

Algunas claves para repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad en la tensión entre las prácticas biomédicas y no-biomédicas.

Jimena Luz Coniglio.

Cita:

Jimena Luz Coniglio (2017). *Algunas claves para repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad en la tensión entre las prácticas biomédicas y no-biomédicas. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/386>

ALGUNAS CLAVES PARA REPENSAR LOS CONCEPTOS DE CUIDADO DE LA SALUD Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA TENSIÓN ENTRE LAS PRACTICAS BIOMÉDICAS Y NO-BIOMÉDICAS.

JIMENA LUZ CONIGLIO¹

Eje temático 7: Sociología de la Salud.
Mesa 11: Salud, cuidados y relaciones intergeneracionales.

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Universidad Nacional de La Plata.
jime.coniglio@gmail.com

RESUMEN

En el campo de la salud actual los modos de cuidar la salud y de atender la enfermedad que dicta la biomedicina, está atravesado por una multiplicidad de ofertas no unívocamente asociada a la práctica biomédica. Por el contrario, se encuentra articulado a nuevas y tradicionales opciones terapéuticas -no-biomédicas-.

En este contexto, es importante repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad², que semánticamente resultan restrictivos para dar cuenta de la heterogeneidad de prácticas involucradas en el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado.

Este trabajo se propone trazar algunas claves para repensar esas categorías, tomando como eje las tensiones preexistentes en el conjunto de acciones asociadas con ‘*cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender*’ la salud y la enfermedad, que nos permita enriquecer la discusión y echar luz en el contexto amplio en el que deben pensarse estos conceptos.

PALABRAS CLAVE:

Cuidado de la salud | Atención de la enfermedad | Prácticas biomédicas | Prácticas no-biomédicas |

¹ Licenciada en Sociología (FaHCE/UNLP)

² Esta línea de investigación forma parte del proyecto acreditado PID (H-797), “Representaciones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención” dirigido por Licia Pagnamento, radicado en CIMECS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la UNLP. Asimismo, recupera elementos presentados en la Tesina de Licenciatura en Sociología (Coniglio, 2016) “Prácticas, percepciones y articulaciones - biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a ‘*cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender*’ la salud y la enfermedad. Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento” (FaHCE/UNLP).

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud actual, los modos de cuidar la salud y de atender la enfermedad que dicta la biomedicina, está atravesado por una multiplicidad de ofertas no unívocamente asociada a la práctica biomédica. Por el contrario, se encuentra combinado | articulado | complementado con nuevas y tradicionales opciones terapéuticas -no-biomédicas-.

En las últimas décadas, se ha evidenciado el creciente desarrollo y difusión de medicinas y terapias³ no-biomédicas⁴, que se ve materializada en una mayor visibilidad y presencia de medicinas alternativas -la mayoría de raigambre oriental- y una recuperación de formas de medicina popular -por ejemplo la medicina herbolaria-. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha documentado la creciente utilización de medicinas tradicionales y complementarias como un fenómeno global. En nuestro país⁵, cada vez va adquiriendo mayor visibilidad, fundamentalmente en contextos urbanos, un mercado de la salud asociado con la oferta de prácticas terapéuticas y una industria editorial de autoayuda y suplementos de salud y calidad de vida; al mismo tiempo, que proliferan los discursos sobre prácticas que impulsan el bienestar, que es representado como una meta a alcanzar y una búsqueda personal, ligada a lo emocional y lo espiritual. Estos discursos son reforzados por los medios de comunicación, que incorporan artículos sobre gimnasias, terapias alternativas y complementarias, terapias de cuerpo y mente, disciplinas de trabajo energético, técnicas de relajación y meditación, entre otras (D'Angelo, 2012)⁶.

El incremento en el uso de prácticas biomédicas y no-biomédicas no sólo está orientado a la curación de la enfermedad (biomédicamente conceptualizada), sino que se asocia también a un conjunto de acciones y estrategias de cuidado. En efecto, a la hora de 'cuidar | prevenir | mantener | no-enfermar | curar | tratar | atender' la salud y la enfermedad, los sujetos ponen en juego un conjunto heterogéneo de prácticas biomédicas (frecuentemente asociadas con un profesional biomédico o a prácticas de la medicina convencional) y no-biomédicas (caseras, alternativas, tradicionales) de cuidado de la salud y atención de la enfermedad.

³ La diferencia entre medicinas y terapias hace referencia a que en el caso de las terapias no hay un sistema médico que respalde la práctica (D'Angelo, 2012).

⁴ Resulta una preocupación en las ciencias sociales la definición misma de medicinas alternativas en tanto categoría global. Sobre este tema ver Freidin y Ballesteros (2010).

⁵ Para recuperar antecedentes de investigación de origen nacional asociados a las prácticas biomédicas y no-biomédicas ver la Tesina de Licenciatura en Sociología (Comiglio, 2016) "Prácticas, percepciones y articulaciones -biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a 'cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender' la salud y la enfermedad. Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento" (FaHCE/UNLP).

⁶ Las representaciones mediáticas de la crisis económica, política y social que estalló en 2001 favorecieron el consenso de discursos sobre el incremento de enfermedades y padecimientos originados por conflictos emocionales, es así como las problemáticas asociadas con malestares emocionales relativos a lo vincular y lo social se instalan en un contexto socio económico y político de temor a la pérdida del empleo, en una época de total incertidumbre en Argentina (D'Angelo, 2012).

En este contexto, esta ponencia propone, enmarcándonos en lo que se conoce como pluralismo médico (Menéndez, 2003), repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad, a la luz de las articulaciones, tensiones y complementariedad existente entre las prácticas biomédicas y no-biomédicas involucradas en el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado.

DE LAS ARTICULACIONES | TENSIONES | COMPLEMENTARIEDAD EXISTENTES ENTRE LAS PRÁCTICAS BIOMÉDICAS Y NO-BIOMÉDICAS.

En la última década, las estrategias y decisiones sobre el cuidado de la salud y las combinaciones y utilización de distintas formas de atención (en paralelo o no) abrieron un nuevo mercado de la salud en el contexto del capitalismo globalizado. Este contexto presenta características como la burocratización y la fragmentación de los sistemas de salud, la hiperespecialización de la profesión médica, la despersonalización de la atención, el incremento de los costos médicos, el crecimiento desmedido de la industria farmacéutica, así como también la proliferación de discursos que enfatizan la responsabilidad individual y el imperativo moral de mantener hábitos de vida saludables. Con la globalización cultural, se han diversificado las opciones de acción y “las prácticas de cuidado de la salud son vistas como “marcas” (markers) de opciones de estilos de vida” (Freidin y Abrutzky, 2010:16).

En la actualidad, las sociedades se configuran a partir de lo que se conoce como pluralismo médico, “la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003:186). Las formas de atención refieren no sólo a las prácticas de tipo biomédico sino a todas las formas de atención posibles, en tanto actividades que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado; éstas coexisten de manera antagónica pero a la vez complementaria y son producto de las condiciones religiosas, étnicas, económico - políticas, técnicas y científicas de cada contexto (Menéndez, 2003, 2005).

En nuestro país, es un hecho cada vez más frecuente entre sujetos de diferentes grupos sociales las estrategias de complementariedad⁷ en las formas de atención⁸ (Idoyaga Molina, 2005). Allí, no sólo

⁷ Distintas investigaciones se interesaron por el fenómeno de la complementariedad terapéutica: complementando entre medicinas no convencionales, por ejemplo, medicina religiosa y alternativa (Bordes y Alegranti, 2009) o complementando medicina alopática con MACs (Freidin, 2010; Sarudiansky, Bordes y Saizar, 2009; Sarudiansky, Saizar y Korman, 2013; Bordes y Saizar, 2014) y con medicina tradicional (Bejarano, 2004). También complementando MACs con terapias cognitivas provenientes del campo de la psicología (Korman y Garay, 2007). (Coniglio 2016).

hay articulaciones y transacciones armónicas, sino también hay conflicto y antagonismos, procesos de hegemonía - subalternidad⁹. Las articulaciones entre las formas de atención operan en dos niveles. Uno de los niveles es el relativo a las relaciones establecidas entre las formas de atención y uno de los diferentes operadores de las mismas (por ejemplo las articulaciones que ha establecido la biomedicina con la acupuntura o la quiropraxis). El otro nivel se refiere a la integración de dos o más formas de atención establecidas por los sujetos y/o grupos (Menéndez, 2005) que eligen combinar distintas formas de atención. Estos dos niveles pueden observarse, por ejemplo, en una tendencia que enfatiza la necesidad de articular la biomedicina con otros enfoques terapéuticos no-biomédicos, pero no sólo como iniciativa del sujeto que cuida su salud o atiende su enfermedad, sino que también ha sido impulsada, en algunos casos, por representantes de la biomedicina (en la consulta médica) por ejemplo en centros de medicina alopática que han incorporado el uso de medicinas no biomédicas (Sarudiansky, Saizar y Korman, 2013; Bordes y Saizar, 2014) o médicos que en su práctica clínica han incorporado medicinas alternativas (Freidin, 2010).

Estas articulaciones que llevan a cabo los sujetos, sus acciones y modos de operar con o sin presencia de enfermedad, son dinámicas. Son hechos sociales respecto de los cuales los sujetos construyen y reconstruyen estrategias | hábitos | prácticas biomédicas y no-biomédicas que “implican la puesta en juego de un variado abanico de recursos, tanto materiales como simbólicos, que se inscriben en un conjunto de relaciones e interacciones sociales que los sujetos constituyen a lo largo de sus trayectorias de vida” (Pagnamento y Weingast, 2007). Estas prácticas han sido resignificadas, especialmente en el medio urbano¹⁰, dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos (Menéndez, 2003).

⁸ Idoyaga Molina (2005) explica este fenómeno a través de la idea de “traslapo” entre la biomedicina, las medicinas alternativas, el autotratamiento, las medicinas tradicionales, las medicinas religiosas y étnicas. Este concepto, hace referencia a la complementariedad de las estrategias de atención de la salud.

⁹ Los modelos de atención no sólo están orientados “a las actividades de tipo biomédicas, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan, prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2003:186). La idea fundamental que postula Menéndez (1991) es que, en el proceso de atención de la salud, el MMH, intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias construidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico.

¹⁰ Sin embargo, “se destacan producciones académicas que fueron realizadas en distintas regiones donde la medicina está ligada a la cultura local, es decir, que perdura el uso de la medicina tradicional, sobre todo el curanderismo, y es propio de la cultura contar con un acervo de conocimiento sobre medicina popular o doméstica. Por ejemplo, en el NOA (Bejarano, 2004; Colatarci, 1999; Idoyaga Molina y Romero, 2008; Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011; Viotti, 2003), en La Pampa (Arteaga, 2006, 2009, 2010, 2012), en las poblaciones rurales de San Juan (Idoyaga Molina, 1999), de Santa Fe (Disderi, 2001) y de Catamarca (Strasser, 2014). Hay pocos trabajos sobre medicina tradicional que se desarrollan en grandes urbes, pero destacamos el de Arteaga y Funes (2010) que se desarrolla en el área metropolitana de Buenos Aires” (Coniglio, 2016:11).

- DE LAS PRÁCTICAS BIOMÉDICAS.

Las prácticas biomédicas están vinculadas con la función principal¹¹ del Modelo Médico Hegemónico (MMH)¹²: la curativo - preventiva. Estas prácticas se asocian, en algunas ocasiones, con la autoatención. En efecto, la biomedicina valora positivamente el autocuidado y genera toda una serie de actividades que impulsan la automedicación (más allá de que la misma sea cuestionada o vista negativamente por los profesionales del MMH). Es la propia biomedicina, la que ha impulsado campañas de promoción de la salud (por ejemplo con el uso del preservativo, no solo como técnica anticonceptiva, sino también como mecanismo preventivo respecto a enfermedades de transmisión sexual); ha impulsado que el sujeto aprenda técnicas sencillas para el tratamiento de enfermedades crónicas (auto-inyectarse insulina; leer glucosa en orina y/o sangre); o ha logrado que sujetos con distintos niveles de ingresos incorporen o se apropien de equipamiento como el termómetro, el tensiómetro, el nebulizador, entre otros; o ha conformado pacientes con gran cantidad de información técnica, que no sólo cuestiona | discute | no-cumple con las prescripciones del médico, abandonando o modificando tratamientos, tomando decisiones sobre aumentar, reducir, espaciar dosis; sino que debido a la gran cantidad de información que posee, escucha y obedece a la experiencia de su propio cuerpo con el tratamiento recetado (Menéndez, 2005). A este último tipo de paciente le interesa mejorar y controlar su salud, a partir de la información que posee y de su propia experiencia. Éste “se conoce como el caso del “paciente bien informado” (...) [que] no suele cuestionar el “poder médico” ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un fuerte partidario de ella” (Menéndez, 2005:64).

En este sentido, entre las dos formas de atención dominantes en las sociedades actuales: la biomedicina y la autoatención¹³ (Menéndez, 2005), opera una relación dinámica; éstas son fundamentales en el proceso de salud/enfermedad/atención, dado que lo que acontece en la autoatención es fundamental para las decisiones posteriores que tome el sujeto, por lo que a partir de ésta se definen las articulaciones con las otras formas de atención.

¹¹ Es la principal porque es la función donde se manifiestan todas las otras funciones del MMH: las funciones normalizadoras, de control y de legitimación, que sólo pueden ser asumidas en la medida que sus objetivos sean por lo menos formalmente curativos-preventivos. El hecho de prevenir un padecimiento supone normalizar y controlar, que son otros de los fines del MMH (Menéndez, 1985).

¹² “El MMH se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía - proletariado. (...) En un nivel manifiesto dicho modelo aparece asociado en su desarrollo a la lucha y abatimiento en toda una serie de padecimientos que pueden ser vinculados con las condiciones de vida de las clases subalternas. (...) La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad” (Menéndez, 1985).

¹³ Menéndez (1983, 1985, 1991) propuso tres modelos de atención, en tanto instrumentos metodológicos para explicar las formas de atención de la enfermedad: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo alternativo subordinado y el modelo de autoatención.

La biomedicina impulsa, favorece, incorpora o acepta formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación (Menéndez, 2005), y al mismo tiempo la cuestionan. Esto es importante mencionarlo, debido a que muchas de las acciones de curar | tratar | atender la salud y la enfermedad que efectúan los sujetos son prácticas que han sido impulsadas por la biomedicina, incluso también ha impulsado el uso de prácticas no-biomédicas en combinación con prácticas biomédicas¹⁴. “Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos procedentes de diferentes orígenes, debe asumirse que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes (...) de las actividades de autoatención” (Menéndez, 2005:61).

- DE LAS PRÁCTICAS NO-BIOMÉDICAS.

Dentro de las prácticas no-biomédicas encontramos las asociadas a significantes como los del autoconocimiento, la conciencia de sí y el registro del cuerpo (Bordes, 2014). El sentido de lo terapéutico, se despega aquí de la connotación de la medicina hegemónica para dar cuenta de un abanico de acciones -algunas eclécticas- que estaban instaladas en la medicina tradicional y/o doméstica (como por ejemplo la cura por la palabra) y otras que están instalándose desde la década pasada en nuestra cultura (como los libros de autoayuda, grupos de apoyo, programas de reafirmación personal, entre otros) (Illouz, 2010). Dentro de este abanico de prácticas no-biomédicas se puede observar un mercado no sólo de gimnasios, estudios de pilates, danza terapia, centros de reiki, si no también, de vegetales orgánicos, dietéticas, medicamentos herbolarios “una parte de los cuales pueden ser comprados en mercados “populares”, en cadenas internacionales de supermercados o en tiendas “naturistas”, y por supuesto en los viejos “huertos” y en los nuevos “jardines” herbolarios” (Menéndez, 2015:311). También podemos encontrar una serie de prácticas y saberes tradicionales, como la curación del mal de ojo (Menéndez, 2015), el empacho y prácticas caseras que utilizan los sujetos para aliviar dolores (por ejemplo, mojar un algodón con whisky y colocarlo en la muela para el dolor, entre otras prácticas).

En efecto, las estrategias de cuidado de la salud y atención de la enfermedad con prácticas no-biomédicas son aquellas fundamentalmente provenientes de las medicinas alternativas,

¹⁴ Idoyaga Molina (2005) afirma que “la combinación de la biomedicina con el yoga es recurrente entre individuos con malestares de columna, artritis, diabetes y trastornos de ansiedad. El reiki suele combinarse en el caso de dolientes con problemas cardíacos, párkinson y depresión. En los itinerarios terapéuticos de sufrientes de enfermedades que pueden ser letales como el cáncer se advierten ciertas características particulares, tales como: a) que existen terapias específicas para este mal como la crotoxina, hansí y cresenti, aun formas de autotratamiento particulares como el consumo de gorgojos (coleópteros: Coleoptero Palembus Dermestoides) y b) que algunas de las terapias tienen base científicas o pseudo científicas como la crotoxina, el método hansí y el cresenti, que son sugeridas y practicadas por biomédicos. Lo expuesto no quita que muchos pacientes oncológicos opten también por el yoga, el reiki o los masajes bioenergéticos, entre otras” (Idoyaga Molina, 2005:131-132).

complementarias, tradicionales, no convencionales y otras modalidades asociadas a estilos de vida saludables¹⁵. Es decir, que hablamos de una gran diversidad de prácticas de cuidado de la salud algunas más sistematizadas que otras. En la actualidad, la mayor visibilidad y presencia de prácticas no-biomédicas, no sólo se encuentra asociada a causas externas, tales como el contexto capitalista y la difusión en medios de comunicación, sino que también está dada por la eficacia terapéutica atribuida a la práctica por los mismos usuarios. (Saizar, 2008). Algunas prácticas no-biomédicas tuvieron un impacto y permanencia entre sujetos de distintos grupos sociales y económicos. El ejemplo más claro es la práctica del yoga, que si bien, cuando comenzó a practicarse en Argentina estaba dirigida a sectores urbanos con altos niveles de educación e ingresos, la difusión en programas de televisión, revistas de salud, páginas de internet, libros y la oferta gratuita o a costos accesibles en centros barriales, gimnasios, talleres municipales, parroquias, centros culturales, la convirtieron en una práctica popular de todos los sectores sociales (Saizar, 2008).

DE LAS CLAVES PARA REPENSAR LOS CONCEPTOS DE CUIDADO DE LA SALUD Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Cuando el sujeto asume una situación de enfermedad decide qué hacer al respecto entre: la autoatención (medicina doméstica, automedicación, visita al lego), la consulta médica (con algún representante de la biomedicina), la visita al curandero (medicina tradicional), la consulta religiosa, (consulta privada o con algún grupo de sanación religiosa), la consulta a alguna práctica alternativa, entre otras posibilidades que incluyen el no tratamiento. Esta elección que puede no ser excluyente, y que se realiza en función de un conjunto de factores que hacen a la vida del sujeto (que puede ser su condición socioeconómica, su tenencia o no de cobertura médica, sus convicciones sobre la salud, sus tradiciones familiares, entre otras) implica la toma de decisiones en relación a las prescripciones recibidas y a cómo seguir con el tratamiento o a no hacer ningún tratamiento hasta volver a un “estado de salud”. En efecto, son decisiones que tienen que ver con *curar* | *tratar* | *atender* la salud y la enfermedad.

¹⁵ Para categorizar esta heterogeneidad vamos a distinguir, de acuerdo con el NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health) entre los “Sistemas médicos alternativos”, como la acupuntura, la ayurveda, la homeopatía, la medicina china; las “Terapias basadas en el cuerpo y de manipulación del cuerpo” o “terapias del cuerpo”, como pilates, masajes, quiropraxia, osteopatía, entre otras; las “Terapias del cuerpo y la mente”, que incluyen un grupo amplio y diverso de procedimientos o técnicas administradas o enseñadas por un profesional capacitado o profesor, como meditación, yoga, tai chi, reiki, biodanza, reflexología, danza terapia, entre otras; y las “Terapias basadas en la biología”, ya sea modificando la dieta y hábitos alimenticios (dieta vegana, vegetariana, macrobiótica, ayurveda, Raw - Food) como también incorporando a la dieta productos naturales diversos (como suplementos dietarios, Omega 3, Ginseng, Ginkgo biloba, té verde, hierbas medicinales, levadura de cerveza, espirulina, semillas, suplementos vitamínicos, leche de almendras). Otros métodos complementarios que no están incluidos en estas categorías son las prácticas de curanderos tradicionales y shamanes.

Sin embargo, en determinadas situaciones no se presenta ninguna enfermedad y los sujetos también realizan prácticas de cuidado de su salud como consultas médicas; chequeos médicos anuales (análisis de sangre y orina, prueba de papanicolaou, electrocardiograma); actividades físicas | mentales | emocionales | espirituales (como natación, correr, yoga, meditación); se ocupan por una tener una alimentación adecuada; recurren a productos naturales; beben la cantidad recomendada de agua; entre otras acciones de cuidado. En efecto, cuidar también incluye *prevenir* | *mantener* | *no-enfermar*.

Es en este sentido, que las tensiones preexistentes en el conjunto de acciones asociadas con '*cuidar* | *prevenir* | *mantener* | *no-enfermar* | *curar* | *tratar* | *atender*' la salud y la enfermedad, nos ayudan a enmarcarnos en el contexto amplio en el que debe pensarse el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado. Hay múltiples maneras de experimentar el proceso de búsqueda de salud y éste involucra "creencias, elecciones, roles, prácticas, relaciones de poder e instituciones que supera el modelo biomédico de la enfermedad, enfrentándonos entonces a un concepto más amplio de la salud, la enfermedad y la atención" (Sarudiansky, 2010:914).

Cuidar la salud contempla todas las acciones que el sujeto realice para el cuidado de su salud, sin que necesariamente se haya alcanzado un estado de enfermedad¹⁶. En efecto, la acción de cuidado de la salud se realiza con o sin presencia de padecimiento|enfermedad¹⁷ involucrando tanto a las prácticas biomédicas como a las no-biomédicas.

A MODO DE CIERRE.

Pensando a la salud en términos de campo, desde el punto de vista sociológico, se evidencia un proceso de reconfiguración estructural en el que la emergencia de opciones de cuidado y atención de la salud y la enfermedad novedosas se articulan con prácticas que se encontraban solapadas (Bordes, 2009).

En este trabajo, se intentó plantear algunas claves para repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad, asociados a las tensiones y articulaciones entre las prácticas

¹⁶ Este trabajo se inserta en el debate relacionado con quién impone los términos del cuidado de la salud y sobre la individualidad del proceso de autocuidado. Para Menéndez (2005) la diferencia entre autocuidado y autoatención radica en el énfasis dado a lo individual por las propuestas de autocuidado y la orientación hacia la salud colectiva que caracteriza la autoatención, que refiere a acciones de tipo asistenciales. Sin embargo, es importante resaltar todo un conjunto de prácticas que realizan los conjuntos sociales sin que exista un padecimiento o enfermedad; que en muchos casos varían dependiendo de las condiciones socioeconómicas y culturales que tengan los sujetos.

¹⁷ Para ampliar las definiciones de padecimiento | enfermedad ver la Tesina de Licenciatura en Sociología (Coniglio, 2016) "Prácticas, percepciones y articulaciones -biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a '*cuidar*|*prevenir*|*mantener*|*no-enfermar*|*curar*|*tratar*|*atender*' la salud y la enfermedad. Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento" (FaHCE/UNLP).

biomédicas y no-biomédicas, involucradas en el proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado, teniendo en cuenta este nuevo “régimen” de pluralidad de las formas de atención y cuidado de la salud y la enfermedad.

Éstas están definidas en términos biológicos, pero también en términos sociales. Existe una interrelación dinámica entre lo social y lo biológico porque “el proceso biológico humano mismo es social”¹⁸ (Laurell, 1982:8). En este sentido, el proceso de salud/enfermedad/atención opera estructuralmente en toda sociedad (Menéndez, 1994); supone respuestas sociales, formas de atención (tratamiento o no-tratamiento | biomédico y/o no-biomédico), y por ello se constituye como una de las áreas donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas de las sociedades actuales.

El cuidado de la salud, en este sentido, no debería estar asociado *necesariamente* al cuidado en situación de enfermedad. Sino que, en las sociedades actuales, existen múltiples modalidades de cuidado y atención - con prácticas biomédicas y no-biomédicas - utilizadas en paralelo o no.

Desde esta perspectiva, la consulta (reitero: con presencia o no de enfermedad) ya sea con un representante de la biomedicina o de cualquier terapia o medicina alternativa y/o tradicional, no es el eslabón final de una cadena, sino un nodo que permite circular por -y reproducir- la red (Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013). Los usuarios de medicinas y practicas biomédicas y no-biomédicas son parte de un circuito más amplio, lleno de opciones heterogéneas de cuidado, al que acceden ya sea por sugerencias de personas que los rodean o por recomendaciones de otros especialistas como puede ser el médico convencional (alopático) o el especialista no convencional (un especialista en medicina alternativa) que conecta a los pacientes con otros nodos de la red. En efecto, es posible que sea el médico clínico (del MMH) el que le recomiende tal o cual medicina o terapia alternativa o tradicional; o un representante de la medicina alternativa, como por ejemplo, un instructor de yoga el que contacte al usuario con productos naturales, dietas ayurvédicas, masajistas, preparadores de viandas, y un conjunto de actividades para profundizar la práctica. Así, las formas de atención se complementan.

La utilización y combinación de distintas medicinas ha abierto un nuevo mercado de la salud en el contexto del capitalismo globalizado. Estas formas de atención y cuidado de la salud y la

¹⁸ La mejor forma de comprobar el carácter histórico y social de la enfermedad se verifica en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (Laurell, 1982). Para ello, Laurell (1982) estudia las estadísticas oficiales mexicanas, específicamente las causas de muerte y los cambios en el perfil patológico en relación al tipo de patología, la frecuencia con la cual se presentaba y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad. Constatando que el perfil patológico cambió en distintos momentos observados y que esto no puede explicarse sólo como un resultado del desarrollo médico, ya que si bien hubo un desarrollo de medidas de prevención (como las vacunas), no hubo un desarrollo del modelo medico hospitalario; a esto se suma el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico.

enfermedad, varían dependiendo del contexto socioeconómico y demográfico, y de los principales padecimientos que se presentan en los diferentes contextos. En este sentido, reconocemos que tanto las formas de atención de la salud y la enfermedad, como la construcción de los padecimientos son hechos sociales. Cuidar la salud y atender la enfermedad son hechos sociales, respecto de los cuales, “los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente” (Menéndez, 1994:71), otras no. Son hechos cargados de valores y significaciones, que se construyen y reconstruyen en un entramado de relaciones sociales.

Definir, tanto la salud como la enfermedad, para los organismos internacionales (la OPS, la OMS, UNICEF, entre otros) ha sido una tarea compleja que continúa en constante revisión y discusión. Los conceptos son amplios y complejos, pero sin dudas constituyen un hecho de relevancia para los sujetos y una preocupación en nuestras sociedades. Es evidente que el campo de la salud es un campo dinámico que se reconfigura permanentemente y es un desafío de las ciencias sociales reinterpretar y repensar las relaciones que se establecen, los capitales en juego, las nuevas configuraciones, las representaciones sobre el cuidado y el propio cuerpo.

Este trabajo insta a seguir estudiando la temática, ya que resulta fundamental recuperar los múltiples procesos de búsqueda de salud que experimentan los sujetos, incluyendo toda una serie de estrategias | posibilidades | prácticas que utilizan: - para cuidar, prevenir y mantener la salud sin presencia de enfermedad; - para curar, tratar, atender y atravesar la enfermedad hasta volver a un estado de salud.

BIBLIOGRAFÍA.

- Ballesteros, M. y Freidin, B., (2010) “Dificultades en la conceptualización y en el registro de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias”. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata. Argentina.

- Bordes, M. (2009) “Observaciones sobre las estrategias de producción de sentido frente al cambio social”. Argumentos. UAM-X. México. Las humanidades y la globalización. Dossier. Nueva Época. Año 22. N° 61.

(2014). "Escuchar el cuerpo y creer en eso". Exploraciones en torno a la noción de registro de sí en el marco de las medicinas alternativas (Buenos Aires, Argentina). Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, (19), 143-167.

- Bordes, M. y Saizar, M., (2014) “¿Hospitales New Age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)” En Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Varios autores. Universitat Rovira I Virgili, 2014.
- Coniglio, J. L. (2016) Prácticas, percepciones y articulaciones -biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a 'cuidar | prevenir | mantener | no-enfermar | curar | tratar | atender' la salud y la enfermedad. Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento. Tesis de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica.
- D'angelo, A. (2012). “Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental. Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención”. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Memoria Académica.
- Freidin, B. (2010). “Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa”. Eä - Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, 1(3), 1-28.
- Freidin, B., Ballesteros, M., & Echeconea, M. (2013). “En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires”. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Freidin, B., y Abrutzky, R. (2010). “Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios”. Documento de Trabajo, 54.
- Freidin y Ballesteros (2010). “Dificultades para en la conceptualización y en el registro de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias” Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP-2010, La Plata, Argentina.
- Idoyaga Molina, A. (2005). “Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual”. Scripta Ethnologica, 27, 111-147.
- Illouz, E. (2010) “La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda”. Buenos Aires, Ed.: Katz.
- Menéndez, E. (1983) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, Cuadernos de la Casa Chata, n° 86.

(1985) “Modelo hegemónico, crisis socio-económico y estrategias de acción del sector salud”. Cuadernos Médico Sociales, 33,3-34

(1990) “El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis”. En Morir de alcohol: saber y hegemonía. Capítulo III. (83 – 117) Alianza Editorial Mexicana.

(1994) “La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?” Alteridades 4 (7):71 - 83.

(2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1):185 - 207.

(2005). “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. Revista de Antropología Social, (14), 33-69.

(2015) “Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder”. Salud Colectiva. 11(3):301-330.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”.

- Pagnamento, L. y Weingast, D. “Estrategias ante la enfermedad. Un campo que no se negocia”.

- Saizar, M. (2008). “Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina)”. Sociedade e cultura, 11 (1).

- Saizar M., Sarudiansky M., y Korman, G. (2013) "Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina." Psicología & Sociedade 25.2 (2013): 451-460.

- Sarudiansky, M. (2010). “Entre la emoción y la enfermedad: Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina)”. RBSE, 9 (27): 889 a 921.