

# Las marcas de lo sagrado en el campo público de la salud.

Abordajes desde la religión y la espiritualidad en Argentina\*

Mercedes Saizar<sup>1</sup>

## RESUMEN

El presente artículo plantea que la religión se ha mantenido presente en las instituciones de salud, tanto en las formas terapéuticas de las medicinas tradicionales y religiosas como en la biomedicina, de manera que las nuevas espiritualidades conviven en las instituciones con las religiones, sin reemplazarlas, sino validándolas y visibilizando un fenómeno de la modernidad tardía, además de mostrar que en la actualidad nos encontramos no ante una espiritualidad homogénea, sino frente a un constructo amplio que agrupa experiencias disímiles y contenidos heterogéneos de lo sagrado.

**Palabras clave:** Medicinas tradicionales, biomedicina, nuevas espiritualidades, modernidad tardía.

## The marks of the sacred in the public health field.

Approaches from religion and spirituality in Argentina

## ABSTRACT

This article proposes that religion has remained present in health institutions, both in the therapeutic forms of traditional and religious medicines and in biomedicine, so that new spiritualities coexist in institutions with religions, without replacing them, but validating and making visible a phenomenon of late modernity, in addition to showing that today we are not facing a homogeneous spirituality, but facing a broad construct that groups dissimilar experiences and heterogeneous content of the sacred.

**Key words:** Traditional medicines, biomedicine, new spiritualities, late modernity.

---

\* Una versión previa de este texto se presentó como Conferencia Magistral en el XXXIV Congreso de Religión, Sociedad y Política acontecido en Oaxaca, México del 21 al 25 de octubre de 2019

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- Centro Argentino de Etnología Americana / Argentina, e-mail: mercedessaizar@conicet.gov.ar

## **Introducción**

Me desempeño como investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con lugar de trabajo en el Centro Argentino de Etnología Americana, en Buenos Aires. Formo parte de un equipo de investigación que dirige la Dra. Anitilde Idoyaga Molina desde fines de 1990 y he estudiado en estos veinte años las medicinas alternativas de raigambre oriental como parte de una configuración etnomédica que se refleja, en el caso argentino, en la existencia de una diversidad terapéutica heterogénea y compleja. El campo disciplinar en el que he enmarcado mi trabajo es la antropología médica, que reconoce en los cruces entre salud y religión uno de sus aspectos más enriquecedores para aportar reflexiones y categorías a las ciencias sociales.

Es justamente en un caso que permite abordar aristas de esa confluencia entre salud y religión que me interesa detenerme hoy. Como adelantaba, he trabajado relevando la situación de las terapias alternativas de raigambre oriental en grandes centros urbanos, recogiendo en distintos trabajos de campo las experiencias, narrativas y reflexiones para intentar dar cuenta de las trayectorias de usuarios, los usos terapéuticos, las estrategias de complementariedad con otras medicinas, distinguiendo los perfiles de especialistas, las ideas de salud, enfermedad, bienestar y eficacia, y analizando el devenir de los procesos de refiguración e incorporación de estas prácticas a la esfera de la salud pública, teniendo siempre como telón de fondo las cosmovisiones propias de cada terapia, sus concepciones en torno al cuerpo, la corporalidad y las nociones de lo sagrado que están presentes en cada disciplina y en el movimiento alternativo, en general.

Retomando los lineamientos y la propuesta temática de este congreso, quisiera detenerme en un aspecto de los procesos de incorporación de las terapias alternativas al ámbito público de la salud, para enfocarme especialmente en las marcas de lo sagrado que esta incorporación introduce en la esfera de lo público.

Me interesa utilizar este caso no como una mera descripción o un tema cerrado en sí mismo, sino como un ejemplo de un fenómeno social de suma actualidad que permite pensar, con bases heurísticas las relaciones entre religión,

espiritualidad y políticas públicas. Al mismo tiempo, muestra los límites que supone la idea –de bastante repercusión en los últimos tiempos- de que estaríamos frente a un resurgimiento de lo religioso en instituciones secularizadas. Entiendo aquí la idea de secularización como aquel proceso que implicaría la separación de las esferas de lo religioso y lo público, lo religioso y lo científico, un proceso de diferenciación funcional de la sociedad occidental moderna, como señalan Esquivel y Toniol (2018). En ese marco, la economía, la política, la ciencia y la religión se consolidan como campos autónomos, legitimándose por los principios inherentes a cada uno de ellos (Weber, 1984). Desde esa perspectiva, con el advenimiento de la modernidad y la expansión de la racionalidad científica, la secularización se consideró como una pérdida irreversible de la posición central de la religión en las sociedades medievales (Wilson, 1969). También se predijo que la religión inevitablemente se limitaría a la vida privada o incluso desaparecería (Stark y Bainbridge, 1986).

En ese sentido, este presupuesto funcionaría como un sustento para plantear que las instituciones públicas sufrieron un proceso de secularización que significó la escisión permanente de la religión y lo sagrado de las esferas estatales. Desde la perspectiva de la secularización, la incorporación de prácticas terapéuticas que contienen nociones de lo sagrado en sus bases, mostraría un resurgimiento de lo religioso bajo la forma de las “nuevas espiritualidades”, denominadas también como “espiritualidad del self” (Heelas, 2008), “espiritualidades alternativas” (Sutcliffe y Bowman, 2000), “espiritualidad reflexiva” (Besecke, 2001), entre otras.

Alejandro Frigerio (2016) presenta en una extensa reseña los debates que han tenido lugar al interior de la academia –principalmente de la anglosajona- en relación con las categorías de religión y espiritualidad; tensionando los alcances y límites de la posibilidad de pensar la espiritualidad como una mera forma de religiosidad que se define, entre otras cuestiones, por ser una “forma contemporánea, que enfatiza la experiencia individual de lo religioso”, alertando acerca del peligro de hacer de la epistemología de la individualidad una sociología, estableciendo una visión de que la espiritualidad nos pondría frente a un individuo infra-socializado, como oposición a la sobre-socialización a la que se suele asociar a las iglesias. Frigerio propone que el concepto de espiritualidad

tiene un valor heurístico en tanto reconoce y visibiliza formas religiosas de las sociedades contemporáneas, pero que es improbable e innecesario que substituya el término “religión”.

En la introducción del reciente “La institución como proceso. Configuraciones de lo religioso en las sociedades contemporáneas”, Joaquín Algranti, Mariela Mosqueira y Damián Setton (2019) señalan que durante las décadas de los años 60 y 70, bajo el encuadre dominante del paradigma de la modernización, la categoría de referencia para explicar el fenómeno religioso fue la teoría de la secularización religiosa, luego, los consensos han girado en torno a una hipótesis común sobre el fin del monopolio católico y una marcada atención sobre el problema de la diversidad, el pluralismo y la agencia de los sectores populares. De acuerdo a los autores, estas dos primeras décadas del siglo XX muestran la emergencia de un contexto analítico que piensa la vida social en términos de red, prestando atención a la circulación, las conexiones y el carácter reflexivo y vivencial de las biografías. Esta tesis, que denominan de desinstitucionalización religiosa, coloca el énfasis analítico en el estudio de la religión vivida y el ascenso de lo cotidiano.

En ese mismo texto, señalan cuatro grandes procesos que mostrarían el desarrollo de la espiritualidad contemporánea: 1) el repliegue de los dispositivos institucionales de autoridad; 2) la desregulación e individualización religiosa; 3) la revitalización de los comunitarismos y 4) la producción, oferta, demanda y consumo de una cultura material espiritualmente marcada (Algranti, Mosqueira y Setton, 2019).

En este sentido, la incorporación de las terapias no convencionales en los espacios públicos de atención de la salud mostraría algunos rasgos que hacen a la oferta y demanda de una cultura espiritualmente marcada.

Los debates en general muestran la tensión entre espiritualidad y religión y sus alcances para explicar la realidad en las sociedades contemporáneas. Así, conviven en la academia distintos postulados: la espiritualidad actual sería un resultado de los procesos asociados a la New age, una muestra de las formas contemporáneas de relación con lo sagrado, el surgimiento de una experiencia

de lo sagrado que trasciende las instituciones, una manifestación de la autonomía del sujeto o incluso una muestra del surgimiento de las técnicas del cuidado de sí como fenómeno propio de la posmodernidad, entre otras. En muchos de los trabajos, subyace la idea de que una –la espiritualidad–, estaría reemplazando a la otra –la religión–, o que la espiritualidad vendría a completar un vacío de sentidos que habría sido provocado por los procesos de secularización de las instituciones.

La propuesta que me interesa plantear es la de que la religión nunca dejó de estar presente en las instituciones de salud, y en las formas terapéuticas de las medicinas tradicionales y religiosas –como señalara Idoyaga Molina (2015)– pero también en las de la biomedicina, y que las nuevas espiritualidades conviven en las instituciones con las religiones, no las reemplazan sino que incluso las validan y visibilizan como un fenómeno de la modernidad tardía. E incluso, que no estaríamos frente a una espiritualidad homogénea en sus términos, sino más frente a un constructo amplio que agrupa experiencias disímiles y contenidos heterogéneos de lo sagrado.

Para ello, me gustaría desarrollar algunas ideas en torno a dos cuestiones: 1) los hospitales no abandonaron ni cedieron completamente sus espacios de religión (ni en las capillas, ni en cuanto a la presencia de especialistas religiosos, ni en los rituales médicos) y 2) la incorporación de las terapias alternativas trajo nuevos aires de lo sagrado a las instituciones, bajo las formas de la espiritualidad, que incluso han afectado las estructuras de los espacios religiosos previos (con la aparición de los nuevos espacios multiconfesionales) y las maneras en que se agencian los permisos para que circulen especialistas religiosos o de terapias que involucran nociones de lo sagrado en sus prácticas (curas, pastores, reikistas, etc.). Estos últimos aspectos pueden visualizarse en las ofertas de terapias no biomédicas y en las marcas que esto deja en la ocupación del espacio y en las conductas de los habitantes heterogéneos de ese espacio.

¿Es posible pensar que en caso de que no hubieran preexistido esas habilitaciones de lo religioso en las instituciones, sería más controversial la incorporación de las alternativas (que pregonan sobre todo la idea de la espiritualidad como experiencia individual, desinstitucionalizada y cuya

autoridad última es el individuo) en estos ámbitos hospitalarios? Es decir, ¿podemos pensar que los hospitales se constituyeron en espacios seculares y que ahora estamos frente a una recreación de lo religioso? ¿O es más bien una transformación de las formas que valida y visibiliza la presencia de lo sagrado en las instituciones?

## Los hospitales

En Occidente, los hospitales se constituyeron en principio como instituciones religiosas de caridad y cuidado de los pobres (Stevens, 2001) y fue a partir del siglo XIX que la biomedicina, progresivamente, fue adquiriendo un rol de mayor preponderancia hasta llegar a la actualidad como única oferta legal de atención de la enfermedad. Durante ese proceso de construcción y posicionamiento de la biomedicina como eje de la racionalidad científica, se produjo una delimitación que otorgó primacía al aspecto físico del cuerpo por sobre la mente o el espíritu (Porter, 1997), en el devenir de una batalla que delimitó las fronteras de lo científico y de lo no-científico (Gieryn, 1983), en el marco de un proceso de monopolización del control del espacio público/social del arte de curar (Sacks, 2001).

El cambio del foco de la atención hacia el tratamiento de la enfermedad condujo a los hospitales, como instituciones privilegiadas de la agencia biomédica, a un proceso gradual hacia la secularización (Starr, 1982). Sin embargo, no implicó la completa desaparición de las instituciones religiosas de los hospitales, que pervivieron incluso marginadas, a través de la presencia de especialistas y espacios religiosos, dando lugar a un proceso de negociación activa y dinámica por el poder y el espacio (Norwood, 2006) entre religión y medicina.

La presencia y pervivencia de lo sagrado en los ámbitos hospitalarios puede leerse en tres tipos de fenómenos: 1) la existencia de capillas y espacios multiconfesionales (Norwood, 2006; Swift, 2009) así como la presencia de especialistas religiosos con el objetivo de brindar contención espiritual a los pacientes y familiares (Lagman *et al*, 2012), 2) la presencia de aspectos rituales y simbólicos asociados a lo sagrado en las rutinas médicas (Comelles, 2002; Katz,

1980) y finalmente, 3) en la creciente utilización de la categoría espiritualidad en la práctica y el discurso médico (Giumbelli y Toniol, 2017).

Según Toniol (2014) la espiritualidad es un demarcador de una matriz discursiva específica, y es tanto un término que alude a la experiencia individual sobre lo sagrado como a una categoría de reciente adopción en el campo biomédico que apunta a una serie de variables no biológicas que inciden en las condiciones de salud y bienestar de los individuos. El autor analiza el modo en que la biomedicina, desde principios de la década de los 70 y hasta ahora, ha rescatado y construido su propia categoría de espiritualidad. En tanto se la construye como emblema del carácter holístico del ideal de la salud humana, de “color universal”, se ha transformado, progresivamente, de objeto de investigación de la teoría biomédica a recomendación efectuada a los pacientes; resultando en un constructo difuso que pareciera haberse forjado como un intento de resolver tanto la vieja tensión ciencia-religión como la de sumar nuevas miradas a la comprensión de la salud y la enfermedad.

Esa tensión compleja e irresuelta entre la biomedicina y la religión o espiritualidad se manifiesta también al interior del campo biomédico, en tanto este es un ámbito diverso (van der Geest y Finkler, 2004) en el que algunos sectores se alinean con las medicinas no convencionales en su crítica al reduccionismo biológico, bregando por la consideración de los aspectos espirituales, así como la de la valoración experiencia del enfermo, la consideración de los factores sociales, culturales y emocionales en la categorización de la salud y la enfermedad, como es el caso del llamado discurso centrado en el paciente (Lauver *et al*, 2002), mientras otros adhieren sin fisuras al paradigma biologicista, cada vez más atomizante.

### **La incorporación de las terapias alternativas a los hospitales**

Cuando a mediados de la primera década de este siglo dieron inicio los talleres de terapias alternativas en hospitales de la ciudad de Buenos Aires, se dio comienzo a un proceso que implica la sumatoria de lógicas diferentes, e incluso contradictorias, en una misma institución de la atención pública de la salud.

Las terapias alternativas, también denominadas medicinas alternativas y complementarias o no convencionales, han atravesado un proceso marcado, entre otras cuestiones, por la diseminación, la institucionalización y la masificación de su consumo, que como notara Fadlon ha generado su incorporación, apropiación y domesticación (2005). Es así que siendo herederas de un ideario holístico y con ecos de filosofías orientales, las terapias alternativas mixturán desde propuestas terapéuticas específicas, tratamientos para el dolor crónico o incluso estrategias para el afrontamiento de la muerte, hasta prácticas cotidianas para mejorar la calidad de vida, mantener la juventud y propiciar un encuentro con lo “natural”, lo “auténtico”, lo “real”, lo “esencial” de uno mismo y de la condición humana en general.

Esta propuesta, lejos de ser dogmática, apunta a establecer lazos de diálogo entre el mundo de lo sagrado y lo profano de manera fluida y cotidiana, sin establecerse en instituciones y sin requerir la mediación de especialistas o iniciados que medien la relación del individuo con lo sagrado, como ha sido señalado por Renee De la Torre (2006).

### **Estilos de incorporación de las Terapias Alternativas a los Hospitales**

Delinearé cuatro experiencias de inserción de las terapias alternativas en hospitales que nos permiten visualizar algunas características del proceso. Como aspectos en común de las experiencias de incorporación de lógicas no biomédicas a la oferta oficial de salud, podemos señalar que en todos los casos nos estaremos refiriendo a instancias de atención a usuarios en espacios intra-hospitalarios, asociados a áreas de intervención o especialidades biomédicas y con la participación de especialistas/terapeutas alternativos que llevan adelante su tarea en el contexto de las actividades del voluntariado y que desarrollan sus labores bajo la coordinación de un terapeuta alternativo y la supervisión general de un especialista biomédico.

#### **Caso 1. Terapias alternativas en el marco de un servicio de salud mental**

En los inicios del 2000, en el contexto de una grave crisis económica que afectó principalmente a las clases medias urbanas argentinas, la población



del Hospital 1 creció de manera considerable en cantidad y variedad de asistentes. Los profesionales de los diferentes servicios se sentían desbordados por la creciente demanda de atención y la escasez de los recursos –humanos y materiales- del hospital. Gran parte de la población que asistía al servicio de Salud mental requería –más que tratamiento de una psicopatología específica- contención psicológica y emocional para sobrellevar las crisis individuales y familiares fruto de las situaciones de desempleo y empobrecimiento. Más allá del sostenimiento de las actividades de atención y consulta tradicionales del servicio que se mantuvieron pese las dificultades y recortes presupuestarios, se crearon una diversidad de talleres cuyo objetivo principal era el brindar actividades que ocuparan el tiempo libre de los asistentes.

Así fue que los talleres surgieron como una estrategia de los profesionales de la salud mental –psicólogos y psiquiatras- como una respuesta a las necesidades de contención emocional de los pacientes. Distintas terapias alternativas como el *reiki*, la reflexología, el *yoga* o el *tai chi chuan* se sumaron a la oferta preexistente de talleres destinados a la comunidad, como eran los espacios de teatro, musicoterapia o cine-debate.

Las características de estos primeros talleres podrían resumirse en su dependencia de un servicio específico del hospital –el área de salud mental- y de la oferta de las prácticas terapéuticas sólo a los profesionales de la institución, y en un segundo momento, de los pacientes del servicio (Saizar *et al*, 2012). Con el transcurrir de los años, la variedad de terapias ofertadas no se modificó sustancialmente, pero sí se amplió significativamente el espectro de atención, involucrando como usuarios a los pacientes del hospital, estando en una primera etapa restringidas a un área de servicios específicos de cierta marginalización al interior de la misma biomedicina, con restricción a un espacio físico y restricción de atención sólo a profesionales.

## **Caso 2. Terapias alternativas como caja de herramientas para la biomedicina**

Otro caso es aquel que muestra la incorporación de las terapias alternativas al ámbito hospitalario a partir de su ingreso como oferta complementaria a los servicios habituales de oncología, cuidados paliativos y dolor crónico. En

distintos hospitales especializados en la atención de patologías graves o crónicas, se incorporaron en los últimos diez años prácticas de *reiki*, cuencos tibetanos y reflexología como parte de la actividad cotidiana de los servicios ofrecidos a los pacientes que asisten con regularidad para recibir tratamiento. Desde la perspectiva de los biomédicos involucrados en esas áreas, se trata de una práctica de apoyo y contención que les permite ampliar las herramientas terapéuticas en aquellos casos en que la biomedicina encuentra sus límites de intervención eficaz. De modo semejante a lo que fuera registrado en otros casos estudiados en Europa y Estados Unidos (Broom y Tovey, 2008), esta incorporación se define a partir de la sumatoria de prácticas que permiten acompañar al paciente y su familia, aliviar el dolor, proveer bienestar frente al sufrimiento crónico o intenso, funcionando como parte de una “caja de herramientas” a la que los profesionales pueden recurrir para seleccionar dispositivos terapéuticos que promuevan el bienestar. En este contexto, la idea de bienestar implica que incluso frente al tratamiento de enfermedades graves o incurables, existe la posibilidad de ofertar a los pacientes un espacio de contención y bienestar que suma la espiritualidad como un eje de tratamiento.

Surge así como un espacio específico de un servicio, mostrando las limitaciones de la biomedicina en el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, tiene mayor visibilidad en la vida cotidiana del hospital, en tanto se inscribe en un servicio de biomédicos donde circulan diferentes agentes del hospital (enfermeros, médicos, laboratoristas, etc.).

### **Caso 3. Terapias alternativas como parte de las búsquedas del bienestar de los usuarios**

En otro de los casos, la particularidad es la de haber ampliado la oferta de talleres de terapia no convencionales a la comunidad de influencia geográfica de la institución, y no sólo a los pacientes del servicio, como vimos en el primer caso, o no sólo frente a enfermedades graves o crónicas, como en el segundo. La variedad de terapias alternativas en este nosocomio es amplia y diversa, al tiempo que el área de inserción supera a un servicio en particular. Si bien la dependencia de los especialistas alternativos se ubica también bajo la esfera de especialistas biomédicos, estos pertenecen tanto al área de salud mental como

al área programática, -responsable de los servicios a la comunidad y de los programas de prevención de la salud-. Se trata de una actividad que se ubica en los márgenes de la institución, tanto en lo que refiere al espacio físico en el que se desarrollan como a la visibilidad de las actividades entre los demás profesionales (Saizar y Korman, 2012).

Se trata de una oferta de actividades que pregonan la práctica permanente de estas terapias como un modo de lograr el bienestar en los asistentes. En este caso, el bienestar se asocia al logro de un estado saludable, que incorpora una mirada más amplia sobre la salud, no ya como mera ausencia de enfermedad sino como un estado general de bien-estar, a nivel biológico, pero fundamentalmente emocional, social y comunitario.

#### **Caso 4. Las terapias alternativas como un Servicio entre Servicios**

A mediados de la primera década del 2000, dio inicio una serie de actividades en hospitales universitarios que mostró la incorporación de las terapias alternativas como parte de la actividad general del hospital, sin estar asociadas a un servicio en particular o al tratamiento de una patología específica. Se transformó así en una oferta en sí misma, asociada a una multiplicidad de servicios –maternidad, oncología, ginecología, dolor crónico, traumatología, cuidados paliativos, salud mental, sexualidad- e incluso como una oferta específica a la que puede accederse de manera separada de la asistencia a un servicio en particular. Lo particular de este caso es la incorporación como una oferta en sí misma, transversal a diferentes servicios, a los que se asocia para brindar atención pero de los que no depende para su funcionamiento/existencia. La coordinación general la realiza un terapeuta alternativo que tramita la incorporación de los voluntarios en diferentes servicios específicos. Pueden permanecer durante años o pueden trabajar sólo unos meses y dejarlo. Su inserción institucional es independiente.

Este es –entre otros- el caso de uno de los hospitales universitarios de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo servicio de Reflexología brinda atención tanto a pacientes de servicios particulares como a usuarios externos, quienes asisten de manera específica para ser atendidos por un reflexólogo (Saizar y Bordes, 2015;

Bordes, 2017). Será en este caso que nos detendremos para analizar el modo en que los espacios se marcan.

En estos casi veinte años la integración de las terapias alternativas a las instituciones públicas de salud se ha ampliado, pasando de ser una opción de actividad equiparable a una clase de teatro o de taller de escritura a presentarse claramente –desde la misma institución- como una terapia complementaria a la biomedicina, que se expande de hospital en hospital y que ha puesto en juego una serie de estrategias de definición identitaria de los especialistas alternativos, pero también de los biomédicos que se vieron confrontados con la presencia de un nuevo jugador en el campo. A pesar de los matices, todos los casos muestran una cierta homogeneidad, dada por la intención de algunos terapeutas alternativos de sumarse a la atención estatal de la salud y de algunos biomédicos de incorporar otras técnicas en sus tratamientos.

Ese proceso, que como señala Judith Fadlon (2005) ha implicado la sumatoria de lógicas diversas acerca del cuerpo, la persona y la enfermedad, la salud y rol del terapeuta, no implicó un quiebre epistémico en el sentido foucoltiano, en tanto la biomedicina continúa manteniendo la centralidad de las decisiones sobre el cuerpo del paciente y por tanto, de la jerarquía al interior de la institución hospitalaria. El ingreso de las terapias alternativas a los hospitales no es simple ni se encuentra exento de tensiones en ninguno de los casos relevados, ha requerido de negociaciones permanentes que deben compensar las diferencias entre lo extraño y lo habitual, lo que Wright (2008) denomina las tensiones entre lo nuevo y lo establecido.

### **Respecto de las marcas y demarcaciones de lo sagrado**

El hospital, como una de las instituciones claves de la modernidad, ha sido definido como el espacio propio de la biomedicina, el núcleo duro de la actuación científica y del paradigma de la ciencia moderna, el área en la que se delimita y gestiona el monopolio del ejercicio sobre los cuerpos. En ese sentido, se presenta como la institución que condensa la lógica racional de la ciencia moderna, en franca oposición a la lógica religiosa y a cualquier otra mirada sobre el mundo que quede por fuera de sus márgenes. Desde esa perspectiva, los

hospitales se constituyen en territorios universales de práctica de la biomedicina, establecidos como islas de tiempo y espacio universales, que lograrían borrar los aspectos particulares de las culturas locales.

Sin embargo, esta visión monolítica ha sido puesta en duda al mostrar cómo el hospital, lejos de ser un ámbito de exclusivo poder de la biomedicina, es un espacio complejo en el que interactúan una diversidad de actores, insertos en un contexto cultural específico, que respetando ciertos cánones de adherencia a la biomedicina, representan versiones locales propias que pueden ser diferentes entre sí. En términos de Van der Geest (2005) la biomedicina –como práctica concreta- representa los valores básicos de las culturas locales en las que se inscribe y desarrolla. Es por ello que se constituye en el espacio de acción y agencia donde biomédicos, enfermeras y pacientes encuentran la demostración y confirmación de sus valores más profundos, aquellos en los que han sido enculturados; valores, que como señala Good (1994) son transversales a las categorías y saberes aprendidos en sus formaciones académicas y profesionales.

La biomedicina adhiere en sus ideales a una lógica racional y técnica, pero podría ser un error concluir que en su desarrollo no hay lugar para los símbolos y la magia. Como nota Van der Gest (2005), la tensión entre los campos de la religión y de la medicina se da en el cruce de los conceptos que dan forma y sustento a cada campo -la teoría médica y la religión, respectivamente-, pero no sería así en el transcurrir de la práctica médica, que tiene, en su desarrollo cotidiano, mucho de lo que podría entenderse como saberes y prácticas propias del campo de la magia y la religión.

En ese sentido, me parece interesante traer a colación el trabajo de Katz (1980), quien analiza en profundidad los rituales asociados a la intervención quirúrgica y a la manipulación de los cuerpos de los intervinientes -profesionales y enfermos-, y el manejo del material y del espacio en las salas de cirugía, connotando de qué manera los actos médicos tienen efectos rituales y esos efectos rituales poseen, al mismo tiempo, resultados médicos. En su trabajo, la autora muestra con claridad de qué manera unas y otras prácticas y categorías se entrelazan profundamente.

Es así que el hospital se presenta como un espacio de ambigüedad (Street y Coleman, 2012), donde se entablan y desarrollan los dramas de la vida cotidiana, donde las fronteras entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad están en permanente interjuego, es el lugar en el que se suceden las actividades cotidianas y extraordinarias de múltiples actores que intervienen en y desde el cuidado de los enfermos.

Veamos entonces de qué manera un grupo que se incorpora a la dinámica del hospital marca el espacio como un modo de apropiación pero también como una manifestación de los procesos de negociación de sentidos y de construcción de identidades, poniendo de relevancia el rol de las llamadas nuevas espiritualidades en el contexto de una institución que se supone secularizada.

Marcar el espacio, tanto el público como el privado, es distinguirse, reclamarse en una posición específica, y mostrarla. En ese sentido, las maneras en que los lugares se marcan muestran los procesos de construcción y definición de identidades. La primera marca del espacio es la presencia de los terapeutas alternativos en el hospital, deambulando por los pasillos o interviniendo en espacios biomédicos como salas de atención, quirófanos o espacios de formación profesional médica como los ateneos.

En el sentido que Algranti (2015) le otorga a las acciones de marca del territorio, en la que las acciones de llevar-traer-dejar objetos e intenciones en tanto portadoras de significados contribuyen a definir un sentido del lugar, los especialistas alternativos marcan sus lugares en el hospital llevando objetos diferentes a lo esperado o lo esperable en la institución. Desde su perspectiva, producen una transformación del espacio que posibilita el funcionamiento de la terapia.

Como marcadores de su adherencia, señalamos el uso de objetos en la decoración de los espacios, como imágenes de ángeles, pinturas de mandalas, cuencos tibetanos, figuras de Buda o el uso de los colores utilizados en la decoración de las paredes o los cubre camillas infrecuentes en el ámbito hospitalario, como el amarillo o el violeta, que son elegidos en función de sus propiedades armonizadoras de acuerdo a cierta racionalidad *New age*. Asimismo,

el sonido y el aroma como medios terapéuticos, mediante la utilización de música y sahumerios durante la terapia reflexológica, como creadores de espacios propicios para que la energía fluya y la acción del terapeuta ocurra en un ámbito más propicio.

En el mismo sentido, se puede observar de qué manera los especialistas alternativos utilizan en sus prácticas en el hospital los cantos de mantras o la ejecución de sonidos guturales (en general el sonido de las vocales a y o pronunciadas mientras se expira el aire de los pulmones) que tienen por objetivo restablecer la circulación de la energía para lograr estados de equilibrio, así como la puesta en acción de movimientos corporales propios del especialista (agitar las manos y realizar símbolos del *reiki*) mientras realiza la terapia o de manipulación del cuerpo del enfermo y que se realizan en función de activar los centros energéticos en tanto potencia vital que une lo individual a lo cósmico, sagrado universal.

Finalmente, refiriéndonos no ya a la manera en que se marcan los espacios pero sí al modo en que se resignifican las nociones de la biomedicina en el discurso de los terapeutas alternativos, encontramos la utilización de ciertas nociones que parodian –en los términos de Mc Clean (2003)- los discursos biomédicos sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo, y que van a explicar, en este contexto, la dolencia como el resultado de bloqueos de la energía relacionados con las emociones y no con lo biológico, pero incorporando la idea de una célula biológica “sintiente” y con capacidad de sanar, de escuchar la voz del terapeuta o del mismo enfermo pidiéndole que se sane, es decir, una biología que implica mucho más que el cuerpo, involucra energía y aura, *chakras*, canales de energía, intencionalidades y autonomía del cuerpo, etc. La energía es referida como una categoría que otorga sentido a la idea de salud y enfermedad, pero también da sentido a la existencia humana, la muerte, el daño y la terapia; es un componente de los espacios y ambientes que los califica y los contagia de su signo; es una capacidad del terapeuta, innata o adquirida; y finalmente, es parte de un vocabulario alternativo que entremezcla ideas de lo espiritual con lo terapéutico.

Siguiendo la propuesta, la idea de energía funciona como un paraguas semántico que permite traer a colación al ámbito terapéutico e incluso al momento del tratamiento biomédico una noción ajena a la racionalidad hospitalaria,

presentada en términos de pertenencia a un corpus de sentidos asociados a la espiritualidad -y no a la religiosidad- que puede ser aceptada por individuos con diferentes o ninguna adscripción religiosa.

Sin embargo, hay ciertos límites que son parte del proceso de negociación activa de la incorporación y que se van definiendo sobre la marcha. Los especialistas que detentan más prestigio al interior de cada equipo -por su jerarquía o su extensa permanencia en los servicios hospitalarios- llevan adelante un control de la gestión de los movimientos y técnicas de manipulación de la energía que realizan los demás integrantes al momento de la atención en salas (Bordes y Saizar, 2018). Este control de las acciones del terapeuta tiene como objeto la invisibilización de los gestos que podrían ser considerados esotéricos -y por eso peligrosos- frente a la mirada del paciente y del cuerpo biomédico, lo que no significa que su ejecución y uso no se consideren eficaces. Ejemplo de esto último es el relato que nos hacía una de las voluntarias, contándonos que al momento de atender a los pacientes en la sala del hospital, escondía bajo la camilla de trabajo un cristal, que al mismo tiempo que potenciaba la circulación de la energía positiva, absorbía la negativa. La utilización del cristal, que actuaba a pesar de estar escondido, se encuadra en una lógica terapéutica que valida la creencia en la energía, sus signos y su posibilidad de manipulación, mientras que su ocultamiento pone de relieve la necesidad de encubrir aquellos aspectos de la terapia que pueden ser motivo de censura por parte de los profesionales o de incompreensión y disgusto por parte de los pacientes. Como notaran Cant y Sharma (1996) en su estudio sobre los procesos de profesionalización de la homeopatía, los aspectos metafísicos de la terapia no biomédica son sometidos a un ocultamiento por considerárselos inadecuados al contexto, mientras que los aspectos técnicos, asociados al ejercicio del saber biomédico, son enfatizados.

### **Desmarcando lo sagrado para construir una identidad “menos conflictiva”**

Respecto a aquellos signos que desmarcan su relación con lo sagrado y que los acercan al campo de sentidos de la biomedicina, señalamos la vestimenta, con el uso de un ambo o chaqueta blanca similar a la que usan el resto de los profesionales o auxiliares biomédicos; el armado de los ateneos como espacio



de intercambio de información sobre los pacientes y de capacitación sobre la terapia reflexológica pero también de incorporación del vocabulario biomédico; la presentación de los espacios externos de sus salas, cartelera similar al resto de los servicios; la estandarización de la atención: protocolos de atención, negociados con los biomédicos, cantidad de sesiones fijas, más allá de la dolencia, en ocho sesiones; sumarse a actividades propias de la disciplina biomédica como jornadas y ateneos en fechas asociadas al tratamiento de una enfermedad definida por los biomédicos (la semana de la fibromialgia, la semana del cuidado paliativo, la semana de la hipertensión, etc.). La explicación a los pacientes de la lógica de la reflexología se aleja de cualquier contenido que pueda considerarse esotérico o extraño al ambiente: se describe en términos de masaje, mimo, etc.

Al respecto, es interesante señalar que los signos y símbolos que se copian, en acciones de parodia o mimesis, indican qué aspectos de la otra medicina -en este caso la biomedicina- son considerados claves en la definición de la identidad profesional. De alguna manera, pareciera que el aspecto exterior de espacios, vestimenta, cartelera, armado de los ateneos, copia o imita el formato biomédico sin conflicto. En el trabajo de campo pudimos ser testigos de cómo ciertas costumbres se valorizan como profesionalizantes, como el uso de las chaquetas, la asistencia de los ateneos, el conseguir cartelera de hospital, etc. Pero es al interior de los espacios habitados, en el contenido de los cursos de formación y de los ateneos, donde se observa mayor diversidad y variantes, señalando un proceso de delimitación de la identidad propia que está en pleno proceso de construcción.

## **Conclusiones**

La integración de la dimensión espiritual en la atención de la salud representa un punto de encuentro entre terapeutas alternativos y ciertos grupos de profesionales biomédicos, quienes entienden que la consideración de este aspecto permite ampliar la comprensión del paciente como una totalidad, superando los límites de un modelo reduccionista-biologicista que hace foco en el dualismo mente-cuerpo (Scheper Hughes y Lock, 1987). Al mismo tiempo, permite integrar a la práctica de los voluntarios aspectos de lo sagrado bajo un manto de mayor legitimidad que el que implicaría la adhesión a denominaciones religiosas.

En sus recorridas por las salas de internación, los especialistas alternativos retoman ciertas formas y funciones propias de los especialistas religiosos, como el sentarse a los pies de la cama o la cabecera del sufriente, preguntarle por su estado de ánimo, si se encuentra acompañado por un familiar, así como por el ofrecimiento de escucha atenta del paciente y la oferta de una ayuda que supera la atención de lo biológico. Muchos de los pacientes internados aceptan con gusto la presencia y la labor espiritual de estos especialistas alternativos, incluso cuando no han aceptado la visita de un especialista religioso (sacerdote, pastor, religiosas).

Las terapias alternativas representan un campo fértil de estudio donde analizar una diversidad de aspectos que hacen a las búsquedas de sentido y el tratamiento del dolor y la enfermedad y a la experiencia de lo sagrado en un sentido amplio, al tiempo que muestran el desarrollo de procesos de apropiación, resignificación y domesticación de categorías y prácticas de otros campos médicos y religiosos, poniendo de manifiesto los alcances y límites de cada campo, las cercanías, acuerdos, tensiones y conflictos que delimitan las identidades, configurando definiciones duras pero también márgenes más borrosos donde las distinciones entre uno y otro saber se hacen menos notorias y evidentes.

Cada una de las marcas que se adhiere o se distancia de una u otra perspectiva está fijada a un mismo objeto, espacio o situación, dando diferentes señales a quienes lo presencian o a quienes se les dirige el mensaje. Señales que serían confusas si no se entendieran en el marco de las relaciones reflexólogos-biomédicos, reflexólogos- pacientes o reflexólogos- nosotras como científicas sociales. Es decir, tener en cuenta la relevancia del contexto en el que se suceden las marcas es fundamental para su comprensión.

Finalmente, son estas marcas –y desmarcaciones- las que muestran o ponen de manifiesto un proceso de visibilización de los aspectos de lo sagrado que pueden tanto estar presentes en los espacios tradicionales que la religión ocupó en los hospitales -en sus capillas, sus capellanes, las monjas y los pastores que visitan y consuelan a los enfermos- como en las prácticas del bienestar y la terapia que se asocian a las nuevas espiritualidades. Asimismo, nos permiten

pensar que la secularización puede ser comprendida como un proceso que intentó la separación religión-instituciones, que pareciera que en algunos casos logró invisibilizar o minimizar el impacto de ciertas prácticas religiosas pero que sin duda, no logró erradicarlas ni erradicar los fundamentos de sus adherencias.

## Referencias

ALGRANTI, J. (2015). El carisma como evidencia de sentido. Reflexiones sobre el papel de las mercancías y la religión en el espacio público. En L. Bahamondes Gonzalez y N. Marin Alarcon (edits.), *Religión y Espacio Público. Perspectivas y Debates*. Santiago de Chile: Crann Editores.

ALGRANTI, J., MOSQUEIRA, M. y D. SETTON (2019). Introducción. En *La institución como proceso. Configuraciones de lo religioso en las sociedades contemporáneas*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

BESECKE, K. (2001). Speaking of Meaning in Modernity: Reflexive Spirituality as a Cultural Resource. *Sociology of Religion*. 62 (3). pp. 365–381.

BORDES, M. (2017). “Non-Conventional Practitioners in Buenos Aires City Hospitals: Entry and Permanence Strategies in Informal Laboral Settings Based on the construction of Social Bonds”. En M. Saizar y M. Bordes (comp.), *Alternative Therapies in Latin America. Policies, Practices and Beliefs*. New York: Nova Publishers.

BORDES, M. y M. SAIZAR (2018) De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión*, 28 (50), pp.161-182.

BROOM, A. y TOVEY, P. (2008). *Therapeutic Pluralism: Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. London: Routledge.

COMELLES, J.P. (2002). Medicine, magic and religion in a hospital ward: An anthropologist as patient. *AM Rivista della Societa `Italiana di Antropologia Medica*, 13/14, pp. 259–88.

DE LA TORRE, R. (2006). “Circuitos mass mediáticos de la oferta neosotérica: new age y neomagia popular en Guadalajara”, *Alteridades*, 16 (32).

ESQUIVEL, J.C. y R. TONIOL (2018). La presencia de la religión en el espacio público latinoamericano. Apuntes para la discusión. *Social Compass*, 65(4), pp. 467–485.

FADLON, J. (2005). *Negotiating the Holistic Turn: the domestication of alternative medicine*. Albany: State University of New York.

FRIGERIO, A. (2016). La ¿“nueva”? espiritualidad: ontología, epistemología y sociología de un concepto controvertido”. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião, Porto Alegre*, 18(24), pp. 209-231.

GIERYN, T. F (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48, pp. 781-795.

GIUMBELLI, E. & TONIOL, R. (2017). What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. En Blanes, R., J. Mapril y E.Giumbelli (orgs). *Secularisms in a Postsecular Age? Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective*. Palgrave McMillan. pp. 147-167

GOOD, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.

HEELAS, P. (2008). *Spiritualities of Life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Wiley Blackwell.

IDOYAGA MOLINA, A. (2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, 17 (22), pp.15-37.

KATZ, P. (1981). Ritual in the Operating Room Author. *Ethnology*, 20 (4), pp. 335-350.

LAUVER, D. R., et al. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), pp. 246–255.

McCLEAN, S. (2003). Doctoring the spirit. Exploring the use and meaning of mimicry and parody at a healing center in the north of England, *Health*, 7 (4), pp. 483-500.

NORWOOD, F. (2006). The Ambivalent Chaplain: Negotiating Structural and Ideological Differences on the Margins of Modern-Day Hospital Medicine. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 25 (1), pp. 1-29.

PORTER, R. (1997). *The Greatest Benefits to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to present*. London: Fontana Press.

SAIZAR, M. y G. KORMAN. (2012) Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina, *Sage Open*, July.

SAIZAR, M. y M. BORDES. (2015) “¿Hospitales New Age o Terapias Alternativas Biomedicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires”. En M. Blazquez Rodríguez (ed.), *El reencuentro de salud y espiritualidad. Saberes, agencias y prácticas periféricas*, Tarragona, Universitat Rovira e Virgili.

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

SAKS, M. (2001). Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects. *Current Sociology*, 49, pp. 119-134.

STARK, R. y W. BAINBRIDGE (1986). *The Future of Religion: Secularization, Revival and Cult Formation*. Berkeley: University of California.

STARR, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York, NY: Basic Books.

STEVENS, R. (2001). American perspective. En D. Matcha (Ed.) *Readings in Medical Sociology*. Needham Heights: Allyn & Bacon. pp. 337-345

STREET, A. y COLEMAN, S. (2012). Introduction: Real and Imagined Spaces. *Space and Culture*, 15, pp. 4-17.

SUTCLIFFE, S. y M. BOWMAN (1999) *Beyond New Age: Exploring Alternative Spirituality*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

TONIOL, R. (2015) Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, Políticas Públicas e Práticas Clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión*, 43 (25).

VAN DER GEEST, S. y FINKLER, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, 59, pp.1995-2001.

VAN DER GEEST, S. (2005) 'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. *Anthropology & Medicine*, 12 (2), August 2005, pp. 135–150.

Weber, M. (1984) *Ensayos sobre sociología de la religión*. Madrid: Taurus.

WRIGHT, P. (2008) Las religiones periféricas y la etnografía de la modernidad. Latinoamérica como un desafío a las ciencias de la religión, *Caminhos*, 6 (1).