

LA SELECCIÓN DE MEDICINAS Y LAS ESTRATEGIAS DE COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA ENTRE SECTORES MEDIOS Y ALTOS DEL ÁREA METROPOLITANA (ARGENTINA)

**ANATILDE IDOYAGA MOLINA
FRANCISCO SACRISTÁN ROMERO**

Introducción

Como se ha constatado en las últimas décadas, la combinación de la biomedicina con otras medicinas, incluso la preferencia por otras terapias, es un hecho común no sólo en sociedades del tercer mundo y entre sectores marginales sino también en países desarrollados y sectores socioeconómicos altos (Albuquerque 1979, Atkinson 1979, Csordas y Kleinman 1996, Douglas 1998, Good 1987, Idoyaga Molina 1999, 2000a y b y 2002, Idoyaga Molina y Krause 2001/2002, Last 1996, Leslie 1980, Unschuld 1980, Varner y McCandless 1979, Vecsey 1978, Viturro 1998, WHO 2002, entre muchos otros), de lo que resulta que es un error asociar la vigencia de las terapias tradicionales o la expansión de las llamadas medicinas alternativas y de las curas religiosas con la pobreza, la falta de instrucción de los usuarios o la ausencia de oferta biomédica en regiones alejadas, como sugieren algunos autores (Cárdenas 1992, Rodríguez 1992). Se trata de un fenómeno cultural cuyas significaciones y explicaciones deben explorarse en contextos locales y sin perder de vista los procesos históricos y las políticas nacionales y transnacionales.

Frente a este hecho se han realizado diversas sistematizaciones de medicinas y terapias, que van desde la propuesta -de carácter global- de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) hasta las sistematizaciones de científicos sociales, realizadas tanto para dar cuenta de contextos locales como de nivel ecuménico, pasando por las clasificaciones presentadas por biomédicos, centradas en la biomedicina o en un mal particular, como sucede en el caso del cáncer.

Ante esta abundancia clasificatoria y multiplicidad de terapias reconocidas, se ha llamado la atención sobre la necesidad y utilidad de acordar en alguna terminología común, que facilite los estudios comparativos (WHO 2002). Es por ello necesario que explicitemos las categorías teóricas utilizadas, las que entendemos de aplicabilidad universal, aunque nuestra propuesta se basa sobre la labor de campo realizada especialmente en la Argentina y otros países de América Latina (Idoyaga Molina 2005 y m. i.).

En esta oportunidad intentamos describir y comprender las selecciones, preferencias y combinaciones de medicinas realizadas por individuos pertenecientes a sectores medios y medios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Cuando hablamos de clases bajas, medias y altas y aplicamos otras categorías socio-demográficas tradicionales, como las de género y edad, rápidamente comprobamos que en relación con el tema que nos ocupa tales variables o conceptos

carecen absolutamente de validación; nada distinguen, pues dentro de esas categorías estamos hablando de individuos pertenecientes a diversos grupos étnicos, con sus propias identidades religiosas, distintos niveles de educación y tradiciones culturales diversas, que los individuos adultos han integrado durante su largo proceso de socialización y endo-aculturación informal y formal. Con la intención de superar la falta de conceptos teóricos que discriminaran dentro de grupos de similares ingresos y nivel de instrucción, Mary Douglas (1998) introdujo el concepto de estilos de pensar.

No obstante, estamos hablando, a la vez, de distintos tipos de padecimientos, de distintos niveles en la calidad de oferta del servicio oficial y, por ende, de distintas posibilidades de acceso a la biomedicina y a las ofertas psicoterapéuticas. Por lo que es necesario sumar otros conceptos que den cuenta de la experiencia de ruptura, de un antes y un después de la enfermedad que vivencian los sufrientes de males terminales (Good 1994), así como de los límites de las ofertas oficiales para tratar las llamadas nuevas enfermedades (Laplantine 1999: 319) que dejan problemas sin resolver a quienes prefieren las ofertas oficiales y carecen de interés en otras medicinas, cuando el biomédico le dice a su paciente: “Vd. no tiene nada, vaya a un psicólogo”.

Esta presentación es resultado de las investigaciones realizadas a partir de 1997, en relación con diversos proyectos de investigación financiados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, la Agencia FONCYT del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y el Instituto Universitario Nacional del Arte, instituciones a las que expresamos nuestro agradecimiento, al igual que a la Universidad Complutense de Madrid por su auspicio.

Una Configuración etnomédica

Llegamos al concepto de configuración etnomédica después de varios ajustes (Idoyaga Molina 1997a, 2002, 2005 y m. i.), habiéndonos inspirado y tomado conceptos de diversos autores. En este sentido, siempre nos pareció adecuada la idea de Kleinman (1980: 50) haciendo hincapié en la atención de la salud como un sistema en el que se traslapan diversas medicinas. Sin embargo, opinamos que las tres categorías mencionadas por el autor -profesional, *folk* y popular- eran escasas para distinguir ofertas urbanas y rurales y para explicar que no todo individuo puede escoger con la misma libertad cualquiera de las terapias que constituyen la totalidad de la oferta. Más exactamente que, en los hechos, algunas ofertas por su costo quedan más allá del alcance no sólo de individuos de sectores bajos, sino también de sectores medios y educación universitaria (por ej. el neoshamanismo), por lo tanto, las tres categorías no nos permitían comprender los itinerarios terapéuticos, articulando factores culturales, étnicos, sociales, económicos y políticos, entre otros aspectos, objetivo que era del mayor interés en nuestra aproximación. Por lo que a las tres categorías agregamos dos más, una de ellas es la de medicinas religiosas -reconocemos que con cierta intención provocadora- para referirnos a las ofertas de sanación que se implementan en las Iglesias que Weber denominó religiones institucionalizadas y algunas derivaciones de las mismas. Inicialmente, nuestros ejemplos clásicos para caracterizar estas prestaciones en la Argentina eran el Catolicismo, las Iglesias Evangélicas, Pentecostales y la Umbada (auto-definida como de raíces afro-americanas, cristianas y espiritistas). Luego comprobamos que en las tradiciones hebraica y musulmana había también ofertas de sanación, aunque absolutamente limitadas a miembros calificados de sus feligresías.

La segunda categoría fue la de medicinas alternativas, para dar cuenta del conjunto de ofertas más o menos ligado al desarrollo de la *new age*, que incluyen antiguas y nuevas tradiciones de raigambre oriental -como la acupuntura y el reiki- y a desarrollos occidentales como la antroposofía, algunas más menos inspirados en el campo *psi* -arte y terapia, risoterapia, terapia de vidas pasadas- o aquellas que podría pensarse que tienen antecedentes en las teorías del magnetismos animal -

zooterapia- y otras opciones derivadas de la numerología, la astrología y otras antiguas técnicas provenientes del antiguo Oriente Medio. Se trata de una categoría ecléctica que permite incorporar nuevas propuestas, pero que tienen como punto en común el hecho de no ser parte de las medicinas tradicionales de nuestra sociedad ni de la oferta biomédica, como después lo notó la OMS (2002) en su definición de medicinas alternativas/complementarias.

De hecho, las denominaciones de Kleinman eran además problemáticas para usar en español, lengua en la que muchas veces se habla de medicina popular como si se tratara de una medicina tradicional con especialista, en lugar de asociarse al concepto de auto-atención, sentido que refiere el autor. Fue así que, para designar estas tres categorías primigenias usamos los términos propuestos por Good (1987:23-25): biomedicina (incluyendo la medicina alopática y los servicios psicoterapéuticos oficiales), medicinas tradicionales, que concebimos como una categoría vacía o hueca que debe llenarse de contenidos específicos según culturas, etnias y sociedades, mientras que por auto-tratamiento entendemos los diferentes niveles de atención de los legos, que obviamente varían según sociedades, ambientes ecológicos y diferencias étnicas.

La idea de sistema etnomédico propuesta por Good (1987) para resaltar que en dicho modelo de atención de la salud la biomedicina es sólo una etno más, nos pareció una forma de hacer justicia, de respeto intercultural e interétnico, de sacudirnos el positivismo consciente o ingenuo que sólo consideraba y considera digna del término medicina a las prácticas occidentales. Inicialmente, al hablar de medicinas tradicionales en Argentina, asumimos como propias al curanderismo y a los shamanismos de las sociedades nativas de nuestro país, contenido que todavía nos resulta correcto. Mientras que al hablar de auto-tratamiento, aunque señalamos la auto-medicación con remedios alopáticos de laboratorio, nos concentramos en conocer las prácticas tradicionales, tales como el uso de los parches, bálsamos, cataplasmas, ventosas, baños de asiento, la preparación de remedios caseros y la identificación de los vegetales utilizados, así como de los elementos minerales y animales involucrados.

De igual modo nos sumergimos en la teoría explicativa de las praxis en cuestión; me refiero a la clasificación de los males, los remedios y los alimentos en cálidos y fríos y en la terapéutica ritual representada por el uso de los ensalmos, también conocidos como “cura de palabra” o “cura por secreto” (Idoyaga Molina 2001: 15-17, Idoyaga Molina y Sacristán Romero 2008: 200-211). Sin embargo, posteriormente comprendimos que cada tipo de medicina genera sus formas de auto-tratamiento, de modo que comenzamos a hablar de un auto-tratamiento derivado de la biomedicina, otros de las terapias alternativas y religiosas y lo que inicialmente llamábamos auto-tratamiento lo distinguimos como “auto-tratamiento tradicional”, señalando que se corresponde con la auto-atención del curanderismo, a la vez que hicimos hincapié en que las sociedades indígenas contaban, más allá de sus shamanismos, con sus propias formas de auto-tratamiento.

Finalmente, nos pareció necesario agregar una nueva categoría, en la que habíamos ya pensado tiempo atrás al tomar conocimiento de las minorías étnicas del Uruguay, como gitanos y moldavos. Se trata de la categoría de medicinas étnicas: a través de este concepto pretendemos dar cuenta de las medicinas que migran con los grupos étnicos, con los individuos de las sociedades tribales que hoy podemos observar en Buenos Aires, como los *Wolof* provenientes especialmente de Senegal y, en menor medida, de Costa de Marfil. Estas medicinas migran con la gente, a diferencia de las que denominamos alternativas, que se expanden sin necesidad de que ocurran movimientos inmigratorios. También incluimos entre las medicinas étnicas de la Argentina a las tradiciones de los gitanos que evitan compartir sus saberes y praxis más allá de su propia etnia. Por otra parte, es necesario distinguir estas medicinas de grupos étnicos recién instalados, de los shamanismos de los grupos étnicos de Argentina, que están asentadas regionalmente y forman parte de una oferta en la que criollos e indígenas usan los unos las ofertas de los otros y viceversa. En otras palabras, a los shamanismos indígenas concurren no sólo nativos de otras etnias sino también los criollos, que dan

cuenta de los cambios en la situación de contacto con la sociedad nacional en el nivel local¹. Eventualmente, algún sanador indígena supera las fronteras descriptas, como es el caso de Anselmo, un afamado indígena *Wichí* que atiende a individuos de todos los sectores sociales y económicos, especialmente en las Provincias de Salta y Jujuy.

En un sentido relativamente similar Pascualino (1996) también habló de medicinas étnicas en relación con las experiencias de inmigrantes de otros continentes hacia Europa, refiriéndose en particular al caso de Italia, las definió como "...las importadas por inmigrantes recientes", dejando traslucir cierto desdén por toda práctica que no fuera la biomédica (166-67).

Simultáneamente cuando adosamos esta nueva categoría, aceptamos las críticas de Press (1980: 48) respecto de la inconveniencia de la aplicación del concepto de sistema a la convivencia desarticulada de pluralismos médicos, por lo que incorporamos la expresión de configuración propuesta por el autor, que no nació en las ciencias duras y carece de la rigidez que puede invocarse en relación con otras nociones. Habiendo aclarado las categorías teóricas sobre las que discriminamos las medicinas, en el párrafo siguiente nos concentraremos en describir y comprender los itinerarios terapéuticos de los llamados sectores medios y altos, profundizando la caracterización de las ofertas.

Ofertas médicas en el área metropolitana y recurrencias en los itinerarios terapéuticos

Esta propuesta explica la atención de la salud a través del traslapeo entre diversas medicinas, vale decir como el funcionamiento de configuraciones locales. Diferencias culturales, étnicas, sociales y económicas determinan si la cantidad de medicinas traslapadas incluye a la totalidad de la oferta o sólo a algunas de ellas. Estas categorías nos permiten distinguir las medicinas tradicionales de nuestro país de otras medicinas que pueden ser tradicionales en otras partes -la acupuntura, el yoga- pero no en América Latina. Permite, a la vez, distinguir las prácticas de los curanderos -especialistas tradicionales- de las antiguas prácticas de legos que, por sus similitudes en cuanto al uso de cataplasmas, ventosas y numerosos remedios de origen vegetal y rituales terapéuticos de raigambre católica suelen confundirse. Introduce además la categoría de medicinas religiosas que, por su especificidad y su conexión con religiones particulares de expansión ecuménica, a nuestro modo de ver, no es conveniente incluir en la categoría de terapias alternativas, como lo han hecho algunos autores bajo el rótulo de terapias espirituales (Franco y Pecci 2003: 112). Finalmente, este número mayor -si se quiere- de categorías nos permite comprobar qué medicinas son realmente traslapadas, cuáles dejadas de lado y por qué sectores en contextos locales multiétnicos y pluriculturales.

Entre las medicinas tradicionales de nuestro país, el curanderismo es por lejos la más difundida. Se trata de una oferta común en áreas rurales y urbanas. En grandes líneas, sus nociones y prácticas sintetizan antiguos saberes biomédicos -muchos de ellos de origen humoral-, saberes y prácticas de tradición popular -aportados por los migrantes- y una terapia ritual en su mayoría de raigambre católica (Idoyaga Molina 1999/2000: 266 y 2002: 67-69).

Lo dicho no implica negar la dinámica histórica, ni los procesos de cambio. Obviamente los curanderos incorporan y refiguran constantemente diversos elementos, tipos de servicios y conocimientos que les permiten adaptarse al nuevo contexto local y global, convirtiéndose en una

¹ El concepto de situación de contacto fue introducido por Turner (1988: 240) para dar cuenta de una relación estructural y cambiante que es impuesta a una minoría nativa -en situación de opresión étnica- por una mayoría occidental, que controla el poder en el estado nacional.

opción apreciada por individuos de todos los niveles socioeconómicos y educacionales, si no completamente en el área metropolitana, al menos en el resto del país.

Finalmente, en relación con el tema cabe recalcar que la terapia del curandero no es pura acción simbólica -como lo son las católicas y evangélicas, por ejemplo-, sino que la misma incluye recetas con elementos que, sin duda, tienen principios activos y operan “objetivamente”, aunque el sanador o sus clientes desconozcan el significado y la existencia de la categoría de la ciencia biológica: principios activos.

Entendemos por medicinas religiosas o curas religiosas a diversas nociones y prácticas realizadas en cultos, rituales, ceremonias y otras actividades destinadas a la sanación corporal y espiritual y el tratamiento de la aflicción de los solicitantes en el contexto de las creencias del catolicismo, de las iglesias evangélicas y pentecostales y de las iglesias afro-americanas (umbanda). Estas prácticas incluyen imposición de manos, grupos de oración, contacto con el sagrario, exorcismos, sanaciones en los cultos, sanaciones en consultas privadas y otras actividades. Dichos servicios se realizan tanto en los contextos religiosos institucionales, como en atenciones particulares que pueden involucrar a clérigos reconocidos o a especialistas no reconocidos oficialmente, que incluso suelen no pertenecer a Iglesia institucionalizada alguna y que en muchos casos son mujeres (Viturro 1998:133). Las Iglesias pentecostales y evangélicas inicialmente captaron fieles especialmente de los sectores populares, sin embargo, con el correr del tiempo algunas de las llamadas mega/iglesias, situadas en barrios elegantes de la capital federal, han incorporado profesionales de sectores medios y altos (Algranti 2007). La identidad y adscripción religiosa suele convertirse en un factor fundamental al decidir la selección o combinación de terapias. Los fieles de estas Iglesias habitualmente -siguiendo los consejos de sus pastores- rechazan el curanderismo, las curas carismáticas, otras ofertas dentro del catolicismo (Idoyaga Molina 1999: 23) y las afro-americanas. El impacto de los carismáticos y otros grupos católicos se advierte en toda la población con independencia de factores socioeconómicos y niveles de instrucción. Los cultos afro están ampliamente difundidos en los medios urbanos del Gran Buenos Aires y del litoral del país, han reclutado entre sus fieles sobre todo a individuos pertenecientes a los sectores populares (Frigerio y Carozzi 1992). No obstante, sus servicios -limpias, adivinación y otros “trabajos”- son requeridos por individuos de los más diferentes niveles socioeconómicos, incluso por individuos de sectores altos y con buen nivel de instrucción.

Las ofertas de católicos y pentecostales suelen ser gratuitas o dejar la decisión de cómo y cuánto retribuir en el usuario, quien se supone conoce su realidad económica y actuará en consecuencia. Por el contrario, deben pagarse los servicios recibidos en el contexto del umbanda, donde los honorarios de los especialistas convocados pueden ser de alto costo, especialmente si se trata de individuos pertenecientes a sectores socioeconómicos medios y altos.

En la categoría medicinas alternativas englobamos a las medicinas difundidas en las últimas décadas, ligadas al fenómeno de la *new age*, cuya amplia diseminación puede pensarse como efecto secundario de la globalización, tales como la acupuntura, el reiki, la reflexología, la aromaterapia, el *shiatsu*, la cromoterapia, la terapia de vidas pasadas, la medicina ayurvédica, la astrobiología, la medicina ayurvédica, la gemoterapia, entre muchas otras de un número siempre creciente de especialidades y especialistas. Más allá de sus especificidades, estas medicinas tienen aspectos comunes, tales como el abordaje holístico de la salud y las ideas de energía, que son centrales para entender las teorías etiológicas de la enfermedad y los significados de los tratamientos terapéuticos. Obviamente, medicinas como el yoga, la ayurvédica, la acupuntura o la medicina china son tradicionales en el oriente, aunque no lo son en la Argentina y América Latina. En este sentido nos resulta operativa la distinción conceptual entre medicinas tradicionales y alternativas, pues se trata de ofertas que no van dirigidas ni son seleccionadas por el mismo tipo de usuario y forman parte de tradiciones culturales diferentes.

La oferta de medicinas alternativas es generalmente de costos elevados, aparece en el medio urbano y apunta a captar usuarios de sectores medios y altos, entre los que se verifica gran aceptación. Aspectos que la ubican por fuera de las posibilidades de la mayoría de los pobladores rurales y de los sectores populares.

El autotratamiento es la primera opción terapéutica en la inmensa mayoría de las sociedades (Kleinman 1980: 50). Incluye el consumo de fármacos de laboratorio, de remedios vernáculos preparados en la casa, ciertas terapéuticas rituales de raigambre católica y terapias alternativas, además de las formas de auto-atención de las medicinas de los indígenas nativos, así como de los grupos étnicos que han migrado recientemente o que nunca se han integrado a las sociedades nacionales, como es el caso de los gitanos.

Entre los sectores medios y altos el autotratamiento más común incluye el consumo de fármacos de laboratorio. Sin que medie una consulta y prescripción del biomédico se recurre a determinados fármacos siguiendo los consejos de familiares y amigos. El autotratamiento religioso incluye el rezo, las promesas a santos y vírgenes y las peregrinaciones. Es una acción común en casos de gravedad con independencia del sector social y la posición económica del sufriente, vale decir, integra los sectores medios de nuestra área. Llamamos autotratamiento alternativo a la prevención y tratamiento de las enfermedades a través del manejo de energía, que los individuos pueden ejecutar en forma aislada y por su propia cuenta, después de haberlas aprendido en cursos de control mental, yoga y muchas otras disciplinas. En síntesis, podríamos señalar que los diversos tipos de medicinas producen diversos tipos de autotratamiento en relación con sus respectivos paradigmas.

Con la expresión biomedicina referimos a la medicina alopática y a las psicoterapias, oficialmente reconocidas y ofrecidas en hospitales y otras unidades de salud, de complejidad diversa, tanto públicas como privadas. Esta oferta pretende llegar en forma gratuita a toda la población a través de las prestaciones brindadas en hospitales y centros de salud. Dichos servicios de complejidad diversa ofrecen tratamientos biomédicos en su versión alopática y psicoterapéutica, especialmente en su versión psicoanalítica. El nivel global de los hospitales públicos no alcanza habitualmente al de los sistemas médicos pre-pagos en lo que hace a la diversidad de los servicios brindados, la capacidad tecnológica instalada, el nivel de asepsia, la personalización en la atención, la cantidad de trámites que necesita la consulta y el tiempo insumido para que se concrete la atención. En otras palabras, el acceso a cierto tipo de cirugías, de tratamientos odontológicos, de tecnologías diagnósticas, la calidad del trato que se recibe y el tiempo que insume la consulta depende del tipo de cobertura que tengan los usuarios y de la región en que habiten. Ello no quita que ciertos hospitales públicos, habitualmente localizados en Buenos Aires, no figuren entre los mejores respecto de determinados servicios en cuanto a la capacidad tecnológica instalada y en el nivel de los profesionales.

Los sistemas pre-pagos de más alto costo generalmente permiten a los usuarios acceder a la medicina homeopática y a una más vasta gama de psicoterapias, que además del psicoanálisis, incluye terapias cognitivas, transpersonales y de otros tipos, así como elegir el profesional que deseen, para luego solicitar el reintegro de los gastos. No obstante, las sucesivas crisis económicas y políticas -de índole micro y macro- han pauperizado especialmente a las clases medias, de modo tal que es cada vez un núcleo más restringido el que puede solventar una medicina prepaga como la que hemos descripto. En los tiempos que corren es habitual que las ofertas prepagas restrinjan los servicios con que cuenta el afiliado; por lo general quedan fuera los tratamientos odontológicos, los psicoterapéuticos y todos aquellos que demanden atención permanente y/o costosa. Otra trampa consiste en que el afiliado a tal o cual obra prepaga sólo puede recurrir a una clínica determinada, previamente contratada por el servicio de salud al que está asociado, con independencia de la dolencia que lo aqueje. Finalmente, la pauperización señalada se advierte en la concurrencia de individuos de sectores medios a los servicios públicos de atención de la salud.

Los individuos de altos ingresos y con buen nivel de instrucción son los que traslapan todos los tipos de medicinas enunciados, los que concurren a la mayor cantidad de especialidades y de especialistas. Hecho que no debe sorprendernos ya que se trata de un fenómeno repetido (Downer et al. 1994, Douglas 1998, Eisenberg, Kessler et al. 1993, Eisenberg, Davis, Ettner et al. 1998, Franco y Pecci 2003, Idoyaga Molina 2002, Lerner y Kennedy 1992). En el área metropolitana es común combinar la biomedicina con el autotratamiento, las terapéuticas religiosas, las alternativas y menos frecuentemente con los curanderos tradicionales. Los shamanismos son básicamente desconocidos por la mayor parte de la población del conurbano bonaerense. Incluidos los profesionales de la salud que ejercen donde las comunidades nativas están asentadas suelen desconocer la presencia de indígenas en el área.

Entre individuos de sectores socioeconómicos medios y altos se han comprobado preferencias y combinaciones excluyentes entre la biomedicina y las terapias alternativas o entre la biomedicina y las curas religiosas (Saizar 2003a y b). Diferencias que explicamos a través del concepto de estilos de pensar o estilos culturales propuesto por Douglas (1998). En términos de estilos de pensar, entre sectores instruidos y de nivel socio-económico medio o alto, creemos que se pueden distinguir 6 estilos culturales: a) un grupo que prefiere la biomedicina y es renuente a utilizar otro tipo de terapia, b) un grupo que privilegia la combinación entre la biomedicina y las medicinas alternativas, c) un grupo que privilegia la combinación entre la biomedicina y las terapias religiosas, d) un grupo que combina la biomedicina con las religiosas y las alternativas, e) un grupo que combina la biomedicina con las religiosas, las alternativas y las tradicionales (curanderismo) y f) un sector que evita la biomedicina en todo lo posible. Todos los grupos sugeridos recurren, por supuesto, a distintos auto-tratamientos.

Quedan excluidas las combinaciones con prácticas shamánicas que hoy pueden encontrarse en virtud de la emigración de indígenas del Gran Chaco hacia el conurbano bonaerense. También quedan excluidas de la oferta las terapias étnicas, que practican los inmigrantes de países africanos, fundamentalmente asentados en el Área Metropolitana y las de los gitanos presentes en muchas regiones del país.

Podríamos afirmar que quienes rechazan toda oferta fuera de la biomédica, son realmente un grupo minoritario. Entre los sectores medios y altos se trata de personas habitualmente con formación universitaria y una posición extremadamente positivista respecto del desarrollo de la ciencia, con poco interés en el nivel de las vivencias y experiencias, no sólo las ajenas sino también carentes de sensibilidad respecto de sus propias experiencias y carentes de una mínima capacidad hermenéutica para detenerse a reflexionar sobre cualquier fenómeno que escape a los paradigmas positivistas de interpretación de la realidad, incluyendo otras opciones respecto de la enfermedad y la terapia.

La gama de terapias alternativas muestra una diversidad de oferta importante: incluye yoga, acupuntura, reiki, reflexología, masoterapia, medicina ayurvédica, dieta macrobiótica, shiatsu, terapia de vidas pasadas, aromaterapia, cromoterapia, túnel fotónico, tai chi chuan, meditación zen, neoshamanismo, angeología, feng sui, *healing touch*, digitopuntura, numerología, astrología, dietas naturistas, hidroterapia, fangoterapia, qi gong, gemoterapia y otras. Sin duda el yoga es la más difundida y aceptada, aunque son opciones frecuentes también el reiki, la acupuntura, los masajes bioenergéticos y, en menor medida, la terapia de vidas pasadas. A opciones como el neoshamanismo -por ejemplo- suelen acceder quienes tienen una larga experiencia en los tratamientos alternativos (Idoyaga Molina 1997b: 430) y se trata de una experiencia indefectiblemente de alto costo, a diferencia de lo que sucede con el yoga que por su popularidad brinda opciones accesibles en parroquias o clubes barriales (Saizar 2003a). En el caso del shiatsu también se han verificado ofertas de bajo costo (Pitluk 2006).

Estas medicinas se usan tanto con fines preventivos como terapéuticos, a veces en forma independiente y otras en combinación con la biomedicina. En algunos casos, la selección y

combinación de una alternativa resulta de la recomendación del biomédico. El yoga, la acupuntura y el reiki suelen recomendarse a pacientes con artritis o problemas óseos, presión arterial, úlceras, ansiedad y otras dolencias. En el campo psicoterapéutico son los cognitivos quienes más recomiendan y/o aceptan las prácticas alternativas; el yoga es sin duda la preferida.

En lo relativo a los especialistas y medicinas alternativas y las estrategias de complementariedad terapéutica podemos afirmar que su recomendación (o no) depende más de la visión de los especialistas concretos que de una medicina o especialidad terapéutica, como sucede en líneas generales con los biomédicos. Esto equivale a decir que los profesionales de ciertos centros de yoga -por ejemplo- recomiendan la exclusividad de su tratamiento, mientras que en otros lugares u otros especialistas de la misma disciplina son partidarios de la complementariedad terapéutica con la biomedicina.

Con lo expuesto queremos señalar que no todo individuo que llega a una práctica alternativa lo hace comprometido con cierto estilo de vivir, ni especial formación en el tema. No obstante, cuando hablamos de un grupo que prefiere la combinación con las alternativas sí nos referimos a individuos que se identifican con un estilo de pensar, que cuentan con una base de lecturas y seminarios que les han permitido abrir su campo de experiencias y modos de interpretar su estar en el mundo, que están de acuerdo con el meollo o núcleo de teorías y praxis que suponen las disciplinas alternativas respecto de la salud y la enfermedad.

Este meollo al que apunta la mayoría de las medicinas alternativas es el de destrabar el fluir de la energía para recuperar, así, la salud, ya se tratare del equilibrio energético o de poderes entre el *ying* y el *yang* (la acupuntura), de deshacer los cúmulos por concentración de energías, que impiden el fluir de las mismas y, por consiguiente, causan y son la enfermedad, asentada en el cuerpo físico o la materia (yoga -a través de técnicas de relajación y respiración, por ejemplo-, reflexología, masoterapia, reiki, *shiatsu*, entre otras). Las técnicas terapéuticas por supuesto varían: la acupuntura implica la colocación de agujas en puntos específicos, la reflexología básicamente utiliza el masaje en los pies, los que son entendidos como un mapa del cuerpo, la masoterapia actúa directamente sobre las concentraciones de energías negativas que aparecen en el nivel corpóreo, el reiki restituye el equilibrio energético por medio de la recepción de la energía/calor que trasmite el terapeuta al doliente, la auriculoterapia logra su objetivo a través de la inserción de pequeños escarificadores en puntos precisos de las orejas, que también se identifican con distintos órganos y partes del cuerpo -por ejemplo, los centros nerviosos-, la terapia de vidas pasadas permite la recuperación del equilibrio energético al hacer consciente el hecho o los hechos que produjeron el trauma o enfermedad en una vida anterior. Esto significa que quien se compromete con las medicinas alternativas ha incorporado un conjunto de nociones en su mayoría de raigambre oriental que le permite pensar la salud y la enfermedad desde diversos ángulos.

En lo relativo a las ofertas religiosas, entre sectores altos y medios es común la concurrencia a prácticas del catolicismo y, menos frecuentemente, a los cultos de las iglesias evangélicas y pentecostales. La preferencia por las prácticas ligadas al catolicismo sin duda se debe a que esta es la religión a la que pertenece la mayoría de las personas de los sectores medios y altos.

Las personas instruidas y de alto nivel socioeconómico suelen consultar también especialistas del umbanda, pero no con fines estrictamente terapéuticos. Es común que se soliciten “limpiezas”, videncias que confirmen, o no, un diagnóstico biomédico y pronostiquen el desarrollo una enfermedad de gravedad y otro tipo de trabajos, incluyendo daños a terceras personas que suelen justificarse como “que le vuelva lo que me ha hecho”. Este contexto posiblemente ha facilitado cierta imbricación de los expertos *Wolof* emigrantes del África, cuyos servicios ha empezado a solicitarse en el mismo dominio que el de las prácticas umbanda.

Entre las terapias religiosas católicas y evangélicas figuran los grupos de oración, las entrevistas individuales con sanadores, los rituales colectivos, las misas y cultos, entre otras posibilidades. Los sanadores pueden ser curas, pastores, o laicos con el don para curar, incluso pueden ser mujeres (Idoyaga Molina 2005, Viturro 1998).

Entre pentecostales y evangélicos, la enfermedad en modo alguno es un problema orgánico, el mal está siempre ligado al pecado -vale decir- es siempre un desequilibrio mítico-religioso-ritual (Barrón 2007), aunque teniendo en cuenta la perspectiva de los fieles, las teorías etiológicas de la enfermedad suelen ser más numerosas ya que se mencionan causas naturales, la posesión demoníaca y la idea de que la dolencia expresa una prueba impuesta por Dios, entre otras posibilidades (Algranti y Bordes 2007, Idoyaga Molina 2005).

Las concepciones en cuestión dan cabida a la terapéutica ritual que se realiza en los cultos, en consultas privadas y que, por lo general, está en manos de pastores y fieles que poseen el don de sanidad, ocasionalmente también el rezo colectivo puede tener un objetivo terapéutico. La importancia de este accionar curativo radica en que se dirige a las verdaderas causas de la enfermedad, siempre de orden espiritual y con significado en las cosmovisiones de las iglesias cristianas. Obviamente, desde este ángulo, para Dios nada es imposible y cualquier mal puede ser superado y restaurado aun en el nivel orgánico.

En el contexto del catolicismo, si bien los orígenes naturales son más aceptados e inmediatamente supuestos por los fieles y por los ministros, se acepta también la posesión diabólica y se pueden explicar las enfermedades padecidas y otras experiencias negativas como pruebas del Señor; las cruces que el creyente lleva a lo largo de su vida y, que de algún modo, garantizan su redención.

Tales creencias dan lugar a diferentes terapéuticas religioso-rituales que incluyen una variada gama, tales como la participación de la misa, el contacto con el sagrario, la recepción de bendiciones de clérigos -cuya importancia está dada por la jerarquía del último-, la ejecución de símbolos (por ejemplo cruces), la utilización de agua bendita, el pedido a las deidades -el Dios Cristiano, vírgenes y a los santos (oficiales y populares), en especial a aquellas de las que el creyente es devoto (por ejemplo, la Virgen de Luján) o a las que se relacionan con el tratamiento de un mal en particular (por ejemplo, Santa Lucía) o las que poseen un atributo particular, por ejemplo la celeridad en otorgar los pedidos (como San Expedito)-. A las figuras míticas se les pide sanidad o la solución del problema que fuere. Con este fin se rezan oraciones comunes, oraciones específicas para solicitar el favor de tal o cual personaje y novenas, se las invoca y se las retribuye mediante el encendido de velas y la ofrenda de flores, entre otras posibilidades. También se solicitan consultas y se hacen pedidos de sanidad a especialistas, tales como sacerdotes sanadores, curadores carismáticos y grupos de oración.

El perfil de quienes sólo aceptan la combinación de la biomedicina con las expresiones rituales del catolicismo, incluye individuos de estilos de pensar más bien racionalistas, pero que están imbuidos de una fuerte fe religiosa, que fueron enculturados en el contexto del catolicismo y que, habitualmente, se han mantenido como sólidos practicantes, aunque también algunos vuelven a comprometerse ante experiencias de enfermedad que incluyen las llamadas terminales o estados de desolación, tristeza y enorme aflicción emocional. Mientras que el perfil de quienes privilegian las ofertas pentecostales suele presentar el "fanatismo" del converso, gran compromiso con la nueva religión y los templos a los que pertenecen aunque muden de unos a otros. Fuera de su propia terapéutica ritual sólo está el mundo del pecado y de la confusión, no niegan poderes a los especialistas de otras medicinas, más bien los combaten considerándolos expresiones del ámbito de lo demoníaco. Podríamos decir que este perfil combina una dosis de racionalismo en la vida profana con un exaltado fervor religioso que roza el misticismo.

Quienes combinan la biomedicina con las terapias alternativas y religiosas son el grupo más numeroso; habitualmente se trata de personas socializadas en el catolicismo, al que practican a su manera y creen con fuerza en la posibilidad del manejo de energías. Creemos que no se puede hablar de un solo perfil. En primer lugar, intentaremos reseñar un estilo predominantemente femenino, hablamos de mujeres que sin dejar de lado la biomedicina, suelen explicar no sólo sus problemas de salud y falta de equilibrio emocional sino cualquier clase de contradicciones, expresando que son víctimas de envidias, de acciones de personas de energías negativas o de

ambientes contaminados y recurren tanto a prácticas preventivas de *new age* -por ejemplo yoga- como a rituales del catolicismo -por ejemplo hacer novenas con propósitos determinados, esperando que el santo o la virgen invocado les dé señales acerca de si lo solicitado se cumplirá o no-, pueden asimismo concurrir a las misas de la Iglesia Ortodoxa, donde todavía se sahúma con intención purificatoria, a fin de recibir el poder del incienso como mecanismo de captar y fortalecer las propias energías. Tampoco dudan en concurrir a un templo pentecostal si entre sus familiares o amigos alguien les garantiza que manejan energías positivas. Suelen no interiorizarse en las teorías, las concepciones teológicas o cosmológicas sino en prácticas rituales o especialistas particulares que solucionen mágicamente los problemas que les plantea la vida cotidiana. Aunque en sus búsquedas no encuentren esas milagrosas posibilidades, no pierden la esperanza, siempre queda la ilusión de aprender el ritual infalible o de encontrar el especialista que tenga realmente poder suficiente para operar los cambios esperados. Un segundo perfil refiere a individuos en procesos de búsqueda amplios que les permiten pasar de la psicología occidental a pensamientos y filosofías orientales e incluso explorar en el cristianismo sus costados más místicos, deberíamos agregar que su capacidad de cambiar y tentar con nuevas posibilidades es parte de la experiencia valorada positivamente, tanto que podríamos hablar de itinerarios de búsquedas religioso-espirituales como tratamiento de la aflicción y de la enfermedad. Un tercer perfil incluye individuos practicantes del catolicismo pero con una posición amplia hacia las alternativas, habitualmente sin interés en profundizar en contenidos reflexivos, que combinan terapias religiosas y alternativas ante problemas de salud sin tener que justificar sus elecciones, ni fundamentar sus sentidos más allá de la recuperación de la salud y el equilibrio socio-emocional.

La menor aceptación del curanderismo en el Área Metropolitana en relación con sectores medios y altos de ciudades del interior del país responde a variadas razones. En primer lugar, estas prácticas tradicionales pueden involucrar algunas técnicas -por ejemplo, la succión- que suelen producir rechazo por lejanía cultural (Idoyaga Molina 2007, Saizar 2007). En fin, la mayor aceptación o el mayor rechazo de los especialistas tradicionales se liga con la puesta en escena que haga el sanador o sanadora, incluido el lugar de atención.

En líneas generales, puede decirse que son más exitosos los sanadores que incluyen en sus discursos y explicaciones nociones provenientes del campo alternativo, tales como las de energía, *karma* y armonía, entre otras. A la vez es relevante que la vivienda del sanador luzca como mínimamente adecuada de acuerdo con los criterios de los actores sociales que la frecuentan. De cualquier modo, entre curanderos de todas partes se dejan ver las influencias globales a través de la incorporación de términos y saberes de medicinas alternativas e imaginarios de la *new age*. No obstante, no daríamos cuenta del cuadro total si no mencionáramos que muchos terapeutas alternativos incluyen en sus representaciones, imaginarios y prácticas propias del curanderismo, tales como las acciones de expulsar el mal del cuerpo con las manos desde el centro hacia las extremidades o la concepción de los bostezos y eructos como descargas que hace el terapeuta en virtud del mal recibido por tratar la dolencia del enfermo. Acciones que, por otra parte, debe realizar para impedir que la enfermedad captada quede en el especialista. Gonzalo (2002) ha explorado diversos modos en que curanderos tradicionales del área metropolitana realizan estrategias para adaptarse al nuevo mercado influido por la globalización.

Hilando más fino, es pertinente distinguir en los niveles medios y altos factores de índole socio-histórica. Entre los sectores medios, tienden a aceptar el curanderismo y el autotratamiento tradicional aquellas personas que fueron enculturadas en familias que tenían incorporada la medicina tradicional. En muchos casos se trata de individuos con abuelos inmigrantes que hoy son "clase media" pero que provienen de sectores más bajos, de individuos que llegaron a la Argentina por razones económicas y que poseían ninguno o escaso nivel de instrucción. Hay que tener presente que los inmigrantes muchas veces venían del campo y traían consigo saberes y prácticas tradicionales en relación con la atención de la salud, incluso algunos eran curanderos, de lo que

resulta que el progreso socioeconómico y educacional de sus descendientes se dio en un contexto en el que las medicinas tradicionales eran prácticas cotidianas y familiares.

En lo relativo a los sectores “altos” o los que fueron la antigua aristocracia, la comprensión de los curanderos está ligada a los antiguos terratenientes, entre quienes la vida en el campo es parte de la experiencia cotidiana y si bien no todos aceptan las medicinas tradicionales, la expansión de las alternativas y de las ideas de *new age* facilitó una revaloración del curanderismo. En otras palabras, entre sectores medios y altos es común la aceptación de las terapias alternativas y en muchos casos de las religiosas, lo que sin duda implica una redefinición de qué es terapéutico y sobre cómo se originan las enfermedades. Esta redefinición suele incluir a los especialistas tradicionales en los individuos familiarizados con el campo y a las condiciones de vida en que los inmigrantes se instalaron.

Por otra parte, la preferencia por las alternativas en relación con el curanderismo entre los sectores medios del Área Metropolitana se asocia a otros aspectos. Las ofertas alternativas son mejor conocidas que la medicina tradicional debido a que sus denominaciones, nociones básicas, prácticas y campos de acción aparecen en los medios, en la propaganda y en las explicaciones de los especialistas. Vale decir, las medicinas alternativas están mejor definidas o, al menos, están definidas de alguna manera, a diferencia de lo que sucede con los especialistas tradicionales, cuya imagen no está claramente construida en el imaginario social de la población perteneciente a sectores medios de Buenos Aires, entre quienes, sin duda, la mayoría no podría definir las actividades que realiza un curandero o de dónde proviene su saber. Además, desde la perspectiva del investigador es necesario precisar a través de preguntas quién visitó a un curandero a partir de las narraciones, dado que uno de nuestros informantes puede haber estado con una especialista tradicional y no saberlo. Dicho de otra forma, muchos especialistas son consultados por individuos de sectores medios y altos en su condición de videntes, de personas con poder, capaces de limpiar ambientes o de realizar otras tareas terapéutico-rituales requeridas por los clientes, sin que el consultante tome conciencia de que visitó un especialista tradicional. En contraposición, cualquier persona perteneciente a los sectores medios o altos de Buenos Aires, asocia la acupuntura a técnicas de origen oriental y a la manipulación de agujas que se clavan en puntos especiales, también más o menos cualquiera sabe que un reflexólogo masajea los pies en puntos específicos o que el reikista transmite energía en forma de calor.

Finalmente, nos queda por precisar el perfil de aquellos que prefieren evitar la biomedicina, salvo casos muy extremos. Por lo general se trata de individuos que han experimentado los claros límites de la biomedicina en las llamadas nuevas enfermedades y en prácticas que se ponen de moda cíclicamente, como sobre-medicar o sub-medicar ante el dolor. A la vez, han obtenido éxito en el campo no convencional, pueden estar formados en las concepciones que fundamentan las medicinas alternativas o simplemente seleccionarlas sobre la base de sus propias vivencias y las de su entorno y poseer un conocimiento en cierto modo limitado. Básicamente lo que han aceptado son ideas diferentes sobre la salud, la enfermedad y la terapia. Obviamente, se trata también de un porcentaje reducido de individuos.

La gravedad del mal no es un factor que incida en la cantidad de medicinas frecuentadas, mayor importancia tienen los males crónicos y las dolencias de larga duración. En términos generales, se puede afirmar que algunos individuos consultan especialistas que inicialmente jamás hubieran pensado visitar, también es cierto que si la experiencia no resulta adecuada la dejan de lado inmediatamente. Sin embargo, no compartimos la idea de que exista un condicionamiento previo que impida un cambio de perspectiva respecto de cualquier medicina en virtud de la experiencia vivida.

Por otra parte, el sufrimiento de ciertas dolencias que son sinónimo de muerte en el imaginario social, tal como es el caso del cáncer, se asocian con la frecuentación a ciertas terapias específicas como es el caso de la crotoxina, el método hansi o el auto-tratamiento con gorgojos. De

modo tal que, si bien la gravedad de la dolencia no incide en la cantidad de terapias frecuentadas, sí incide en el tipo de medicinas que se traslapan.

La calidad de la oferta biomédica no es tampoco homogénea, por lo tanto genera experiencias diferenciales de dos tipos: una tiene que ver con el tipo de dolencia que sufre el paciente, la otra tiene que ver con la calidad intrínseca de la oferta en lo que hace a la formación de los profesionales, a la tecnología con que cuentan las unidades de salud. Aunque estemos hablando de sectores medios y altos no todos llegan a un nivel de excelencia en el servicio que están utilizando. Obviamente, esas experiencias diferenciales influyen en la predisposición a optar (o no) por nuevas posibilidades brindadas por otras medicinas.

En cuanto al tipo de dolencia es claro que las técnicas biomédicas no tienen parangón con ninguna otra oferta, tal como sucede con las áreas de traumatología o cirugías, mientras que la misma biomedicina parece ser altamente incompetente en las llamadas nuevas enfermedades.

La complementariedad cuenta también con bases “objetivas”. La eficacia de las otras medicinas o técnicas terapéuticas ha sido constatada empíricamente (WHO, 2002)² considerada como dato, en cuanto afirmación de los nativos o actores sociales, o interpretada de muchas formas.

Conclusiones

En nuestra clasificación, las medicinas tradicionales, religiosas, alternativas, étnicas y el auto-tratamiento son, en tanto categorías, moldes huecos que se llenan con los contenidos particulares de los contextos locales y regionales. Los itinerarios terapéuticos de los individuos de sectores medios y altos del Área Metropolitana dejan ver la diversidad de estilos culturales, más allá de las variables sociodemográficas tradicionalmente consideradas, como las de género, edad, nivel de ingreso y de instrucción. En virtud de haber recabado y analizado itinerarios terapéuticos de individuos con distintos niveles socioeconómicos y de instrucción, de diferente filiación religiosa y pertenencia étnica, de diversas regiones y tradiciones culturales, tanto de áreas rurales como urbanas, pudimos comprobar que son las personas de sectores medios y altos -las que básicamente se traslapan con las más instruidas- las que desarrollan estrategias de complementariedad terapéutica de mayor complejidad (Idoyaga Molina 2002 y 2005). En esta oportunidad, aplicando el concepto de estilos de pensar a sectores medios del área metropolitana explicitamos 6 concepciones, actitudes y praxis diferentes en relación con la combinación de medicinas, teniendo en cuenta la cantidad del tipo de medicinas traslapadas. Para dar cuenta de los estilos propuestos, trazamos a grandes pinceladas las características sobresalientes de los perfiles correspondientes a dichos estilos de pensar, teniendo que reconocer que en relación con el tipo de combinación más frecuente en esta área, que implica el traslapo entre la biomedicina con las medicinas alternativas y las terapias religiosas, debimos delinear al menos tres perfiles diferentes. Esta es, por supuesto, la combinación más popular, el polo opuesto lo ocupan los estilos que privilegian, por un lado, la atención exclusiva a través de las alternativas y, por otro, aquellos que rechazan cualquier oferta que no sea la biomédica. A la vez profundizamos la complejidad que implica comprender la aceptación o el rechazo del curanderismo, haciendo jugar factores socio-históricos, diferencias entre la antigua aristocracia y los sectores medios y altos en la actualidad, así como la habilidad de los curanderos urbanos para desarrollar nuevas estrategias de adaptación a la nueva realidad y la invisibilidad de su oferta frente a las de las disciplinas alternativas. Dejamos en claro que las otras medicinas

² De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002) en distintos hospitales de países centrales y, en algunos casos, en países en vías de desarrollo se han realizado muestras, a través del seguimiento de grupos de pacientes, que han permitido comprobar la eficacia de las técnicas de relajación, respiración (prácticas del yoga y otras alternativas), así como de la acupuntura, entre otras terapias y medicinas.

tradicionales del país, vale decir, los shamanismos, a pesar de que podrían ser parte de la oferta, no son consultados y son básicamente desconocidos. Similar es la situación de las medicinas étnicas que emigraron con grupos africanos o la medicina de los gitanos. Entre las opciones religiosas son preferidas las católicas y pentecostales, mientras que los umbanda son consultados por sus capacidades de clarividencia y de “hacer trabajos”. A diferencia de estas opciones de sanidad religiosa que podemos denominar abiertas, existen también prácticas de terapéutica ritual de tradición hebraica y musulmana, pero que están limitadas a ciertos grupos de feligreses. En cuanto a las medicinas étnicas deberíamos agregar que los grupos africanos comienzan a ser integrados sobre la base del modelo de la relación que estos sectores sociales mantienen con el umbanda, mientras que otras medicinas étnicas como las prácticas de los gitanos son cerradas al propio grupo. También hemos señalado la incidencia de la calidad de la oferta biomédica que no es homogénea, aun cuando nos estemos refiriendo a sectores medios y altos del Área Metropolitana, así como los éxitos y fracasos de la biomedicina según enfermedades que llega a sus picos de mayor reconocimiento en las ofertas de traumatología y cirugía, mientras que produce el mayor rechazo y expulsión hacia otras terapias en el tratamiento de las llamadas nuevas enfermedades. En fin, el campo de la atención de la salud y la aflicción se ve como un universo creciente, que tiende a cubrir búsquedas humanas en que la salud es experimentada como parte de un todo mucho más amplio que trastornos orgánicos o mentales.

Bibliografía

ALBUQUERQUE, Klaus de

1979 "Non-institutional medicine on the Sea Islands", *Proceedings of a symposium on culture and health: Implications for health policy in rural South Carolina*, M. Varner and A. M. McCandless (Eds.), Charleston: College of Charleston.

ALGRANTI, Joaquín.

2007 "Globalización religiosa y re-encantamiento del mundo. Estudio sobre la afinidad electiva entre el capitalismo y el universo pentecostal", *Notas para el estudio de la Globalización. Un abordaje multidimensional de las transformaciones sociales contemporáneas*, Buenos Aires: Editorial Biblos.

ALGRANTI, Joaquín y BORDES, Mariana

2007 "Búsquedas de tratamiento de la enfermedad y la aflicción. Aproximaciones al estudio de las estrategias de salud en usuarios de terapias alternativas y creyentes pentecostales", A. Idoyaga Molina (Ed.). *Los Caminos Terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Buenos Aires: CAEA-IUNA.

ATKINSON, Paola

1979 "From honey to Vinegar: Levi-Strauss in Vermont", P. Morley y R. Wallis (Eds.). *Culture and curing*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

BARRÓN, Bibiana

2007 "Ofertas de sanidad y alivio en los grupos pentecostales agrupados en la Unión de las Asambleas de Dios (UAD) de la Argentina", A. Idoyaga Molina (Ed.). *Los Caminos Terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA.

CÁRDENAS, Antonio

1992 *Crónicas de San Atolón*, Granada: Caja General de Ahorros.

CSORDAS, Thomas y KLEINMAN, Arthur

1996 "The Therapeutic Process", Sargent and Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, Westport y London: Praeger Publishers.

- DOUGLAS, Mary
1998 *Estilos de Pensar*, Barcelona: Gedisa.
- DOWNER S, CODY, M. y McCLUSKEY, P. et al.
1994 "Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment", *British Medical Journal*, 309.
- EISENBERG, D., KESSLER, R. , FOSTER, C. , NORLOCK, F. , CALKINS, D. y DELBANCO, T.
1993 "Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs and patterns of use", *N. England Journal of Medicine*, 328.
- EISENBERG D, DAVIS, R. y ETTNER, S. et al.
1998 "Trends in alternative medicine in the United States, 1990-1997", *JAMA*, 280.
- FRANCO, Jorge y PECCI, Cristina
2003 "La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas", *Medicina*, 62.
- FRIGERIO, Alejandro y CAROZZI, María J.
1992 "Quiénes asisten a los templos de religión afro-brasileña en Argentina: Una caracterización socioeconómica y motivacional", *Cuadernos de Antropología*, 10.
- GONZALO, Ángel
2002 "La búsqueda de la salud perdida. Los otros terapeutas", *Scripta Ethnologica*, 24.
- GOOD, Byron
1994 "A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain", *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Mary-Jo DelVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (Eds.). Berkeley: University of California Press.
- GOOD, Charles
1987 *Ethnomedical Systems in Africa*, New York: The Guilford Press.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde
1997a "Ethnomedicine and world-view: a comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women", *Anthropology and Medicine*, 4 (2).
1997b "Refigurando el shamanismo. Experiencias neoshamánicas en el área metropolitana", *Folklore Latinoamericano*. Tomo I. Buenos Aires: Confolk.
1999 "La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)", *Scripta Ethnologica*, XXI.
1999/ "La medicina humoral, las nociones de cálido y frío y las prácticas terapéuticas tradicionales en la Argentina", *Folklore Latinoamericano*, Tomo III. Buenos Aires: Confolk.
2000a "Natural and Mythical Explanations. Reflections on the disease in North West Argentina", *Acta Americana*, 8.
2000b "La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples", *Scripta Ethnologica*, XXII.
2001 "Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo", *Scripta Ethnologica*, XXIII.
2002 *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*, Buenos Aires: CAEA-CONICET.
2005 "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual", *Scripta Ethnologica*, XXVII.
2007 "La salud, la terapia y la diversidad. A modo de Presentación, Reseña y Discusión", A. Idoyaga Molina (Ed.). *Los Caminos Terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Buenos Aires: CAEA-IUNA.

- m. i. Rethinking Medical and therapeutic Classifications. Religion and ethnic medicines as new categories in a global world.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde y KRAUSE, Cristina
 2001/ "The pathway of healing of a Creole adolescent from San Juan", *Bulletin of Urgent Anthropological and Ethnological Research*, 41.
 2002 *Anthropological and Ethnological Research*, 41.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde y SACRISTÁN ROMERO, Francisco
 2008 "En torno al uso de ensalmos terapéuticos en el Noroeste Argentino", *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 3 (2).
- KLEINMAN, Arthur
 1980 *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press: Berkeley.
- LAPLANTINE, François
 1999 *Antropología de la Enfermedad*, Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- LAST, Murray
 1996 "The Professionalization of Indigenous Healers", *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson (Eds.). Westport, Connecticut y London: Praeger.
- LERNER, I., y KENNEDY, B.
 1992 "The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States", *Cancer*, 42.
- LESLIE, Charles
 1980 "Medical Pluralism in world perspective", *Social Science and Medicine*, 14 (b).
- PASCUALINO, Antonio
 1996 "Médico y enfermo: relación entre sanador y paciente dentro de los diversos saberes medicinales presentes en nuestra sociedad", J. A. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra (Eds.). *Crear y Curar: la medicina popular*, Granada: Diputación de la Provincia de Granada.
- PITLUK, Roberto
 2006 "El *shiatsu* y la refiguración de terapias orientales en Buenos Aires", *Scripta Ethnologica*, XVIII.
- PRESS, Irvin
 1980 "Problems in the Definition and Classification of Medical Systems", *Social Science and Medicine*, Vol. 14B.
- RODRÍGUEZ, Pepe
 1992 *Los curanderos. Viaje hacia el milagro*, Madrid: Temas de hoy.
- SAIZAR, Mercedes
 2003a "El yoga y los discursos sobre la salud. Relatos de usuarios y especialistas en Buenos Aires (Argentina)", *Mitológicas*, XVIII.
 2003b "En búsqueda de la salud y el bienestar. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires", *Kallawayá*. 20.
 2007 "Elecciones diferentes y una búsqueda en común. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires", A. Idoyaga Molina (Ed.). *Los Caminos Terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- TURNER, Terence
 1988 "Ethno-ethnohistory: myth and history in native South American representation of contact with western society", *Rethinking History and Myth*. Hill (editor). Urbana y Chicago: University of Chicago Press.
- UNSCHULD, Paul U.
 1980 "The Issue of Structured Coexistence of Scientific and Alternative Medical Systems. A comparison of East and West German Legislation", *Social Science and Medicine*, 14B.

VARNER, Melba S. y McCANDLESS, Amy

1979 *Proceedings of a symposium on culture and health: Implications for health policy in rural South Carolina*, Charleston: College of Charleston.

VECSEY, George

1978 "Spiritual healing gaining ground with Catholics and Episcopalians", *New York Times*, June 18.

VITURRO, Mariana

1998 "Bio and Ethnomedicine: Complimentary alternatives from the perspective of the patient", *Scripta Ethnologica*, XX.

World Health Organization

2002 *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Geneva: World Health Organization.

Anatilde Idoyaga Molina
Centro Argentino de Etnología Americana
(CONICET)
Argentina.
Francisco Sacristán Romero
Universidad Complutense de Madrid
España.