

RECONVERSIONES DEL CONTROL SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD. UN RECORRIDO EN TORNO A LAS RELACIONES ENTRE ESTADO, MEDICINA OFICIAL Y ACTORES SOCIALES NO-BIOMÉDICOS EN ARGENTINA

Mariana Bordes*

Resumo: O objetivo do trabalho visa refletir sobre a natureza histórica e socialmente situada do monopólio biomédico, focando em mostrar como esse monopólio é posta em causa a partir de algumas expressões da sociedade civil. Como um corte deste universo de estudo, o trabalho destaca uma série de relações entre três atores sociais que fazem a construção do sistema formal de saúde no país: 1) o Estado, 2) a medicina oficial, que estabelece-se como uma corporação (FREIDSON, 1970) capaz de influenciar as decisões e políticas governamentais e 3) os atores sociais localizados nas margens do espaço social da arte de curar, que constituem uma ameaça potencial vis-à-vis do monopólio da medicina oficial. Para sistematizar essas relações, o artigo tem duas seções. Primeiro, realizamos um contexto histórico, procurando mostrar como delinea-se uma passagem no que respeita a atitude do Estado em relação às abordagens médicas. Em segundo lugar, reconstruímos o horizonte da possibilidade das transformações atuais no campo da saúde na Argentina.

Palavras-chave: Estado, Campo da Saúde, Biomedicina, Atores Sociais não-biomédicos.

Abstract: The aim of the paper is to explore the historical and socially situated nature of biomedical monopoly. We focus on how this monopoly is questioned from different expressions related to civil society. In order to do this, the paper stresses a series of relationships between three social agents that make the construction of the formal health system in the country: 1) the State, 2) the official medicine, constituted in a corporation (FREIDSON, 1970) capable of influencing government decisions and policies and 3) the social actors at the margins of healing social space, which represent a potential threat vis-à-vis the monopoly of official medicine. To systematize these networks, the article has two sections. First, we present a historical context, seeking to show how it delineates a transformation regarding the attitude of the state on medical approaches. Second, we analyze the horizon of possibility of transforming the health field in Argentina today.

Keywords: State, Health field, Biomedicine, Non-biomedical Social Agents.

INTRODUCCIÓN

El proceso de modernización en Argentina –del mismo modo que en otras regiones de Latinoamérica- supuso la puesta en marcha de un conjunto de dispositivos institucionales hacia mediados del s. XIX, considerados imprescindibles para el desarrollo de un paradigma de nación definido por la integración social y la homogeneidad cultural. Entre los distintos ámbitos de organización social que ocuparon un lugar destacado en este proceso, sin dudas el de la salud se reveló como una instancia estratégica para afrontar una serie de desafíos: desde la búsqueda por conjurar la denominada cuestión social vinculada al problema de la salubridad urbana y al control de las epidemias, hasta el encauzamiento de las prácticas corporales de los legos en términos individualizados. En este contexto, la biomedicina se posicionó como un instrumento central en pos de garantizar –en términos de Foucault- el gobierno de cuerpos y poblaciones, pero excediendo ampliamente las cuestiones médicas para pasar a intervenir en un sentido amplio en los comportamientos de acuerdo a los parámetros de lo normal y lo patológico, deviniendo en un medio de control social privilegiado (SURIANO, 2000).

Pues bien, a pesar del carácter incontestable del monopolio biomédico en el campo de la salud en la actualidad, en las últimas décadas es posible constatar la emergencia de una serie de discursos y prácticas que coinciden en su tendencia por abogar por un nuevo modelo de definición e intervención sobre los procesos de salud-enfermedad-cuidado de rasgos particulares. Los postulados sostenidos cobran relevancia en la medida en que cuestionan algunos de los supuestos de lo que Eduardo Menéndez (2004) denominó como modelo médico hegemónico¹. Las críticas hacen blanco no sólo en los aspectos paradigmáticos de la biomedicina –sobre todo en relación con el énfasis en la orientación curativa por sobre la preventiva y del cuidado-. Sino que el aspecto novedoso de las mismas remite al interés renovado que movilizan en torno a la autonomía de las personas, el respeto por sus preferencias terapéuticas y sus propias definiciones acerca de la salud, la enfermedad y la curación. Aquí, es posible hacer referencia a los postulados teórico-prácticos inherentes al movimiento de la Salud Colectiva, la Nueva Salud Pública y el paradigma de la Integralidad en Salud, entre otros. Cuya tendencia crítica ha adquirido resonancia asimismo desde las normativas delineadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desde estos enfoques institucionales, comienza a esbozarse en particular una mirada que reconoce la necesidad médica desde una perspectiva más pluralista. Contemplando incluso la inclusión de prácticas de cuidado hasta hace poco tiempo excluidas de los sistemas oficiales a nivel internacional, en la medida en que se enfatiza el interés de complementar los beneficios de la alopatía con aquellos relativos a otros modelos

médicos de atención, los cuales son definidos bajo el rótulo de Medicinas Alternativas y Complementarias.

En este marco, el objetivo general del presente artículo consiste en esbozar un conjunto de coordenadas analíticas que permitan reflexionar acerca del carácter histórica y socialmente situado del monopolio biomédico, para luego centrarnos en el modo en que este monopolio es puesto en cuestión desde algunas manifestaciones que emergen recientemente desde sectores delimitados de la sociedad civil. Como recorte de este amplio universo de estudio, interesa poner de relieve una serie de relaciones poco explicitadas en el ámbito académico, señalando su devenir a lo largo de distintos momentos que hacen a la construcción del sistema oficial de salud en el país. Se trata de las relaciones históricamente determinadas entre tres actores sociales: 1) el Estado, 2) la medicina diplomada, constituyéndose en el transcurso de su historia en una corporación (FREIDSON, 1970) capaz de incidir en las decisiones y políticas estatales- y 3) los actores sociales que se sitúan en los márgenes del espacio social del arte de curar, que se constituyen en competidores y en una eventual amenaza *vis-à-vis* del monopolio que ejerce la medicina oficial. Para sistematizar estas relaciones, el artículo cuenta con dos apartados. En primer lugar, realizamos una contextualización histórica que va desde la etapa colonial hasta mediados del s. XX, buscando mostrar cómo se delinea un pasaje – aunque, bajo ningún aspecto en términos lineales- en lo que respecta a la actitud del Estado frente a los abordajes médicos no-diplomados. En términos generales, este pasaje expresa la progresiva declinación de una actitud estatal más tolerante hacia el amplio espectro de curadores que no se encontraban avalados por un título universitario, y la posterior emergencia de una postura tendiente a regular estas actividades a favor del monopolio biomédico de las instituciones sanitarias estatales. Esto puede analizarse, retomando a Pierre Bourdieu (1997), en los términos de la consolidación de una ortodoxia en el campo de la salud. En el segundo apartado, nos centramos en reconstruir las principales coordenadas actuales que operan como horizonte de posibilidad de las transformaciones promovidas desde las instancias discursivas señaladas, analizando su impacto en el campo de la salud en Argentina.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA OFICIAL DE LA SALUD A LA LUZ DE LA CONVERGENCIA ESTADO-BIOMEDICINA

Como punto de partida, cabe subrayar que el estudio de los procesos históricos que conducen a una consolidación del sistema oficial de salud de acuerdo a una determinada orientación paradigmática, pone de relieve el hecho de que el concepto mismo de medicina oficial constituye un lugar de lucha social por su significación. Aquí resulta pertinente retomar el análisis relacional delineado por

Bourdieu (1997) cristalizado en su concepto de *campo*. Este enfoque muestra las constantes tensiones y negociaciones entabladas entre los diferentes agentes, quienes se disputan los poderes de nominación del mundo social y buscan estabilizar estas pugnas de acuerdo a sus propios valores e intereses. En lo que respecta al tema que nos ocupa, este planteo permite identificar los agentes sociales que juegan un rol relevante en estos procesos, así como también observar los equilibrios de fuerza que se establecen en cada momento histórico. Es así que, durante la etapa colonial y hasta finales del siglo XIX, en Argentina el universo de las prácticas médicas oficiales se encuentra lejos de estar estabilizado. Se trata de un espacio social de opciones médicas caracterizado ante todo por posiciones sociales de carácter indeterminado, donde los ámbitos de lo oficial y lo no-oficial se hallan en proceso de definición. Las legitimidades formales de cuño legislativo, que habilitan a prácticas de regulación en torno al ejercicio de la medicina, sólo se efectivizan a partir de la consolidación de un anclaje institucional de orden público -financiado desde el Estado- y de la implementación de controles y puniciones que garanticen el reconocimiento brindado desde la legislación (la que también sufre varias reformas). Esto sólo es posible gracias a la unificación nacional y la consolidación del aparato estatal que se opera en Argentina a partir de 1880.

Si nos centramos en el período que comienza a partir de fines del s. XVIII, es posible encontrar diferentes enfoques médicos que propugnan modelos diversos para el cuidado y la sanación. En la región pampeana, una de las opciones remite a la medicina propiamente oficial, que adquiere ese estatuto en tanto es reconocida por las autoridades de la corona española y, más adelante, por los gobiernos locales. Este *corpus* de conocimiento es el que se imparte en las universidades, y se denomina como medicina diplomada o de elite. No obstante, es evidente que la heterogeneidad social y étnica del mundo rioplatense de la época, marca la coexistencia de una diversidad de formas de curar que excede el uso de esta opción. La referencia étnica hace ineludible mencionar la existencia de saberes y prácticas indígenas en la zona pampeana, que constituyeron un aporte preciso sobre las prácticas médicas de la región, sobre todo en torno al uso terapéutico de la flora y fauna autóctonas. A su vez, desde un punto de vista antropológico resulta interesante analizar la conformación un *corpus* médico que, de acuerdo a Idoyaga Molina (2002) es preciso definir desde la noción de medicina tradicional que remite - además de los shamanismos indígenas - a las prácticas terapéuticas del curanderismo. Retomando a la autora, estos conceptos y remedios tradicionales sintetizan predominantemente creencias europeas, tanto las aportadas desde la época de la conquista², como las que provienen de las olas inmigratorias (españolas e italianas, principalmente). Por último, en la región se recurre a curadores de origen africano, al menos en el período en que este grupo de la población - que ingresa al territorio como esclavos - cuenta con una presencia

significativa. A la vez, se registra una plétora de terapias de origen extranjero - como la medicina de Le Roy, la naturopatía y la homeopatía- de considerable circulación durante el siglo XIX (DI LISCIA, 2005). Desde las familias más humildes hasta los altos mandatarios del ámbito político, apelan entonces a un amplio abanico de practicantes que incluye facultativos, curanderos, boticarios, así como personas legas (vecinos, familiares), sin atender a la instrucción recibida o a la clase social a la que cada curador pertenece (DI LISCIA, 2005).

Esta tolerancia oficial hacia la coexistencia abierta de la medicina diplomada con las que no lo son, remite a diversos condicionantes. Por un lado, un conjunto de factores relativos a la medicina diplomada, de los cuales el más materialista se vincula con la carencia crónica de médicos diplomados en la región. Sin embargo, resulta definitivo lo que Belmartino (1988) denominan como la falta de delimitación de un ámbito exclusivo -y excluyente- de eficacia técnica. A este respecto, hasta el despegue tecnológico de la biomedicina hacia comienzos del s. XX, médicos y no-médicos compartían muchos de los saberes y procedimientos en vigencia en la época, en particular aquellos asociados al logro del equilibrio del organismo de acuerdo a los presupuestos de la medicina humoral -sangrías, purgas, vomitivos, emplastos y ventosas-. A su vez, la medicina oficial se apropia, refigurándolos, de una serie de conocimientos herbolarios y animales que poseían las poblaciones indígenas, proceso en el que ocupan un rol central las misiones religiosas, así como las tareas sistemáticas de médicos, botánicos y químicos en excursiones científicas (DI LISCIA, 2005).

Pues bien, la capacidad de obtención del monopolio legítimo del arte de curar -y su correspondiente estatuto oficial efectivo- recién resultará posible gracias a un complejo proceso de organización, que supuso la consolidación progresiva de una corporación profesional. Como señala Belmartino (1988) esta se encontró marcada por una serie de pugnas internas, que desde mediados del s. XIX hasta mediados del XX se expresan en los conflictos: 1) entre asociaciones médicas con intereses divergentes, 2) entre enfoques disciplinares -caso de la medicina alópata y su lucha contra la homeopatía -y 3) entre distintas ramas de actividad -disputándose la injerencia sobre patologías (dermatólogos y epidemiólogos frente a la lepra, por ejemplo)³. No obstante, queda claro que la capacidad de ciertos grupos médicos para consolidar su desempeño profesional, requería del apoyo estatal para la creación de instituciones autónomas, así como de una legislación que garantizara su posición como grupo legalmente privilegiado. Esto constituye la condición de posibilidad para "excluir o incluir de manera subordinada a sus competidores dentro de lo que pretendían definir como práctica legítima" (GONZALEZ LEANDRI, 1998, p. 191). Por ello es preciso comprender los determinantes estatales que incidieron en la tolerancia inicial -y, luego, la persecución- de las terapéuticas ejercidas sin un aval académico.

Aquí, es posible señalar como factor decisivo la deficiente organización sanitaria de carácter público en el Buenos Aires de los siglos VXIII y XIX. Es por ello que, desde las instancias gubernamentales, las prácticas no-oficiales aparecen legitimadas de acuerdo a su capacidad de aliviar el sufrimiento de la población en los lugares donde escasean los médicos, sirviéndose el propio poder político-militar de estas terapias en contextos de campaña militar (BUBELLO, 2010). Empero, esta situación de tolerancia no puede comprenderse sólo en términos de pragmatismo ciego. Esta actitud del Estado expresa un estado de situación en que las prácticas no-certificadas no aparecían asociadas al problema sanitario de la época sino todo lo contrario, así como tampoco se las considera un obstáculo para el gobierno de la población. A su vez, la expresión "ejercicio ilegal de la medicina" aparece *per se* como un planteo inespecífico, de acuerdo a las ambivalencias de su definición en tanto delito⁴. Así, el carácter ambivalente que identifica el campo de la salud en el lapso que referimos, muestran el por qué del fracaso de los reiterados esfuerzos de control que efectivamente tuvieron lugar en distintas coyunturas, evidenciando la intención del Estado por estructurar sus políticas en consonancia con el "campo científico" (DI LISCIA, 2005, p. 342).

Ahora bien, en contraposición con este carácter indeterminado de las posiciones sociales que ocupan los distintos agentes en el campo de salud en el período descrito, hacia finales del s. XIX y en las primeras décadas del s. XX, se comienza a perfilar una situación donde las correlaciones de fuerza se ven significativamente modificadas. Podría afirmarse que esto responde al modo en que se consolida una convergencia de intereses entre Estado y medicina oficial. Esta convergencia expresa las transformaciones en términos políticos, económicos y sociales que se vinculan con el contexto más amplio de construcción del estado nacional, así como a las necesidades que se desprenden de la incorporación del país al sistema político-económico mundial, y a la explosión demográfica que se registra como resultados de las distintas olas de inmigración, principalmente desde España e Italia. Estos cambios, a su vez, deben remitirse a la presencia de coordenadas ideológicas específicas que, en el caso argentino, involucra el posicionamiento de la doctrina positivista como vector privilegiado de las acciones tendientes a la gestión de la cuestión social en esta nueva coyuntura histórica (SALVATORE, 2001). En este contexto, se consolida un consenso institucional que posiciona a la ciencia como forma de conocimiento privilegiada, apareciendo su implementación en diferentes ámbitos como una condición de posibilidad para alcanzar la organización y el concomitante progreso nacional. Pues bien, esta idea se proyecta en el plano de la atención de la salud a través de la injerencia creciente del discurso higienista, que va a contribuir a delinear las bases doctrinarias del modo en que la atención de la salud en Argentina será concebida entre 1880 y 1920 principalmente. En este período, por último, empieza a delinearse una idea

de atención médica que tiene como principal garante al Estado, el cual –se considera– debe velar por la salud de la población en tanto conjunto, convalidando los parámetros de cientificidad antes descriptos. De acuerdo a esta idea propulsada por médicos y políticos, va a ir conformándose –aunque no sin tensiones– el subsector público de salud.

Sin dudas, los intereses que convergen en este momento no son representativos de la clase política y la corporación biomédica en términos de dos bloques compactos y sin fisuras. Se trata más bien del resultado de un proceso histórico a partir del cual distintos sectores logran imponerse sobre otros, construyendo una definición dominante sobre el tipo de medidas que son requeridas desde el punto de vista sanitario. A este respecto, Di Liscia (2005) sostiene que la postura paternalista en que se asume desde el Estado oligárquico hasta fines de 1930 – relativa al carácter restringido de los derechos políticos y sociales del grueso de la población⁵ - se corresponde con una visión que justifica el paternalismo médico. En este contexto, se registran una serie de conflictos entre abogados, médicos, clase dirigente, prensa e Iglesia Católica, que enfrenta a quienes esgrimen argumentos de tinte liberal y aquellos que sostienen la necesidad de intervención. La autora afirma que estos últimos sectores son los que contribuyen a delinear la ortodoxia del campo biomédico, poniendo en juego una estrategia discursiva que se funda en un dualismo entre lo culto-lo popular. Este dualismo consolida la idea de que las prácticas de las clases más favorecidas se corresponden con la ciencia, mientras que el curanderismo es atribuido a los sectores populares, necesariamente incultos.

Las características propias de las dinámicas de poder que resultan de la convergencia entre el Estado oligárquico y las fracciones agremiadas de la medicina científica que logran una posición hegemónica, definen la configuración que va a asumir el espacio social del arte de curar en Argentina. Estos procesos se traducen por primera vez en la definición de una legislación penal específica contra el ejercicio ilegal de la medicina (sanción del Código Penal en 1921, artículo 208). De acuerdo a Bubello (2010, p.44), esto puede ser leído como el comienzo de consolidación de un proceso de pasaje de un modelo legislativo que se funda en una lectura religiosa de la ilegalidad (focalizando en prácticas de sanación susceptibles de interpretarse como “brujería”) a un modelo moderno, donde el “ejercicio ilegal de la medicina” se codifica en términos de delito. Esta tendencia criminalizante se va a mantener, aunque con características propias, con la emergencia de una nueva configuración estatal desde la década del 1940, que se caracteriza por los rasgos “intervencionistas” que asume el poder público (sobre todo, a partir de 1944, cuando Juan Domingo Perón comienza a gravitar en la escena política). Siguiendo también las indagaciones del autor, es posible afirmar que esta década se encuentra atravesada por una tendencia a la proliferación de

leyes y decretos que tienen el objetivo de regular más eficientemente las prácticas no-biomédicas⁶. Por su parte, este marco legal coincide con un proceso en que el Estado interventor modifica su estructura burocrática y asistencial, desplegando toda una serie de iniciativas tendientes a mejorar la salud de los trabajadores (creación de hospitales, creación de obras sociales sindicales). De este modo se inaugura un período cualitativamente diferente en relación con el sistema de salud público y la organización de la seguridad social, comparable con los rasgos que asume el Estado de bienestar en países centrales. Todo lo cual contribuye a reforzar el proceso de hegemonización del modelo que se sustenta en las bases científicas de la biomedicina y su modelo de organización para la expansión de actividades profilácticas (PAIM, 1998).

Ahora bien, cabe destacar que estos procesos que se suceden a nivel institucional en el marco de las instancias estatales, judiciales y médicas no redundan en el abandono por parte de la gente común de las prácticas terapéuticas que se pretende suprimir. Los historiadores retomados en este apartado identifican, no sólo una persistencia de las viejas prácticas tradicionales del s. XIX, sino que redoblan la apuesta señalando que, en ninguna coyuntura histórica se detiene el surgimiento de nuevas formas de sanación en la zona del Río de la Plata. Sirva como ejemplo de lo antedicho la difusión de algunas medicinas alternativas desde mediados del s. XIX en la zona pampeana, como el naturismo (que incluye dietas vegetarianas, hidroterapia y fisioterapia, así como medicación herbolaria) y la homeopatía, introducida en el país en la segunda mitad del s. XIX (DI LISCIA, 2005). La historiografía especializada señala, a su vez y como venimos viendo, el modo en que los enfoques terapéuticos marginados van a luchar por arrogarse el carácter de científicos, desplegando una serie de dispositivos desde los que intentarán impugnar los criterios excluyentes de científicidad propuestos desde las asociaciones médicas que definirán con éxito los lineamientos que asumirá la medicina en tanto saber oficial.

TRANSFORMACIONES ACTUALES EN EL CAMPO DE LA SALUD

Emprender un análisis de las transformaciones actuales que atraviesan el campo de la salud, focalizando en la reconfiguración de las relaciones entre Estado, biomedicina y los actores terapéuticos desplazados del campo oficial de atención, conlleva una serie de dificultades. Por un lado, estas dificultades se desprenden de la información escasa con la que contamos, en la medida en que la mayor parte de los trabajos académicos que se inscriben en esta área de estudio construyen sus elaboraciones desde la perspectiva de la intervención y las políticas públicas, de modo tal que los distintos abordajes terminan realizando un recorte que incluye exclusivamente a los agentes reconocidos desde el modelo médico hegemónico (es

decir, profesiones relativas a las distintas instancias del campo biomédico y los legos que circulan en este campo). Por otro lado, los obstáculos aquí planteados son inherentes a la tarea misma de reconstrucción de estas transformaciones estructurales, en tanto revisten una complejidad difícil de abordar en pocas páginas. En consecuencia, este apartado se propone –sin pretensiones de exhaustividad y a modo de propuesta introductoria- delinear tres ejes, de acuerdo a los cuales consideramos que las relaciones entre Estado, biomedicina y otros actores emergentes en la actualidad pueden ser sistematizadas. Se trata de: A) las reformas sanitarias implementadas a raíz de la instauración de la doctrina neoliberal –que conllevan una desarticulación de las bases materiales y simbólicas que sustentaron el intervencionismo sanitario del Estado argentino-, B) los movimientos críticos que tienen lugar en el terreno de la salud pública y desde discursos como la Salud Colectiva, enfatizando la necesidad de desplazar el eje de atención desde la *dolencia* (modelo curativo) hacia una visión integrativa del proceso salud-enfermedad-atención y C) las capacidades de agencia propias que detentan los practicantes heterodoxos. La convergencia de estos factores conforma el horizonte general de un escenario de transformación de las coordenadas del campo de la salud previamente señaladas.

A) EL IMPACTO DEL NEOLIBERALISMO EN EL SECTOR SALUD

Este eje adquiere relevancia para comprender la reconfiguración del campo biomédico en sí mismo, a partir de una serie de procesos que redundan en la mercantilización de las relaciones entabladas en este contexto, donde las relaciones de fuerza que contribuyen a moldear la agenda estatal se redefinen a favor de grupos empresariales emergentes. Aquí, cabe hacer referencia a la adopción del paradigma neoliberal. La adopción de este paradigma se inscribe en un contexto más amplio que remite a la desintegración del “pacto” entre las diversas fuerzas sociales del industrialismo, desarticulando las bases del régimen político que se consolidó durante la segunda posguerra: el Estado social o de bienestar. Como dejamos entrever en el apartado anterior, en Argentina esta configuración socio-política alcanzó su máxima expresión durante el primer peronismo (1946-1955), desde el cual se impuso un modelo de integración nacional-popular (SVAMPA, 2005)⁷. Como corolario, la salud devino en un dispositivo que el Estado tomó a su cargo, en tanto permitió asumir una parte importante del costo de reproducción de su sujeto político principal: los trabajadores. Lo que supuso, claro está, una redefinición de las correlaciones de fuerza entre los actores del sector salud. En términos legislativos, la inclusión de nuevas reglamentaciones para el ejercicio profesional (como el mencionado Decreto 6216 de 1944) buscó dar una respuesta a los reclamos biomédicos para constituirse en una fuerza monopólica y perfeccionar

el control de los otros practicantes del arte de curar –y de los propios biomédicos. Un dato a destacar, empero, es que las medidas tomadas en torno a este reclamo nunca llegan a cumplimentar las demandas de autonomía profesional sobre las cuales venían avanzando las distintas asociaciones biomédicas desde comienzos del s. XX. Esto puede explicarse en virtud de que las demandas -que se planteaban tanto en relación con la esfera del ejercicio médico como profesión, como en el ámbito de la salud pública- desafiaban la injerencia del poder político en la toma de decisiones sanitarias. En este sentido, los biomédicos sostenían la necesidad de demarcar más claramente las atribuciones administrativas y las de injerencia técnica, debiendo ser estas últimas privativas de la corporación biomédica (BELMARTINO, 1988). No obstante, esta posición reglamentarista que se consolida desde las disposiciones estatales, tampoco termina construyendo un Estado con una presencia fuerte en el sector salud⁸. Como consigna Belmartino (2005), esto se desprende de las características que asumió la universalización restringida de la cobertura de las obras sociales para los asalariados, de la mano de la gestión sindical. Al obtener las obras sociales la autonomía para financiar los servicios de salud en beneficio del sector laboral representado, se inicia un proceso de fragmentación y descentralización de recursos, que incide en una pérdida de la capacidad institucional y organizacional del Estado, sobre todo respecto de la red hospitalaria. Al mismo tiempo, al asumir el rol de intermediarias, las obras sociales se ven obligadas a recurrir al subsector privado del sistema de salud argentino para la atención efectiva de sus afiliados: los prestadores de servicios de salud. Esto termina jugando -de manera paradójica si se quiere- un papel decisivo en el crecimiento del sector privado de salud, marcando la consolidación de su capacidad de agencia hacia finales del s. XX (GRASSI, 1994⁹). Sin dudas estos factores de cambio no van a poner en cuestión el reconocimiento de la hegemonía de la biomedicina a nivel de las instituciones oficiales. En este sentido, en 1967 se elabora la última reglamentación sobre el ejercicio ilegal de la medicina, de fuerte control sobre prácticas no reconocidas desde el campo biomédico, que se mantiene casi sin cambios hasta nuestros días. No obstante, sí es posible postular la hipótesis que sostiene que el impacto de las reformas neoliberales en Argentina, se traduce en una serie de reconfiguraciones que impactan en las condiciones de ejercicio de la práctica profesional biomédica. Incidiendo en la percepción y uso que distintos sectores de la sociedad tendrán de la misma en virtud de la emergencia de nuevos actores en el sector, como el empresarial.

Siguiendo el planteo realizado por Fidalgo (2009) el neoliberalismo, en tanto doctrina, cuestiona los principios del Estado de bienestar, denunciando cuestiones como el déficit, la ineficiencia y los problemas de gobernabilidad. A partir de la década de 1970, a partir de la crisis del patrón de acumulación capitalista, el relato de verdad construido desde el discurso neoliberal pasa a ser capitalizado

desde los organismos financieros internacionales. En virtud de la situación apremiante que atraviesan en términos económicos y sociales, así como las necesidades de acceder al sistema internacional de créditos, los países de América Latina se ven constreñidos a aplicar las fórmulas neoliberales, cuya médula espinal se encuentra en el imperativo del ajuste estructural. En este contexto, se plantea la exigencia de cambios sectoriales, entre los cuales se induce a una reforma profunda del sistema de salud (FIDALGO, 2009). Para el caso argentino, estas exigencias se hacen efectivas desde la década de 1990, generando transformaciones en los tres subsectores del sistema sanitario: 1) en el subsector público, se registra la descentralización de la gestión hospitalaria, acompañada por la creación gradual de un sector de atención primaria orientada a racionalizar el hospital público para la población de bajos recursos, 2) en el de la seguridad social, se inicia la desregulación de la afiliación a las obras sociales, y 3) en el privado, se produce la expansión del seguro médico privado (Fidalgo, 2009). Como señala Belmartino (1999), el impacto de esta reestructuración se debe a que opera una redefinición de la trama institucional con capacidad para establecer las reglas de juego en el sector salud. Trama a partir de la cual se delinean los ámbitos de injerencia de los distintos actores en la organización del sistema de salud (BELMARTINO, 1999).

Evidentemente, no pretendo agotar aquí la complejidad de este tema, lo que excede nuestros objetivos. No obstante, lo antedicho es de relevancia para el análisis de la configuración actual del espacio social de la salud y el cuidado. En primer término, pone de manifiesto el modo en que las transformaciones políticas y económicas asociadas al neoliberalismo, impactan en el campo de ejercicio de la profesión biomédica, redefiniendo la posición y el peso relativo de los profesionales biomédicos frente a otros actores sociales del sector. Retomando a Belmartino (1999), esto se vincula con el debilitamiento de la tradicional autonomía de las asociaciones biomédicas en el control de las condiciones de su práctica, sobre todo cuando se define el nuevo esquema de concentración de servicios en grandes organizaciones empresarias¹⁰. Esta situación afecta a los biomédicos, impactando en la estabilidad laboral y la puja por los salarios. Asimismo, involucra una subordinación de las decisiones sobre tratamientos, sea ante políticas de limitación de tiempos y costos de atención diseñadas por gerentes no biomédicos, o bien ante incentivos o restricciones orientadas a influenciar su conducta prescriptiva (poniendo en un lugar central a otro gran grupo de poder: las farmacéuticas) (BELMARTINO, 1999). La emergencia de nuevas formas de gestión modeladas a partir de los métodos empresariales, supone la redefinición de las relaciones contractuales entre los proveedores de servicios y los pacientes, devenidos en este contexto en clientes/consumidores.

B) NUEVOS SIGNIFICADOS SOBRE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN Y CUIDADO

En lo que hace a los cambios que se operan hacia finales del s. XX, cabe señalar las transformaciones registradas en el terreno de la gestión de la salud pública, donde la producción de discursos y estrategias buscan ampliar el paradigma de atención biomédico. En particular, esta ampliación se expresa en la construcción retórica del bien salud, que va a generar como una de sus consecuencias una reconfiguración del modo en que la medicina científica y las no-reconocidas como tales deben articularse en el campo oficial. Lo antedicho adquiere especial visibilidad en el plano formal de las normativas sanitarias, sobre todo en los documentos de las agencias internacionales que se constituyen -desde la década de 1980- en agentes activos de esta tendencia discursiva global. Aquí, se destaca el papel jugado por la OMS, en cuyos documentos quedan explicitados los contornos de la relación biomedicina y terapias no-convencionales que rige en este contexto. Este organismo recomienda instaurar en los sistemas de salud una lógica de atención donde las medicinas tradicionales de cada país, así como las consideradas "alternativas y complementarias", puedan ser incluidas -sobre todo en poblaciones pobres- aunque fijando criterios universales de eficacia, calidad y seguridad (OMS, 2002). Este cambio de perspectiva respecto de las terapéuticas no-biomédicas se inscribe, a su vez, en un redimensionamiento teórico de la salud (TESTA, 2006), expresado en la definición que se delinea sobre la misma desde la OMS -"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2002).

Claro está que este vuelco no se gesta en el vacío, sino que se articula con las recomposiciones político-económicas de las relaciones entre sociedad y Estado ya mencionadas. Retomando lo señalado por Paim (1998), las elaboraciones que postulan la necesidad de introducir un nuevo paradigma de atención, deben pensarse como parte de la constatación de una crisis de salud pública que comienza a evidenciarse a fines de la década del noventa. Esta crisis responde al fracaso de las estrategias sanitarias promovidas -por estos mismos organismos, en particular la OMS- de acuerdo a los cánones esgrimidos desde el paradigma neoliberal. Principalmente, estas estrategias tuvieron como soporte ideológico y técnico el desarrollo de sistemas simplificados de asistencia orientados selectivamente a las poblaciones más vulnerables, para lograr así la extensión de la cobertura de servicios de salud. La inviabilidad de estos modelos de intervención selectiva impulsan, entonces, a una reconversión de las bases doctrinarias para la gestión sanitaria, generándose alternativas discursivas en torno a quiénes, cómo y en qué circunstancias deben ser contemplados como objetos de intervención. Estos discursos esgrimidos en el terreno político-institucional se articulan, a su vez,

con los planteos postulados desde las ciencias sociales. En Latinoamérica, cabe mencionar el movimiento de la Salud Colectiva. Paim (1998, p. 308) lo definen desde una doble acepción. Por un lado, como un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto "salud" y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo diferentes ángulos. Y, por otro, es considerado como un ámbito de prácticas, donde se reconocen las acciones desarrolladas en diferentes organizaciones e instituciones, incluyendo a diferentes agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como "sector salud". Los autores destacan que las reelaboraciones teórico-epistemológicas del concepto enfatizan la dimensión de la salud colectiva en tanto campo interdisciplinar y no propiamente como disciplina biomédica. A su vez, también vale mencionar los discursos académicos gestados en torno a la integralidad e interdisciplinariedad del cuidado desarrollada principalmente desde Brasil (PINHEIRO y MATTOS, 2005; TESSER y LUZ, 2008). Según Ghizoni (2010), uno de los puntos de discusión de este enfoque consiste en el principio de no reducir al sujeto de intervención a su dolencia sino, más bien, considerar la dimensión intersubjetiva de la construcción del proceso de salud-enfermedad-cuidado. A su vez, los autores enfatizan la necesidad de contemplar los condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales como dimensiones interdependientes e indisociables. Por último, si bien la integralidad constituye ante todo un atributo de las prácticas cotidianas en salud, su recuperación desde el ámbito gubernamental se constituye en un desafío para las sociedades contemporáneas (GHIZONI, 2010).

C) AGENTES SOCIALES NO-BIOMÉDICOS EN EL CAMPO DE LA SALUD ¿HACIA UNA RECONVERSIÓN DE LAS LÓGICAS DE CONTROL SOCIAL SOBRE LOS CUERPOS?

Las diferentes propuestas de reforma ya señaladas no tienen un impacto homogéneo en todos los contextos nacionales, siendo retomadas de modo diferencial en los distintos países que se tome como referencia. En lo que respecta a los países latinoamericanos, es interesante mencionar el caso de Brasil, donde en 2006 se aprobó la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementares, inscrita en el Sistema Único de Salud (SUS), lo que dio lugar a un rico debate acerca de las potencialidades, límites y modos de mejorar la implementación de esta tendencia en las instituciones sanitarias oficiales. En Cuba, las denominadas por la OMS como medicinas alternativas y complementarias, se encuentran presentes en el plan de estudios de la carrera de medicina, mientras que en Perú el Estado ha destinado parte del presupuesto nacional a la creación de un organismo de investigación sobre las medicinas tradicionales del país (OMS, 2002). En Estados

Unidos, la investigación en este campo se encuentra liderada por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), creado en 1999 y financiado por el gobierno federal en pos de generar evidencia científica sobre las prácticas no consideradas como parte integrante de la medicina científica. Al mismo tiempo, en Estados Unidos y en varios países industrializados (parte de Europa, Australia, Canadá e Israel, entre otros) diferentes abordajes terapéuticos no-ortodoxos han sido reconocidos e incorporados a los respectivos sistemas oficiales de atención de la salud. Aunque vale aclarar que los criterios propios de este proceso no son en modo alguno homogéneos. Esto supone desde la existencia de lógicas desde las cuales las medicinas no-convencionales son domesticadas (FADLON, 2005) de acuerdo a los parámetros biomédicos. Hasta la presencia de lógicas donde las medicinas alternativas y complementarias son incluidas en los distintos subsectores del sistema oficial en términos de igualdad con la biomedicina, como en el caso de China.

Como hemos ido delineando, estas posturas diferenciales exigen reconstruir analíticamente los entramados que se tejen tomando en cuenta el accionar de distintos agentes sociales, los que terminan configurando vías específicas de inserción de los abordajes médicos no-convencionales en ámbitos oficiales. Los criterios de regulación adoptados desde las instancias estatales en torno a las actividades que se proclaman como médicas en un sentido amplio del término se delinean, en este sentido, de acuerdo a las tramas institucionales que derivan de las alianzas, negociaciones, conflictos y competencias entablados por los agentes que participan en el campo de la salud. De acuerdo a esta lectura relacional, ya vimos que las capacidades de imponer sus propios intereses por parte de la profesión biomédica –sobre todo en torno a las prerrogativas respecto del sistema de servicios en el que se inserta- se vio afectada por la creciente injerencia de sectores empresariales que asumen la gestión del sector salud. A la vez que el Estado reconvierte su intervención desde el subsector público en pos de la aplicación de medidas focalizadas sobre grupos de riesgo. Asimismo, observamos el giro discursivo a favor de una ampliación paradigmática del modelo de atención oficial, que es vehiculizado desde otros sectores sociales que buscan incidir en las orientaciones que deben adoptar los sistemas oficiales –como los organismos internacionales y los teóricos de la Salud Pública-. No obstante, queda pendiente examinar la capacidad de imponer sus propios intereses por parte de los grupos que vehiculizan prácticas que no pertenecen al modelo biomédico de comprensión e intervención sobre el cuerpo. Es decir, los curadores que no se inscriben en la ortodoxia del campo.

Como afirma Bubello (2010) la incidencia de las estrategias desarrolladas por grupos marginales para defender su posición frente a los embates oficiales, tiene que ver con la capacidad de organizar asociaciones, de crear espacios de

sociabilidad, así como de articular un discurso apologético de sus prácticas y representaciones¹¹. Esto puede registrarse en diferentes casos a nivel internacional siendo, tal vez, un caso paradigmático el de la quiropraxia en Estados Unidos y Gran Bretaña. En relación con este último país, Cant y Sharma (1999) señalan que el reconocimiento oficial de esta disciplina en 1994 supone un largo proceso, donde la organización en términos asociativos (*British Chiropractic Association*), la estandarización de un cuerpo de conocimientos propio y la consecuente creación de un espacio de capacitación centralizado (*Anglo-European collage of Chiropractic*), las prácticas de *lobby* llevadas a cabo con el objetivo de lograr su registro como profesión médica en el contexto del *National Health Service*, además de la constatación por parte de las autoridades de que esa terapia constituía una de las profesiones de atención primaria más populares en el país con un promedio de “75.000 pacientes a la semana” (HMSO apud CANT y SHARMA, 1999, p. 141), conducen a que finalmente esta disciplina pase ser reconocida. Aunque lo hace formando parte del conjunto de carreras suplementarias que no llegan a constituirse en profesiones biomédicas en términos estrictos, como la enfermería o la odontología.

En el caso de Argentina, no es posible establecer un paralelismo que refleje un proceso de reconocimiento de la autonomía de grupos terapéuticos marginales en los términos planteados. Excepto en lo que respecta al ejercicio de la homeopatía, que obtiene su personería jurídica en 1940, aunque la batalla es emprendida por grupos de médicos diplomados dispuestos a asumir prácticas opuestas a los principios curativos, validatorios y legitimadores que habían estudiado en la Universidad (GONZALEZ KORZENIEWSKI, 2006). Para analizar la situación de las medicinas no-convencionales en el país, cabe remitirse a dos modalidades opuestas de inserción en ámbitos oficiales. En primer lugar, tomemos el caso de la acupuntura. De acuerdo con Freidin y Abrutzky (2010) esta disciplina ingresa al país en el marco de dos circuitos diferenciados: uno formal, representado por un pequeño grupo de médicos entrenados en Francia, que crean la Sociedad Argentina de Acupuntura (SAA) en el año 1955 e incursiona en el dictado de cursos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; y otro de índole informal, en el marco de la inmigración china y japonesa que se opera en el país a principios del s. XX –quienes en 1997 crean la Asociación de Acupuntores Chinos en Argentina (AACHA)-. A pesar de las búsquedas de reconocimiento de estos últimos, en el año 2008 el Ministerio de Salud de la Nación promulga una Resolución –nro 859- a partir de la cual la práctica de la acupuntura queda circunscripta a los profesionales de la salud regidos por la Ley 24.317 y decreto reglamentario, que regula el ejercicio profesional de los kinesiólogos y fisioterapeutas. En este contexto, la práctica de la acupuntura ingresa al sistema oficial de atención, en particular, en el contexto de hospitales de fondos públicos

como el Tornú, el Churruca y el Instituto de Oncología Ángel Roffo. En segundo lugar, la modalidad de ingreso de opciones terapéuticas no-convencionales en el sistema oficial, se limita a la presencia de estas opciones en los intersticios y márgenes del subsistema público u hospitalario. De este modo, se introducen en el entramado institucional a través de la figura del voluntariado en hospitales, la cual constituye una categoría lo suficientemente amplia y desdibujada como para habilitar la incursión de diferentes grupos de curadores, como fitoterapeutas, reikistas y reflexólogos, etc. Esta presencia se refuerza particularmente en áreas hospitalarias donde los biomédicos se encuentran más dispuestos a tolerar la presencia de legos y especialistas no-convencionales, como es el caso de las áreas de Cuidados Paliativos (LUXARDO, 2009). A su vez, los voluntarios ocupan un rol visible en el marco de talleres orientados a la comunidad en algunos hospitales públicos dependientes del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde se abren espacios para la práctica de yoga, bioenergética, *tai chi chuan*, cuencos tibetanos, así como también se oferta un curso de reflexología en uno de estos hospitales (SAIZAR., 2011). Cabe arriesgar que esta incorporación marginal y restringida, pone de manifiesto las barreras político-institucionales para el reconocimiento de prácticas de complementariedad terapéutica que llevan a cabo los legos en el nivel de su vida cotidiana. De este modo, la mayoría de las prácticas aquí mencionadas quedan supeditadas a su utilización como prácticas de consumo, es decir, si se recurre a ellas en institutos o consultorios privados.

Para complementar este breve bosquejo del estado de situación de las medicinas no-convencionales en la actualidad, es preciso mencionar que, en el plano legislativo, la promulgación de leyes para la incorporación de este tipo de abordajes terapéuticos en Argentina es muy limitada. Entre ellas, se destaca un proyecto de índole municipal que fue aprobado a través de la Ordenanza 8155 (2006) y sanciona la creación de un Comité Asesor de Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de Rosario; y otro, de alcance nacional, que conserva su carácter de ante-proyecto de ley (S-1614/07). A su vez, el nivel de penetración de medicinas complementarias y alternativas en las instituciones de enseñanza universitaria es escaso y genera múltiples resistencias, no sólo al interior del campo biomédico –es decir, de sus asociaciones e instituciones- sino también del campo científico en general. Sirva como ejemplo de lo antedicho, la notoriedad que alcanzaron las declaraciones del epistemólogo y filósofo de la ciencia Mario Bunge en 2010, en ocasión de que la Universidad Nacional de Córdoba incluyera como una materia de posgrado en la Facultad de Medicina un curso sobre terapias alternativas y complementarias. Entre sus dichos, el filósofo afirmó que la mencionada Universidad debería volver a la Edad Media, debido a su decisión de incorporar la enseñanza de pseudociencias como la homeopatía, el ayurveda, y la medicina tradicional china. Debido a la polémica

desatada, sobre todo en virtud de que se planeaban incluir actividades prácticas, el curso fue cancelado antes de comenzar¹². Este acontecimiento, que adquiere relevancia en virtud de los pocos intentos de visibilizar las prácticas no-conventionales en espacios oficiales como los universitarios, habilita a arriesgar el carácter de verdadera pugna epistemológica que alcanza en Argentina la posibilidad misma de un debate en torno a si es posible incluir o no este tipo de terapias en el sistema de educación y de atención oficial sanitario. Este debate sobre la integralidad no forma parte de la agenda sanitaria en el corto plazo, a excepción de la formalización de la problemática intercultural en lo que refiere a la salud de los pueblos originarios, impulsada por la OPS desde 1993.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar algunas coordenadas de utilidad en pos de reconstruir las posiciones diferenciales en el sistema oficial de atención de la salud argentino de las hoy denominadas medicinas no-conventionales. Para ello, nos valimos de una perspectiva conceptual relacional, capaz de permitirnos identificar los distintos agentes sociales que juegan un rol relevante en estos procesos, así como también observar los equilibrios de fuerza que se establecen entre ellos en cada momento histórico. Recapitulando, puede aseverarse que el s. XX se encuentra atravesado por un proceso en el que las correlaciones de fuerza entre los distintos agentes sociales con injerencia en la esfera del arte de curar –asociadas, además, a procesos económicos, políticos, sociales y culturales específicos- habilitaron a la constitución de una esfera médica “oficial” en que ciertos actores sociales pertenecientes al ámbito de la biomedicina lograron (aunque no sin dificultades) un estatuto profesional privilegiado. En contrapartida, el período contemporáneo se encuentra atravesado por procesos que generan una apertura relativa de los sistemas oficiales a nivel mundial hacia opciones de cuidado sistemáticamente excluidas en el período anterior. No obstante, en Argentina no se registra esta apertura, si bien desde distintos ámbitos de la sociedad civil se registra una marcada emergencia de prácticas y discursos a favor de la eficacia de este tipo de terapéuticas y, en consecuencia, a favor de la complementariedad terapéutica de estas opciones con la biomedicina. Cabe continuar en esta línea relacional las indagaciones sobre los condicionantes políticos, institucionales y epistemológicos que contribuyen a definir esta postura en nuestro país.

NOTAS

*Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Licenciada en Sociología (UBA)

marianabordes@yahoo.com.ar, Universidad de Buenos Aires – Centro Argentino de Etnología Americana. Av. de Mayo 1437 1º A. CP: 1085. Buenos Aires- Argentina.

¹ Como señala el autor, las características del modelo médico hegemónico se pueden sintetizar de la siguiente manera: biologicismo, ahistoricidad, asociabilidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (MENENDEZ, 2004, p. 24).

² Retomando a Idoyaga Molina (2002), estas creencias españolas no remiten a saberes populares traídos desde la península ibérica, como se suele suponer. Antes bien, consisten en conocimientos de elite de físicos y médicos bajomedievales, quienes empleaban amuletos, reliquias, imágenes, y rituales católicos como parte integrante de la terapéutica oficial.

³ González Leandri (1998) también menciona los conflictos que surgen entre distintos estratos socioeconómicos (médicos notables, los aspirantes a la elite, y los pertenecientes a estamentos más bajos). Ya avanzado el s. XX, las tensiones involucraron también el establecimiento de jerarquías entre distintas ocupaciones (enfermeras, parteras), y especialidades (kinesiólogos, anestesistas).

⁴ Bubello (2010, p.101) señala el modo en que la ley 2829 de 1891 busca reprimir el “ejercicio ilegal de la medicina”, aunque no termina de definir qué prácticas constituyen ese ejercicio. No se realizan especificaciones sobre cobro de honorarios, y no se distinguen terapéuticas tan disímiles como la imposición de manos o la cura de palabra (que no implican riesgo de muerte), y el suministro de remedios, purgas, vomitivos, o técnicas de intervención sobre el cuerpo (como las sangrías y cirugías).

⁵ En Argentina, la ley Sáenz Peña de 1912 habilita a una apertura republicana y democrática restringida, a través del derecho al voto a los argentinos nativos masculinos mayores de 18 años.

⁶ El autor menciona por ejemplo el artículo 19 del decreto 6.216 (1944), donde se proclama la prohibición de prometer la curación de cualquier enfermedad incurable, anunciar efectos infalibles de cualquier agente terapéutico, o prometer el alivio a través de procedimientos secretos o misteriosos. Por ejemplo, en 1936 se define el ejercicio ilegal de la medicina a cualquiera sin título habilitante que aplique, administre o prescriba medicamentos, drogas, lentes para anteojos, aparatos correctivos o curativos, hierbas, aguas o cualquier método o agente destinado al tratamiento de enfermedades o conservación de la salud, aún a título gratuito (BUBELLO, 2010, p. 142).

⁷ Este modelo se caracterizaba por tres rasgos: 1) una concepción del desarrollo vinculada a la etapa de sustitución de importaciones y una estrategia mercado-internista, 2) la asunción por

parte del Estado de un rol como agente y productor de la cohesión social (principalmente a través del gasto público) y 3) una tendencia a la homogeneidad social, visible en la incorporación de parte importante de la clase trabajadora y la expansión de las clases medias asalariadas (SVAMPA, 2005, p. 21).

⁸ Aquí, retomo las palabras delineadas por Susana Belmartino (1998, p. 257), donde explicita que la presencia del Estado ha sido tradicionalmente débil en lo que hace a la organización del sistema de servicios de salud, en la medida en que permitió la consolidación de instituciones moldeadas de acuerdo a fuertes intereses corporativos (los sindicalistas primero y, luego, los privados).

⁹ Es interesante retomar a Fidalgo (2009, p. 90) en tanto enfatiza que la presencia del capital privado en salud no es atribuible en forma exclusiva a las políticas neoliberales. Sino que, más bien, contribuyen a la “consolidación” del mercado de salud durante ese período (más que a su aparición).

¹⁰ A su vez la autora sostiene, al menos a modo de hipótesis, que este debilitamiento no sólo remite al lugar del médico ante las empresas prestadoras de servicios de salud, sino que también se extiende ante los organismos estatales de concertación, como la Administración Nacional del Seguro de Salud –ANSSAL– (BELMARTINO, 1998, p. 147).

¹¹ Si bien el autor hace referencia a la actitud estatal frente al abigarrado campo de las prácticas esotéricas –que, en su estudio, incluye tanto prácticas terapéuticas como el curanderismo, como grupos religiosos, por ejemplo, los relativos al espiritismo– el planteo citado en el texto es aplicable al tema que nos ocupa.

¹² Ver el sitio Web del periódico La Voz del Interior <http://www.lavoz.com.ar/content/la-unc-suspension-los-cursos>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELMARTINO, S., C. BLOCH, PERSELLO, A. y M. CARNINO. **Corporación médica y poder en salud**. Argentina 1920-1945. Buenos Aires: OPS, 1988.

BELMARTINO, S. **Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina**. ¿quién será el árbitro?. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.

BELMARTINO, S. **La atención médica argentina en el siglo XX**. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.

BOURDIEU, P. *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 1997.

BUBELLO, J. **Historia del esoterismo en Argentina**. Buenos Aires: Biblos, 2010.

CANT, S. y SHARMA, U. **A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state**. Londres: Routledge, 1999.

DI LISCIA, M. S. **Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)**, Madrid: CSIC, 2005.

FADLON, J. **Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine**. Albany, NY: State University of New York, 2005.

FIDALGO, M. **Adiós al derecho a la salud**. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2009.

FREIDIN, B. y R. ABRUTZKY. Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios, **Documento de Trabajo 54**, IIGG-FCS-UBA, 2010.

FREIDSON, E. **The profession of medicine**. Nueva York: Dodd, Mead, 1970.

GHIZIONI, A.; ARRUDA, M. y Ch. TESSER. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte, **Interface**, vol.14, núm. 35, 2010.

GONZALEZ KORZENIEWSKI, M., SALVIA V. y A. GONZALEZ. La construcción de legitimidad a través de una revista. Lucha por el reconocimiento jurídico de la homeopatía en Buenos Aires (1933-1940), **Question**, vol. 1, No 10, 2006.

GONZALEZ LEANDRI, R. Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires (1852-1880), **Asclepio**, vol. 50, núm. 2, 1998.

GRASSI, E., S. HITZE y M.R. NEUFELD. **Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural**. Buenos Aires: Espacio Editorial, 1994.

IDOYAGA MOLINA, A. **Culturas, enfermedades y medicinas: reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina**, Buenos Aires: Prensa del IUNA, 2002.

LUXARDO, N. Límites y alcances de la complementariedad terapéutica en el final de la vida. La perspectiva de los pacientes, **53 Congreso Internacional de Americanistas**, México DF, 2009.

MENENDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: SPINELLI, H. (coord.) **Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>. 2002.

PAIM, J. y N. ALMEIDA FILHO. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou um campo aberto a novos paradigmas?, **Revista de Saúde Pública**, vol.32, n.4, 1998.

PINHEIRO, R. y R. A. MATTOS. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2001.

SAIZAR, M., BORDES M. y M. SARUDIANSKY. El cuidado en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado postsocial. En: M. B. LLORENTE (comp.) **Transformaciones del Estado Social**. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica. Buenos Aires: Miño y Dávila, 2011.

SALVATORE, R. Sobre el surgimiento del Estado médico legal en Argentina (1890-1940), **Estudio Sociales**, año XI, vol.20, 2001.

SURIANO, J. Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en la Argentina. En J. SURIANO (comp.) **La cuestión social en Argentina**. 1870-1943. Buenos Aires: Editorial La Colmena, 2000.

SVAMPA, M. **La sociedad excluyente**. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Buenos Aires: Taurus, 2005.

TESSER, Ch. y M. LUZ. Racionalidades médicas e integralidade, en **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195- 206, 2008.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Artigo recebido para publicação em 30 de julho de 2012.