

**POLÍTICAS SOCIO-SANITARIAS Y ALTERNATIVAS  
TERAPÉUTICAS. INTERSECCIONES BAJO LA LUPA**

**Claudia Sandra Krmpotic**

**María Mercedes Saizar**

**(editores)**

## VIII

### **LOS RECURSOS BIOMÉDICOS EN LAS TRAYECTORIAS TERAPÉUTICAS DE POBLADORES DE MOLINOS, PROVINCIA DE SALTA (1976-2014)**

Marta Crivos

María Rosa Martínez

Molinos es un pueblo rural emplazado a 2200 msnm en el valle Calchaquí de la provincia de Salta, noroeste de la República Argentina. En él residen en la actualidad aproximadamente 1000 personas. A ello se suma la población dispersa en fincas y parajes, alcanzando un total de 2523 personas para el Departamento del mismo nombre.

Nuestra investigación etnográfica centrada en los procesos de salud-enfermedad-atención, tuvo su inicio en la década del '70 y aún continúa. Ello nos ha permitido contar con un amplio registro observacional y oral de las concepciones y vivencias de los pobladores en torno a la problemática y sus transformaciones a lo largo del tiempo. En particular la narrativa acerca de casos o episodios de enfermedad extraída de entrevistas en profundidad realizadas a una muestra representativa de la población de la región, nos permitió acceder a información valiosa respecto de las condiciones de vida, los recursos disponibles y las estrategias locales para la recuperación de la salud en este largo período.

El análisis del registro oral nos permitió observar la variabilidad y contrastes respecto de la percepción de las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud entre pobladores de parajes y localidades periféricas respecto de los residentes del pueblo. Entre la población adulta, resulta recurrente la comparación entre el pasado y el presente, evaluando las ventajas y desventajas de determinados recursos médicos tal como eran percibidas en distintos momentos de su trayectoria vital. Las experiencias evocadas por miembros de distintas generaciones, nos conducen hacia el momento en que se crea el actual Hospital como puesto de salud, en circunstancias de una grave epidemia donde las alternativas tradicionales de cura eran insuficientes. Desde entonces, entre los habitantes del pueblo, esta institución forma parte de la cotidianidad, parece estar presente “desde siempre” como recurso cercano y a la vez ajeno, al que se apela o se evita, pero que nunca resulta indiferente a la consideración de las opciones terapéuticas de los pobladores de Molinos.

#### **Introducción**

A lo largo del siglo XX a nivel mundial las medidas de salubridad y los cambios en la alimentación han transformado radicalmente la calidad y consecuentemente las expectativas de vida humana. En amplias regiones de nuestro país, en particular en las zonas rurales del NOA, la salud era un bien escaso que la medicina local no lograba alcanzar. Enfermedades endémicas y epidemias como la del cólera, Fiebre Exantemática, y la enfermedad de Chagas-Mazza, ofrecieron desafíos que el saber tradicional no pudo enfrentar (Martinez y Crivos, 2007; Crivos y Martinez, 1996). Con el correr del tiempo los registros de altas tasas de morbi mortalidad infantil y de mujeres durante el parto condujeron a que en el periodo 1976-83 se reinstalara en

algunas provincias un programa financieramente asistido de alcance nacional, que se conocía como Salud Rural. Más tarde rebautizado como programas de Atención Primaria de Salud (Bertolotto, A. *et al*, 2012:363)

En lo que transcurre del siglo XXI en el Departamento de Molinos, podemos observar, en forma continua, la implementación de un conjunto de políticas públicas en diferentes áreas –salud, educación, vivienda- tendiente a mejorar las condiciones de vida de la población. Es así que para el periodo comprendido (1976-2014), tanto en el campo de la educación como el de la salud pública diferentes planes y programas que provienen de políticas del estado nacional, provincial y /o municipal incluyen entre sus propósitos ampliar el radio de acción y las condiciones de acceso de la población a distintos servicios a través de la creación de centros de salud y educación. Ejemplo de ello es la instalación de escuelas en sus diferentes niveles en el pueblo y las fincas. Esta oferta educativa ha producido cambios en la dinámica de la población local. Es así que en la actualidad un mayor número de jóvenes permanecen en la región y retardan en algunos casos su migración a las ciudades. Asimismo, algunos de ellos continúan sus estudios terciarios o universitarios en la ciudad, lo cual les brinda una mayor capacitación y consecuentemente mejores opciones laborales. Entre ellas se observa, en la actualidad, un retorno a sus lugares de origen para ocupar cargos en espacios institucionales – particularmente de salud y educativos- que en el pasado eran inaccesibles para la gente del lugar, lo cual ha contribuido a mejorar las relaciones entre estas instituciones y la población local. Así, mientras las políticas públicas en el campo de la salud eran implementadas por agentes extraños a la comunidad y ponían el foco en el control o erradicación de comportamientos o hábitos considerados de riesgo o en el mejor de los casos fútiles y/o anacrónicos con relación a la resolución de los problemas sanitarios que enfrentaban estas poblaciones, en la actualidad y en forma creciente, la presencia de agentes locales en las instituciones sanitarias facilita el dialogo con los pobladores y una mejor apreciación de sus estrategias frente a la enfermedad, creando un nuevo escenario para la negociación de alternativas viables para la resolución y/o control de los padecimientos que afectan a la población.

### **La medicina en Molinos. Pasado y presente**

En Molinos se encuentra el Hospital “Dr. Abraham Fernández Hernández” al que acuden los pobladores del pueblo y otros parajes y localidades cercanas. Lleva ese nombre en memoria de quien es considerado el primer médico que brindara atención en esta zona y que además falleciera en la localidad en ocasión de asistir a los pobladores de la región durante una epidemia de tifus exantemático, en 1918. El actual edificio ubicado frente a la plaza del pueblo, es la ampliación de uno previo que prestara servicios solo como estación sanitaria (sin internación) y que fuera construido en la década del cincuenta, sustituyendo un edificio anterior de madera de la década del veinte. Este hospital depende del Ministerio de Salud de la provincia de Salta, y es la única institución biomédica disponible para los habitantes del lugar y es centro de referencia de cuatro Puestos Sanitarios ubicados en los parajes de Colomé, Tacuil, Aguadita y Amaicha y dos Puestos Fijos en los parajes de Churcal y Gualfín.

Es de destacar que si bien en los últimos tiempos se han incrementado los planes sociales y de salud, la atención sanitaria continúa concentrándose en el Hospital (Morgante y Martínez, 2014).

La planta permanente está compuesta por dos médicos, bioquímico, odontólogo y servicio de enfermería, disponiendo de dos salas de internación para un total de 10

enfermos. A partir de la década del 70 el hospital de Molinos cuenta con ambulancia, que permite proveer asistencia a pobladores de puestos y parajes del interior.

Asimismo, desde los Puestos dependientes del Área Operativa de esa Unidad Sanitaria, se deriva a pacientes de parajes lejanos, cuyas patologías así lo requieren, a centros asistenciales de mayor complejidad. Este avance de la medicina oficial hacia espacios cada vez más alejados del pueblo garantiza la atención primaria de la salud a los pobladores del área. Un ejemplo de ello es el control de las mujeres embarazadas, los partos, y el seguimiento y cuidado médico del recién nacido, que hasta hace un tiempo no muy lejano se realizaban en el ámbito doméstico con el auxilio de familiares o de parteras empíricas. No obstante ello aun hoy encontramos enclaves, habitados por pocas familias, que muestran un acceso limitado y esporádico a la medicina oficial.

Esto ha resultado en una ampliación de las estrategias terapéuticas de los pobladores de la región, que en el pasado contaban exclusivamente con el recurso a los conocimientos y prácticas tradicionales -transmitidos y modificados por la población de generación en generación, tanto en el ámbito de la “unidad doméstica” como a través de la consulta a “médicos campesinos”, personas consideradas competentes en el diagnóstico y tratamiento de dolencias y enfermedades a nivel local (Crivos y Eguía, 1981; Martínez y Pochettino, 1992: 211).

Los pobladores en sus discursos refieren a esta variedad de alternativas médicas disponibles a los fines de restablecer su salud, argumentando acerca de las razones que los conducen a elegir una u otra. En muchos casos la elección conlleva terapias que se realizan simultánea o alternativamente. Entre ellas se incluyen las prácticas médicas desarrolladas a nivel doméstico, la consulta a “médicos campesinos”, “curanderos” e instituciones sanitarias de distinto nivel de complejidad ubicadas en localidades y ciudades de la región o del ámbito nacional.

En todos los casos se alude a un "antes" en que la ausencia de instituciones públicas para la atención de la salud, el aislamiento, particularmente la falta de caminos y transporte y la distancia a los centros asistenciales, justificaban la utilización de recursos a escala doméstica o apelando a quienes, entre los pobladores, resultaban depositarios de un saber médico ancestral. Esta etapa corresponde en general a la infancia y juventud de los informantes, quienes, en sus escasas referencias a la medicina oficial aluden a un puesto sanitario en Molinos, (Estación Sanitaria) a cargo de un "guarda" o enfermero y sin equipamiento, medicamentos, ni transporte para emergencias (Crivos y Martínez, 1996:765).

## **Metodología**

El material analizado resulta de la implementación, desde las primeras etapas de nuestra investigación, de las técnicas de entrevista, particularmente entrevistas en profundidad -en sus variantes abierta y semi-estructurada- a “médicos campesinos” y pobladores en general, en su mayor parte en el ámbito de la Unidad doméstica.

Se realizaron también entrevistas semi-estructuradas a representantes de las instituciones de salud pública -médicos y enfermeros del hospital del pueblo de Molinos - como así también a los Agentes Sanitarios a cargo de los Puestos ubicados en parajes del Departamento. Respecto a eventos señalados por los informantes como relevantes con relación a situaciones o problemáticas médico sanitarias, se realizó la búsqueda e indagación en distintos tipos de fuentes escritas.

## El hospital en el marco de las decisiones terapéuticas

El análisis del material discursivo se realizó teniendo en cuenta los criterios involucrados en la toma de decisiones terapéuticas en la región. Del análisis de segmentos extraídos de las entrevistas con nuestros informantes surgen recurrencias en la referencia al hospital como instancia terapéutica en distintos momentos de la historia local así como en la apelación a la distancia física y social como elementos de juicio que justifican la opción por los recursos (Crivos, 2004).

La falta de asistencia médica en los parajes y fincas conduce, en los casos en que se considera necesario, a la consulta, en una primera instancia, al hospital de Molinos. Pero, ante un diagnóstico poco claro, o que atemoriza o estigmatiza al enfermo ante su grupo social, éste busca otras alternativas, a la espera de un diagnóstico que revierta esa situación -ya sea de los “médicos campesinos” o de especialistas de la medicina oficial en hospitales de mayor complejidad, reconocidos como de mayor autoridad.

*...Y aquí ocasiones mi daba uno' remedios el doctor... Vargas, mi culpaba que yo tenía ...a los pulmones. Y ya la gente (del pueblo) parece que han creído todos que nosotros eramos pulmones (TBC). M'ido a Salta yo, l'he dicho a especialistas ¿no? me han hecho análisis, me han hecho.. Y sabe qué? Tenía una tos, una tos que siempre me sabía dejar, y hei salío perfecta de ahí, entonces un médico ahí en el hospital: - -me dice- Cuántos hijos tenís? Le digo: - Seis. - Todos viven? - Todos viven - Y bueno - dice- (...) si era verdá como me ha dicho (...) falto de médico, como vivía ahí en Tacuil, pué. Ahí en Tacuil é'cerro (...)- Y bueno -me dice- y todos han hecho el servicio militar?. Le digo que todos. - Bueno, dice, el crestiano cuando la madre sea enferma de algo o al menos al pulmón, ningún hijo le sale sano. Todos tienen que ser enfermos... Porqué lo ha dicho eso a usted? Usted es perfecta de sana y de todo, dice. Si usted habrá sío una señora enferma usted ya no está, dice. Usted cree quie el pulmón es así nomás como usted está creyendo? qui nada más (...) sólo de tos?, dice. No! usted es una señora fuerte, dice. Eso es este falta de calcio, me ha dicho el médico. Y ve? con calcio yo mi'he compuesto sin tener ninguna cosa...( M.F, 1976, Molinos)*

*Y ahí está mi hijo. Este ha nació con hernia. Tenía una hernia aquí (bajo vientre a la derecha), era ahicito la hernia ¿no?. Y cuando lloraba mucho esa criatura le salía así una cosita como si fuera una manzanita ¿no?. Y yo le agarraba sabía hacerlo así (frotando) y se perdía sonando para adentro como si fuera una tripa y ahí tenía como si fuera un agujerito. Le he traído al médico, y el médico me ha dicho que le ten'que llevar para hacer operar. Pero ahí está que esos año' no había cómo hacerlo operar!. Y bueno, l'hei ido hacer curar. Lloraba esta criatura! y l'hei llevao pa' doña (...). Me dice: - Hija, curale en secreto tu hijo va a sanar (MF, Molinos)*

*...la señora de L, la señora G, en ocasiones dice que andaba con dolor de estómago ella ¿no?, y dice que ha venío ella y había tenido el mate frío, el té frío, y entonc' ella ha tomao, y eso nomá' ha sío ¡un dolor de barriga que era insoportable!, dice. Ha venío el médico (...) otro médico, no éste, había otro (...), y dice que le ha dicho qui se vaya a Cachí, porque es grave, que la lleve. Y ella no aguantaba que li mueva siquiera!, ni que le mueva!, era una cosa (...). Ha ido (...) noche, dice: - Por favor, doña María! Qué iba a hacer?, digo: - ¡Ay, Dios santo!, digo, ¿qué voy a hacer? (...). Y hay un remedio, la ceniza, también, (...) ¡sin creer nada es buena la ceniza!, en todo caso. (MF, 1977, Molinos)*

Se observan desacuerdos entre los representantes de la medicina oficial respecto al diagnóstico y tratamiento del enfermo. Asimismo el malestar e inconvenientes que implica el traslado y la internación prolongada del enfermo en un hospital lejano al

lugar de residencia conducen a la elección e implementación de otras alternativas que se consideran más adecuadas con relación a la situación del enfermo y su entorno.

*Mirá, mi hijo mío que vive en Salta? se ha enfermao le ha dao la Neumonia, y sobre de eso le ha venio l'ataque a los nervios...Casi se ha ido! Y yo m'he ido, me han hecho llamar? me he ido y he estao dieciocho días ahí en Salta, cuidandolé...Y no quería estar en el hospital, ya había estao dos meses en el hospital!. Y qué, en el hospital dice que le han puesto suero, le han puesto Penicilina, mira vos. Se ha venía abajo con eso...ya se ha caído los brazos, las piernas, todo se le ha caído ya, ya dice que taba la sangre volviéndose blanca por tanta Penicilina. y cuando ya he ido yo, lo que dice –sáqueme de aquí mamá, dice, sáqueme,... y ha venido había el Doctor , dice - No, Usted se quiere llevar, sacar el hijo, le lleva pero su hijo está bien delicao y otra cosa, si llega a pasar algo no la atiendo, no le vuelvo a recibir, no le doy el certificaio, nada, me dijo... será si se moría. - Enton' le digo -Mire, Doctor, le digo, será lo que Dios diga, yo lo voy a sacar a mi hijo, le voy a llevar a donde vivo, porque yo hei venio de lejos y para estar haciendo viaje a cada rato no tengo plata, taban caro' los pasajes...*

En este segmento, extraído del registro de un dialogo entre dos vecinas del pueblo se pone de manifiesto la incompreensión de la que son víctimas -enfermo y familiares- en un medio hospitalario distante física y socialmente de su pueblo. Resulta evidente también lo que implica el traslado a hospitales y servicios lejanos a la residencia del enfermo y/o del familiar a cargo. Distintas razones se exponen al momento de evaluar la permanencia del enfermo internado y decidir abandonar ese medio, las más referidas son de índole económica y social. El hospital público se presenta como un medio diferente, ajeno, por momentos hostil, repercute en la salud del paciente causándole nuevas dolencias y afecta la vida de sus familiares.

En los próximos párrafos se ponen en juego las perspectivas respecto del diagnóstico y decisiones terapéuticas de diferentes generaciones, jóvenes y viejos. Los jóvenes y particularmente aquellos que viven en el pueblo tienen un mayor y más frecuente acercamiento a las instituciones sanitarias. La visión de los mayores, acorde a la cosmovisión tradicional conduce a una interpretación diferente de los síntomas y por lo tanto de la terapia considerada adecuada. Es así que se observa ante la situación de enfermedad, como se confrontan y contrastan dos sistemas médicos, lo cual puede conducir a vigorizar el conflicto generacional en el ámbito doméstico. El diagnóstico de los representantes de la biomedicina considerado erróneo (por la abuela, nuestra informante) invalida la apelación al principio de autoridad como criterio que justifica la consulta en primera instancia al hospital.

*Hace pocos días estaba enfermo el chiquito de mi hija (...).Y qué!...le van a curar en l'hospital!...Eso nomá pué, la mala fuerza que hacía él, él se iba y se helaba los pies todo eso le hizo mal...le daba fiebre y no tenía ganas de comer (...)*

*Ella (la hija) le llevaba pa'l hospital, li llevaba y...no sé qué le haría el doctor, pero yo l'he dicho primeramente - No! está más de asustao le digo, lo que anda en el vapor del suelo eso le ha hecho mal, (...), y era que es asustao, el río hondo...(..)ahí se ha asustao, por eso venía de noche a llorar, quería dormir, no podía (...)- Casi dos semanas, asustado estaba...es que(ella) ya no me creía a mí. Pero así le ha ido, la duración que ha tenío (...)- Sí, al final recién se ha convencío ella. - Pero hacele, le digo, refregale el pecho, si es asustao o quedao llamalo, sahumalo, y hace...componele, dale teces pa' la tos, por ejemplo, l'inca yerba de eso hay unos yuyitos pa' las lomas (...)* (LR, Molinos, 1977)

La mayor parte de las narrativas contrastan pasado y presente, rescatando eventos de la historia de los valles que permiten dar cuenta de las duras condiciones de vida en el pasado. En esos tiempos los servicios de salud y de educación eran escasos y de difícil acceso para los pobladores de puestos y parajes distantes, muchos de los cuales hoy residen en el pueblo.

*"sabía contar mi abuelita...cómo era la fiebre...pasaban las veinticuatro horas y ya no se morían y al que le da fuerte se moría enseguida. ¿cómo sabría ser eso? Eso ya no se oye ahora. Dicen que se morían en cada casa de tres, de cuatro, de cinco y que les enterraban ahí cerca nomás de la casa...cerquita nomás que les enterraban y no llevaban al cementerio ni nada"*

*"en una casa se han muerto dos, en otra casa se han muerto tres, de esa tos ahogosa...no había médicos, ¿qué vamos a hacer?. En Molinos sabía haber un hospitalcito, pero había un guarda que le decían, parece que no había ni remedios ni nada, así que ir a Molinos era lo mismo que no ir"* (N.R., Amaicha, 1982)

Desde la perspectiva de esta “médica campesina”, la salud era un bien escaso que la medicina tradicional no lograba alcanzar. Pasado y presente se funden en la descripción de enfermedades endémicas y epidemias que como la Fiebre Exantemática, el sarampión o el cólera en los tiempos de los abuelos y la enfermedad de Chagas-Mazza aun en el presente, ofrecen desafíos que exceden las posibilidades terapéuticas de los recursos vernáculos (Crivos y Martínez, 1996; 2010).

El aprendizaje en el ámbito doméstico de las cualidades terapéuticas de los recursos naturales del valle, sumado a experiencias en otros ámbitos, como las estadías en la ciudad de Salta, amplían el espectro de alternativas médicas de los expertos locales, permitiéndoles acceder y recrear conocimientos y prácticas provenientes de diferentes contextos. De este modo, en el marco de las trayectorias de nuestros informantes el contacto con gentes diferentes y a propósito de sus propios padecimientos, los acercan a la medicina científica.

*“E: Qué edad tiene su esposo*

*M: Él tiene 84 años... Yo tengo 60 ,61 he cumplido El no sale, siempre ha estado enfermo, siempre estamos yendo a Salta, siempre tenemos que estar en Salta, siempre por un mes por dos una semana, estamos yendo con los médicos, no le hayan su enfermedad aquí, él tiene no sé qué enfermedad en la cabeza, no sé pero no es rara pero ahora gracias a Dios, siempre estamos en Salta,*

*E: Que es lo que tiene?*

*M: No sé, no sé qué tiene en la cabeza... No sé qué enfermedad como era, él tiene, tiene que estar en control hacer los estudios no dejar las pastillas, no dejar las pastillas pero ahora anda bien anda ahora tiene que estar en Salta, siempre... Por un mes, con los médicos no hemos ido porque hace frío, fiero y allá peor le pone los huesos, la rodilla. No es grave pero le duelen las rodillas allá en Salta la humedad y está lloviendo... en agosto, septiembre ya nos vamos* (M Ch, Molinos, 2014)

Es así que a lo largo del tiempo se amplía el espectro de alternativas entre las cuales es posible seleccionar la más adecuada a las demandas de la población local. Al mismo tiempo surgen nuevos actores que más allá de su pertenencia institucional ejercen el rol de mediadores en el diálogo entre la medicina científica y distintas expresiones de la medicina local, conciliando universos hasta hace poco tiempo inconmensurables (Martínez y Crivos, 2010).

Al respecto recuperamos algunos párrafos de un reciente trabajo facilitado por su autora, médica Gerente del hospital de Molinos, que ilustra claramente el cambio de perspectiva de algunos de los agentes de la medicina oficial. Este cambio es presentado en forma de autocrítica centrada en las falencias que la autora reconoce en la percepción y relación del personal médico con los pobladores de la región.

*“Muchas veces dejamos de lado los conocimientos populares, no los escuchamos y la gente de cualquier forma termina optando por ellos, tal vez por sus creencias o por la falta de llegada a todas las familias del equipo de salud como en este caso, las personas buscan alguna manera de resolver sus problemas”*

## **Reflexión final**

Los relatos que refieren a instancias de enfermedad recordadas por los pobladores de los valles y que contemplan más allá de las tres últimas décadas del siglo XX se presentan en muchos casos como hechos traumáticos y angustiantes fundados en las duras condiciones de vida de las poblaciones del noroeste argentino. En este sentido, acordamos con Jorge Semprun (op. cit., Allué: 28) en que “los acontecimientos históricos suelen producir testimonios en los que la memoria verídica se mezcla con olvidos más o menos interesados y con exageraciones que dramatizan el recuerdo”.

Si bien las condiciones de vida de los pobladores del valle calchaquí han cambiado a lo largo del tiempo hallamos ciertas recurrencias respecto al privilegio de los recursos locales en una trama argumentativa que ubica al Hospital en un espacio de confrontación y desvalorización de los conocimientos etnomédicos. En este sentido pueden dar al lector, tal vez desprevenido y alejado física y culturalmente de estas realidades, la falsa apariencia de que se describen condiciones socio-culturales y económicas de poblaciones del ámbito rural del noroeste que corresponderían a momentos de una profundidad histórica mucho mayor a la del tiempo de la enunciación.

De hecho estos relatos, convertidos en textos escritos, resultan del encuentro, interacción, observaciones y entrevistas con distintas personas en las que observamos la alternancia de la experiencia individual más o menos traumática con la alusión a lo colectivo.

Los recuerdos personales refieren a la historia de la comunidad como un “todo”, incluyen no solo lo vivido por nuestros interlocutores, sino lo transmitido y referido directa o indirectamente por otros.

La distancia física y social respecto a los recursos de la medicina científica a la que aluden estas narrativas, se ha ido reduciendo a lo largo del tiempo. Con respecto a la distancia física, el avance de los medios de comunicación y de transporte, ha hecho posible, en parte, que la gente que vive y trabaja en las fincas y parajes alejados se trasladen al pueblo y frecuenten el hospital. Por otra parte, si bien entre los criterios presentes en las elecciones terapéuticas, la accesibilidad física aparece de forma recurrente, no podemos considerarla aisladamente, sino en su combinación con la accesibilidad social (Sy Anahí, 2008: 127)

Con relación a la distancia social se observa que un factor a considerar lo constituye el cambio en la composición del personal de planta del hospital. Como hemos dicho, cada vez más personas, particularmente jóvenes de esta región acceden a cargos de auxiliares médicos e incluso de mayor rango. Un ejemplo de ello lo fue la incorporación hacia el



año 2010 de un médico nacido en la localidad vecina de Seclantás cuyas redes parentales y de amistad alcanzan a personas del pueblo. Esta situación resultó en un mayor acercamiento y comprensión de las problemáticas que motivan la consulta al servicio de salud conduciendo a que en forma creciente el hospital de Molinos ocupe un lugar diferente en el imaginario local acerca de las posibilidades que ofrece la medicina oficial como recurso.

La pluralidad de discursos recogidos permite dar cuenta etnográficamente del presente y el pasado reciente de los pobladores, instancias de la trayectoria laboral que conjugan la circulación por diferentes espacios, la interacción con diversos actores, la actualización de ciertas prácticas y la transformación de otras. En estos relatos, se recupera la memoria de lo experimentado por los sujetos entrevistados, pero también por otros, fundamentalmente sus antecesores, ya sean cercanos y/o identificados como miembros de la unidad doméstica, o generalizados como “la gente de antes” o “los antiguos”. Esta “memoria” de la propia experiencia o de lo transmitido intergeneracionalmente remite a una construcción en la cual presente y pasado se articulan, donde lo vivenciado, experimentado, interviene como organizador o marco de referencia para la toma de decisiones o para evaluar alternativas de acción en el presente. En este diálogo y reconstrucción narrativa, actores e investigadores participamos de una recreación novedosa de distintos aspectos de las historias locales.

Estas experiencias forman parte del bagaje del grupo doméstico y se actualizan o recrean cuando nuevas circunstancias y eventos lo requieren. De este modo, la narrativa recopilada en el marco de esta investigación sostenida a través del tiempo en una misma región abona a la construcción de la historia local, trascendiendo las historias particulares. Asimismo, aporta a la investigación interdisciplinaria (Crivos et. al. 2014) de distintas problemáticas. La recuperación e interpretación de estos relatos que aluden a percepciones y acciones diversamente situadas nos permite una aproximación al modo en que los pobladores vivieron y/o concibieron determinados momentos y eventos de sus historias personales y familiares en su articulación con la historia de la región. Asimismo muestra su grado de involucramiento en la toma de decisiones tanto en el plano de la salud como en otros aspectos de la vida en el pasado y su proyección en el presente.

A través de la narrativa de jóvenes y viejos, legos y expertos, podemos apreciar cierta convergencia de concepciones y prácticas que provienen de sistemas médicos diferentes. Algunos de ellos en el pasado, poseyeron cierta primacía, y de acuerdo a los más ancianos constituían la única opción. En la actualidad la pluralidad de voces y de perspectivas conlleva nuevos espacios donde pobladores de diferentes generaciones, junto a los representantes de la medicina oficial, ponen en juego en una trama de encuentros, diferencias o distancias culturales y sociales que otrora constituyeron barreras infranqueables.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

### **Bienestar social**

El término se inscribe en la idea del progreso civilizatorio, concebido como el resultado del desarrollo, y a éste como dimensión del proceso de modernización. Anclado en un paradigma de progreso que dominó el escenario durante los siglos XIX y XX, y materializado en el sistema capitalista que constituyó la más consistente forma de respuesta al desafío transformador. El concepto refleja el impulso tecnológico de racionalización, la industrialización, como los cambios en las formas de organización social y el trabajo, las formas políticas tanto de opresión como de participación y liberación, hasta los estilos de vida y las biografías. En el caso de los países latinoamericanos, donde al proceso de descolonización le siguió una vía de formación capitalista tardía y dependiente, implicó la centralidad del Estado como motor de un ‘desarrollo desigual’ (Hinkelammert, 1974), y por lo tanto una noción de bienestar caracterizada por cierta ambigüedad conceptual. El bienestar es ¿un estado o condición económica, social, política, cultural o moral? Durante el último cuarto del siglo XX, la concepción dominante estuvo conformada por dos factores o precondiciones del desarrollo: modernización y democracia, y en el marco de esa tensión pueden explicarse las últimas décadas en la Región.

El bienestar es utilizado para definir la finalidad de las políticas sociales, y si se plantea en el marco de una estrategia de desarrollo socio-económico, obliga a pensar en las articulaciones entre política económica y política social, y sus mutuos efectos sociales y económicos. En este sentido, la visión productivista del desarrollo tendió a colocar el bienestar en dupla con el crecimiento económico, por lo que el bienestar fue concebido como función del consumo, mientras que el crecimiento como función de la inversión. Ello reforzó la oposición entre Estado vs. mercado, y entre planificación vs. rentabilidad, como aspectos excluyentes en un programa de desarrollo. De este modo, podemos ver cómo la noción de bienestar incluye tanto las preocupaciones de la economía cuando se ocupa de la distribución de recursos escasos y sus usos alternativos, como a las definiciones políticas, cuando se decide quién recibe qué, cuándo y cómo, quién asume los costes y quien se ve retribuido en los beneficios.

La noción también hace referencia a la existencia de un sistema de bienestar social, a partir de un conjunto de agencias especializadas, con participación estatal, que se ha sido construido en base a dos corrientes de pensamiento: la residual y la institucional. En la primera, la intervención de las instituciones acontece sólo cuando fallan las estructuras de la familia, la comunidad más próxima y el mercado en la provisión de las respuestas a las necesidades; en la segunda concepción los servicios de bienestar son vistos como funciones y recursos de primera línea en la moderna sociedad industrial, consignados como bienes públicos, siendo una finalidad legítima la intervención para ayudar a las personas a un pleno desarrollo de sus capacidades individuales como de sus lazos sociales. En la actualidad habría consenso en afirmar que el bienestar social puede entenderse como el resultado de los intercambios entre Estado-familias-mercado, y se alcanza a través de las funciones de planificación, gestión y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales que incluyen múltiples actores sociales en diversos ámbitos jurisdiccionales, sean locales, provinciales, nacionales, regionales o internacionales. En este sentido, asistimos a una renovación del pacto entre bienestar y progreso, lo que conlleva una reorganización de la función social en los niveles estatales y una readaptación espacial de las responsabilidades en la provisión pública de bienes sociales, con relevancia de los mesogobiernos y municipios, junto a un mayor protagonismo del sector no-gubernamental de base altruista, como del sector comercial

o lucrativo bajo la noción de responsabilidad social de las empresas, junto a las transformaciones en las funciones familiares y de los hogares en tanto unidades primarias de producción y distribución del bienestar, a través del concepto de corresponsabilidad (Krmpotic, 2005).

### **Biomedicina**

Por biomedicina (término que salvo en algunos países como el nuestro, es autodenominativo de la práctica en cuestión) entendemos al conjunto de prácticas, teorías y conocimientos fundamentalmente atravesados por una concepción biologicista del hombre y su entorno. Heredera de tradiciones diversas (humoral, hipocrática, galena), en las últimas décadas se ha configurado como una práctica preeminentemente tecnologizada, que hace hincapié en la etiología de la enfermedad como un hecho individual y meramente atribuible a causas biológicas. En la Argentina, es la única medicina oficialmente legalizada y es la única oferta que el Estado, a través de su red de salud pública y gratuita, ofrece a la población.

Desde el campo de las ciencias sociales, al discurso biomédico se le ha atribuido un carácter totalitario, que sería inoperante con aquello que no es articulable con su sistema conceptual (Clavreul, 1978). Para Laplantine (1999) la praxis del modelo biomédico predominante sienta sus bases en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica unicausal y en terapias que actúan por la contra, como se advierte en los antibióticos, antivirales, antiestamínicos, antidepresivos y otros anti.

### **Complementariedad terapéutica**

La complementariedad terapéutica implica la combinación, frente a un mismo episodio de enfermedad, de estrategias terapéuticas diversas (Fadlon 2005; Austin 1998; Idoyaga Molina, 1997, 2002 y 2007; Sharma, 2000). Los motivos de selección, combinación y/o rechazo de las distintas ofertas médicas han sido explicados por factores culturales, económicos, políticos, étnicos, religiosos (Idoyaga Molina, 1997) y la adherencia a determinados estilos de pensar (Douglas, 1995).

Puede presentarse como una estrategia diseñada y asumida por el propio doliente, por su familia o entorno cercano ó por un especialista médico que lo recomiende.

Respecto de la complementariedad terapéutica, los estudios realizados indican que la norma general pareciera indicar un uso pluralista más que una excepción, motivo por el cual el fenómeno de combinación de medicinas constituye un amplio campo de estudio en el que disciplinas tales como la sociología y antropología médica, e incluso la biomedicina, han abordado el análisis de los sistemas de creencias asociados a cada tipo de medicina, sus nociones tradicionales y las refiguraciones que surgen de la interacción con otros sistemas médicos, produciéndose así una resemantización de ideas en torno a la persona, la corporalidad, las emociones y las experiencias subjetivas asociadas a cada una de ellas. Asimismo, un objeto emergente de estudio es la relación que se produce entre las medicinas alternativas y complementarias y la biomedicina, tanto en aquellos países en donde esta última es la única legalmente aceptada –como es el caso de la Argentina–, como aquellos en donde, si bien comparte el campo terapéutico con otras terapias –el caso de Brasil, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e Israel– continúa manteniendo un rol decisivo en las definiciones y tratamiento de la salud y la enfermedad.

### **Estado**

El Estado constituye una fuerza que centraliza el poder y concentra la capacidad de coerción sobre un territorio geográficamente delimitado. Deviene de un proceso

formativo a partir de un conjunto de atributos que adquiere un sistema de dominación. En perspectiva histórica el concepto moderno de Estado cobra forma en el período que va del siglo XIII al XVI, y representó el pasaje de una idea de gobernante que conserva su estado, a la noción de un orden legal y constitucional independiente -el Estado- que el gobernante tiene la obligación de conservar (Alford y Friedland, 1991).

El Estado se materializa en un conjunto interdependiente de instituciones y medios legales para el ejercicio de la dominación, por lo que en esta perspectiva es tanto relación social como aparato institucional. También puede hablarse de condiciones de la 'estatidad' como el grado en que un sistema de dominación social ha adquirido las propiedades que definen a un Estado (Oszlak, 1997), desenlace que se alcanza dada la existencia de ciertas precondiciones: unas materiales que posibilitan la expansión e integración del espacio económico (mercado), y de unos agentes sociales quienes -dada la creciente complejidad en las necesidades de producción e intercambio- requieren de mecanismos de control y de recursos de dominación como función estatal.

En el marco del proceso de transformación del sistema de dominación societal, puede decirse que lo político se 'estatiza' en la medida que el Estado constituye el nuevo eje articulador de la dominación. Para ejercerla interviene de un modo legítimo como aspecto emergente de la 'soberanía', esto es, de su no sometimiento a cualquier otra autoridad existente en tanto condición necesaria para el ejercicio del poder, y del respeto de unos criterios democráticos. Puede pensarse en términos de un despliegue de la estatidad, interviniendo directa o indirectamente, a través de legislación y de políticas (bien jurídico y bien social), en el marco de un proceso de *state-building*, con una estatización progresiva de la sociedad y una integración de las fuerzas sociales en el Estado.

El análisis sobre el Estado puede presentar al menos tres perspectivas teóricas: la pluralista que coloca el nivel de análisis centrado en los individuos, la dirigencial que lo hace sobre las organizaciones, y la clasista que presta atención a la sociedad como totalidad. La primera subraya el aspecto democrático del Estado, la segunda el burocrático-institucional y la tercera su condición capitalista, aspectos que en sus múltiples tensiones explican la mayor parte de las preocupaciones teóricas y prácticas alrededor de la naturaleza del Estado (Alford y Friedland, 1991).

### **Legislación social**

Marco normativo fundado en el reconocimiento de los llamados derechos de segunda generación, que incluyen los derechos sociales y económicos. Configuran el denominado Estado Social, Estado de Bienestar o Estado Providencia, e implica un desarrollo ulterior del Estado Moderno que sigue a la forma de Estado Liberal. Ambos son expresión del Estado de Derecho, inspirado en cuatro notas fundamentales: i) el imperio de la ley, considerada expresión de la voluntad general; ii) una organización política que obedece al principio de división de poderes; iii) una administración sometida al principio de legalidad, especialmente a través de sistemas de control y responsabilidad que aseguren un funcionamiento conforme a derecho; y iv) el reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales de la persona humana.

Por su parte, el paso del Estado Liberal al Estado Social ha implicado un tránsito transformador de un Estado pasivo guiado por el concepto de 'libertad negativa' (Berlin, 1988) absentista o policía, hacia un Estado polivalente que promueve conductas consideradas socialmente beneficiosas, que distribuye recursos sociales o remueve obstáculos, atendiendo a la justicia social como principio rector. El desarrollo de una legislación social pone de manifiesto un proceso de traducción de las necesidades humanas al lenguaje de los derechos. Las necesidades quedan integradas a la discusión

política y ética, lo que conduce a concebir la legislación social como un emergente de este desarrollo. Su institucionalización bajo la forma del Estado Social promovió un cambio fundamental entre la categoría de indigente/pobre a la categoría de derechohabiente (Krmpotic, 2005).

Los derechos sociales presentan una serie de particularidades: i) son derechos de prestación o de crédito porque a diferencia de los derechos civiles o políticos, estos exigen su materialización pues sin su concreción carecen de sentido. Siendo el Estado garante, ello le obliga a responsabilizarse y procurar la satisfacción de las necesidades, mientras otorga a los titulares de esos derechos el poder de exigir las prestaciones; ii) si bien son de titularidad individual se inspiran en una concepción realista y colectiva del ser humano; iii) remiten a un concepto de libertad entendida como igualdad; y iv) constituyen un elemento clave de solidaridad social, puesto que colectiviza las responsabilidades frente a los riesgos sociales (Martínez de Pisón, 1998). Asimismo, y ampliando el conjunto de derechos sociales y económicos, emergen actualmente demandas particulares en favor del reconocimiento de nuevos derechos, como los vinculados a la problemática del medio-ambiente, la defensa del consumidor, de las minorías, a la diversidad cultural, entre otros. De todas maneras, hay que advertir que el reconocimiento de los derechos sociales no disminuye *per se* el status de los ciudadanos como mercancías, si no es en términos de su capacidad para la desmercantilización, es decir, el grado en que la existencia de esos derechos permiten a la gente que sus niveles de vida sean independientes de las puras fuerzas del mercado (Esping-Andersen, 1993; Polanyi, 1944).

### **Medicalización**

*“El proceso de medicalización -uno de los más importantes procesos culturales- entendido como la imposición hegemónica del modelo médico clásico primero, y del modelo hospitalario después, constituye uno de los aspectos claves para la comprensión de la cosmovisión y el comportamiento social de los habitantes de las zonas del mundo, más o menos influidas por la civilización euroatlántica”* (Gonzalez de Fauve, 2001: 9). De ese modo la medicina redefine la enfermedad, sus causas, los síntomas y la terapéutica, a través de nuevos significados del cuerpo y sus signos y símbolos.

Supone además el reconocimiento de una práctica médica, es decir, de un grupo que busca demostrar su idoneidad y legitimar su intervención exclusiva, y de un lenguaje que presenta además una función meta-lingüística: un nuevo vocabulario que para dar cuenta de la salud y la enfermedad con términos técnicos (Krmpotic, 2008).

El concepto de medicalización también ha sido utilizado para connotar su intromisión en diversos aspectos de la vida social, al señalar las formas en que la medicina contribuyó a la construcción de categorías que escapan a su estricto objeto de estudio (por ej. terapias individuales y sociales que aportan soluciones científicas al problema de la delincuencia). En este sentido algunos sostienen -en función de los requerimientos del ‘sistema-mundo capitalista’- la relación entre biomedicina e imperialismo en la medida que el saber biomédico permitió justificar la intervención de los Estados coloniales primero y luego modernos en el marco de un nuevo orden de dominación. Todo grupo percibido como amenazador fue asociado a alguna causal de degradación, de enfermedad y contagio, es decir, a una construcción social del peligro y el riesgo. En este punto resulta importante distinguir entre la medicina como profesión, de su institucionalización en el aparato estatal.

Si bien, el período comprendido entre los siglos XV y XVIII es clave para comprender el proceso de medicalización en los países centrales de occidente y luego trasmutado a

las colonias, la biomedicina -es decir, el ejercicio de la práctica curativa por parte de la medicina académico-universitaria- emergió con fuerza como mediación ante los problemas sociales producto de una cultura urbana e industrial. La definición de las primeras intervenciones estatales respondió a la aparición de la patología laboral bajo las nuevas condiciones del trabajo fabril, y a la constatación de una diferente morbi-mortalidad entre ricos y pobres, lo que estructuró la formación de cuadros para atender a los más vulnerables.

### **Medicina**

Por medicina entendemos un conjunto de conceptos, procedimientos y recursos con los que se busca prevenir y curar la enfermedad. La medicina se inscribe en un sistema de creencias y por lo tanto, en una cultura. *“La medicina en cualquier cultura comprende las creencias así como los hechos, las experiencias así como los conocimientos, las expectativas así como sus efectos. Es una disciplina interpretativa, así como descriptiva y prescriptiva”* (Bivins, 2007: 10; traducción propia). Cada medicina posee particulares ideas y nociones en torno a la persona, la corporalidad, la etiología de la enfermedad, la manifestación de la enfermedad, los modos de actuar frente a ella, la eficacia terapéutica, el rol del terapeuta y el rol del doliente. A diferencia de la terapia (que es una práctica específica) la medicina es un amplio campo de saberes y conocimientos compartidos por una comunidad, avalados y legitimados culturalmente, que son adquiridos por el especialista a través de un proceso de aprendizaje en el que se aprehenden las técnicas necesarias para detectar o diagnosticar la enfermedad y las técnicas necesarias para recuperar el estado saludable. Como conjunto de conocimientos implica también procesos de transformación y resignificación de sus saberes, pues en tanto está inmersa en una cultura, cada medicina participa de la dinámica propia del contexto, la historia y las sociedades en las que se inscribe.

Si bien no hay discusiones teóricas que, en el campo de las ciencias sociales, retomen la definición de este término, sí es frecuente, en cambio, que la adjetivación de “medicina” sea objeto de discusión en lo que refiere a distintas prácticas del cuidado de la salud. Ejemplo: ¿son medicinas las prácticas rituales religiosas del catolicismo?

### **Políticas públicas**

El concepto genérico refiere al conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos (Peters, 1982). Las políticas públicas deben considerarse como un proceso decisional en cuya marco se establece lo que ha de hacerse, más también se decide la 'no-acción' (sea por inacción, bloqueo o no-decisión). El papel de los organismos gubernamentales es clave a la hora de definir su carácter público, aunque no exclusivo. La acción de gobierno se expresa en los productos primarios de la acción (outputs), los cuales a través de su impacto en la sociedad, dan lugar a resultados finales (outcomes). Asimismo, remiten a fines específicos: a modo de ejemplo, una política educativa o sanitaria son etiquetas que identifican un campo de actividad y unos propósitos determinados de los poderes públicos; esto es, una política sectorial o como programa como ámbito más acotado.

### **Políticas sanitarias**

Son intervenciones del Estado que se orientan a maximizar la salud como a reducir las desigualdades de acceso a la salud. En la Argentina de comienzos del siglo XXI, la política sanitaria busca realizar ‘el derecho a la salud’ (2000). Si bien esta concepción encuentra antecedentes a mediados del siglo XX, la medida en que el Gobierno

Nacional se constituye en garante implica connotaciones particulares: lo hace para todos, solidariamente y sin discriminaciones. Pone particular énfasis en la satisfacción de los usuarios, en el respeto de los derechos humanos y en la ausencia de discriminación; en preservar el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y a la privacidad de las personas, así como el derecho de los pacientes en cuanto al acceso y a la comunicación de toda información relevante disponible relacionada con su diagnóstico y tratamiento, propiciando el consentimiento informado ante la potencial participación en actividades de investigación y docencia. El derecho a la salud lleva aparejado el bienestar y la salud de las familias; el reconocimiento de la gente, el ambiente y sus problemas, así como el fortalecimiento de las organizaciones familiares, comunitarias y de la sociedad para una participación más responsable y protagónica. Se ha de considerar a la salud en el lugar de vida: el hogar, la escuela, el trabajo, el barrio y la ciudad. Exige un cuidado integral de las personas, mediante la incorporación de contenidos y actitudes para la satisfacción de necesidades fundamentales de identidad, protección, afecto, autonomía y reconocimiento de derechos. Requiere, asimismo, la oportunidad de las acciones antes que el daño se produzca, en función del riesgo poblacional buscando evitar males mayores, con criterios preventivos proporcionales a las necesidades de las personas.

### **Políticas sociales**

La respuesta a la pregunta ¿qué es la política social? es sencilla sólo en apariencia. La tarea de darle forma debe recoger y nutrirse no sólo de los distintos enfoques teóricos y cosmovisiones del Estado, la sociedad y los individuos, sino de las propias experiencias históricas que ponen de manifiesto su peculiar materialización en distintos contextos. Así podemos incluir significados referidos al sistema de seguridad social, a la connotación de servicios sociales universales, como a lo asistencial más restringido a intervenciones con grupos de riesgo específicos. Es un concepto versátil pues *“una amplia gama de intervenciones del Estado o políticas públicas son, de ese modo, políticas sociales, aunque no siempre sean identificadas como tales por las propias agencias estatales”* (Lvovich y Suriano 2005: 9).

Podemos reconocer políticas sociales: i) en la medida que los dispositivos institucionales existentes se incorporan al aparato burocrático del Estado; ii) como forma de institucionalización de las necesidades traducidas al lenguaje de los derechos; iii) como intervenciones del Estado que actúan sobre las condiciones de vida de los sujetos y de reproducción de la población; anatomopolítica de los cuerpos individuales y biopolítica de la población en clave foucaultiana; iv) como formas secundarias de redistribución del ingreso; v) como expresión de las tecnologías de poder estatal sobre la vida; vi) como un conjunto amplio de instituciones que se ocupan de las condiciones de vida de la población, garantizando la reproducción y un mínimo de estabilidad para la convivencia social.

También se alude a 'política social' (en singular) para dar cuenta en términos genéricos de la 'forma política de la cuestión social', y a 'políticas sociales' (en plural) para aludir a aquellas políticas específicas, sectoriales, que pueden registrarse en función del proceso de burocratización y especialización estatal (Grassi, 2003).

### **Políticas socio-sanitarias**

Un análisis retrospectivo nos permite dar cuenta que las políticas públicas resultan de un proceso de *state-building*, que exhibe una estatización progresiva de la sociedad así como una socialización del Estado. Cuanto menor el grado de especialización técnica, de desarrollo normativo como de la organización burocrática, menos desagregadas las

áreas de política pública. Así, hallamos en el caso argentino, un enfoque integrado de políticas socio-sanitarias en el momento de pasaje del Estado liberal al Estado social (a mediados del siglo XX). Más atrás en el tiempo -y sólo a título ilustrativo- el grado de especialización era prácticamente inexistente, y bajo la noción de ospitalidad se sostenía la respuesta cristiana correcta dirigida a los prójimos pobres y enfermos. Por su parte, pensar en la actualidad en políticas socio-sanitarias implica promover acciones que procuran alcanzar -a través de la desmercantilización y la desfamiliarización- una suerte 'efecto neto' del Estado en la estructura social, en la medida en que dicha intervención introduce grados de autonomía entre el intercambio mercantil y el manejo de riesgos para maximizar la salud, el hábitat, el desarrollo de capacidades técnicas, cognoscitivas, artísticas, de cuidado, la generación de ingresos y recursos, etc.

### **Prácticas**

Las prácticas objetivan las formas básicas de la estructuración social, es decir, los mitos, las normas y las instituciones. Responden a actos de la vida cotidiana en orden a la reproducción de hombres particulares, lo que a su vez crea la posibilidad de la reproducción social. Esto implica que todo sujeto y grupo social particular tienen una vida cotidiana, cualquiera sea el lugar que ocupen o condición social que detenten. Esta generalidad de ningún modo quiere decir que el contenido y la estructura de la vida cotidiana sean idénticos en toda sociedad y para toda persona: en la vida cotidiana de cada hombre son poquísimas las actividades que tiene en común con los otros hombres, y sólo pueden ser idénticas en un plano muy abstracto. *"Todos necesitan dormir, pero ninguno duerme en las mismas circunstancias y por un mismo período de tiempo; todos tienen necesidad de alimentarse, pero no en la misma cantidad y del mismo modo"* (Heller, 1991: 19).

Pensar en 'prácticas' es pensar en el nexo entre lo social y lo individual; la reproducción no debe pensarse como un acto automático de pasaje de lo individual a lo social; *"el hombre solo puede reproducirse en la medida en que desarrolla una función en la sociedad: la autorreproducción es, por consiguiente, un momento de la reproducción de la sociedad"* (Heller, 1991: 20). Así, la vida cotidiana nos proporciona a nivel individual una imagen de la reproducción de la sociedad en un tiempo y espacio determinado, siendo una imagen de la socialización, del proceso de humanización, o del civilizarse en términos modernos.

### **Profesiones (institucionalización)**

Se reconoce una profesión ante la presencia de los siguientes elementos: (i) reconocimiento y legitimidad sociales consagrados por ley y/o por instancias jerárquicas del Estado e instituciones sociales (familia, iglesia, etc.); (ii) concesión de monopolio para el ejercicio de competencias privativas; (iii) autonomía técnica; (iv) organización corporativa de los miembros; (v) credenciales universitarias como resultado de la emisión de diplomas por parte de instituciones de enseñanza superior reconocidas por la autoridad pública competente; y (vi) un código de ética.

La institucionalización de una profesión es fruto de un proceso histórico y se presenta en grados y con resultados variables dependiendo de la disciplina que se trate. Cuando el proceso es asumido como iniciativa del Estado en coalición con los grupos profesionales, decimos que la intervención profesional sobre un objeto de atención se 'politiza'. Esto implica que: i) se seleccionan problemáticas a partir de una valoración de su carácter público, es decir, de las consecuencias o efectos para la comunidad; ii) se valora el alcance de su peligrosidad en orden al bien común; y iii) se determinan las acciones reguladoras, asistenciales, terapéuticas, preventivas o rehabilitadoras más



convenientes, en función de los recursos disponibles y las prioridades políticas. Visto desde la dinámica de los grupos profesionales, las profesiones pueden contribuir a la politización de cuestiones socialmente problematizadas, por ej. la politización de la maternidad implicó transformar la cuestión de la maternidad en objeto de política; visto desde la dinámica estatal, este proceso va a contribuir a la profesionalización de la intervención, incluyendo un aspecto de tecnificación y especialización más también de burocratización.

### **Relaciones entre la biomedicina y las otras medicinas**

La Organización Mundial de la Salud recomendó en el año 2002 –y ratificó en el 2013- la incorporación a los sistemas de salud de los distintos países miembro, de las medicinas que forman parte de los acervos culturales de cada país. La medida puede ser comprendida como una estrategia de respeto de la diversidad cultural y de la autonomía de los pacientes, pero también puede ser leída como una estrategia tendiente a minimizar los costos del gasto (público y privado) en salud, habida cuenta de la constatación de la eficacia de las otras medicinas en el tratamiento de ciertas enfermedades.

En Occidente, más allá de las diferencias en el grado de aplicabilidad de las recomendaciones de la OMS, la complementariedad terapéutica se diseña e implementa desde las políticas de salud siempre resguardando un rol central para la biomedicina.

En el contexto del estudio de la complementariedad terapéutica en Israel, Judith Fadlon (2005) propone el término de “domesticación” para dar cuenta de los procesos a los cuales se someten las terapias no biomédicas cuando son incorporadas al sistema biomédico. Sintéticamente, este concepto alude a la pérdida de los aspectos cosmovisionales que dan sustento a la medicina no convencional (se trate de las medicinas tradicionales o de las medicinas alternativas) para subsumirse a los criterios que rigen la lógica biomédica, que incluyen aspectos de ambientación del espacio, rol del especialista, atribuciones de la dolencia, etc, provocando la pérdida de aspectos rituales, espirituales y “esotéricos” que son esenciales a la terapia en cuestión. Este fenómeno ha sido también estudiado en EEUU por Mc Guire y Kantor (1988).

Los desarrollos de Kirmayer (1988), Good (1994), Kleinman (1995), Laplantine (1999) sostienen que la medicina convencional, fundada en un modelo etiológico-terapéutico alopático, se caracteriza por una epistemología desde la cual las dolencias son codificadas en términos de una entidad empíricamente contrastable, lo que deriva en un dualismo cuerpo-mente, que se diferencia respecto de la visión holista asociada a las terapias alternativas y complementarias (Goldstein et al., 1985). Otros autores se han esforzado en matizar lo que se visualiza como estereotipos polarizados (Hirschhorn, 2006: 546), ofreciendo claves comparativas que habilitan a pensar -más que en una dicotomía- en términos de un continuum negociado y siempre en constante redefinición de saberes y prácticas. En esta línea, cabe destacar el trabajo de Ning (2012) quien a partir del análisis de diferentes nociones frecuentemente asociadas a la ideología alternativa –holismo, vitalismo, espiritualidad, curación natural y responsabilidad individual- subraya los intercambios e interrelaciones potenciales entre biomedicina y alternativas, analizados como dos sistemas simbólicos pasibles de homologarse, al menos en estos ítems.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Acerbi Cremades, N. (2013) Recordando la desaparición de una Escuela (comparación entre Bs. As. y Córdoba). *Revista de Salud Pública*, 17 (1):70-74.
- Adams, J., C. Lui y D. McLaughlin (2009) The use of complementary and alternative medicine in later life. *Review in Clinical Gerontology*, 19(4): 227-236.
- Alarcón, N., Sepúlveda, A. y A. Amaya (2011) Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 62 (2): 188-195.
- Alford, R. y Friedland, R. (1991) *Los poderes de la teoría. Capitalismo, Estado Democracia*. Buenos Aires: Manantial.
- Allué, M. (2008) *La piel curtida*. Ediciones Bellaterra: Barcelona.
- Alonso Galbán, P., F. Sansó Soberats, A. Díaz-Canel Navarro, M. Carrasco García y T. Oliva (2007) Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
- Alvarado, C. (1977) *Pautas para una cobertura sanitaria de las Poblaciones Rurales*. Jujuy: Publicación del MBS.
- Alzugaray, R. (1977) Ramón Carrillo o la Salud Pública. *Todo es Historia*, 117: 6-27.
- Amodio, E. (2005) Pautas de crianza de los pueblos indígenas de Venezuela. UNICEF, Caracas. Disponible en [http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Pautas\\_de\\_crianza.pdf](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Pautas_de_crianza.pdf) recuperado el día 23/08/2013
- Ampudia de Haro, F. (2006) Administrar el yo: literatura de autoayuda y gestión del comportamiento y los afectos. *Revista Española de Sociología*, 113: 49-72.
- Anderson, P. (2000) *Los orígenes de la Posmodernidad*. Barcelona: Anagrama.
- Andrews, G. (2002) Complementary medicine and older people: service use and user empowerment. *Ageing and Society*, 22, pp. 343-368.
- Andrews, G. (2003) Placing the consumption of private alternative medicine: everyday geographies of older peoples' use. *Health and Place*, 9: 337-349.
- Arcury, T., R. Bell, M. Vitolins y S. Quandt (2005) Rural older adults' beliefs and behavior related to complementary and alternative medicine use. *Complementary Health Practice Review*, 10 (1): 33-44.
- Arcury, T., S. Quandt, J. McDonald, y R. Bell (2000) Faith and health self-management of rural older adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15: 55-74.
- Augsburger, A. C. (2002) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81: 61-75.
- Baer, H. (2001) *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, and Gender*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Baer, H. (2004) *Toward an integrative medicine: Merging alternative therapies with biomedicine*. Lanham, Md: Altamira Press.
- Bakx, K. (1991). The "eclipse" of folk medicine in western society. *Sociology of Health & Illness*, 13 (1): 20-38.
- Bazo, M. T. (1992) La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos, *REIS*, 60.

- Bell R., C. Suerken, J. Grzywacz, W. Lang, S. Quandt y T. Arcury (2006b) CAM use among older adults age 65 or older with hypertension in the United States: General use and disease treatment. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 12: 903–909.
- Bell R., J. Stafford y T. Arcury (2006a) Complementary and alternative medicine use and diabetes self-management among rural older adults. *Complementary Health Practice Review*; 11: 95–106.
- Belmartino, S. (2010) Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud Colectiva*, 6 (3):329-356.
- Berlin, I. (1998) *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Madrid: Alianza.
- Bertolotto, A.; Fuks, A.; Rovere, M. (2012) Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 94 (36): 362-374.
- Bianchi, R. (2013) Introducción. En R. Bianchi (Dir.) *Psiquiatría, psicología y espiritualidad. Diversas miradas sobre la salud mental*. Buenos Aires: Tribunales Ediciones.
- Bivins, R. (2007) *Alternative medicine? A history*. New York: Oxford University Press.
- Boltanski, L. y Chiapello, È. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Bordes, M. (2012) Entre el trabajo terapéutico y la eficacia puntual: narrativas acerca de la corporalidad y la terapia en usuarios de medicinas alternativas. *Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas*, 1º al 3 de agosto, Rosario, Argentina.
- Bordes, M. (2013) Las ‘terapias alternativas’ como espacio social de oportunidades: trayectorias entre el mundo laboral y el cuidado. *Trabajo y Sociedad*, 20: 375-394.
- Borges, J. L. (1981) *Cuentos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Briggs, Ch. (2001) Las narrativas en los tiempos del cólera: el color de la muerte en una epidemia venezolana. En *Narrar identidades y memorias sociales. Estructura, procesos y contextos de la narrativa folklórica*. Santa Rosa de La Pampa: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano- Ministerio de Cultura y Educación de La Pampa. 1-19
- Broom, A. & Tobey, P. (2008) *Therapeutic Pluralism: Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. London and New York: Routledge.
- Burke, P. (2013) *Hibridismo cultural*. Madrid: Akal.
- Canelotto, A. y Luchtenberg, E. (coord.). (2010) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: UNSAM.
- Carozzi, M. J. (1998) El concepto de marco interpretativo en el estudio de movimientos Religiosos. *Sociedad y Religión*, 16-17: 33-59.
- Carozzi, M. J. (1999) La autonomía como religión: La nueva Era. *Alteridades*, 18: 19-38.
- Carrillo, R. (1974) *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba.
- Cartwright, T. & Torr, R. (2005) Making sense of illness: The experiences of users of Complementary Medicine. *Journal of Health Psychology*, 10 (4): 559-572.
- Cartwright, T. (2007) “Getting on with life. The experiences of older people using complementary health care”, *Social Science and Medicine*, 68(8), pp.1692-1703.
- Castel, R. (1995) *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard

- Cherniack E., R. Senzal y C. Pan (2001) Correlates of use of alternative medicine by elderly in an urban population. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(3): 277–280.
- Cheung C., J. Wyman y L. Halcon (2007) Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13: 997–1006.
- Cillo, A. (2004) *Entre Colegas*. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I – La Plata
- Citro, S. (comp.) (2010) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- Cohen, D. (1999) *Nos temps modernes*. Paris: Flammarion.
- Cólica, P. (2009) *El síndrome de estrés en los call centers*. Córdoba: Brujas.
- Confederación Farmacéutica Argentina (2014) “Los 5 productos líderes.” Noticias. 23 de mayo. Buenos Aires: Confederación Farmacéutica Argentina. Consulta 20 de enero de 2015 (<http://www.cofa.org.ar/?p=7353>).
- Corbin, C.B. y Pangrazi, R.P. (2001) Toward a uniform definition of wellness: A commentary. *President’s Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, 15 (3): 1-8.
- Crivos, M. et al. (2014) Cambios ambientales en la narrativa sobre las estrategias de vida en los Valles Calchaquies Salteños. *XI Encuentro Nacional y V Congreso Internacional de Historia Oral* de la República Argentina, Córdoba.
- Crivos, M. y M. R. Martínez (1996) La narrativa oral de los ‘médicos campesinos’ como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Publicado en las *Actas de la IX International Oral History Conference*. Gotemborg, Sweden. Junio, pp.764-773
- Crivos, M. y A. Eguía (1981) Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquies, Argentina (co-autora). En: *Revista Folklore Americano*, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA, N° 31.
- Crivos, M. y M. R. Martínez (2010) Los valles según Nicasia: gente, lugares e historias en la narrativa de una médica campesina del Valle Calchaquí (Salta, Argentina). *Analecta Histórico Médica VIII Vol. I Enero-Junio 2010*, México.
- Crivos, M. (2004) Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquies (Salta, Argentina). Tesis de Postgrado. Universidad Nacional de La Plata. PrEBi. Proyecto de Enlace de Bibliotecas. SeDiCI. Servicio de Difusión de la Creación Intelectual  
<http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>
- Cruz, E. (2009) *La política social en el antiguo régimen*. Jujuy: CEIC y Purmamarka Ed.
- Curso de ingreso Universidad Nacional de Santiago del Estero, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. Licenciatura en Obstetricia (2012). *Abordaje de la obstetricia. Rol del profesional obstétrico*. Disponible en [http://fhu.unse.edu.ar/ingreso2012/cartilla\\_aaobs.pdf](http://fhu.unse.edu.ar/ingreso2012/cartilla_aaobs.pdf) recuperado el día 01/02/2013
- D’Angelo, A. (2014<sup>a</sup>) *Bien-estar en el cuerpo. Una etnografía de los procesos de corporización y subjetivación del bienestar en la resignificación local del yoga. Técnicas corporales*,

*itinerarios terapéuticos, representaciones mediáticas y consumo*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.

- D'Angelo, A. (2013) Mujeres, corporalidad y bienestar alternativo en la publicidad. *Tramas, Subjetividad y procesos sociales*, 39: 85-117.
- D'Angelo, A. (2014b) Al final todos terminaron viniendo como a terapia. El yoga entre la complementariedad pragmática, el trabajo terapéutico y la reorientación del self. *Astrolabio, Nueva Época*, 12: 193-225.
- Dahhur, A. (2011) *La antropología y el análisis de un caso de curanderismo en las postrimerías del siglo XIX*. X Congreso Argentino de Antropología Social – Facultad de Filosofía y Letras – UBA – Buenos Aires, Argentina.
- De la Garza Toledo, E. y Neffa, J. (dir.) (2001) *El trabajo del futuro. El futuro del trabajo*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) / Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI).
- Declaración de ALMA-ATA (1978) *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Deleuze, G. (1997) Posdata sobre las sociedades de control. En *El lenguaje libertario II. Filosofía de la protesta humana*, editado por Christian Ferrer. Montevideo: Nordan- Comunidad.
- Di Liscia, M. S. (2005) Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, 13: 95-119. Disponible en <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/signoshistoricos/include/getdoc.php?id=316&article=164&mode=pdf> recuperado el día 30/01/2013
- Di Liscia, M. y Bohoslavsky, E. (2005) *Instituciones y formas de control social en América Latina 1840-1940*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Di Lullo, O. (1939) *La San. Asis. Ensayo de organización de la sanidad y asistencia social*. Buenos Aires: Cia. Impresora Argentina.
- Díaz Rojo, J.A., Morant i Marco, R. y Westall Pixton, D. (2006) *El culto a la salud y la belleza: la retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Duarte Gomez, M. B. (2003) Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2).
- Durkheim, É. (2004) *La división del trabajo social*. Buenos Aires: Libertador.
- Durkheim, E. [1897] (1985) *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Eguía, A. y M. R. Martínez (1986) Elementos de uso terapéutico en el pueblo de Molinos y zona de influencia, Prov. de Salta. *Cuadernos*, 10: 63-82.
- Ehrenberg, A. (1991<sup>a</sup>) *Le culte à la performance*. París: Hachette.
- Ehrenberg, A. (1991b) *Individus sous influence*. París: Esprit.
- Ehrenberg, A. (1995) *L'individue incertain*. París: Hachette.
- Ehrenberg, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Eisenberg, D.M., R.C. Kessler, C. Foster, F.e. Norlock, D. Calkins y T.L. Delbanco (1993) Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328 (4): 246-252.
- El Eco de Tandil (1995) Tandil Ciudad del Siglo. Edición especial. Tandil.
- El Eco de Tandil (2002) Edición Aniversario 1882-2002. Tandil.
- Elena, I. (1983) Los Congresos Médico Sociales argentinos. *Cuadernos Médico Sociales* N° 26.
- Elías, N. (2009) *Proceso de la civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Epele, M. (2008a) Privatizando el Cuidado. Desigualdad, Intimidad y Uso de Drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Revista Antípoda de Antropología y Arqueología*, 6: 293-312.
- Epele, M. (2008b) Drogas y Pobreza. Neoliberalismo, Vulnerabilidad y Sufrimiento Social. *Encrucijadas*, 44: 21-24.
- Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Ed. Alfons El Magnanim.
- Fadlon, J. (2005) *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. Albany, NY: State University of New York.
- Farberman, J. (2005) *Las salamancas de Lorenza. Magia, hechicería y curanderismo en el Tucumán colonial*. Buenos Aires: Siglo XXI ed.
- Fitoussi, J.- P. y Rosanvallon, P. (1996) *Le nouvel âge des inégalités*. Paris: Seuil.
- Fleitas, M. (2007) La atención pública de la salud durante el siglo XX. En A. Teruel y M. Lagos (dir.) *Jujuy en la historia. De la colonia al siglo XX*. Jujuy: EdiUnju.
- Fogel, R. W. (2004) *The Escape from Hunger and premature death, 1700-2100: Europe, America and the Third World*. Cambridge University Press.
- Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freidin, B. & Timmermans, S. (2008) Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qualitative Health Research*, 18:43-55.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010) Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 37: 505-518.
- Freidin, B. y R. Abrutzky (2011) Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface (Botucatu)*, 15 (37).
- Freidin, B., y Ballesteros, M. (2012) La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, 6 (10): 128–159.
- Gadamer, H. G. (1996) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gallego-Caminero; Miró-Bonet; Ferrer de Sant Jordi y Gastaldo (2005) *Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó*. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400018), recuperado el día 25/01/2013.



- García Jordá D. y Díaz Bernal Z. (2010) Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4): 330-336.
- García-Jordá D., Díaz-Bernal Z. y Acosta Álamo M. (2011) El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Disponible en <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/29.pdf>
- Gee, E. (2000) Population and politics: voodoo demography, populations aging and social policy. En: E. Gee y G. Gutman (eds.) *The overselling of population aging: apocalyptic demography, intergenerational challenges and social policy*. Don Mills, Ont.: Oxford University Press.
- Giddens, A. (1993) La vida en una sociedad post-tradicional. *Revista de Occidente*, 150: 61-90.
- Goldstein, M. et al. (1985) Holistic doctors. *Journal of Contemporary Ethnography*, 14: 317.
- Gonzalez de Fauve, M. (ed.) (2001) *Ciencia, poder e ideología. El saber y el hacer en la evolución de la medicina española (siglos XIV-XVIII)*. Bs. Aires: Instituto de Historia de España "Claudio Sánchez-Albornoz", Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Good, B. (1994) *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, B. (1994) A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Mary-Jo DelVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). Berkeley: University of California Press.
- Gorz, A. (1988) *Métamorphoses du travail*. Paris: Gallimard.
- Grassi, E. (2003) *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Bs. Aires: Espacio
- Grau, C. (1654) *La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Dirección de Impresiones Oficiales Eva Perón.
- Guattari, F. (1996) *Caósmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Healy, D. (1999) *The Antidepressant Era*. Cambridge (Mass): Harvard University Press.
- Heelas, P. (1996) A Nova Era no contexto cultural: Pré-Moderno E Pós-Moderno. *Religião e Sociedade*, 17 (1-2): 16-33.
- Heller, A. (1991) *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península
- Higgs, P. y I. Rees Jones (2009) *Medical sociology and old age. Towards a sociology of health in later life*. Londres: Routledge.
- Hinkelammert, F. (1974) *Dialéctica del desarrollo desigual*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hirschhorn, K. (2006) Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine, *Sociology of Health and Illness*, 28 (5): 533-557.
- Idoyaga Molina, A. (1997) Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4 (2): 145-158.
- Idoyaga Molina, A. (1999) La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan. *Scripta Ethnologica*, 21: 7-33.

- Idoyaga Molina, A. (2000) La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica*, 22.
- Idoyaga Molina, A. (2002) *Culturas, enfermedades y medicinas*. Buenos Aires: Centro Argentino de Etnología Americana.
- Idoyaga Molina, A. (2002). The Illness as ritual Imbalance in Northwestern Argentina. *Latin American Indian Literatures Journal*, 18 (2): 54-62.
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, 27: 9-45.
- Idoyaga Molina, A. (2008). Las medicinas tradicionales en el Noroeste Argentino. Reflexiones sobre síntesis de praxis y saberes biomédicos, rituales católicos y fragmentos de creencias indígenas. *Ketzalkalli*, 1: 69-92.
- Idoyaga Molina, A. y Funes, M. (2011) Las búsquedas de salud y la terapia católica ritual de los grupos de oración en el área metropolitana de Buenos Aires. *Mitológicas*, 29: 59-83.
- Illouz, E. (2007) *Cold intimacies*. Londres: Polity Press.
- Illouz, E. (2008) *Saving the modern soul*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- INDEC (2009) *La industria farmacéutica argentina. Segundo trimestre de 2009*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Jakobson, R. y M. Halle. (1956) *Fundamentos del lenguaje*. Madrid: Ciencia Nueva.
- Jankilevich, A. (2003) *El cuidado de la infancia en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. El Autor.
- Jauretche, A (2012) ¿Quién es el Dr. Alvarado? *Salud Colectiva*, 8 (1): 81-83.
- Jiménez S., Pelcastre B. y Figueroa J. (2008) Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12 (3): 161-168.
- Johns Hopkins University (1981) Las parteras tradicionales y la planificación familiar. *Serie J*, Número 22.
- Kalache A, S. Barreto y I. Keller (2005) *The demographic revolution in all cultures and societies*. En: *Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kalinsky, B. y W. Arrúe (1996) *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento de una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Kirmayer, L. (1988) Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. En: Lock, M.; Gordon, D.(eds.). *Biomedicine Examined*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers.
- Kleiman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press: Berkeley.
- Kleinman, A. (1984) Indigenous systems of healing: Questions for Professional, popular and folk care. En Salmon, J. (Ed) *Alternative medicines: popular and policy perspectives*. London: Tavistock.
- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995) *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.



- Korman, G. y M. Saizar y M. Sarudiansky (2013) Appropriation of Eastern notions from Cognitive Behavioral Therapy in Argentina. Inaugural Issue of *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*: 35-40.
- Krmpotic, C. (2005) Bienestar Social- Legislación social - Estado. En C. Eroles (Coord.) y VV.AA. *Glosario de Temas fundamentales en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Krmpotic, C. (2008) Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud. En C. Krmpotic (Comp.) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Krmpotic, C. (2011) Creer en la cura. Eficacia simbólica y control social en las prácticas del Dr. M. *Scripta Ethnologica*, 32: 97-116.
- Krmpotic, C. (2011) La naturaleza del lazo social. Reflexiones en torno a la lógica del don en contextos desiguales. En *Estado, política social y cultura: reflexiones sobre los servicios sociales y de salud*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Krmpotic, C. (ed) (2008) *Cuidados, Terapias y Creencias en la Atención de la Salud*. Buenos Aires: Espacio.
- Landa, M.I. (2009<sup>a</sup>) Subjetividades y consumos corporales: un análisis de las prácticas del *fitness* en España y Argentina. *Razón & Palabra*, 69: 1-34.
- Landa, M.I. (2009<sup>b</sup>) El porvenir de los cuerpos rentables: un análisis de la práctica del *Fitness*. En *Estudios críticos de Educación Física* editado por Ricardo Crisorio y Marcelo Giles. La Plata: Al Margen.
- Landa, M.I., Leite, J. y Torrano, A. (2013) Gestão da monstruosidade: os corpos do obeso e do zumbi. En *Sociologia e Mudança Social no Brasil e na Argentina*, editado por Maria da Gloria Bonelli y Martha Díaz Villegas de Landa. San Carlos: Compacta.
- Laplatine, F. (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Lazarus, A. y Strohl, H. (1995) *Unesouffrancequ'on ne peut plus cacher. Informe del grupo de trabajo "Ville, santémentale, précarité et exclusión sociale", Délégation Interministérielle à la ville et au développement social urbain, Délégation Interministérielle au Revenuminimumd'insertion*. Paris: La documentation française.
- Le Blanc, G. (2007) *Vidas ordinarias, vidas precarias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (1995) *Anthropologie de la douleur*. París: Métailié.
- Le Breton, D. (2002) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Galliot, J. (1981) *Psicoanálisis y lenguajes literarios. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Hachette.
- Le Guern, M. (1985) *La metáfora y la metonimia*. Madrid: Cátedra.
- Lemaitre, N. (dir.) (2002) *Histoire des curés*. Paris: Fayard.
- Lemus, J. (2003) Atención Primaria de Salud. Marco Conceptual y Estrategias Asociadas, en OPS 'Atención Primaria de Salud a 25 años de Alma Ata'. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Disponible en <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/libroaps.pdf>
- Loaiza, M. (2013) *Resistencias y complementariedades frente al modelo biomédico. Construcción de sentidos desde los usuarios de terapéuticas alternativas*. Ponencia presentada en las

XVII Jornadas sobre Alternativas religiosas na América Latina, 11 al 14 de noviembre de 2013, Universidad Federal de Río Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Lupton, D. (2012) *La medicina como cultura*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Madrid, L. (2008) Construyendo la experiencia de enfermedad. El caso de la malnutrición en los niños. En C. Krmpotic *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Maluf, S. (2005) Cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da 'Nova Era'. *Mana*, 11 (2): 499-528.
- Manonelles Moner, L. (2008) Prospecto: perfiles y experiencias del malestar. *Espai en blanc*, 3-4: 149-160.
- Marsollier R. y Aparicio, M. (2012) Las autopercepciones laborales y su influencia en el desgaste profesional. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 9: 52-58.
- Marsollier, R. y Aparicio, M. (2011) El Bienestar Psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10: 209-220.
- Martínez de Pisón, J. (1998) *Políticas de Bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*. Madrid: Tecnos.
- Martínez Guzmán F. A. e Iñiguez Rueda, L. (2010) La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. *Discurso & Sociedad*, 4 (1): 30-51.
- Martínez, A. (2010) Normatividad y género: la perdurabilidad de las representaciones tradicionales en mujeres y varones argentinos. *Teoría & Pesquisa*, 19 (2): 11-27.
- Martínez, A. (2011) Normatividad y disconfort de género: estrategias y resistencias en la familia contemporánea. *Barataria, Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 12: 161-172.
- Martínez, M. R. y M. Crivos (2010) About the hospital and other medical alternatives in Molino's everyday life. *Actas XVI International Oral History Conference. Conference Papers*, Praga, República Checa.
- Martínez, M. R. y M. Crivos (2007) Lo que las historias de vida revelan acerca de una enfermedad endémica. El Chagas en las narrativas de los pobladores de Molinos. *XVI Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina Carlo L. Spigazzini*, La Plata, Argentina. 4 al 8 de Septiembre.
- Martínez, M. R. y M. L. Pochettino (1992) The "farmacia casera"; Source Ethnopharmacobotanical information. *Fitoterapia. Revista di studi ed applicazioni delle piante medicinali*, 3 (63): 209-216.
- Martuccelli, D. (2007a) *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Martuccelli, D. (2007b) *Cambio de rumbo*. Santiago de Chile: LOM.
- Mc Guire, M y D. Kantor (1988) *Ritual Healing in suburban American*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Mc Guire, M. (2008) *Lived Religion: Faith and Practice in Everyday Life*. New York: Oxford University Press.

- Medina, F. (2014) Construyendo consenso y legitimidad. La proyección política del catecismo de Escolástico Zegada en tiempos de la Confederación Argentina (1853-1862). *Hispania Sacra*, LXVI Extra I: 373-401.
- Menéndez, J., A. Guevara, N. Arcia, E. León Díaz, C. Marín y J. Alfonso (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online], 17(5-6): 353-361.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2000) *Políticas de Salud*. Buenos Aires
- Morgante, M.G y M.R Martínez (2014) Vejez, cotidianidad e instituciones en Molinos (valles calchaquíes, Salta, Argentina). *IBEROFORUM Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 9 (18):45-72.
- Mosquera Saravia, M. (2002) *La articulación de saberes populares y biomédicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Disponible en <http://www.tdx.cat/handle/10803/8410> recuperado el día 23/08/2013
- Mukarovsky, J. (1977) Detail as the Basic Semantic Unit in Folk Art. En *The Word and Verbal Art: Selected Essays*. New Haven: Yale University Press.
- Mumford, L. (1997) *Técnica y civilización*. Madrid: Alianza.
- Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- Nario, H. (1997) *Los picapedreros. Tandil, historia abierta II*. Buenos Aires: Ediciones del Manantial.
- Neffa, J.; Panigo, D. y Pérez, P. (comp.) (2010) *Transformaciones del empleo en la Argentina. Estructura, dinámica e instituciones*. Buenos Aires: Ciccus/CEIL-PIETTE.
- Ning, A.M. (2012) How alternative is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health*, v. 17, p. 135-158, 2012.
- Nueva Era (1969). *Bodas de oro (1919-1969)*. Tandil: Diario Nueva Era.
- O'Connor, B. (1995) *Healing traditions: Alternative Medicine and the Health professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Oddone, J. (2013) Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red*, 4 (septiembre): 1-9.
- Omran A. R. (1971) The epidemiologic transition: a theory of population change. *Milbank Mem Foundation Quarterly*, 49.
- OMS (1996) Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf).
- OMS (2002) *Estrategias para la Medicina Tradicional 2001-2005*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS, FNUAP y UNICEF (1993). Parteras tradicionales. Declaración conjunta de OMS, FNUAP y UNICEF. OMS, Ginebra.
- OPS (1978) *Alma Atta 1978: atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.
- OPS (2007) Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en America Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interinstitucional. Disponible en

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/iaiEpiRedMMNALyC.pdf>

- OPS, OMS y Ministerio de Salud de la Nación (1998) Indicadores básicos 1998. Disponible en [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/indicadores\\_1998.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/indicadores_1998.pdf)
- Oszlak, O. (1997) *La formación del Estado argentino*. Buenos Aires: Planeta.
- Palleiro, M. I. (2001) Las artes de curar y sus representaciones narrativas en el repertorio de un narrador folklórico. *Mitológicas*, 16: 65-113.
- Palleiro, M. I. (2015) Borges y el tango. Leyenda y mito. En *Actas del II Congreso Internacional de Tango*. Buenos Aires: Ediciones del Área Transdepartamental de Folklore del Instituto Universitario Nacional del Arte.
- Palleiro, M. I. (2004) *Fue una historia real. Itinerarios de un archivo*. Buenos Aires: Instituto de Filología y Literaturas Hispánicas “Dr. Amado Alonso” de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Palleiro, M. I. (2008) *Formas del discurso. De la teoría de los signos a las prácticas comunicativas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Palleiro, M. I. (2011) *Jornada “Archivos de Narrativa Tradicional Argentina” (ANATRA)*. Buenos Aires: Instituto de Filología y Literaturas Hispánicas “Dr. Amado Alonso” de la Universidad de Buenos Aires.
- Palleiro, M. I. (comp.) (2008) *Yo creo ¿vos sabés? Retóricas del creer en los discursos sociales*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Pantelides, E. y M. Moreno (2009) Situación de la población en Argentina. 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD – UNFPA. Disponible en <http://new.unfpaargentina.com.ar/sitio/Publicaciones/situaciondelapoblacionenlaargentina.pdf>
- Papalini, V. (2007) La literatura de autoayuda, una subjetividad del Sí-Mismo enajenado. *Revista La trama de la Comunicación*, 11: 331-342.
- Papalini, V. (2008) *La formación de subjetividades en la cultura contemporánea. El caso de los libros de autoayuda*. Tesis del Doctorado en Ciencias de la Información y la Comunicación de la Universidad de París 8 y del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Versión en francés accesible on line <http://www.bu.univ-paris8.fr/web/collections/theses/PapaliniThese.PDF>.
- Papalini, V. (2010) Libros de autoayuda: biblioterapia para la felicidad. *Athenea digital*, 19, Noviembre: 147-169.
- Papalini, V. (2006) La subjetividad disciplinada: de la contracultura a la autoayuda. En Papalini, Vanina (ed.) *La comunicación como riesgo: Cuerpo y Subjetividad*. La Plata: Al Margen.
- Papalini, V. (2013) Recetas para sobrevivir a las exigencias del capitalismo (o de cómo la autoayuda se volvió parte de nuestro sentido común). *Nueva Sociedad*, 245: 163-177.
- Papalini, V. (2014) Tecnologías del yo. Entre la gubernamentalidad y la autonomía. En *Evaluación, gestión y riesgo. Para una crítica del gobierno del presente*. Raúl Rodríguez Freire (ed.). Santiago: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile.
- Papalini, V. y V. Rizo (2012) Literatura de circulación masiva, de la producción a la recepción. El caso de los lectores de autoayuda. *Cadernos de Linguagem e Sociedade* 13 (2): 117-142.
- Peirce, Ch. (1987) *Obra lógico-semiótica*. Madrid: Taurus.

- Pérez, D. (2007) *Historias del Tandil I*. Tandil: Cidle Editora.
- Peters, B. Guy (1982) *American Public Policy*. New York: Franklin Wats Publishers.
- Pilatti, A.; Godoy, J.; Brussino, S. y Pautassi, R. (2013) Underage drinking: prevalence and risk factors associated to drinking experiences among Argentinean children. *Alcohol*, 47: 323 – 331.
- Pitluk, R. (2008) El shiatsu. Efectos terapéuticos e impacto cosmovisional en pacientes urbanos. *Scripta Ethnologica*, 30: 45-62.
- Plotkin, M. (2003) *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Polanyi, K. (1992) *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México: FCE.
- Remorini, C. et al (2012) Aporte al estudio interdisciplinario y transcultural del ‘Susto’. Una comparación entre comunidades rurales de Argentina y México. *Revista Dimensión Antropológica*, 19 (54): 89-126.
- Rizo, V. (2013) *El discurso de autoayuda, entre ciencia y espiritualidad*. Ponencia presentada en la X Reunión de Antropología del Mercosur. Córdoba, Argentina. X RAM (Reunión de Antropología del Mercosur) “Situación, actuar e imaginar antropologías desde el Cono Sur”, 10 al 13 de julio, Córdoba.
- Rodríguez Feijoo, N. (2004) Job insecurity and stress level. *Interdisciplinaria*, número especial: 249-257.
- Rose, N. (2003) Identidad, genealogía, historia. En *Cuestiones de identidad cultural*, Stuart Hall y Paul Du Gay (editores). Buenos Aires: Amorrortu.
- Rose, N. y Miller, P. (2010) *Governing the present*. Cambridge: Polity Press.
- Rosen, G. (1985) *De la policía médica a la medicina social*. Mexico: Siglo XXI Ed.
- Saizar, M y M. Bordes (2014) ¿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 (Argentina). En *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español “Periferias, fronteras y diálogos”*, editado por el Departamento de Antropología. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Saizar, M. ( 2008) Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e Cultura*, 11 (1): 112-122.
- Saizar, M. (2003) La práctica del Yoga. Relatos de usuarios en Buenos Aires. *Mitológicas*, 18: 29-58.
- Saizar, M. (2009) Reflexiones acerca del ritual y la terapia en las prácticas del Yoga en el área Metropolitana (Argentina). *Espéculo, Revista de estudios literarios*, 42: 1-23.
- Saizar, M. (2011) Escenas de la vida hospitalaria. Relaciones de cercanía y tensión entre biomédicos y usuarios del sistema de salud público en Argentina. En *Estado, política social y cultura: reflexiones sobre los servicios sociales y de salud*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Saizar, M. y G. Korman (2012) Interactions between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *Sage Open Journal*, July: 1-13.

- Saizar, M. y M. Bordes (2016) En prensa "*Terapias no-convencionales en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires. Un estudio exploratorio de las motivaciones de especialistas alternativos y biomédicos*".
- Saizar, M. y M. Bordes y M. Sarudiansky (2011) El cuidado en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado Post-Social. En "*Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*" Belen Lorente (editora). Editorial Miño y Davila.
- Saizar, M., M. Sarudiansky y G. Korman (2013) Salud Mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología e Sociedade*, 25 (2): 451-460.
- Schvarstein, L. y L. Leopold (2005) *Trabajo y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Semán, P. y V. Rizo (2013) Tramando religión y *bestsellers*. La literatura masiva y la transformación de las prácticas religiosas. *Alteridades*, 23 (45): 79-92.
- Sennett, R. (2000) *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Sharma, C. (2000) Medical pluralism and the future of CAM. En Kelner, M., Wellamn, B., Pescosolido, B. & Saks, M. (eds), *Complementary and alternative health care: challenge and change*. Amsterdam: Harwood.
- Suárez Ojeda, L. (1987) Los Servicios de atención en el periodo neonatal en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 4 (3): 426-443.
- Susser, M. (1973) *Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Sy, A. (2008) *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de Salud-enfermedad*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata, 25 de abril de 2008
- Teitelbaum, V. (1998) La prédica higienista en la construcción de una imagen de la maternidad en Tucumán, Argentina, a fines del siglo XIX y comienzos del XX. *Papeles de Población*, 4 (16): 185-200.
- Terris, M. (1982) *La Revolución Epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI Ed.
- Tornquist C. y F. Lino (2005) Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en Antropología*, 6: 211-217.
- Turner, V. (1980) *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.
- UNFPA (2011). El estado de las parteras en el mundo 2011. Disponible en [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main\\_report/es\\_SoWMy\\_Full.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMy_Full.pdf) recuperado el día 01/02/2013
- Universidad Nacional de Córdoba (2011) "Detectan un alto nivel de depresión en la población de Córdoba" Artículos de divulgación de la Secretaría de Ciencia y Tecnología. Marzo. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Verón, E. (1988) Cuerpo significativo. En *Educación y comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Vincent, C. & Furnhman, A. (1996) Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35: 37-48.



- Viotti, N. (2003) *Buscando la sanación en contextos religiosos. Aflicción y terapia entre asistentes a medicinas carismáticas católicas en el área metropolitana de Buenos Aires*. Ponencia presentada en las III Jornadas de Ciencias Sociales y Religión, 6 y 7 de Noviembre, Buenos Aires.
- Visacovsky, S. (2009) La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuicuilco*, 45: 51-79.
- Votova, K. y A. Wistler (2007) Self-Care Dimensions of Complementary and Alternative Medicine use among older adults. *Gerontology*, 53 (1): 21-27.
- WeidnerMaluf, S. (2005) Mitos coletivos, narrativas pessoais, cura ritual. Trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da ‘nova era’”. *Mana* 11 (2): 499-528.
- Wellman, B., M. Kelner y B. Wigdor (2001) Older adults’ use of medical and alternative care, *Journal of Applied Gerontology*, 20 (1), pp. 3-23.
- White, H. 1973. *Metahistory*. Baltimore & London: The John Hopkins University Press
- Williamson A., P. Fletcher y K. Dawson (2003) Complementary and alternative medicine: use in an older population. *Journal of Gerontology Nursing*; 29(5), pp. 20–28.
- Willison, K. (2006) Taking control. Older users of complementary/alternative medicine as a chronique disease management strategy. En [http://www.researchgate.net/publication/228246878\\_Taking\\_Control\\_-\\_Older\\_Users\\_of\\_ComplementayAlternative\\_Medicine\\_as\\_a\\_Chronic\\_Disease\\_Management\\_Strategy](http://www.researchgate.net/publication/228246878_Taking_Control_-_Older_Users_of_ComplementayAlternative_Medicine_as_a_Chronic_Disease_Management_Strategy).
- Willison, K. y G. Andrews (2004) Complementary medicine and older people: past research and future directions. *Complementary therapies in Nursing and Midwifery*, 10: 80-91.
- Zapatel, J. (2013) Salud mental, antropología y espiritualidad. En R. Bianchi (Dir.) *Psiquiatría, psicología y espiritualidad. Diversas miradas sobre la salud mental*. Buenos Aires: Tribunales Ediciones.
- Zarifian, É. (1996) *Le prix du bien-être*. Paris: Odile Jacob.
- Zegada, E. (1847) *Instrucciones Cristianas*. Sucre: Imprenta de Becche y Cia. (Primera edición)