

Dossier:
**Medicinas y/o terapias
alternativas en Uruguay**

*Investigación colectiva del Programa de Antropología y Salud
Departamento de Antropología Social-FHCE*

*Sonia Romero Gorski
Blanca Emeric
Fabiana Davyt
Selene Cheroni
Virginia Rial
Ana Cecilia Rodríguez
Ana Buti
Fabricio Vomero*



La diversidad en el campo de la salud

Sonnia Romero Gorski

Presentación

En esta introducción al *dossier* reviso en primer lugar conceptos teóricos y análisis anteriormente producidos (S. Romero, 1993-2003), a propósito de la complejidad y transformaciones del campo de la salud; el objetivo es avanzar desde allí hacia la comprensión del auge actual de oferta y demanda de terapias y/o prácticas medicinales llamadas ‘tradicionales’ y ‘alternativas’, de curas mágico-religiosas, chamánicas y múltiples técnicas de sanación y armonización. El tema fue abordado en equipo durante los primeros meses del año 2004, realizando una búsqueda documental y trabajo de campo, con visitas a instituciones, entrevistas a diferentes especialistas, con observación y registro de programas de difusión mediática. Una variedad de tratamientos y/o sistemas de atención (desde los tratamientos vinculados a las características *new age*, a la acupuntura, a sanaciones de tipo mágico-religiosas) fueron localizados en Montevideo y en el área este de influencia metropolitana, conocida como Ciudad de la Costa.

Se tomó en consideración también la permanencia de prácticas de ‘medicina popular’, remanentes residuales de conocimientos empíricos y simbólicos en medio rural, contando con un estudio de caso en Valle Edén, Dpto. de Tacuarembó, a unos 300 kilómetros de la capital.

Un aspecto a destacar es que la diversidad de sistemas y/o terapias no tiene un vínculo exclusivo con necesidades materiales de la población, sino que en general la demanda surge como forma de complementar diagnósticos o tratamientos ya aplicados y juzgados como insuficientes. Al mismo tiempo intervienen como prevención, como sistema de consulta y auxilio inmediato, disponibles en el entorno familiar, ve-

cindario u otros. Se distribuyen grosso modo en dos grandes categorías, según que los mismos operen en el orden empírico o en el orden simbólico; al primero corresponden aquellos tratamientos que se proponen actuar sobre el plano físico, el dolor, patologías y/o descompensaciones psico-físicas. Al segundo corresponden aquellas acciones o sistemas que trabajan sobre la representación del mal, de la enfermedad y la dolencia, apelando a la unidad del ser en conexión con un universo circundante ya sea natural, social, espiritual, o supramundano.

En los tratamientos que trabajan desde el orden simbólico es necesario interrogar el estatuto de la creencia, como clave de la *eficacia simbólica*, aunque cierto grado de creencia, aceptación o convicción siempre cuenta dentro de condiciones de *eficacia objetiva* en el orden empírico. Sobre estos tópicos entramos en terreno compartido por el psicoanálisis y la antropología; la persona y su circunstancia pueden ser manipuladas con una meta de sanación, según ciertas condiciones culturales.¹

Antecedentes

Un antecedente de esta incursión en el estudio de sistemas de atención fuera del ámbito de la medicina oficial, está en mi contribución a un primer seminario organizado en el Instituto Goethe y en el libro correspondiente sobre, *La Medicalización de la Sociedad*, (Instituto Goethe y Ed. Nordan-Comunidad, Montevideo 1993, reedición 2003).

En aquel seminario, varios especialistas –desde las ciencias médicas a las humanidades– habíamos abordado la problemática del título. En mi trabajo –“*Transformaciones en el campo de la salud en Uruguay: ¿una revolución cultural?*”– había planteado aspectos que resultaron novedosos: la salud y los procesos de atención/enfermedad no se reducían en la práctica ni en las representaciones a las competencias de un único sistema médico que trata con autoridad problemas o disfunciones bio-psíquicas de las personas. Expuse evidencias de que la salud se encuentra en un campo relacional que se mueve tironeado por tendencias globales y locales, externas e internas al propio campo, que nuevos agentes de asistencia y/o curación hacen su entrada o simplemente reaparecen según nuevas condiciones socioculturales del contexto, que nuevas demandas, nuevos posicionamientos y/o cuestionamientos de tipo social y cultural se enfrentan a la hegemonía médica (o en otras palabras, se discute la exclusividad de la medicina oficial, académica, con prácticas que se denominan genéricamente, y no siempre acertadamente, como alternativas).

Al cumplirse los 10 años del seminario y de su publicación, el Instituto Goethe convocó a un segundo Seminario a fin de profundizar y actualizar temas de la *Medicalización* y la *Desmedicalización* (Montevideo, 1 al 3 de junio 2004). Para responder a la invitación propuse al equipo de Antropología y Salud hacer una rápida investigación colectiva sobre el panorama de las Medicinas Alternativas en Uruguay ya que había sostenido una década atrás que este aspecto era un emergente dentro del campo de la salud en Uruguay, no sólo porque introducía nuevos agentes sino también

1. Breve caracterización étnico-cultural del Uruguay: la mayoría de la población de poco más de 3 millones vive en ciudades, 97% aproximadamente es el índice de alfabetización; la laicidad es obligatoria, es decir no existe religión oficial y hay libertad de cultos. La base más amplia de la población es tercera o más, generación de descendientes de inmigrantes europeos; existen unidades ‘étnicas’ o minorías que mantienen relativamente endogamia y tradiciones propias: afrodescendientes, judíos, armenios, rusos del Cáucaso, entre otros. La población indígena autóctona no sobrevivió más allá del siglo XIX como unidad étnica, aunque cierto grado de mezcla con otras poblaciones y/o acriollamiento, permitió la transmisión en estado residual de elementos culturales de origen, algunos de los cuales integran recetas de la llamada ‘medicina popular’.

porque producía cambios de actitudes y sentidos asociados a las demandas. El desafío, para la actualización del tema, consistió en contrastar aquel primer trabajo con el contexto actual –muy marcado por condiciones socioeconómicas desfavorables–, y ver si los conceptos, los desarrollos, resistían la prueba del tiempo transcurrido, ver si las previsiones mantenían vigencia.

En 1993 había abordado el tema desde la observación y verificación de cambios socioculturales inéditos, vinculados con efectos mundiales de una mayor interacción de los mercados y de una intensa diversificación cultural, que algunos autores llamaron *posmodernidad* y M. Augé definió como *sobremodernidad*. Observando los efectos de estas transformaciones sobre el campo de la salud, sostuve entonces que, “La mayor movilidad de los escenarios, y en su interior, de los actores, roles y funciones, es una tendencia que toca diferentes instituciones y campos, entre ellos el de la salud; las reterritorializaciones se producen allí tanto del lado de la cultura informal como en las ciencias médicas”. (S. Romero, 1993: 126)

Referentes teóricos

El recurrir a la ‘caja de herramientas conceptual’ de P. Bourdieu me había asegurado que la complejidad del tema ‘salud’ podía caber dentro de categorías y clasificaciones aclaratorias; el concepto de *campo* fue a partir de allí una referencia ineludible; el saber que todo campo es una configuración relacional, dotado de una gravedad específica, capaz de imponerse a todos los objetos y agentes que penetran en él, pues “todo campo, como un prisma refracta las fuerzas externas en función de su estructura interna” (Bourdieu y L. Wacquant, 1992, citado en S. Romero, 1993: 127), se unió adecuadamente con la constatación de que la dinámica social definía transformaciones profundas en la atención, prevención y representaciones de la salud/la enfermedad. Devino entonces la adaptación del concepto bourdiano, en *campo de la salud*.

113

“Es precisamente desde la cultura informal y desde las expectativas individuales (principalmente construidas por los medios) que se están impulsando cambios en las reglas de juego en el campo de la salud” (...)

“No dudamos en caracterizar esos cambios que estamos observando como una revolución cultural. Es indudable que en su complejidad como hecho social, se entretienen transformaciones que trascienden no sólo la salud, sino la esfera económica y el ámbito nacional, ya que quizás nunca antes las sociedades y los individuos hayan estado tan interrelacionados en empresas y en fenómenos extraterritoriales”. (S. Romero, op. cit.: 128)

Había observado que los cambios impulsaban transformaciones en los pacientes, en la sociedad y en las profesiones dentro del campo de la salud. Cambios en las especializaciones, en las ofertas y las demandas.

Para comprender estos movimientos a nivel de imaginario, representaciones y actitudes que no provenían de un único lugar social o institucional, pero que podían ser captadas cualitativamente en lo microsocio en situaciones concretas e identificadas cuantitativamente a lo largo de los períodos, recurrí a otra ‘caja de herramientas’ (G. Deleuze, 1990, Pourparlers, Les Editions de Minuit, Paris), y allí las categorías de *pensamiento de estado* y *pensamiento nómada* fueron muy apropiadas para pensar y dar cuenta de los fenómenos referidos. “Pensamiento de estado” aplicado al campo de la salud para describir mejor el estatuto de la medicina oficial, llamada occidental (o biomedicina), ya que todo lo que recubre su accionar y su influencia remite a su legitimación social oficialmente establecida, a un conocimiento institucionalizado, codificado/escrito, con formalidades varias, con vigencia ‘universal’.

Con el concepto de “pensamiento nómada” quedaban perfectamente ubicadas y caracterizados los tratamientos o sistemas ‘médicos’ que evolucionan en un plano informal, sin legitimación oficial y que se comunican socialmente e incluso de un sistema cultural hacia otros, por situaciones de contacto cultural, sistemas de pensamiento o *ethos* que se difunden dentro de opciones de estilos de vida que no se atan a un único territorio (por ejemplo difusión del ideal de retorno a una ‘vida natural’, consumo de alimentos naturales, tratamientos no invasivos...). En aquél momento (1993) la mayoría de las medicinas tradicionales –que provienen de culturas tradicionales de la India, China y otros–, ya se habían difundido en el mundo occidental (desde los años 1970), pero eran poco o nada reconocidas en Uruguay; (esto independientemente de que los sistemas o tratamientos fueran oficiales en sus culturas de origen, como los casos del Ayurveda y de la medicina china). La variedad de medicinas o sistemas de atención comenzaron a difundirse aquí tardíamente avanzados los años 1990; algunos se encontraban comprendidos dentro de marcos religiosos (es el caso del umbandismo) y otros no (tratamientos florales), pero compartían todos la preocupación por el bienestar, por una salud integral.

Evaluando lo observado hasta aquél momento, había considerado a la existencia del conjunto de ‘medicinas alternativas’ como parte y/o manifestación destacada de cambios socioculturales globales, incluyéndolas a su vez como factores de cambio dentro del propio campo de la salud.

Actualización

Diez años después ¿podemos decir que aquellos análisis mantienen su vigencia, o dicho de otro modo, las categorías teóricas evocadas resisten una confrontación con datos empíricos actualizados? De forma inmediata, y previa a la respuesta, es necesario subrayar el interés antropológico que encontramos en los resultados de la indagación colectiva (y que habrán de proseguirse en futuros desarrollos).

- 1) Un primer punto parece ineludible: desde la actualidad no encontramos ningún anacronismo en los análisis anteriores. Los conceptos teóricos y los supuestos manejados en el primer trabajo (S. Romero, 1993) se revelan ajustados y se comprueba que prosiguió el avance o la presencia más explícita de las ‘medicinas alternativas’, aunque sea necesario completar y complejizar las nuevas observaciones.
- 2) El mayor grado de difusión e institucionalización de terapias alternativas o de prácticas que pueden ser consideradas dentro de una esfera mágico-religiosa, así como de la homeopatía y la acupuntura ‘normatizadas’ dentro de la medicina oficial, son fenómenos bastante recientes que indican la necesidad de apuntar hacia la complejidad intrínseca del *sistema de atención y de salud* ya que los agentes que efectivamente atienden en dichas especialidades son profesionales cada vez más diversificados en sus fuentes de conocimiento (ref. Bruno Dujardin, 2001; Olivier de Sardan, 2001, Curso Internacional de Investigación en Sistemas de Salud, Ecole de Santé Publique, Universidad Libre de Bruselas).
- 3) Este último enfoque no es excluyente del mantenimiento del concepto de *campo de la salud*; una demostración de la realidad del ‘efecto de prisma’ al que refería P. Bourdieu, está claramente expresada en la absorción dentro de la medicina oficial, y sometimiento a normativas que dictan las autoridades en la materia, de la acupuntura como práctica médica, autorizada a ser ejercida por médicos habilitados, (desde el 2001).

- 4) Consideramos igualmente que es válido mantener la idea de *revolución cultural* en el campo de la salud, ya que ahora se puede comprobar que los cambios que se esbozaban a principios de los 90' están hoy confirmados y se ubican naturalmente en el plano representacional, en las actitudes y en las múltiples posturas que diversifican la composición del campo. Así encontramos una emergente actitud que centra la interrogación y/o expectativas sanadoras sobre el propio cuerpo y el estilo de vida (el sujeto en cuestión).
- 5) Se busca apoyo en tradiciones, concepciones, técnicas y prácticas que vienen desde vertientes culturales diferentes y hasta remotas, de la mano de una variedad de especialistas los cuales hoy por hoy integran el campo de la salud, o en terminología más descriptiva, son componentes del 'sistema de atención y de salud' (ref. B. Dujardin, O. De Sardan, idem). La entrada e instalación de estos agentes en dicho sistema se vincula con una demanda social, motivada en un nuevo *ethos* en el cual se destaca la actitud de búsqueda y apertura hacia la diversidad, y no tanto como resultado de un desencanto puntual o rechazo radical hacia el sistema biomédico, tampoco puede atribuírsele una razón por carencias económicas ya que la mayoría de las nuevas ofertas de tratamientos no son gratuitas. Por el contrario forman parte de un movimiento cultural global de amplio espectro y que descubre o redescubre antiguas tradiciones que trabajan a partir de la convicción de que existen zonas bio-psíquicas que escapan a las intervenciones de la ciencia positiva, zonas del *self* donde es posible una manipulación eficaz, sin ser necesariamente mágica.
- 6) Podemos evocar a propósito de estos fenómenos conceptos canónicos de la antropología en su primera época, y que paradójicamente parecen adquirir nuevo sentido dentro de la era de la globalización y/o mundialización. La expansión, nuevo interés y aceptación de prácticas que se reclaman de tradiciones celtas o de los indios navajos, entre tantas, se enmarcan dentro de lo que podemos llamar movimientos de revival o *resistencia cultural*. Es decir que desde una cultura alejada, y con argumentos propios de esa tradición lejana, se puede resistir localmente y defender alternativas a propuestas del mundo contemporáneo: por ejemplo, resistirse a la medicalización de la vida individual y social. De alguna manera asistimos a un verdadero fenómeno de *difusión cultural*, aspecto posible y sustentable con avances tecnológicos y cambios en un estilo de vida con referentes 'deslocalizados'. Existen asociaciones y redes virtuales que difunden conocimientos, principios y técnicas chamánicas, así como se difunden resultados y se realizan convocatorias a encuentros, seminarios, talleres, vinculados a los llamados *neochamanismos*. Casualmente, y como prueba de lo que estamos sosteniendo, mientras preparábamos este trabajo, el equipo de Antropología y Salud recibió la visita de un especialista, sanador suizo, que venía por tercera vez en misión a Uruguay; vino a perfeccionar la formación de 'su' comunidad, gente de diferentes edades, ocupaciones y géneros, interesados en prácticas preventivas, terapéuticas y de crecimiento personal. Nos habló de la enseñanza de rituales complejos –como la Rueda del Sol de tradición navajo–, para los que es necesario diferentes niveles de preparación y concentración. Su presentación fue en todos sus términos coincidente con la bibliografía más reciente consultada y que da cuenta de la permanencia y revitalización de tradiciones amerindias, de pueblos del ártico, celtas y otros. (Ref. Revue *Diogène. Chamanismes*. Dirección de Roberte N. Hamayon. Ed. PUF-Quadrige, 311pp. Paris 2003).

Tradiciones de sanación, medicinas alternativas, curas mágico-religiosas, recetas populares

Proponemos una mirada actualizada, tratando de ordenar los materiales recogidos como evidencias etnográficas locales, dentro de una complejidad y diversidad creciente.

Grosso modo podemos decir que en el orden empírico encontramos conocimientos y acciones que tienen por objetivo el plano físico, la dolencia, el dolor. Mientras que en el orden simbólico se relevan tratamientos y/o rituales que actúan sobre la representación del mal.

Las diferentes ‘medicinas’ y/o tratamientos son complementarios de diferentes prácticas de sanación, apelándose a la vez o alternativamente a la medicina oficial, a sistemas religiosos, a saberes antiguos, a sistemas naturales... que pueden ser clasificados de acuerdo a su mayor o menor grado de vinculación con uno u otro orden, aún cuando se entienda que no es posible establecer en todos los casos fronteras excluyentes.²

Así por ejemplo en un consultorio donde se hacen tratamientos de reflexología se observó que los tratamientos pueden ser calificados como ‘suaves’ o ‘delicados’ ya que no se incluyen técnicas invasivas ni exigentes con aparatos o instrumentos como los que se aplican en las sesiones de fisioterapia (sistema médico). Se avanzó sobre interrogantes en cuanto a una recomposición de nuevos espacios de religiosidad, o diversificación de la espiritualidad con respecto al cuerpo y su sanación como alternativa cultural a las tradiciones netamente occidentales, referidas a la biomedicina. (ver B. Emeric, “Tratamientos alternativos-complementarios en un centro de terapias naturales y estéticas”.)

En las diferentes aproximaciones fue ineludible plantearse la cuestión de la aceptación amplia de tratamientos ‘exóticos’; F. Davyt realizó una reseña extensa sobre la variedad de ofertas de reiki, florales, digitopuntura, moxibustión, biodanza –dentro de un mismo paradigma de prácticas alternativas–, y dice al respecto que las sanaciones se dan en enfermedades o dolencias que no habían tenido buena resolución a través de la medicina oficial. Los terapeutas consideran que el éxito de los tratamientos no siempre es tan evidente a nivel físico, pero sí a nivel psíquico y/o emocional, que tienen que ver con cambios que se producen en la percepción del sí mismo, en una búsqueda de la dimensión espiritual de la existencia. En cuanto a la oferta de servicios constató, como en el caso anterior, que los terapeutas no hacen propaganda para difundir sus servicios, se va creando *una comunidad terapéutica* en torno al sanador, respaldada por una ‘clientela’. (ver “Vigencia de terapias o tratamientos holísticos complementarios”, F. Davyt).

Hay casos en que subyace o directamente domina la creencia como clave de resultados positivos. Cuando se observan tratamientos enmarcados en sistemas religiosos, el vínculo o apelación a la fe de los ‘pacientes’ es explícito. Vemos cómo a pesar de la diferencia de cultos, se relevan recurrencias sobre posibilidades de tratamientos o curas desde un sistema de creencias religiosas. En el estudio sobre prácticas ‘sanadoras’ de la Iglesia Universal, S. Cheroni anotó que la enfermedad es vista tanto como consecuencia del pecado que enferma el alma o como una prueba que Dios le pone a las personas. En las sesiones del culto son muy importantes los ‘relatos de conversión’ que marcan para las personas, y sus dolencias, un Antes y un Después. Observa una ‘eficacia funcional’ en acción ya que en las sesiones de la Iglesia Universal se manejan respuestas inmediatas, suministrando un nuevo mundo de sentidos, (ver “La Iglesia Universal, ¿también se ocupa de la salud?”, S. Cheroni).

2. Aún el tratamiento más empírico, como la administración de un medicamento adaptado, un masaje correctivo u otro, pueden incluir una carga indudablemente simbólica según quien lo recomiende, cómo se lo administre, etc.

En el caso de la religión de Umbanda, la ortodoxia y la práctica de su culto permite que las personas iniciadas que adquieren jerarquía de ‘pae’ o ‘mae’, es decir personas de ambos sexos que desarrollaron lo suficiente sus conocimientos y religiosidad como para manejar una comunidad de adherentes y un lugar propio de culto, pueden desde allí proponer y practicar consultas o sesiones de tratamiento y cura, convertirse en guías de vida, tomando en muchos casos el rol de sanadores o personajes complementarios a la figura del médico. En las entrevistas al ‘pae’ Armando de Ayala (poco antes de su fallecimiento), este aspecto queda claramente establecido. La religión y sus oficiantes dan a quienes van en busca de alivio la idea de que existe algo más poderoso, que da esperanzas. El carácter concreto de la biomedicina quita esa esperanza cuando los casos son graves. Por medio de la religión (umbanda) el individuo se transforma en parte activa de su propia curación, con ausencia de intermediarios o burocracia médica. Los pacientes sienten que son tratados como personas y se valora su condición de entidad global, con cuerpo, con emociones, problemas, familia, deseos, proyectos de vida. (ver “Sobre ‘paes’, ‘maes’ y curanderas. Las religiones afro-brasileñas y la salud”, V. Rial).

En la indagación incluimos un estudio sobre la diversidad de tratamientos y/o saberes que aún se usan y se transmiten en poblaciones del ambiente rural; es una pequeña muestra de lo que podemos encontrar sobre prácticas de tipo residual, con resabios de varias tradiciones, incluyendo viejas recetas y conocimientos sobre uso de plantas que transmitieron los inmigrantes, los primeros pobladores de la campaña, población africana trasplantada en el período de la trata y las poblaciones autóctonas. A.C. Rodríguez hizo su investigación de campo en una pequeña localidad del Dpto. de Tacuarembó. Algunos vecinos, sobre todo las mujeres, mantienen viejas recetas y prácticas, más que nada preventivas; para algunas dolencias se confía en la capacidad de las ‘bencedoras’, que se distinguen de la categoría más amplia de las ‘curanderas’... el género femenino es el que predomina, aunque se conoce la existencia de hombres que desempeñan ese rol. (ver “La práctica medicinal en Valle Edén”, Ana Cecilia Rodríguez).

Volviendo la atención al panorama de las nuevas prácticas más establecidas en el ambiente urbano, nos encontramos con la acupuntura como la técnica más difundida de la medicina china, llegó para quedarse dentro del ‘sistema de atención y de salud’ porque, como ya dijimos, sólo los profesionales médicos están formalmente habilitados para aplicar este tratamiento. Existen igualmente escuelas o centros de atención que no están totalmente regidos por la medicina oficial. A. Buti se ocupó de este tema, consultando documentación disponible a nivel local y entrevistando a profesionales quienes reconocen que en la medicina tradicional china se imponen otras técnicas que acompañan de forma global la terapia, como las dietas, el modo de vida, las hierbas y la gimnasia. El médico chino no sólo aplica la acupuntura sino que aconseja al paciente, el cual rectifica el camino para volver al estado de lo normal, es decir cuando circula la energía que alimenta el cuerpo y que emana del corazón, órgano más importante para esta concepción. Para los chinos la psiquis está en el corazón. A nivel del corazón se almacena esa energía. Si el corazón no está bien o el canal no está bien, surgen las enfermedades. En Uruguay se recurre (más las mujeres) a la acupuntura sobre todo para aliviar el dolor, (ver “Medicina tradicional china: testimonio de su presencia en Uruguay”, A. Buti)

En la variedad de sistemas y situaciones estudiadas es evidente el predominio del orden simbólico o representacional, en el que los resultados positivos corresponden a la llamada ‘eficacia simbólica’ (ref. C. Lévi-Strauss, capítulos IX y X, *Anthropologie Structurale*, Ed. Plon, Paris 1958 y 1974). Sin embargo en los tratamientos médicos stricto sensu o en los que se aplican conocimientos de orden empírico es igualmente necesario que el paciente no ofrezca resistencia o rechazo conciente al tratamiento, es

decir que el éxito de un tratamiento se vincula con cierto grado de creencia, aceptación o convicción; digamos que ésta también compone condiciones de eficacia en el orden empírico.

Sobre el punto que vincula el pensamiento o sistema individual a un sistema de cura, en particular de tipo mágico-religioso, son elocuentes los cruces teóricos que podamos establecer desde el psicoanálisis y la antropología ... Considerando también ciertas prácticas de sanación, F. Vomero sostiene que su eficacia se basa en que mitigan la angustia y asignan sentido, de manera que ciertos agentes de sanación, como sacerdotes, pastores, curanderos, etc. crean la situación de curaciones exhibiendo la desaparición de síntomas que pueden provocar en sus pacientes. Aquí la conjunción de disciplinas, de obras destacadas dentro del psicoanálisis y la antropología, nos ofrecen un sesgo sugestivo para proseguir investigando sobre ‘curas milagrosas’... (ver “Creencia y eficacia simbólica: posibles respuestas”, F. Vomero).

Dos tipologías para medicinas y/o terapias encontradas

Primer tipología (se tomó en cuenta la fuente de los conocimientos/saberes)

1. Atención y/o sanación, vinculados con sistemas religiosos

Estas prácticas y/o sistemas, tienen amplia difusión en el medio urbano, en este caso encontradas en Montevideo y área metropolitana incluyendo la llamada ‘Ciudad de la Costa’. Tratamientos sin arancel fijo, se aceptan ‘ofrendas’, ‘contribuciones’.

Adhesión: variada, sectores medios y medio-bajos.

Umbanda (religión de origen afro-brasilero)

Iglesias Neo-Pentecostales

Católicos carismáticos

Menos frecuentes: tradición sufi, budismo zen, otros.

2. Tratamientos directamente vinculados con Medicinas Tradicionales

Difundidos en medio urbano.

Tratamientos con costo o arancel pre-fijado.

Adhesión: sectores medios, medio-altos.

Acupuntura y Medicina china en general

Ayurveda

Homeopatías

Prácticas chamánicas, neo-chamanismos de diferentes vertientes

3. Terapias o tratamientos holísticos complementarios, vinculados con el movimiento llamado *new age*

Difusión, costos, adhesión: similares a la anterior categoría.

Reiki

Hierbas

Florales

Aromaterapia

Gemoterapia

Reflexología

Digitopuntura

Musicoterapia

Sigue una larga lista

4. Tratamientos y/o conocimientos de tipo tradicional residual; áreas de mayor difusión en zonas rurales

Prácticas que se rigen por la informalidad, la transmisión oral; hay retribuciones en especies.

Adhesión: familias, pobladores de localidades rurales.

Medicina popular

Recetas de familia

Recetas populares, incluyen conocimientos de hierbas

Benceduras y simpatías

Segunda tipología (se tomó en cuenta el origen –país, cultura, tradición– y centros de legitimación)

1. Medicinas y terapias procedentes de Areas culturales no-occidentales, y/o de Europa pre-cristiana

Acupuntura y medicina china

Neo-chamanismos (tradiciones indios americanos y otros)

La mayoría de las terapias holísticas

Tradiciones celtas

Umbanda

Ayurveda, Zen, tradición sufi

Elementos en común: invocación y trabajo con la energía, con la energía natural y universal, humores corporales y elementos naturales.

Movimiento cultural genéricamente denominado New Age. Aspectos mágico-simbólicos no generalizados.

2. Medicinas y/o terapias del área cultural occidental y cristiana

Medicina oficial o biomedicina, y tratamientos incorporados o bajo su influencia (incluye desde 2001 a la acupuntura como acto médico)

Homeopatía

Medicina popular, de carácter empírico y residual

Tratamientos o instancias de ‘curas divinas’ propuestas por Iglesias pentecostales y católicos carismáticos (diferentes tradiciones, aunque dentro del cristianismo).

Elementos comunes de las tres últimas: invocación a Dios y los santos, la fe como factor curativo, aspectos mágico-simbólicos.

Resultados y conclusiones, en el 2004

- a) En primer lugar se constató que la medicina oficial convive con una o más tradiciones y /o sistemas, donde se da la confluencia de diferentes vertientes de la inspiración llamada New Age, vigente y en expansión en Europa, USA, Canadá desde la década de 1970 y que hace unos cinco años adquirió mayor visibilidad en Uruguay.
- b) Hay una interpenetración de los mundos y tradiciones. Formas diversificadas de ver-se y de tratar-se.
- c) Revalorización de una farmacopea ‘natural’ y autóctona, de prácticas naturales y populares.
- d) Las mujeres están muy representadas tanto en el rubro oferta de tratamientos (especializadas en terapias alternativas y otras), como en la demanda de atención y curas.
- e) Se observa relativa autonomía de los sujetos dentro de una mayor oferta; campo auto-regulado, demanda concientemente diversificada. Más información disponible para los pacientes, menos “charlatanería” de parte de los agentes.

- f) Mayor interés desde los profesionales de la salud oficial; ‘aperturas’ desde la biomedicina y la psicología.
- g) Expresiones de solidaridad en la mirada de los nuevos agentes y voluntad de servicio hacia la sociedad, hacia el Otro.
- h) ‘Revolución cultural’ que puede ser considerada como saludable, por generar mayor autogestión de los sujetos, o menor dependencia con respecto a una salud medicalizada. Demandas de sanación que apelan a una realidad psico-somática y espiritual, que se canalizan hacia vertientes o agencias capacitadas para atender esa demanda. Ayudan o alivianan al sistema de atención biomédico, haciéndose cargo de dolencias, algunas difíciles de identificar y absorber dentro de estructuras masificadas (hospitales, sanatorios del sistema mutual).
- i) Interés renovado por la prevención, el auto-cuidado, sobre todo a través del equilibrio en la alimentación, (se cita el caso de Japón donde la dieta fue clave para alcanzar el promedio de 90 años de esperanza de vida).
- j) Interés y revalorización de recursos y tradiciones locales; asimismo aceptación de la diversidad sin juzgar de forma estigmatizante, creencias y nuevas concepciones.
- k) Formación de grupos o colectivos que se presentan como alternativas de contención socializada, como alternativas de estilo de vida con promoción de valores no-consumistas.

Podemos decir que a través de una cierta idea de vida saludable, de visión del ser humano dentro de una cosmovisión más integral, se perfila un movimiento de *resistencia cultural*, al cual no son ajenos algunos actores dentro de la esfera de la biomedicina. Unos y otros –agentes de la/s medicina/s, sanadores, neochamanes, terapeutas–, apelando a diferentes fuentes del conocimiento, vienen a coincidir en la necesidad de una mirada integral sobre el ser humano, como una nueva actitud científica, responsable, que reconoce la inconveniencia de seguir operando desde dicotomías (cuerpo y alma o cuerpo y mente/espíritu). La concepción holística ya existía en el canon de diferentes tradiciones culturales (africanas, celtas, mayas, navajos y otros) y en las llamadas ‘medicinas tradicionales’ (medicina china, india, tibetana, árabe, entre otros).

Por último –y provisoriamente ya que puede considerarse que este es un esfuerzo de aproximación al tema– las medicinas y tratamientos alternativos como abordajes responsables, concientemente ofrecidos y demandados, tienden actualmente a la formalidad y/o institucionalización (como una constante paradójica, observable en otros ámbitos, lo informal y alternativo reclama una formalidad). Por esa razón también algunas de las prácticas aludidas, tienden a constituirse en oportunidades de especialización profesional fuera de un paradigma médico hegemónico, pero sin caer totalmente dentro de representaciones y/o prácticas mágico-religiosas sino como búsqueda de mejor calidad de atención y tratamiento.

Referencias

- Seminario sobre la Medicalización y La Desmedicalización; Instituto Goethe de Montevideo, 1 al 3 de junio 2004. Coordinadores J. Portillo y J. Rodríguez Nebot; moderador de debates, Carlos Amorín. En el seminario: exposición de S. Romero Gorski, Investigación sobre Medicinas Alternativas, Programa de Antropología y Salud, FHCE, Montevideo, 2004.
- Indagación antropológica sobre Medicinas y/o Terapias Alternativas en Uruguay. En: PÁPELES DE TRABAJO de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-Universidad de la República- 2004. Autores: Sonia Romero Gorski (coord.), Fabiana Davyt, Blanca Emeric, Selene Cheroni, Virginia Rial, Ana Cecilia Rodríguez, Ana Buti, Fabricio Vomero, (colaboradores).

En el texto: otras Referencias y Bibliografía citada.