998: 17).

No es casual entonces que las prácticas profesionales de Reiki y Zen larga vida que se desarrollan en el Hospital sean acreditables mediante certificaciones, mientras que aquellas prácticas que derivan de un saber no objetivado como ser las prácticas de los pueblos originarios no se puedan realizar de manera oficial en una organización como el Hospital ya que se requiere de un título o diploma que garantice su saber. En parte esto es producto del sistema burocrático de formación profesional.

En la actualidad, la sociedad capitalista se caracteriza por un sistema burocrático-racional, donde el profesional con su saber objetivado desplazará continuamente al saber empírico. “El logro del título requiere tiempo y gastos considerables, por ello, el diploma reemplaza a los ‘dones naturales’ o al ‘carisma’ como medio de ascenso social.” (Tenti Fanfani; 1998: 20). A diferencia del saber empírico, las profesiones se caracterizan por la obtención de retribuciones que se perciben en forma de salario o sueldo por brindar un servicio.

Respecto de esto se destaca que las medicinas que se realizan en el Hospital, se ejercen en forma de voluntariado. Si bien la estrategia principal para instalar la práctica fue el estado de conciencia de la misma, hoy el tema de la posibilidad de pensar en una retribución de tipo económica, se encuentra latente. En palabras del equipo de profesionales:

“la idea es que estas prácticas vayan llegando digamos a la gente y... bueno que siempre sea un complemento no? Digamos una práctica complementaria a la que ofrece el sistema de salud hasta que se instales desde lo económico y

desde el estado de conciencia, porque hay algo que nosotros, no sé si te dijimos que nos interesaba fuertemente en la primer estrategia que hicimos años atrás es primero instalar el estado de conciencia de la práctica y después plantear lo económico. Por eso nosotros hace un año nomas que empezamos a plantear esta posibilidad de rentabilidad a las chicas digamos..., no lo hicimos al revés. Hicimos primero los encuentros en el hospital... los días sábado, después lo instalamos y después... ahora estamos en el proceso de posibilidad de pago este... por parte del estado. Pero no podíamos pedir un pago si no se genera un estado de conciencia y no hay una práctica tal... adentro de la institución o en los barrios. Y se van a manejar siempre en la medida viste... como posibilidades de pago y hay gente que directamente lo va hacer de manera voluntariada. Acá nosotros en el hospital lo que queremos es que haya un pago o una compensación en relación a eso a la chicas. Pero el pago o no, no hace al reconocimiento social de la práctica. Nos pareció mucho más importante sostener esta estrategia que nos ha ido bien, de instalar la práctica con todo lo que nos implicó y después por consecuencia viene el pago digamos... si nos retrocedemos en el tiempo hace tres años atrás esto era impensable instalarlo... ni pensar en rentarlo pasando el tiempo se fue instalando y recién el año pasado fue la primera vez que planteamos la rentabilidad digamos... como que en el futuro esto se pueda pagar.” | Profesionales del Hospital

66

Por lo tanto, si bien la práctica comienza en forma de voluntariado, se piensa que es muy difícil mantener estos espacios sin una recompensa económica. De todos modos, respecto de lo planteado anteriormente se puede pensar este aspecto en relación a si estas prácticas son consideradas realmente como profesiones que conllevan un saber específico y por lo mismo también tiene derecho a ser remuneradas. En este

sentido se hace explícitos los aportes de un integrante del equipo directivo del Hospital quienes opinan al respecto:

“Hay todo un protocolo social... el que estudia medicina... el que estudia médico, llamémosla que... médico es un trabajo y... debe cobrar sus honorarios... las otras alternativas... a veces no se las ve como un verdadero trabajo sino como una actividad complementaria de una persona, como son los sanadores... que aplican este tipo de medicinas que lo hacen quizás con una... conciencia diferente... quizás lo toman a esto como un don que le ha dado la vida o un ser superior... y que lo tienen que dar de la misma manera.”

Por lo que parte del equipo directivo del Hospital reconoce que socialmente existe un desprestigio sobre estas prácticas respecto de su saber objetivado, ya que muchas veces se lo sigue relacionando con un saber empírico o de un saber interiorizado en una sola persona como “don divino”, por lo que no se lo reconoce como profesión. Sin embargo para que esta práctica sea llevada a cabo en el Hospital se requiere de un certificado que garantice su saber por lo que en este sentido, si se considera como profesión aunque su retribución económica aun no esté resulta. Se piensa que tanto los profesionales como el Hospital desean incorporar estas medicinas primero a través del estado de conciencia de la gente y luego la posibilidad de una remuneración, ya que el reconocimiento social no depende del carácter económico sino de la aceptación favorable que reciban por parte de los sujetos que asistan a las prácticas. Así lo expresa un integrante del equipo directivo del Hospital:

“Yo creo que la actividad medicinal..., no debería ser rentada, o la actividad en el área de la salud no debería ser rentada. Si bien el que la practica debe tener un medio de vida, pero... no creo que la rentabilidad sea el punto crítico de aplicar un sistema de medicinas sea... la tradicional o la no tradicional. Este... es mi punto de vista muy personal

no? Estem... cuando atamos nuestra actividad de salud exclusivamente a un honorario y hacerla por eso creo que nos estamos alejando de nuestros principios para aplicar nuestra capacidad, nuestro saber, a las personas.”

Respecto a este aspecto, la nueva estrategia de la OMS (2014) sobre medicinas complementarias y alternativas, se propone la elaboración de reglamentos relativos a la práctica y a los profesionales con miras a su aplicación en las esferas de formación, habilitación, capacitación y remuneración, a su vez que regulen el desarrollo de aptitudes, servicios y terapias en el marco del sistema de salud.

En este sentido la OMS intenta promover la formación de institutos de investigación que sean capaces de evidenciar los resultados favorables y la eficacia de estas medicinas conforme al sistema burocrático de salud que así lo requiere. A nivel nacional se puede citar como ejemplo la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Medicina, hace nueve años dicta curso de yoga, reiki, ayurveda, acupuntura, neurolingüística, homeopatía, entre otros. Estos cursos forman parte de la formación de postgrado y sirven de antecedentes para las especializaciones. Además son cursos abiertos a profesionales de otras carreras y al público en general. También en Buenos Aires, se destaca la Universidad de Belgrano y la Asociación Argentina de Medicina Integrativa quienes crean, en el año 2010, la primera *‘diplomatura universitaria en terapias complementarias y medicinas no convencionales, a nivel mundial’*.

68

5.2. Una mirada hacia la medicina integrativa

5.2.1 Profesionales y sus percepciones sobre la salud

Tanto la salud como la enfermedad son términos que pueden ser interpretados dependiendo de la trayectoria de vida, experiencias y creencias de cada persona. Esto significa que cada

uno de nosotros somos capaces de determinar si estamos en un estado de salud o enfermedad en relación a lo que se nos fue inculcando en nuestra vida sobre qué significa estar sano y qué se siente cuando uno está enfermo. Por lo tanto los significados que le atribuimos a la salud y la enfermedad dependen de los valores culturales aprehendidos.

Por ejemplo, existen comunidades que entienden a la salud como la ausencia del mal. En esta interpretación, la salud se relaciona con el día porque transmite luz y bienestar, mientras que la enfermedad se relaciona con la noche, el mal y la oscuridad. Otros grupos definen a la enfermedad como un castigo divino por haberse comportado mal. Estos, son solo ejemplos mediante los cuales se puede observar que cada sujeto entiende de determinada manera el concepto de salud y enfermedad, construido y justificado culturalmente.

El problema aparece cuando los sujetos, con sus creencias, entran en contacto con los profesionales de la salud. Algunos profesionales, dejan de lado las creencias de los sujetos y su modo de entender la salud y la enfermedad, sobrevalorando un concepto de salud general y universal. Generalmente se desvaloriza el significado diferente al que se rige desde una perspectiva global, en este sentido el que aporta la Organización Mundial de la Salud, generando conflictos en las relaciones entre los sujetos y los profesionales. (Spector R. y Muñoz M., 2003)

En la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Cuba en el año 2011, se realizó un diagnóstico a través de determinadas técnicas de investigación como encuestas y entrevistas a distintos sujetos de la universidad y se pudo determinar:

“limitaciones para reconocer el valor de la atención de los enfermos, uso ineficiente de las entrevistas para el diagnóstico de la enfermedad, excesiva utilización de los análisis y empleo de las

tecnologías en el diagnóstico, pobre indagación en los pacientes para el reconocimiento de las enfermedades, dificultades en el intercambio oral con los pacientes y las pocas habilidades en la interpretación de los datos para determinar una enfermedad” (Sarandeses, Rivera y otros; 2014: 2)

En este sentido, el hecho de que los profesionales puedan conocer las creencias en relación a salud y enfermedad de los sujetos, más aun tratándose de culturas y comunidades diferentes a la suya, contribuye a mejorar la relación entre ambos. Por lo tanto, se debe tener en cuenta la gravedad que genera determinado problema en el sujeto, especialmente a la hora de intercambiar información respecto de su salud. El modo en que se transmite una información seguramente afectará la percepción que el individuo tendrá sobre el problema. Como expresa Canguilhem “(...) el lenguaje, y de un modo general toda función de la vida de relación, es capaz de muchos usos y particularmente de un uso intencional y de un uso automático. En las acciones intencionales hay una concepción previa, la acción es ejecutada en potencia, es imaginada, antes de ser ejecutada efectivamente.” (1971: 142). Por ejemplo la sola mención de la enfermedad del cáncer muchas veces empeora la situación emocional del sujeto.

Por lo que, no solo la interpretación sobre la salud sino también la percepción del nivel de gravedad de la enfermedad dependen de cada persona en particular, es decir, depende del grado de dificultad que le va a causar un problema a dicho sujeto. En palabras de Canguilhem: “la definición de la enfermedad requiere como punto de partida *la noción de ser individual*. La enfermedad aparece cuando el organismo es modificado de manera tal que llega a reacciones catastróficas dentro del medio ambiente que le es propio.” (1971: 141). Por lo tanto, se necesita de profesionales capaces de conocer al sujeto, escucharlo y respetarlo.

Si bien actualmente se intenta buscar estrategias que permitan reconocer diferentes modos de entender a la salud y la enfermedad, los profesionales que trabajan en este ámbito, ya sea médico, enfermeras, trabajadoras social, psicólogas, etc., históricamente fueron atravesados por una manera “estándar” de entender a la salud, por lo que se requiere de una formación constante, que le permita al profesional apropiarse de herramientas para dar respuesta a las nuevas demandas de los problemas de salud. Así lo expresa parte del equipo directivo del Hospital:

“(...) muchas veces esta problemática pasa por una cuestión de... cultural o de aceptación de otro tipo de actividades no estar pensando exclusivamente en que la convencional que es en la que uno quizás se ha formado sea la única posibilidad de sanación, por decirte”.

En este sentido la sociedad también es parte y sostén del desaliento o ignorancia de la experiencia de los profesionales. Al depositar toda la confianza en los profesionales, en las tecnologías de la medicina, se está generando una confianza que hasta un punto es obsesiva, dando lugar a la construcción de sectas médicas como la medicina basada en la evidencia. En palabras de Sarandeses, Rivera y otros: “(...) el enfermo le confía voluntariamente y con esperanza su curación, su vida e incluso lo más íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico, le exige a este último tener altas cualidades éticas y morales.” (2014: 3)

Los profesionales de la salud fueron formados para la toma de decisiones mediante la recopilación datos científicos, dejando de lado herramientas que permitan comprender el contexto de la situación, como la observación participante, la escucha al sujeto, la capacidad de entrevistar, entre otros.

Por lo tanto, quizás, la crítica debe proceder de la revisión de los elementos ideológicos y corporativos que presenta la formación en salud, por ejemplo la excesiva especialización, los intereses de carácter económico, y de prestigio, son factores que pueden influir negativamente en la relación sujeto-profesional y conllevan a que el profesional se vaya alejando de los contextos, las prácticas cotidianas y la experiencia profesional.

Se puede decir entonces, que un cambio en la mirada de los profesionales, sumado a una disciplina que traspase sus límites y entre en diálogo con otras disciplinas, otras teorías, conceptos y operativizaciones, sería pertinente para poder pensar la autocrítica de las profesiones en relación a las teorías, ideología, métodos y prácticas que utiliza. Además, la construcción y deconstrucción, no sólo durante el proceso de formación de los profesionales sino también de los objetivos curriculares, contribuiría a interpelar la formación profesional. Por lo que una revisión constante y, llegado el caso, una modificación quizás podría aportar a la adaptación de los profesionales a los diferentes contextos y situaciones problemáticas actuales.

Claro es el ejemplo de un profesional que realiza su labor en un despacho recitando protocolos de memoria, utilizando un cuestionario y marcando la aparición o no de ciertos signos o síntomas, esto resulta relativamente más fácil y cómodo, que visitar los domicilios del sujeto. Pero en este sentido qué papel juega el sujeto, un paciente, un intruso que desea ser atendido por alguien de mayor jerarquía, ignorante, que no sabe lo que le pasa y necesita ayuda. En cambio, si el profesional visitara a los sujetos en sus domicilios, él es el intruso, el que desconoce la situación y debe comprenderla, dando lugar a una relación no de jerarquía sino, ocupando una posición horizontal. (Allué, X., Mascarella, L. y otros; 2006)

Conciliar la formación teórica de las disciplinas junto con la experiencia, es decir hacer uso de las herramientas que permitan comprender el contexto, la cultura y el entorno del sujeto, implicaría un cambio cultural de los profesionales. Esto significa generar profesionales capaces de adecuarse a las demandas de los sujetos y no al revés, donde los pacientes se deben adaptar a lo que los profesionales le ofrecen. Según las entrevistas realizadas, los profesionales de salud del Hospital Iturraspe aportan que, al reforzar la relación de intercambio mutuo entre los profesionales de la salud y el sujeto, mejoraría la calidad de atención para con las personas.

En este sentido, se observa la falta de herramientas para responder a la diversidad de problemas de salud de las distintas comunidades, la falta de relación y empatía entre profesional y el entorno, esto puede desencadenar en crisis personales y/o laborales de los profesionales por verse incapaz de dar respuesta a determinadas situaciones en un momento dado.

Estas crisis laborales, forman parte de uno de los motivos por los cuales las medicinas terapéuticas comienzan a ser avaladas por el Hospital Iturraspe, como lo comentan:

“(...) las enfermeras eran las que más nos pedían. Y dicen bueno, por qué a los pacientes? Porque no nos dan a nosotros...? porque nosotros somos los que atendemos todos los días y llegan las 11 de la mañana y estamos quemados, cansados (...)” (Profesionales de salud)

En relación a las condiciones laborales, se entiende que éstas afectan directamente la salud de los trabajadores. Las crisis de los profesionales se pueden dar por diferentes motivos, por ejemplo, al verse desbordados en la dinámica de su trabajo, ya que no es una tarea sencilla estar al cuidado de una persona. En este caso, el equipo de profesionales que conforman el consejo de administración del Hospital Iturraspe, comienzan a

preocuparse por buscar prácticas que mejoren la salud de “los que cuidan” y promuevan sus derechos dentro de la organización. Así lo expresan profesionales en relación a las medicinas terapéuticas que se realizan en el Hospital:

“(...) toman estas prácticas como una propuesta de cuidar a los trabajadores de salud, porque nosotros tenemos una línea de lo que es el cuidar a los trabajadores, entonces ellos ven como que estas prácticas ayudan al cuidado de los que cuidan..., entonces ellos también lo ven desde esa línea, porque ellos saben lo que es trabajar en salud, cuidar a otro..., llega un momento de tu vida que te desgasta, te genera el síndrome de burnout. Entonces la gente llega a los 40... 45 años y dice no doy más..., entonces estas prácticas vendrían un poco a alivianar, generalmente a los trabajadores. Ellos nos dijeron que están buscando técnicas o maneras de hacer asambleas, charlar sobre sus derechos, como que estas prácticas permitirían el cuidado (...).” | Profesionales de salud

74

Este aporte refleja la posibilidad de generar un cambio en el ámbito laboral de los profesionales. En este sentido se intenta mejorar el cuidado de la salud de los profesionales a través de las medicinas terapéuticas, y a su vez favorecer la relación de éstos para con los sujetos que atienden. Sin embargo, la relación que se debe dar entre el sujeto y el profesional, tanto de respeto como de empatía, no es algo que se produce espontáneamente, sino que es necesario un tiempo y un cambio de pensamiento.

5.2.2 Relaciones entre las medicinas en el Hospital.

En el marco del Hospital, se pretende pensar en medicina integrativa donde el proceso de sanación y prevención de la salud

constituyan el pilar para el modelo de salud. Para ello es necesario partir de un enfoque integral sobre la salud. Entendiendo por enfoque integral al sujeto en todas sus dimensiones física, psíquica y social y en su interacción con el medio ambiente. Por lo tanto el profesional de la salud debe accionar dentro de su contexto y de acuerdo al fenómeno salud-enfermedad.

G. Salman (2013) define a la sanación como un proceso dinámico, que involucra la adaptación al cambio y reparación a través del cual la persona alcanza un cierto estado de equilibrio; en cambio, curación se asocia a una reacción lineal de causa – efecto. La sanación es entendida desde un enfoque holístico e integrador del proceso salud-enfermedad mediante la integración de medicinas complementarias, alternativas, tradicionales, naturales, terapéuticas y convencionales, mientras que la curación es entendida solo desde la perspectiva convencional de entender a la salud.

Al hacer referencia al proceso salud-enfermedad se quiere decir que tanto “(...) enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales (...)” que afectan la vida cotidiana de los sujetos. (Menéndez, 1994: 71). Por ello se adhiere a la idea de sanación como un proceso, donde las enfermedades como las posibles soluciones para reparar esa enfermedad forman parte del sistema de representaciones y prácticas de la sociedad, de lo contrario la curación aparece mediante una relación causal donde el profesional busca confrontar y si es posible eliminar la enfermedad.

Así lo expresan profesionales de salud, integrante del equipo directivo del Hospital:

“Yo digo sanación y no curación porque en este tipo de medicinas... complementarias, alternativas... intervienen otras actividades diferentes u otras cuestiones diferentes más que la aplicación de tratamientos convencionales... sea con medicamentos... como en otras medicinas. Sino que hay otro aspecto... el que acompaña generalmente esta medicina no tradicional que son: la parte emocional... la parte afectiva, la parte de creencias a veces relacionadas con culturas... que juegan un papel importante en el ser humano.”

“Sanación y curación... nosotros curamos con medicamentos pero cuando... al menos mi concepto personal... cuando uno sana está trabajando no solo en el cuerpo sino también en el alma.”

En este sentido, los profesionales de la salud reconocen la existencia de ciertas diferencias, en cuanto al tratamiento de las diferentes medicinas. A la vez que se vislumbra la necesidad de brindar intervenciones integrales, donde el sujeto se atienda no solo por la causa o motivo de su consulta, sino que se intente intervenir desde una perspectiva holística, lo cual permita ofrecer un servicio de atención más personalizado.

Entendiendo a la salud como campo, se puede observar que coexisten diferentes posiciones al respecto. Existen profesionales que avalan estas medicinas, que pueden trabajar con ellas de forma integrativa, y otros que las descalifican totalmente. Expresan los profesionales del Hospital:

“En realidad mira... lo que te dice el médico es... lo que le están inyectando es agua, no le va hacer ni mal ni bien, no le va a hacer nada, tampoco va a interferir por el tratamiento oficial, entonces, viste... yo no sé si realmente es agua lo que le están inyectando, pero viste... hay todo un menosprecio sobre ese tipo de terapias. Entonces dicen algo que no sirve para nada si se lo hace o no se lo hace es

lo mismo. Entonces uno muchas veces negociaba ahí, bueno si no le hace nada lo hacemos, pero también es una mirada totalmente negativa. Hay gente que también con el tema del Reiki, yo creo que algún tipo de beneficio le tiene que dar al paciente, porque lo compensa y demás... hay gente que te va a decir no eso no sirve para nada, que se lo haga o que no es lo mismo. Entonces son distintas posturas.” (Integrante del equipo directivo del Hospital)

“Yo personalmente... es decir, nunca me niego a que un paciente busque una alternativa a la medicación pero... lo que uno le recomienda básicamente a este paciente es... sigamos con el tratamiento que uno le indica como médico y también usemos las otras alternativas en la medida que no sea... a partir de algunos insumo o actividades que le puedan hacer daño... ojo! También tengamos en cuenta que hay médicos que la rechazan totalmente. Como hay otros que las aceptan totalmente... creo que hay que tener una postura equilibrada.” (Integrante del equipo directivo del Hospital)

“(...) había médicos que decían no si mis pacientes hacen eso yo los hecho, y otros médicos te dice, no mira... mientras no suspenda el tratamiento oficial, se puede complementar”. | Integrante del equipo directivo del Hospital

A pesar de las posturas que los diferentes profesionales puedan llegar a tener sobre medicinas terapéuticas, se puede observar cierta apertura por parte de profesionales de la medicina convencional del Hospital para intentar modificar algunos aspectos de sus prácticas cotidianas e instituidas y buscar una complementariedad entre los distintos tratamientos en virtud de una mejor calidad de vida del sujeto, siempre y cuando esto no interfiera en el tratamiento convencional del sujeto. En este sentido, se podría tener en cuenta los aportes de la medicina integrativa la cual permite humanizar estas prácticas, a partir de

una atención cuidadosa y personalizada, empleando por ejemplo más tiempo con los sujetos que requieren ser atendidos.

De esta manera los profesionales deben saber que probablemente los sujetos a los que atienden recurren a las medicinas terapéuticas, y deben animar a ellos a poder comentárselo. Se trata de construir una relación en base al respeto mutuo hacia las elecciones de los sujetos, facilitar una comunicación fluida. “El riesgo de esta falta de comunicación estriba en la posibilidad de que se produzcan interacciones medicamentosas o interferencias de todo tipo entre ambos tratamientos, sobre todo cuando se utilizan hierbas medicinales, terapias megavitamínicas y otros tratamientos no convencionales” (Moreno, 1987: 132)

Si bien históricamente los profesionales de la salud y cada sociedad en particular, han ido construyendo sus propias conceptualizaciones acerca de las enfermedades o dolencias, con sus posibles modos de atención y estrategias, sumado a la significación o representación según los saberes técnicos de cada sociedad, la medicina convencional fue la única reconocida institucionalmente y socialmente. Durante varios siglos y en la mayoría de los países del mundo, la medicina convencional ha sido incuestionable, se consideró como la forma más correcta y eficaz para dar respuesta a las enfermedades.

“(...) las culturas fueron progresando... y a esto se le fueron dando situaciones de crecimiento de la medicina convencional, por conocimientos de la fisiología, de la anatomía... de cosas muy estructurales que fueron avanzando sobre las otras culturas y es como que, diríamos que... la medicina convencional fue creciendo, estemm... y... llegando a las personas como la verdadera o la única medicina porque la podían practicar solamente personas que estudiaban y conocíamos el ser humano y su

patologías, en desmero quizás de las otras medicinas”. |
Equipo directivo del Hospital

Menendez (1994), entiende que actualmente existen diversas medicinas que responden a los padecimientos de las personas y, aunque muy pocas de ellas estén reconocidas institucionalmente, se consideran también “instituciones” ya que instituyen², es decir, crean una manera determinada de atender a las demandas de los sujetos.

En este sentido, en el Hospital Iturraspe comienzan a aparecer algunos indicios que permiten pensar en un proceso de institucionalización de medicinas diferentes a la convencional; sin embargo, como todo proceso de cambio, requieren de un tiempo necesario para adaptarse, ajustarse y ser interiorizadas por la cultura organizacional. Así lo expresan profesionales de la salud en relación al momento en que se plantea la posibilidad de incorporar nuevas prácticas:

“No sé si hubo resistencia de instalar las prácticas acá, yo creo que es más por las ideología del sistema de salud en el que prima una medicina. Después la cuestión de ir incorporando otra, va a generar, va a interpelar, hace que la gente pregunte. Pero cuando nosotros pedimos la instalación no hubo ningún problema, nosotros dijimos vamos a dar esto y eran más los problemas que nosotras teníamos internos como equipo que... pensamos que íbamos a encontrar resistencia pero se nos fueron abriendo los caminos”. | Profesionales de la salud

79

² Para comprender mejor a qué se refiere con prácticas que instituyen, se recuperan los aportes de Schvarstein quien realiza una distinción entre organización e institución, entre las cuales existe una relación dialógica. El autor define a las instituciones como “cuerpos normativos, jurídicos-culturales, compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social”. (1997: 26). Por otro lado las organizaciones las describe como “el sustento material, el lugar donde las instituciones se materializan y desde donde tienen efectos productores sobre los individuos” (1997: 30). Teniendo en cuenta estos aportes la institución, como base de este trabajo, es la salud, y ésta se encuentra materializada en el Hospital Iturraspe entendido este último como la organización.

Esto, responde en parte a que históricamente la cultura del Hospital como organización de la salud, se caracteriza como el lugar donde profesionales especializados realizan su labor para resolver situaciones complejas de salud, mediante la utilización de técnicas científicas y rigurosas que den cuenta resultados eficientes. Por lo que instituir prácticas diferentes a la convencional requiere muchos factores: de una determinada organización por parte del equipo que realiza las prácticas, de un reconocimiento por parte de la sociedad, de una aceptación por parte del resto de los profesionales; es decir, es un proceso y requiere de un tiempo necesario para poder ser parte de la cultura organizacional del Hospital.

5.2.3 Medicina integrativa en el contexto hospitalario

El contexto organizacional favorece las estrategias de integración de las medicinas en los sujetos, ya que varios de ellos se atienden a la vez con distintos profesionales de la institución. Incluso al tratarse de médicos privados recomiendan y/o articulan articular con medicinas de Reiki para mejorar la salud de los sujetos. Así lo expresan los profesionales de las medicinas terapéuticas:

“En el caso mio las personas que han venido... es como que van al neurólogo y vienen acá. Inclusive los médicos privados muchas veces recomiendan el reiki, como que lo suman, y sienten que hay una sensación diferente que al neurólogo o psiquiatra. Eso sí, muchos que yo mandé acá desde el centro de salud dicen yo voy al psiquiatra y me gusta pero también me gusta reiki, como que ella incorpora una sensación que le hace sentir bien, después, bueno... otra persona que esta acá que él había ido al médico, si bien charlaba con su médico de cabecera... eh... Él siente

que viniendo acá se siente aliviado, se siente más tranquilo, se siente mejor cuando se va de acá.”

Algunos profesionales del Hospital Iturraspe, en su mayoría quienes ejercen las medicinas terapéuticas, han ido buscando diferentes estrategias que les permitieran integrar las medicinas en la cultura organizacional del Hospital. Es por esto que se ha decidido instalar los consultorios de estas medicinas en el mismo edificio, e incluso compartiendo consultorios con la medicina convencional. Así lo comentan los profesionales de las medicinas terapéuticas:

“El tema es que nosotros dijimos... dónde nos metemos, en un consultorio aislado? O nos metemos en un consultorio más de dentro de las prácticas convencionales. Y me parece que esto es estratégico tenes acá al psiquiatra, después tenés allá el traumatólogo, entonces vos estas debatiendo el espacio con el psiquiatra, el dermatólogo y el de reiki, es interesante. Porque no es LA práctica reiki es una más, pero para instalarla vamos a meterla dentro de los otros consultorios. Y yo creo que funciona esto de estar metidos...”

81

Esta fue una estrategia favorable para integrar las medicinas y a su vez difundir más las medicinas terapéuticas “nuevas” para el Hospital. Los profesionales expresan:

“(...) empiezan a venir... al tener al psiquiatra al lado, la sala de acá del consultorio de psiquiatría... cuando el psiquiatra de acá por un mes por un problema de salud no vino, a gente venía muy mal a pedir digamos... quería ser atendido... entonces nosotros le dijimos mira... querés hacer reiki o zen y la gente como en realidad no se sentía bien, dijo bueno. Entonces vienen, entonces ante la ausencia del psiquiatra, nosotros empezamos a aprovechar, en el buen sentido, y damos la práctica. Entonces la gente va al psiquiatra y vienen acá. Entonces la gente se fue el

psiquiatra y vino pero ahora vuelve el psiquiatra y la gente también sigue viniendo acá...”

De a poco el sistema hospitalario, a partir de la apertura hacia estas medicinas terapéuticas, inspiró confianza a los sujetos sobre estas prácticas y a su vez también aumentó su credibilidad para con los sujetos que se atienden y los profesionales del Hospital en general, la efectividad y experiencias positivas en los sujetos contribuyeron a que más gente se animara a probarlas, sumado a su acceso gratuito.

5.2.4 Posicionados desde la interculturalidad

El concepto de interculturalidad abona a la comprensión de las diferentes posiciones que coexisten en el campo de la salud. “El propio concepto de interculturalidad alude al principio incuestionable de relaciones entre iguales, donde las relaciones de poder deben encontrarse en un marco adecuado hacia el aprendizaje activo y respeto mutuo” (Albo, 2006; En: Fernández Juárez, 2006: 317). En otras palabras, se puede definir como una relación de intercambio mutuo entre los profesionales de salud y el sujeto, esta relación, cuando se está frente a diferentes culturas, puede llegar a ser conflictiva, ya sea por la desconfianza o exclusión del sistema de la medicina occidental hacia las medicinas terapéuticas y viceversa.

Se destaca como principal factor: la comunicación. Para poder pensar en un proceso intercultural entre los sistemas de salud, es importante lograr una buena comunicación entre todos los actores que intervengan en el proceso de salud- enfermedad- atención. De esta manera serían más eficientes las intervenciones, la atención, las prácticas preventivas, los talleres, y también, a su vez, se lograría una mejor integración entre el equipo de salud y la población a la que se atiende.

Según un estudio realizado por Ballvé Moreno en España, los sujetos no comunican a sus médicos convencionales que están utilizando más de una medicina de manera simultánea. “Sólo lo hace el 20-37% de los usuarios, el 42-48% de la población geriátrica y un 36% de los padres de niños que son llevados a consultas de medicina alternativa” (1987: 132)

En el Hospital Iturraspe se han reconocido algunas dificultades a la hora de establecer una comunicación entre las personas que se atienden en el Hospital y los profesionales, respecto de las medicinas terapéuticas, no se comunican el ejercicio ni el uso de estas prácticas. En la Asamblea Mundial de la salud en Ginebra (2009) se promueve en el artículo 62.13 inciso 7: “Considerar la posibilidad de fortalecer la comunicación entre los prestadores de medicina convencional y medicina tradicional y, cuando proceda, de establecer programas de capacitación apropiados, con contenidos de medicina tradicional, para los profesionales de la salud, los estudiantes de medicina y los investigadores pertinentes.” En el Hospital Iturraspe se han realizado varios encuentros entre el equipo de profesionales que ejercen de medicinas terapéuticas y estudiantes de medicina y/o trabajo social que están realizando sus prácticas. Si bien se han tratado de encuentros o acercamientos informales, se intenta transmitir el sentido de estas prácticas, y lo que implica que éstas sean instaladas en el Hospital, para ello se les da la posibilidad de practicarlas.

Si bien durante mucho tiempo no se ofrecieron en el Hospital servicios de medicinas diferentes a la alopática, se fueron creando algunas estrategias para poder difundir estas prácticas, aunque algunas veces no son totalmente aceptadas por los profesionales y por lo tanto todavía hay resistencia para comunicarlo libremente. De la siguiente manera lo expresan los distintos profesionales del Iturraspe:

“(...) los pacientes que siempre recurren a solicitar un tipo de servicio médico en estas instituciones, también solicitan y reciben prácticas de medicina no tradicional, o alternativa, nada más que muchas veces no se lo comunican al profesional”.

“(...) para enfermedades crónicas como el cáncer o reuma, u otras, sabemos que hay muchos pacientes que recurren a este hospital que las practican, que las ponen en práctica y muchas veces no se lo comunican al médico (...)”

“(...) mientras se hacían la quimioterapia y todos los tratamientos oficiales, radioterapia y demás, también, paralelamente hacían estas terapias alternativas, y siempre estaba esta discusión si se lo digo o no se lo digo (...)”.

Es importante no solo la comunicación sino también la relación que se establezca entre el profesional de la salud y el sujeto. Ya que no se trata de transmitir información en una relación unilateral sino que se debe lograr un intercambio en la comunicación entre las dos partes. El profesional debe estar abierto a escuchar, respetar y aceptar medicinas diferentes a la convencional. En palabras del equipo directivo del Hospital:

“(...) Yo creo que también... el médico lo tiene que conocer y el paciente tiene que ser abierto en comunicárselo porque si no... estamos haciendo determinado cultismo de algunas prácticas en donde el paciente tiene miedo muchas veces... de comunicarle estas cuestiones al médico porque cree que el médico lo va a rechazar...”

El hecho de que los profesionales del Hospital Iturraspe se interpelen sobre el quehacer profesional frente a estas prácticas terapéuticas, puede provocar cambios en sus prácticas de trabajo; ya sea tener en cuenta las particulares de la cultura del sujeto, dejar de lado los prejuicios y desconfianzas que impiden una relación intercultural entre los diferentes sistemas de salud. Se

observa en las comunidades originarias cómo todavía existe una resistencia a la hora de visibilizar las prácticas que uno realiza, quizás relacionado a una vida de opresión y persecución constante por tradiciones y culturas diferentes a la dominante.

En el caso de las medicinas de los pueblos originarios, el servicio hospitalario no ofrece un personal capacitado que entienda y conozca la lengua de las comunidades originarias, por lo que sería un obstáculo a trabajar como organización. Sin embargo, si se ha avanzado en otras cuestiones, expresan los profesionales:

(...) nosotros no tenemos acá un consultorio de chaman por ejemplo, sí se hizo el acompañamiento en recreo con el equipo, ellos van y todo... acá hay un reconocimiento que puedan entrar... pero no sé si es necesario o conveniente que haya un consultorio. Pero el tema de que lo habiliten y que pase y este con su propio par y hermano ya es un avance... importantísimo, que no se oculte digamos.”

En este sentido, lo importante es el reconocimiento y aceptación a estas comunidades. Garantizar el respeto y cuidado de su salud como parte fundamental de los servicios de salud que el Estado debe ofrecer para construir una atención adecuada y acorde con las culturas y necesidades de todas las comunidades.

En este trabajo de investigación se puede evidenciar una incipiente apertura del Hospital Iturraspe hacia la incorporación de medicinas terapéutica de Reiki y Zen larga vida, por parte de los profesionales de la salud. Lo cual es sumamente relevante para el fortalecimiento y el proceso de institucionalización de estas medicinas, siendo el Hospital Iturraspe el primer efector público de salud que en la ciudad de Santa Fe ofrece dichas prácticas.

Durante el proceso de esta tesina se han presentado algunas debilidades respecto a la falta de información dentro del Hospital, ya sean documentos públicos, proyectos de investigación, registros oficiales; si bien hace aproximadamente cinco años que comienza la lucha por estos espacios, no es casual que actualmente no se ha podido presentar ningún proyecto que dé cuenta del proceso de incorporación de las medicinas terapéuticas, esto se relaciona con las resistencias en espacios de salud como el hospital donde prima el modelo medico hegemónico. Quizás, una vez que la práctica ya sea reconocida como parte de la cultura organizacional, sería pertinente elaborar un proyecto oficial para fortalecer el proceso de institucionalización de estas medicinas. Pese a las dificultades que se presentan durante el proceso de incorporación, se trata de un esfuerzo, compromiso y

permanencia por parte de los profesionales de medicinas terapéuticas para ir consolidando estos espacios; no solo es relevante que sean reconocidos por la comunidad en general sino, también que se les dé el lugar que la misma merece como al resto de las medicinas.

Es relevante destacar que los profesionales del Hospital reconocen que los sujetos no suelen comunicar el ejercicio de estas medicinas al resto de los profesionales de medicina convencional.³ Este reconocimiento permite interpelar las diferentes posturas de los profesionales frente a medicinas terapéuticas. Si bien, en su mayoría los profesionales entrevistados manifiestan una actitud favorable hacia las medicinas de Reiki y Zen larga vida; al mismo tiempo, existen otros que desvalorizan o menosprecian estas prácticas; lo cual demuestra cierta resistencia con respecto a los cambios que se provocan en la institución, y para la organización. Se debería incentivar hacia el conocimiento y la apertura sobre el uso de estas medicinas, desconocidas o más bien, no reconocida hasta el momento por las organizaciones de salud pública.

Se evidencia que las medicinas terapéuticas se encuentran atravesando un proceso de reconocimiento social y conciencia social no solo por parte de los sujetos que acceden a estas prácticas, sino también por la cultura organizacional del Hospital Iturraspe, y en general, en de la salud. Por lo cual, se entiende que la institucionalización de estas medicinas en el Hospital depende de prácticas instituyentes que modifiquen la cultura de una organización que históricamente se caracterizó por ofrecer a la comunidad solo una medicina.

La OMS (2014) propone incentivar el desarrollo de investigaciones y estudios que profundicen sobre los conocimientos y experiencias de las medicinas alternativas y

³ Ver inciso 5.2.4 Posicionados desde la interculturalidad

complementarias, junto a la elaboración de reglamento en relación a las prácticas. Esto puede contribuir a que este tipo de medicinas comiencen a regirse bajo las mismas reglas de juego que la medicina occidental. En este sentido, se pueden observar posiciones diferentes por parte de los profesionales y, en algún punto, contrapuestas al respecto. Por un lado, aparece la idea de profesionalización de estas medicinas, si bien se requiere de una certificación que acredite el saber idóneo de los profesionales, esto no es suficiente para que dichas prácticas sean remuneradas; y por otro lado, existen quienes piensan que se trata de un “don divino” o “sobre natural” y que, por dicha razón, no se puede recibir un salario en forma de retribución.

Por entonces, la occidentalización de las reglas de juego que regularizan estas prácticas es un tema que requiere de un análisis específico. De acuerdo al sistema burocrático para ejercer una profesión se necesita de un título que acredite el saber idóneo, de este modo se estaría dejando por fuera del sistema aquellas prácticas que se adquieren y se acreditan con su propio ejercicio y/o a través de la demostración de los resultados obtenidos. En este sentido, no solo la OMS sino también el Hospital Iturraspe como organización, regularizan qué prácticas está permitido ofrecer en el Hospital y bajo qué condiciones.

El hecho de que las medicinas terapéuticas se regularicen implicaría una modificación en los espacios de formación, certificación, habilitación e incluso remuneración en el marco de las medicinas en el sistema de salud. Por ello, los profesionales que ejercen estas medicinas en el Hospital, deben contar con cierta certificación que acredite su saber idóneo. No es casual que las medicinas de Reiki y Zen larga vida que se realizan actualmente, son avaladas por un título o diploma que garantiza su pleno ejercicio. Y quizás, en base a ello se podría analizar los motivos por los cuales el Hospital no cuenta con personal

capacitado en medicinas de pueblos originarias, ni mucho menos se ofrece esta medicina a la comunidad en general.

Los sujetos entrevistados incorporan las medicinas de Reiki y Zen larga vida en sus prácticas de cuidado de la salud, incluyendo otras medicinas como la tradicional, religiosa y de autocuidado porque encuentran resultados favorables en ellos. Como aspecto interesante de la investigación se destaca que según los sujetos, el equipo de profesionales de las medicinas terapéuticas, no solo le brinda soluciones para sus problemas, o calma sus dolencias sino también les transmiten un espacio de reflexión, de aprendizaje sobre cómo mejorar su salud. En este sentido el sujeto cumple un rol activo, se ve empoderado al decidir cuestiones sobre su propia salud. Los entrevistados encuentran en los profesionales un trato diferente. Incluso manifiestan que siguen trabajando y poniendo en práctica en sus casas, cuestiones que fueron tratadas durante el Reiki o Zen larga vida.

89

Es decir, la atención no se da por finalizada cuando termina la terapia sino que se les transmite a los sujetos algunas prácticas para realizar en sus hogares, como técnicas de relajación y respiración, posturas corporales, alimentaciones saludables, etc.

De acuerdo a las entrevistas se destaca que la elección tanto por medicinas terapéuticas como por la medicina convencional, se realiza en forma complementaria. Es decir, según lo entrevistado, no se accede a una atención terapéutica con la intención de reemplazarla por la medicina convencional; de lo contrario, en la entrevistas se evidencia que para determinadas dolencia, diagnósticos y análisis específicos se reconocen la efectividad y científicidad de la medicina convencional.

Respecto de la atención de la salud de los pueblos originarios se considera que no varía demasiado con la del resto de las personas. Si bien se requiere de una mirada intercultural,

persisten en el sistema de salud occidental algunas prácticas que desestiman, prejuzgan o menosprecian culturas ajenas a las suyas. Esta situación provoca malestar y desconfianza con respecto a la atención que se les brinda, sumado a la falta de transmisión de información de acuerdo con su salud. En este sentido, algunos profesionales dejan de lado la capacidad de escucha sin importar aquello que el sujeto percibe como problema.

A tal fin se plantea como desafío la posibilidad de ofrecer personal capacitado no solo que entienda la lengua de las diferentes comunidades sino, también, la cultura de estos pueblos donde se reconozca al sujeto como tal, de manera integral.

La interculturalidad como perspectiva en salud puede brindar resultados favorables en relación a comunidades con culturas diferentes, esto permitiría mejorar la relación de los profesionales de salud con los sujetos que son atendidos. Lo que se ha denominado como cambio cultural de los profesionales evidencia actualmente la necesidad de fortalecer las herramientas que les permitan a los profesionales comprender y responder a las demandas de las distintas comunidades, respetando sus modos de entender la salud.

Se espera que este estudio contribuya a visibilizar el proceso de incorporación de las experiencias de medicinas terapéuticas en un Hospital público, que ha logrado sostenerse en el tiempo gracias a la voluntad y esfuerzo del equipo de profesionales, a una población abierta a conocer medicinas diferentes a la convencional, a un equipo directivo del Hospital que no solo prestó sus instalaciones sino que con el tiempo puede institucionalizar estas medicinas en la cultura organizacional del Hospital Iturraspe. Si bien se reconoce, que aún falta camino por recorrer, se considera que se ha avanzado en relación a estas medicinas terapéuticas dentro del Hospital Iturraspe.

| Referencia bibliográfica |

- Allué, X., Mascarella, L. y otros. (2006) "De la hegemonía de la clínica a la etnografía de la investigación intercultural en salud". España: Abya Yala. Se encuentra en: Fernandez Juárez, G. (2006) "Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica Internacional". Ecuador: Abya Yala
- Becker, H. (1963) "Social class variations in the teacher-pupil Relationship, Nueva York." The Free Press
- Bernal Doblado, M. (2011) "Actitudes de los médicos alópatas frente a la acupuntura en una EPS en Colombia". (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).
- Boaventura de Sousa Santos (2006). "Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatoria". Lima.
- Bourdieu, P. (1966) "Campo de poder, Campo intelectual" Jungla Simbólica. Ed. Montessor
- Canguilhem Guillaume. (1971) "Lo normal y lo patológico" Buenos Aires: Siglo XXI
- Caramés García, T. (2004) "Proceso socializador en ciencias de la salud: Caracterización crítica del modelo hegemónico vigente" Ecuador: Abya-Yala. Se encuentra en: Fernández Juárez, G. (2004) "Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas" Ecuador: Abya- Yala.
- J. y Schvarstein, L. (1997) "Identidad de las organizaciones". Paidós, Buenos Aires.
- Fernandez Juárez, E. (2006) "Al hospital van los que mueren: Desencuentros de salud intercultural en los Andes bolivianos". España: Abya Yala

- Ferrara, Floreal. (1987) "Teoría Social y Salud". Ed. Catálogos.
- Galizzi Ma. Y Lorenzón Jesica (2010) "Salud popular: concepciones del proceso de salud de los participantes de LAICRIMPO, 1ª parte: Tesis.
- Guber, R., (1994) "El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo", Editorial Paidós estudios de comunicación, 1º edición Paidós, Buenos Aires.
- Hernáez, Angel Martinez (2011) "Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad". Barcelona: Anthropos
- Idoyaga Molina A, (2003). "Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina" en Mercedes Saizar e Ivania Disderi (comp) Culturas, enfermedades y medicinas. Ciudad: Buenos Aires. Ediciones IUNA.
- Idoyaga Molina A, (2005). "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual" en Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Scripta Ethnologica, vol. XXVII, 2005, pp. 111-147. Buenos Aires, Argentina.
- Lalonde, M. (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada. Recuperado de: Moral P., Gascón M., & Abad M. (2014). "La Salud y sus determinantes sociales" Revista Internacional de Sociología. 72(1), 71- 91
- Menéndez Spina, E. L. (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Campos Navarro, R. (comp.), La Antropología médica en México. Ciudad: México DF.
- Menéndez, E. (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención". Caracteres

estructurales. Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

· Menéndez, Spina, E. L. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*. En *Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa*, 4(7), 71-83.

· Monsalvo, J. (1995). "Diálogo intercultural: una propuesta para la salud pública". *Revista Escuela Salud Pública (UNC)*, 6(1), 91-106.

· Monsalvo, J. (1995). "Diálogo intercultural: una propuesta para la salud pública". En *Revista Escuela Salud Pública*, 6(1) 91-106.

· Monsalvo, J. (2004). "Salud: amor y libertad. Vivencias y sueños. Facultad de Ciencias Médicas." Universidad de Cuenca, Ecuador.

· Montes de Oca-Rosas, (2005). "La medicina alternativa y complementaria, una opción institucional". *Rev Sanid Mex* 59(6) 385-388.

· Moral P., Gascón M., & Abad M. (2014). "La Salud y sus determinantes sociales" *Revista Internacional de Sociología*. 72(1), 71- 91.

· Moreno B, (1987). "Quién utiliza las medicinas no convencionales y ¿por qué? Barcelona, España.

· Pediguero, E, (2006) "Una reflexión sobre el pluralismo médico" España: Abya Yala. Se encuentra en: Fernandez Juárez, G. (2006) "Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Critica Internacional". Ecuador: Abya Yala

- Pinto-Barrero, M. I., & Ruiz-Díaz, P. (2012). "Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia". *Aquichan*, 12(2), 183-193.
- Proyecto del Hospital Iturraspe (2010) "Prácticas Saludables".
- Kuhn, T. (1986). "La Estructura de las Revoluciones Científicas". México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica. (Séptima reimpresión), Nro. 213. (Original publicado en 1962 por la University of Chicago Press bajo el título de *The Structure of Scientific Revolutions*).
- Salman, G. (2013). "Consideraciones sobre la medicina natural y tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano". *Rev. Cubana de Salud Pública* 39(3), 540-555.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1996). "Metodología de la investigación". Edición McGraw-Hill.
- Secretaria Distrital de Salud (2008) "Propuesta de fomento de las medicinas alternativas y complementarias en la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud".
- Serrano Arturo, (2014) Power Point: "Terapias complementarias"
- Sousa Campos (1996-1997) "La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada" Editora Hucitec, Rio de Janeiro.
- Spector, R. E. y Muñoz, M. J. (2003) "Las culturas de la salud" Madrid: Pearson Educación.
- Stolkiner, A. (2005) "Interdisciplina y salud mental" IX Jornada nacionales de Salud Mental. Posadas, Misiones. Argentina
- Taylor y Bogdan (1986) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación" Paidós. Buenos Aires

- Tenti Fanfani y Gomez Campo (1989) “Universidad y Profesiones” Crisis y alternativas. Bueno Aires.
- Vasilachis, Irene (2006) “Estrategia de investigación cualitativa” Gedisa. Barcelona, España.
- Velazques S., Montolla R. Almaguer D. y otros (2014) “La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico- paciente” Rev. Medisan 18(10):14-75.
- Viesca-Treviño (2009) “La medicina: conocimiento y significado” Conferencia Magistral Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México D.F., México
- World Health Organization. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.
- World Health Organization. (2014). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.
- Ximena González, (2005) “Programa de comunicación visual para la difusión del reiki en hospitales públicos” (Tesis de grado, Universidad de Chile).
- Zapata López, C. I. (2006). “Nuevos escenarios y metodologías de intervención: Trabajo Social y Medicina Complementaria”. En Revista de la Facultad de Trabajo Social, 22(22), 44-59.