

# Médicos y médicas que practican otras medicinas: trabajo periférico, incorporación informal y apertura de espacios de integración en los servicios de salud de Buenos Aires

## Medical Doctors Practicing CAM: Peripheral Work, Informal Incorporation, and the Opening of Integrative Settings in Health Services in Buenos Aires

Betina Freidin

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y  
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

[freidinbetina@gmail.com](mailto:freidinbetina@gmail.com)

### Resumen

La Argentina se encuentra relegada en el ámbito regional respecto del desarrollo de políticas nacionales de integración de las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MAC), y solo algunas pocas provincias y jurisdicciones han tomado iniciativas en esta dirección en el ámbito del subsector público. Las experiencias de incorporación de dichas medicinas en los servicios de salud en el país han sido excepcionales. Si bien en Buenos Aires prevalece la práctica médica de MAC en el ámbito privado, analizamos algunas experiencias de integración en el sistema de salud que se han ido desarrollando por las acciones de médicos y médicas que trabajan en establecimientos hospitalarios y centros de salud. Tratando de incorporar nuevas ideas y prácticas en las instituciones reproductoras del saber médico ortodoxo, han actuado como agentes de innovación y cambio cultural desde el interior de la profesión, enfrentado resistencias al cambio por parte de sus pares y superiores en los establecimientos en los que se desempeñan. Los datos provienen de entrevistas realizadas entre los años 2009 y 2012 con médicos y médicas formadas en Acupuntura, Ayurveda y Homeopatía.

*Palabras clave:* médicos, medicinas alternativas y complementarias, integración, Buenos Aires.

### Abstract

Argentina lags behind in Latin America with respect to the development of national policies for the integration of the so-called alternative and complementary medicines (CAM), and only a few provinces and jurisdictions have taken initiatives in this direction in the public sector. Experiences of incorporating these medicines into health services in the country have been exceptional. Even though in Buenos Aires, the medical practice of CAM mostly transpires in the private sector, we analyze some experiences of integration in the health system that have been developed by the actions of doctors working in hospitals and health centers. By attempting to incorporate new ideas and practices in the institutions that reproduce orthodox medical knowledge, they have acted as agents of innovation and cultural change from within the profession, facing resistance to change from their peers and superiors in the establishments where they work. Data come from interviews conducted between 2009 and 2012 with physicians trained in Acupuncture, Ayurveda and Homeopathy.

*Keywords:* medical doctors, alternative and complementary medicines, integration, Buenos Aires.

Recibido: 24/08/2022; Aceptado: 11/11/2022

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que la creciente difusión y utilización de medicinas tradicionales, complementarias y alternativas es un fenómeno global, y ha ejercido un papel activo para su incorporación en los sistemas de salud nacionales, atendiendo a sus realidades socioculturales y siguiendo criterios de uso racional y seguro (OMS, 2002). Estos enfoques terapéuticos comprenden sistemas de conocimientos y prácticas no biomédicas, como la Medicina China y el Ayurveda, y las medicinas de los pueblos originarios de América. También abarcan una gran variedad de terapias sobre la base de hierbas, productos minerales o animales, técnicas manuales y terapias espirituales. En los países en los que la medicina dominante es la alopática, o donde no se las ha integrado al sistema de salud oficial, se las denomina medicinas alternativas o complementarias (MAC).

Junto con esta denominación, desde hace unos años, en los países centrales el término medicina integrativa o integradora ha comenzado a difundirse en medios periodísticos, organizaciones internacionales, organismos públicos, foros académicos, instituciones de educación médica y establecimientos asistenciales. Desde las ciencias sociales se ha evaluado críticamente este proceso emergente, aunque como Boon *et al.*, (2004) lo plantean, la utilización de diferentes términos, tales como medicina integrativa, integrada, cuidado de la salud integrativo y cuidado multidisciplinario sin un acuerdo sobre sus significados dificultan identificar cómo está ocurriendo la integración de algunas MAC en el sistema de salud, y cuáles son sus implicancias en los planos cultural, político-institucional y económico.

En el ámbito médico-científico, la medicina integrativa se presenta como un subproducto del movimiento más general de la medicina basada en la evidencia, que tomó impulso a fines de la década de los 80 con el propósito de evaluar e incorporar evidencia científica en las decisiones de tratamiento de los pacientes (Sackett *et al.*, 1996, p. 71, citado en Timmermans, 2010, p. 309). Con tal fin se ha establecido una jerarquía de la evidencia disponible. En ella, los estudios de población basados en ensayos clínicos (*clinical trials*) a doble ciego ocupan la posición más alta, seguidos por estudios experimentales que no se basan en muestras aleatorias y los estudios de cohorte de grupo único, ocupando el lugar más bajo en la jerarquía de validez los estudios no experimentales y descriptivos. El conocimiento empírico acumulado y los consensos alcanzados por los expertos se diseminan a través de guías y recomendaciones para la práctica clínica, revisiones de uso y herramientas para evaluar riesgos (Timmermans, 2010; Jonas, 2002).

Por extensión al campo de las terapéuticas no biomédicas, y acorde a los criterios de validación de la medicina basada en la evidencia, la medicina integrativa se entiende como “la combinación de tratamientos de la medicina convencional [biomedicina] con las medicinas complementarias y alternativas para los que se cuenta con evidencia de alta calidad sobre eficacia y seguridad, también llamada medicina integrada” (NCCAM, 2013). En esta acepción más restringida, la medicina integrativa es equivalente a medicina complementaria y, como Baer (2004, 2010) lo plantea, resulta una construcción en gran parte biomédica, que ubica a las terapias no convencionales como “adjuntos” de los tratamientos convencionales.

El movimiento de la medicina integrativa basada en la evidencia (*evidence CAM research*) ha favorecido la aceptación e incorporación selectiva de algunas MAC por parte de la comunidad biomédica (Winnick, 2005; Wolpe, 1999; Jonas, 2002; Ruggie, 2005; Polich *et al.*, 2010; Freidin, 2007; Freidin, 2014; Freidin y Ballesteros, 2020). Así, por ejemplo, la explicación de los mecanismos neurofisiológicos de acción de la Acupuntura para el tratamiento del dolor, y la efectividad testada para determinados malestares y dolencias, han validado la terapéutica para el tratamiento de dichas condiciones (NCCAM, 2002). Al tiempo que la Homeopatía per-

manece excluida del ámbito de la validación científica, y con un estatus atribuido de ser una medicina “controversial” debido a que los mecanismos de acción de los remedios homeopáticos no pueden ser explicados por teorías aceptadas por la biomedicina (NCCIH, 2021; Freidin, 2017a; Freidin, 2022).

La legitimidad científica diferencial otorgada a las MAC constituye un recurso crítico para sus practicantes a la hora de posicionarse en el campo de la atención de la salud y lograr reconocimiento oficial (Dodworth y Stewart, 2022), especialmente para los médicos formados en MAC que buscan elevar el estatus de su práctica en la profesión, independientemente de las explicaciones personales sobre su valor las que generalmente se fundamentan en epistemologías divergentes a la biomédica (Freidin, 2014; Saks, 2015). Constituye, asimismo, un soporte de credibilidad en el tránsito hacia la práctica heterodoxa tras la socialización profesional en la medicina científica y de respetabilidad para presentarse ante sus pares ortodoxos (Dew, 2000; Martin, 2004; Polich *et al.*, 2010; Freidin, 2007, 2014; Keshet, 2013).

El término medicina integrativa o integradora, sin embargo, también es utilizado con acepciones menos restringidas para denominar a distintas prácticas de complementariedad terapéutica y modalidades de interacción entre la biomedicina y las MAC, más allá del debate sobre la evidencia científica disponible como criterio de legitimación. Por ejemplo, Baer (2004) define a la medicina integrativa como

los esfuerzos por parte de los médicos formados en biomedicina de incorporar terapias no convencionales en su práctica clínica, así como a las modalidades emergentes de cooperación entre médicos y practicantes no médicos de dichas terapias para atender las necesidades de salud de sus pacientes. (P. xiv)

Partiendo de esta concepción más laxa e inclusiva, varios autores focalizan la discusión en los diferentes niveles en los que opera la integración, y analizan su variabilidad y especificidad en distintos ámbitos nacionales y locales (Boon *et al.*, 2004; Baer y Coulter, 2008; Ruggie, 2005).

En el contexto latinoamericano, los organismos internacionales y regionales han tomado diversas iniciativas para promover la integración de las medicinas tradicionales y las MAC en los sistemas sanitarios nacionales. En el año 1999, un Grupo de Trabajo de la OPS y de la OMS recomendó desarrollar actividades que apoyaran un mayor conocimiento de las mismas, con el fin de identificar estrategias que contribuyeran a la organización y prestación de sistemas de salud integrales y culturalmente apropiados en las Américas (OPS, 2002). Sin embargo, Argentina se encuentra relegada en el ámbito regional respecto del desarrollo de políticas nacionales de integración, y solo algunas pocas provincias y jurisdicciones han tomado iniciativas en esta dirección en el ámbito del subsector público.

A nivel nacional, el país ratificó la Convención de Diversidad Biológica y se establecieron regulaciones para integrar a los pueblos originarios y a sus sanadores en programas de prevención y cuidado de la salud desde el año 1985 (Zacchino, 2005). Junto con esta normativa, se reguló la práctica de la Acupuntura mediante Resoluciones Ministeriales de los años 2001 y 2008, así como el uso de los medicamentos fitoterápicos, y la producción y venta de los medicamentos Homeopáticos (Zacchino, 2005; OPS, 2006).

Desde el año 2001 han sido varios los proyectos presentados en el Congreso de la Nación para sancionar una ley que reconozca a las medicinas complementarias; dos proyectos obtuvieron media sanción en la Cámara de Diputados, pero no fueron tratados en el Senado y perdieron estado parlamentario. El último proyecto, aun no tratado, fue presentado en el año 2022 con el propósito de sancionar una Ley nacional de medicina tradicional y complementaria y la creación del Instituto de la medicina tradicional y complementaria (Proyecto de ley

S-0415/2022). En el marco de la normativa se busca regular el ejercicio profesional de estas medicinas y terapias, y su integración junto con la medicina convencional en los servicios de salud para alcanzar una cobertura primaria universal.

Las experiencias de integración de las MAC en el sistema de salud argentino han sido excepcionales, y la información sobre ellas es muy escasa. En el ámbito público, desde las ciencias sociales, Funes (2008) documenta algunos “espacios integradores” multidisciplinarios en el área de cuidados paliativos en servicios de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires; Freidin y Abrutzky (2011) describen la experiencia de un servicio médico de Acupuntura en un hospital público en el NOA. Saizar *et al.* (2011), Bordes y Saizar (2018) y Bordes (2022) lo hacen de una variedad de terapias no biomédicas a cargo de terapeutas sin formación en biomedicina que realizan trabajo voluntario en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. En el caso de la Acupuntura, cuya práctica fue autorizada por las autoridades sanitarias nacionales a médicos, odontólogos, kinesiólogos y fisioterapeutas, muy lentamente ha comenzado a incorporarse en unos pocos servicios hospitalarios, y también en algunos establecimientos privados en el área de medicina del dolor, clínica médica y cuidados paliativos oncológicos. El área de oncología en los últimos años ha sido particularmente dinámica en términos del movimiento de la medicina integrativa en el ámbito privado y de organizaciones de la sociedad civil. Fuera del campo de la oncología, se destacan unas pocas experiencias pioneras de centros privados de medicina integrativa y asociaciones con enfoques interdisciplinarios que han implementado proyectos educativos y asistenciales (Freidin, 2014). En el proyecto de ley presentado en el año 2020 en el Congreso Nacional (S-0309/2020) se recopilan 18 experiencias de integración de MAC en hospitales públicos y privados del país.

En este artículo, a partir de entrevistas con médicos y médicas que practican MAC, analizamos iniciativas que han motorizado para ir abriendo espacios de medicina integrativa en los servicios de salud, dando cuenta de los recursos movilizados y las limitaciones que han enfrentado. En primer término, describimos la modalidad de práctica profesional “periférica” o en los márgenes del sistema, que es la más frecuente entre los y las entrevistadas, así como algunas estrategias de incorporación informal en servicios públicos, para luego centrarnos en las iniciativas de integración formal en ámbitos hospitalarios y centros de atención primaria de la salud del AMBA.

### **Perspectiva conceptual y aspectos metodológicos**

La perspectiva dominante en las ciencias sociales sobre las modalidades emergentes de integración de las MAC en los servicios de salud ha sido crítica. Se ha puesto el foco en las relaciones de poder operantes entre los actores involucrados en el campo de la atención de la salud y en los mecanismos de cooptación por parte de la biomedicina: i) en el nivel epistemológico, aplicando los criterios de la medicina basada en la evidencia científica para la validación selectiva de las MAC; ii) en el nivel de la práctica, por su apropiación por los profesionales de la salud del sistema oficial; iii) mediante la reproducción de la dominación profesional de los médicos en su interacción con especialistas en MAC “no biomédicos” en distintos contextos organizacionales e institucionales; y iv) en las estrategias de cómo estos últimos negocian su estatus profesional para incorporarse en el sistema de salud (Wolpe, 1999; Baer, 2004; Baer 2010; Baer y Coulter, 2008, entre otros).

La tesis de cooptación explica procesos macrosociales y organizacionales que reproducen la dominancia y la “resiliencia” de la profesión médica frente a competidores externos y a la amenaza de las heterodoxias médicas a la autoridad cultural de la biomedicina (Wolpe 1999; Baer y Coulter, 2008; Timmermans y Oh, 2010). Sin embargo, y en el contexto de este artículo y como hemos señalado en trabajos previos (Freidin, 2007; Freidin, 2014; Freidin, 2017a), foca-

lizar el análisis solamente en dicha dinámica opaca la posibilidad de observar procesos de diferenciación en torno al ejercicio de la profesión médica, y de escuchar voces críticas del modelo médico hegemónico desde el interior de sus propias filas. Un caso especialmente relevante para observar dinámicas de segmentación intraprofesional ocurre cuando miembros de la profesión practican heterodoxias médicas o MAC (Martin, 2004; Wolpe, 1990; Dew, 2000; Goldstein et al., 1987).

En este artículo damos visibilidad a procesos de diferenciación y estratificación interprofesional, tomando como caso de estudio a médicos y médicas que practican MAC en el AMBA, algunos de los cuales se han movilizado para crear espacios de medicina integrada en el sistema de salud, tanto en el sector público como en el de la seguridad social y el de la medicina privada. Pese a que los espacios de integración han sido excepcionales en los servicios de salud, veremos que los profesionales que los han motorizado han actuado como agentes de innovación institucional y cambio cultural para modificar el status quo en los establecimientos de salud en los que se desempeñan (Keshet, 2013). Lo han hecho en condiciones de marginación y subordinación intraprofesional que afectan la autonomía para la práctica integrativa, y con grandes resistencias y limitaciones en cuanto al acceso a recursos financieros, humanos y espacios de trabajo en los establecimientos.

Las perspectivas sociológicas constructivistas sobre las profesiones han puesto de relieve, justamente, que lo que caracteriza a los grupos profesionales, y a la profesión médica en particular, son sus dinámicas de segmentación y estratificación internas en torno a actividades, intereses e ideologías; segmentos que están organizados alrededor de relaciones de poder y prestigio que estructuran el acceso diferencial a recursos materiales, simbólicos y privilegios profesionales (Shaffir y Pawluch, 2003; Freidson, 1984; Abbott, 1988).

Los datos provienen de entrevistas en profundidad, semiestructuradas, que realicé entre los años 2009 y 2012 con médicos y médicas formados en MAC, algunos de los cuales participaron de experiencias de integración institucional de estas prácticas en los servicios de salud. Este trabajo fue parte de una investigación mayor sobre médicos y médicas que practican medicinas no convencionales en el AMBA (Freidin, 2014; Freidin, 2022)<sup>1</sup>. Entrevisté a 42 médicos y médicas que practicaban Acupuntura, Homeopatía y Ayurveda en el AMBA. El recorte respondió a su difusión en círculos médicos del país. La Homeopatía y la Acupuntura tienen una larga tradición de práctica e importante desarrollo institucional, así como de demanda de tratamientos.

El Ayurveda, introducido en los 80, ha logrado diseminación en ambientes médicos y creciente interés por parte pacientes de clase media y alta en el AMBA. La Acupuntura hasta la fecha ha sido la única de las MAC que logró reconocimiento como acto médico por parte de las autoridades sanitarias nacionales y aceptación por parte de la mayoría de los Colegios Médicos del país. Dicho reconocimiento ha facilitado su ingreso —aunque muy lento y excepcional— en el ámbito hospitalario público y de la seguridad social (Freidin, 2013).

Si bien realicé el trabajo de campo hasta el año 2012, el contexto regulatorio de las MAC en las que centro el estudio no ha variado. La movilización para lograr reconocimiento oficial y gestionar políticas para su incorporación en los distintos subsectores del sistema de salud continúa, como fue señalado anteriormente en este artículo, y el último proyecto de ley presentado en el Congreso Nacional data del año 2022. Teniendo en cuenta la escasez de estudios sociológicos sobre la temática en nuestro país, y muy especialmente sobre la práctica

1 Proyecto PIP CONICET N.º 11420080100159, *La práctica de la medicina integrativa en Argentina: perspectivas y experiencias de los médicos*, bajo mi dirección.

médica de MAC desde una perspectiva sociológica (Freidin y Ballesteros, 2020), considero que los casos analizados en este artículo pueden ser muy reveladores de modalidades y contextos de práctica que continúan vigentes. En trabajos previos focalicé el análisis en las experiencias biográficas, formativas y laborales de los médicos y médicas entrevistados que los llevaron a interesarse en las MAC y a redefinir sus proyectos profesionales (Freidin, 2014; Freidin, 2022; Freidin y Ballesteros, 2020). En este artículo el foco analítico está puesto en los contextos de práctica profesional, dando visibilidad, en particular, a experiencias más y menos formalizadas de práctica integrativa, y sus múltiples restricciones, en establecimientos de distintos subsectores del sistema sanitario.

Todas las entrevistas fueron desgrabadas completas y verbatim. Para analizarlas seguí la estrategia del análisis temático asistido por el programa ATLAS.Ti para la codificación y elaboración de memos que complementé con la confección de matrices cualitativas y diagramas conceptuales (Freidin, 2017b). Para mantener el anonimato asigné números a los y las entrevistadas, y con el mismo propósito omití información institucional.

### El nicho privado para la práctica periférica de MAC

La mayoría de los médicos y médicas entrevistadas (27 casos) trabajaba en el ámbito privado incorporando una o varias MAC en el trabajo clínico. Los más jóvenes, y los que se formaron más recientemente en MAC, combinaban el trabajo en consultorio particular —unitario o compartido con colegas— con la atención en consultorios externos institucionales de asociaciones y escuelas de Homeopatía, Acupuntura o Ayurveda.

Los entrevistados con mayor trayectoria en la práctica de MAC son los que lograron establecer una clientela que les permite sostener su economía con ingresos provenientes exclusivamente del consultorio particular, aunque algunos también generaban ingresos complementarios con la actividad docente. Un entrevistado dirigía un centro interdisciplinario privado de medicina integrativa, mientras otros jóvenes entrevistados esperaban poder crearlos en el futuro como un ideal de desempeño profesional.

No solo la ausencia de regulación y la marginación de las MAC de los servicios de salud conducen a que la mayoría de los entrevistados trabaje fuera del circuito convencional, sino que el desempeño laboral “periférico” —como lo definió el Dr. 6— es altamente valorado por los médicos que entrevistamos. Se trata de un nicho para el ejercicio liberal de la medicina y de recuperación de la autonomía profesional. Esta modalidad de trabajo les permite fijar sus honorarios, y autorregular el tiempo de la consulta y el ritmo de trabajo frente a los procesos de asalarización y subremuneración del mercado laboral, bajo las condiciones desventajosas de contratación que imponen las “terceras partes” (Belmartino, 2005; Jaim Etcheverry *et al.*, 2009).

Los médicos homeópatas y los que practican medicina Ayurveda plantean que la duración de las consultas (entre una y dos horas, especialmente la primera) es incompatible con los pagos por prestación que fijan las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. La Dra. 15 sintetiza la visión crítica de las condiciones de trabajo actuales de los médicos y la defensa de la práctica independiente como una forma de recuperar la “dignidad” del trabajo médico:

La mayoría de los médicos que estamos en medicinas alternativas, por una cuestión de ética hacia nosotros, no entramos en ninguna obra social. Porque es trabajar para el otro, y es una falta de respeto hacia nosotros mismos. Entonces yo prefiero que el paciente venga y me diga “mire doctora, yo le puedo pagar tanto, ¿puedo hacer el tratamiento?”. Por supuesto, y si hay alguno que no puede pagar, también, como he atendido y atiendo, no pagan. Pero pagarán

otros que puedan, y así fue siempre la medicina, la medicina ha sido siempre así. Y el que puede, trae algo. Tengo una [paciente] que me trae empanadas, y sí, viste, y la medicina ha sido así, y nosotros dejamos realmente que se deteriore de esta manera, yo pienso que es culpa de los médicos, que nos permitimos que nos avasallen estas obras sociales, estas prepagas, que todas ni siquiera son nacionales. (...) Tengo 56 años, así que me doy ese gusto de hacer la medicina que quiero, y cobrarle al que puede pagar y al que no puede, no paga. (Dra.15)

Al preguntarles por la inequidad que esta modalidad de desempeño profesional genera respecto del acceso a recursos de salud no convencionales para los sectores sociales más desfavorecidos (Saks, 2015; Baer, 2004; Sharma, 2000), la mayoría remarcó la existencia de los consultorios con tarifas institucionales en las Escuelas de las respectivas disciplinas en las que se formaron. Puntualizaron que constituyen un mecanismo facilitador del acceso. También refirieron a una modalidad solidaria que opera en el consultorio privado a través del cobro de honorarios diferenciales y consultas sin costo,

Usted puede atender a un paciente en forma gratuita, pero no puede atender un paciente en quince minutos. Entonces si usted cobra bien una consulta, por ahí con alguien que no puede... Le puede decir, "bueno, véngase igual", o alguien que podía y ya no puede (...). Usted no lo deja de atender porque no tenga dinero, pero le compensa el dinero que cobra a los otros como si fuera usted mismo una prepaga, una cosa así. (Dr. 34)

Incluso una médica enmarcó la posibilidad de eximir a algunos pacientes del pago de honorarios como una práctica de "caridad". Y solo unos pocos entrevistados reconocieron que se trata de medicinas poco accesibles para la mayoría de la población en nuestro país al no estar insertas en los servicios de salud públicos.

### **La práctica escindida, la acción de "puente" y el ingreso informal en los servicios de salud**

"Armar" el consultorio privado con una actividad sostenida lleva muchos años de ejercicio de la profesión, tanto en la práctica convencional como no convencional, por eso, varios de los entrevistados previo a lograr un desempeño autónomo mantuvieron de manera paralela puestos como médicos alópatas en establecimientos públicos o privados. A ello se suman aspectos técnicos de la especialidad biomédica, por ejemplo, la obstetricia, que los llevaron a una práctica dividida a lo largo de su carrera entre el ejercicio de la especialización en el ámbito hospitalario y el consultorio particular heterodoxo.

Los restantes entrevistados (en conjunto más jóvenes y mujeres) dividían su tiempo y/o ámbitos de trabajo entre la práctica de la medicina convencional en sus respectivas especialidades y en MAC (en consultorio privado o institucionales). Para los más jóvenes se trata de un período transicional en el que agregan los primeros pasos en la práctica de MAC al pluriempleo que caracteriza la estrategia laboral para maximizar ingresos de los médicos con carreras menos avanzadas (Galín, 2002; Belmartino *et al.*, 1990; Jaim Etcheverry *et al.*, 2009; Spinelli *et al.*, 2013).

Es importante destacar que varios médicos y médicas expresaron su conformidad con el trabajo escindido entre la especialidad biomédica y la práctica de MAC. Esta situación se plantea especialmente cuando: 1) han logrado realizar trabajos profesionales que no implican la atención en consultorio, tal como es trabajo en equipos interdisciplinarios en atención primaria de la salud (APS) con programas comunitarios en el terreno; 2) en el trabajo asistencial imple-

mentan estrategias para minimizar la prescripción de fármacos, o bien si se trata del sector público, 3) por la posibilidad que encuentran de difundir la terapéutica en sus redes profesionales y facilitar el acceso a las MAC a sectores sociales de menores recursos económicos.

Tal es el caso de la Dra. 27, especializada en clínica médica e inserta en un equipo interdisciplinario hospitalario en el área de atención primaria. La entrevistada destaca el carácter interdisciplinario del equipo profesional que integra, y que la formación generalista de sus colegas médicos es una condición propicia para el trabajo de difusión de heterodoxias médicas. Así la inserción hospitalaria de la entrevistada, trabajo que complementa con su desempeño en consultorio privado e institucional en una escuela Homeopática, le ha permitido ir introduciendo y “educando” a algunos de sus pares en la disciplina (sea como pacientes y/o a través de incentivarlos para que se formaran en Homeopatía). Paralelamente, ha podido acercar la terapéutica a los pacientes vía derivaciones de colegas a médicos homeópatas, o porque ella misma, cuando trabajaba en consultorio de clínica médica, sugería realizar en algunos casos consultas en las escuelas homeopáticas. Su puesto de trabajo en el sector público le ha permitido desarrollar una tarea de difusión de la Homeopatía en su red profesional. Asimismo, le ha facilitado crear un “puente” entre el ámbito de la atención convencional y el mundo homeopático para familias que sin esta intermediación difícilmente accederían a los tratamientos no convencionales por falta de información, y barreras institucionales y financieras en el acceso a las consultas homeopáticas en el ámbito privado.

Así lo manifestaba:

Yo he derivado pacientes de... no sé, de tuberculosis, me acuerdo que eran bolivianos de muy pocos recursos, y con una nena con mucho conflicto, y la Homeopatía le iba... viste cuando decís la única opción que le queda... Y el papá vino [a la Escuela], y no sabés lo que mejoró esa nena, el padre estaba tan agradecido, viste, de que uno lo hubiera... porque ellos no tenían idea. Y se juntaron los pesos y vinieron sin problema. Decía “no, no, doctora, usted dígame que yo lo hago”. Así que sí, a la gente... (...). Y aparte les taladro a mis compañeros también. (...) O te dicen, yo tengo un pediatra del centro de salud que me dice: “yo tengo un chico para derivar a Homeopatía”. Él no hace Homeopatía ni se atiende con Homeopatía ni nada, pero se ve que nos habrá escuchado hablar en algún momento y me dice “¿a quién se lo puedo derivar? ¿Vos ves chicos? Si no te lo mando a vos”. Entonces yo lo derivo, y le dejé la tarjeta de la Escuela para que los derive directamente él. (Dra. 27)

Algunos médicos y médicas antes de dedicarse de lleno al trabajo privado “periférico” lograron la aceptación progresiva de colegas, jefes de servicio, y autoridades de establecimientos convencionales en el ámbito público y privado para practicar MAC de manera informal. En el caso de la Dra. 29, ya jubilada, especializada en obstetricia, la práctica se vio facilitada porque su jefe de Servicio se había formado en Homeopatía, y posteriormente ocupando ella la jefatura logró el apoyo de sus superiores para emplear medicación homeopática y evitar el uso de la anestesia peridural en el trabajo de parto y cesáreas.

Por su parte, el Dr. 34, especializado en clínica médica, trabajó durante diez años en un establecimiento hospitalario del conurbano donde con el tiempo llegó a “homeopatizar” tanto a colegas como a algunos pacientes en su puesto de guardia. Con sus pares, el trabajo de aceptación no fue sencillo, ya que descreyendo de la terapéutica le delegaban los casos más difíciles de tratar, y no fue sino con experiencias de eficacia contundente en casos límite que fueron derribando algunos prejuicios:

En el hospital me cargaban, inclusive me traían los heridos atropellados y me pedían que les diera árnica. (...) Hasta que una vez a una chica que estaba des-

cerebrada, con una hemorragia cerebral, le dimos árnica, y vivió —que tiene un pronóstico pésimo, en veinticuatro horas muere, sobre todo si no hay una neurocirugía—. Y vivió, entonces a algunos de ellos [de sus colegas del hospital] todavía los atiendo yo como médico [homeópata]. (Dr. 34)

Incluso, el Dr. 34 tenía un botiquín en su consultorio con remedios homeopáticos que entregaba de forma gratuita a los pacientes dispuestos a utilizar dichos tratamientos. Como comenta el entrevistado, en muchos casos debido a la imposibilidad material de costear los remedios convencionales como gasto de bolsillo, al beneficio terapéutico de la medicación homeopática se agregaba la accesibilidad, ya que constituía la única forma para que los pacientes pudieran seguir un tratamiento:

No había ningún tipo de asistencia más que poder darle una receta, si no teníamos nosotros una muestra gratis, era gente de muy bajos recursos (...) en la parte de guardia, conseguí colocarme en la ambulancia, entonces mientras no había una urgencia yo podía atender a la gente que venía, y bueno, muchos ya eran “homeopatizados”. (Dr. 34, 55 años)

## La apertura de espacios de integración formal en los servicios de salud

En los últimos años se han ido creando algunos pocos espacios para la integración formal de las MAC en establecimientos de salud públicos y privados en la ciudad de Buenos Aires. Se trata de experiencias excepcionales de integración institucional. Solo unas muy pocas entrevistadas con una larga carrera hospitalaria han podido trabajar oficialmente en las MAC en las que se formaron en el área asistencial en los establecimientos públicos donde ya estaban insertas por su especialidad biomédica, o con los que tenían contactos profesionales y/o personales con sus autoridades, y no por una decisión de política sanitaria de integración. Son los propios médicos los que han actuado como agentes de innovación institucional, y se trata de tiempo de trabajo *ad honorem*.

### Experiencias de integración de la Acupuntura: negociando recursos y autonomía

Hasta el momento en que realicé el trabajo de campo, de las tres medicinas en las que centré la investigación (Homeopatía, Ayurveda y Acupuntura) solo se han logrado abrir consultorios de Acupuntura para la atención a pacientes en servicios hospitalarios del sector público. La normativa del Ministerio de Salud de fines del año 2001 reconociendo a la Acupuntura como acto médico marcó un punto de inflexión en el movimiento hacia la integración; en palabras de una de las entrevistadas que participa de una experiencia de medicina integradora en el área de cuidados paliativos, “el antes y el después es siempre a partir de esa Resolución”.

El marco regulatorio facilitó la certificación de la Universidad de Buenos Aires de los cursos de postgrado de actualización en Acupuntura desde el año 2003, con prácticas hospitalarias en establecimientos dependientes de dicha universidad. Ambos logros fueron posibles tras la lucha de años de la Sociedad Argentina de Acupuntura, organización que nuclea a los médicos acupuntores desde mediados de los años 50, mediante la movilización de contactos personales y profesionales, por un lado; y de la existencia de evidencia sobre los beneficios de la Acupuntura especialmente para el tratamiento del dolor, documentada por un conjunto relativamente extenso de protocolos internacionales de investigación clínica sobre la eficacia de los tratamientos (Freidin, 2007; Freidin, 2013). La evidencia de efectividad y la disponibilidad de explicaciones biomédicas sobre algunos de sus mecanismos de acción han favorecido el reclamo de credibilidad sobre la Acupuntura en la comunidad biomédica, en un ambiente en su mayor parte hostil hacia las MAC (Polich *et al.*, 2010).

El ingreso de la Acupuntura a los servicios de salud ha sido muy lento y excepcional, dejando en evidencia la resistencia intraprofesional para mantener el statu quo que opera en el lugar de trabajo y las relaciones de poder operantes en los establecimientos para la distribución de recursos (financieros, humanos y espacio físico) (Bucher y Strauss, 2001; Strauss, 2001; Martin, 2004, Abbott, 1988; Saks, 2015). Las relaciones de poder en los establecimientos se observan en la resistencia a la innovación para la creación de espacios de medicina integrada y para lograr autonomía de trabajo por parte de los médicos a cargo de dichas experiencias. El escenario es de marginación y subordinación. Algunas de las médicas que entrevistamos participaron activamente de la creación de estos espacios integradores; una de ellas, en el área de cuidados paliativos para pacientes oncológicos, y la otra, en el área de clínica médica. Los recursos humanos y materiales con los que cuentan en ambas experiencias de integración han sido muy escasos. En primer término, se trata de trabajo *ad honórem* para los médicos y médicas que han impulsado la apertura de estos espacios.

En el caso de los consultorios de Acupuntura dependientes de clínica médica en un hospital general, tres profesionales con larga trayectoria laboral en dicho establecimiento trabajaban horas extras sin remuneración brindando tratamientos una vez por semana. En el caso de la integración de la Acupuntura en el servicio de cuidados paliativos de un hospital escuela, desde el año 2004, los tratamientos se brindaban tres veces por semana de manera complementaria con otras MAC, estando a cargo de distintos médicos que han trabajado de manera voluntaria en dicho servicio como parte de la formación que seguían en una escuela médica de Acupuntura.

Recién en el año 2012, se logró que la médica responsable de esta iniciativa recibiera honorarios parciales por su trabajo en el equipo de cuidados paliativos. No solo el trabajo profesional es *pro bono*; los consultorios no cuentan con recursos financieros para solventar los insumos básicos (agujas y moxas), los que, aunque son de muy bajo costo, requieren de donaciones e, incluso, de la compra por los propios pacientes. Los médicos también hacen su propio aporte para el equipamiento de los consultorios: "...yo he puesto, llevado estufas mías, ventiladores, dieciocho sillas, biombos, un escritorio, todo de mis cosas" (Dra. 1).

La falta de recursos económicos se extiende a la posibilidad de realizar protocolos de investigación con los pacientes que reciben cuidados paliativos. A la dificultad de implementarlos por la propia condición de salud de los pacientes que dificulta la continuidad de la participación, se agrega el desincentivo de los colegas para derivarlos, al no contar con el respaldo de los grandes laboratorios de drogas oncológicas que financian los ensayos clínicos y remuneran a los médicos por su participación en ellos.

Dra.— No les interesa, no hay un tema económico de por medio, porque ellos, los protocolos que hacen siempre hay un tema económico porque es el laboratorio, entonces, viste, cuando se acuerdan te mandan al paciente y cuando no, no. Entonces es la realidad de nuestro país.

B.— Es toda una cadena de circunstancias, sí.

Dra.— Exacto. Sí, tengo una investigadora fantástica para la parte de estadísticas que me apoya, pero ella a veces viaja, no es siempre... entonces, estamos así. Y mi equipo que, bueno, yo no puedo exigir absolutamente nada a gente que viene todavía *ad honórem*. Si vienen, bien, qué alegría, y si no vienen, no vienen. Entonces por ahora respondo de lo que yo puedo responder con dos manos. (Dra. 1)

Lograr un espacio propio de trabajo integrativo en el establecimiento también constituye una arena para batallar por la redistribución de recursos y por reconocimiento por parte de los pares, jefes de servicio y autoridades hospitalarias. En el caso de los consultorios de Acupuntura en el hospital general, lograr un espacio para realizar los tratamientos le llevó a los médicos que gestionaron la iniciativa un largo tiempo de negociación. En juego estaba no solamente acceder al espacio físico en sí, sino también la autonomía para decidir del alcance de los tratamientos. Si bien no lograron autonomía para recibir a los pacientes por demanda espontánea, ya que los jefes de los distintos servicios acordaron que debían ser pacientes derivados con un diagnóstico previo efectuado por médicos del hospital, sí pudieron negociar de qué servicio depender formalmente (clínica médica). Esta inserción fue estratégica ya que les permitió ampliar el espectro de condiciones de salud a tratar con Acupuntura.

De la siguiente manera se expresaba la Dra. 3:

Dra.— Fue una época terrible porque eran idas, venidas, peleas... Lo que los jefes de todo el departamento dijeron es que tenían que ser pacientes derivados del hospital, no abierto al exterior.

B.— O sea que primero tenían que ir a un servicio...

Dra.— Claro, exacto, el paciente con diagnóstico y que el médico te lo derivara, entonces todo sí, pero no. Y después, lo otro, era el lugar donde lo hacíamos, era otra traba más, porque entonces vos ibas, había... siempre en el hospital hay poco lugar, la gente está medio apretada con las cosas, entonces bueno, si ibas a cirugía, no tenías... tenías un consultorio por ahí y con un consultorio no hacías nada. Y después, era la otra, traumatología, era depender de un servicio que te absorbía, y entonces vos no podías surgir en forma autónoma, o sea, si vas a depender de traumatología vas a hacer todo lo traumatológico...

B.— Sí, o dolor, ¿no?

Dra.— Claro, pero nunca va a ser un servicio de Acupuntura eso, porque está dependiendo de traumatología. Lo mismo, por ejemplo, con cuidados paliativos. También, hay una persona sola encargada de cuidados paliativos, pero volvía a ser lo mismo, depender de cuidados paliativos y ver solamente oncológicos, y no era nuestra idea, nuestra idea era poder ver un poco de todo, tener una autonomía, no depender de un servicio. (Dra. 3)

Convencer a los jefes de las distintas especialidades para las derivaciones requirió un trabajo informativo sobre la eficacia de los tratamientos para la aceptación entre los pares. Tarea de sensibilización que hicieron de manera personalizada, y que consideraban debían retomar para superar las resistencias que aún persistían para lograr las derivaciones dentro del hospital:

Tampoco hay un apoyo todavía, de muchos, hay mucha gente que no nos deriva, o sea, no hay un apoyo hospitalario. Todavía hay mucha resistencia. Fuimos, en una primera instancia, pero ahora deberíamos hacer otra recorrida más porque eso quedó un poquito lejano ya, hablamos con los jefes de servicio, llevamos trabajos científicos de Acupuntura en cada especialidad, para que los leyeran y vieran qué posibilidades había en la Acupuntura en esa especialidad. (Dra. 3)

A través de negociar el ingreso de la Acupuntura al establecimiento, aunque con un estatus subordinado al criterio de derivación de sus colegas, consiguieron que les “prestaran” cinco consultorios que estaban libres una vez por semana a la tarde. Lograr abrir este espacio

fue un primer paso en la lucha por la integración institucional; aún les faltaba lograr la meta de tener “existencia estadística”, esto es, independencia en el registro de los tratamientos para que la carga no se registre de manera indiferenciada junto con las consultas en el servicio de clínica médica. Se trata de un mecanismo burocrático que les otorgaría visibilidad y estatus como grupo de trabajo ante las autoridades sanitarias jurisdiccionales. Como estrategia de largo plazo, el reconocimiento burocrático les permitiría conformarse como Servicio de Acupuntura.

Al respecto expresaba la Dra. 3:

Estamos en pañales porque, bueno, estamos hace casi dos años sin código municipal (...) la estadística de nuestro trabajo se carga a clínica médica, entonces, no existimos como grupo (...). No tenemos una existencia en la Secretaría de Salud. (...) Un código que diga “Acupuntura y Técnicas Asociadas”, después de acuerdo a la estadística, vos podés ampliar eso y convertirte finalmente en un Servicio (...). Eso no lo tenemos todavía, o sea que nosotros hace dos años estamos trabajando sin existir. (Dra. 3)

Junto con la meta de lograr “existencia estadística”, también buscaban superar trabas internas del hospital para aprovechar el potencial terapéutico de la Acupuntura. La meta era no solo trabajar en consultorios externos, sino también con pacientes de sala a través del trabajo coordinado con el área de obstetricia, cuyo jefe era receptivo a implementar intervenciones integradas:

Queríamos empezar, por ejemplo, en obstetricia, que se puede lograr un parto mucho más rápido, con menos complicaciones, con Acupuntura. Estábamos armando un trabajo en obstetricia, que ya tenemos el permiso del jefe de obstetricia. Creo que hay que empezar a hacer trabajos en el hospital, para que de esa manera los médicos alópatas vayan aceptando, eso creo que es fundamental, mostrar resultados, y eso, me parece que es el siguiente paso, una vez que uno ya puso el pie en tener algo para trabajar, empezar a mostrar resultados. (Dra. 3)

Difundir los resultados positivos de los tratamientos integrados es otra táctica que buscaban implementar para lograr la aceptación pragmática de los pares y poder crecer en el lugar de trabajo:

... se hacen todos los años unas jornadas hospitalarias, siempre hay trabajos científicos dentro del hospital, bueno, y ahí presentar trabajos hechos en el hospital de Acupuntura creo que es importante, creo que, por ese lado, la cosa tiene que seguir por ahí, pero bueno, vamos de a poco, esto es un trabajo paso a paso. (Dra. 3)

En el servicio de cuidados paliativos del hospital escuela se siguió una estrategia similar para lograr la aceptación de la terapéutica. En este caso, se realizó, como primer paso, una experiencia piloto de tratamientos con pacientes oncológicos terminales que mostró los beneficios de los tratamientos de Acupuntura.

Hicimos una experiencia piloto en ese año y, además se presentaron dos pósteres en las jornadas del hospital, después ese trabajo también fue presentado y, entonces, vimos que realmente había mucho por hacer por estos pacientes. (...) Tenemos ahora una experiencia muy amplia, además de ese consultorio compartido en el 2004, ahora tengo un consultorio con tres puestos, serían tres consultorios. ¿Por qué?, porque están viendo justamente los beneficios que estamos teniendo con Acupuntura; en qué sentido, en que los pacientes bajan la medicación analgésica, podemos bajar el consumo medicamentoso,

con lo cual es más beneficioso para el paciente, y económicamente, para el sistema. (Dra. 1)

El ingreso al hospital a través de la unidad de cuidados paliativos no fue azaroso. Se trata de un área donde la biomedicina encuentra sus propios límites de intervención y se requiere de un trabajo interdisciplinario para un abordaje integral del paciente. También se trata de un área en la que los profesionales suelen tener una actitud más abierta y receptiva hacia nuevos enfoques terapéuticos para aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus seres queridos (Freidin, 2014).

Junto con estas experiencias pioneras de integración en establecimientos hospitalarios, una de las médicas más jóvenes que entrevistamos (Dra. 7), formada en medicina general, había presentado junto con una colega un proyecto para incorporar la prestación de Acupuntura en los centros de atención primaria dependientes de una obra social del conurbano. La entrevistada consideraba como una condición facilitadora la formación en medicina general de sus pares, por su visión más integral de la salud, para impulsar un proyecto de medicina integrativa en este ámbito institucional:

Tengo una especialidad que es como bastante holística, digamos, tiene un interés como de ver a la persona no solo con su enfermedad, sino con su familia, en su contexto, con su realidad, entonces como que yo creo que haber hecho medicina general y haber abierto un poco la cabeza, también es como que te abre la cabeza a otras cosas, como que te das cuenta que no hay una única medicina, que no hay una única manera de tratar, que no hay una sola verdad o un solo remedio. (Dra. 7)

El hecho de que varios de sus colegas en los centros de atención primaria que ocupan posiciones de jefatura y coordinación, también tengan formación en algunas MAC abrió una ventana de oportunidad para impulsar iniciativas transformadoras en centros médicos del sector de la seguridad social.

### **Ayurveda: proyectos educativos y primeros pasos hacia la integración de tratamientos en hospitales públicos y privados**

En el caso del Ayurveda, los espacios emergentes de integración han estado orientados a la formación de los médicos y otros profesionales de la salud, y de manera muy embrionaria, y casi invisible, se la ha comenzado a incorporar en el área asistencial. Han sido los médicos formados en Ayurveda que trabajan en los establecimientos de salud en su formación biomédica los que han logrado, a través del esfuerzo y la iniciativa personal, ir creando unos pocos nichos de medicina integrativa.

Para ello han movilizado recursos institucionales y ventanas de oportunidad como lo son la aceptación creciente de proyectos educativos en MAC por parte de las autoridades responsables y jefes de servicios de hospitales públicos y privados. Han buscado, como primer paso, informar y educar a los colegas para bajar las resistencias de los sectores más ortodoxos de la profesión, o que simplemente ignoran de qué se trata la medicina ayurvédica. A diferencia de otras medicinas no convencionales como la Acupuntura y la Homeopatía que tienen una larga tradición de enseñanza y de práctica en círculos médicos en Argentina, el Ayurveda se introdujo más recientemente y es menos conocida en la profesión.

Una de las médicas entrevistadas (Dra. 2) que trabaja en un hospital privado de mucho prestigio y de referencia a nivel nacional logró, junto con algunos colegas, insertar un módulo las "grandes" MAC (Acupuntura, Homeopatía, Ayurveda y Antroposofía) en la formación de

postgrado y grado de los médicos en el área de medicina familiar y atención primaria, así como ofrecer cursos abiertos informativos sobre dichas disciplinas.

La posibilidad de avanzar en proyectos educativos, especialmente en hospitales-escuela, se considera un primer paso en la estrategia de más largo plazo hacia la integración en el área asistencial. Se busca también capacitar a los pares para que puedan hacer derivaciones, así como acompañar y orientar las preferencias y prácticas pluralistas de los pacientes. Se trata de una tarea informativa, pero fundamentalmente sensibilizadora para disminuir las barreras cognitivas de rechazo de las MAC producto de la ignorancia y el prejuicio generalizado sobre las medicinas paralelas tras la educación médica convencional.

Como comentaba la Dra. 2:

Yo el espacio que tenía era el educativo, y bueno, ahí convoqué a las personas que son referentes acá en Buenos Aires en diferentes medicinas complementarias y di variedad. (...) Con este objetivo, de bajar un poco el tema de la barrera, de que no sean tan resistentes, de que puedan escuchar a los pacientes, de que puedan preguntar sobre las medicinas complementarias, si los pacientes las usan o no y qué usan, que evalúen riesgos-beneficios, porque esto no está en la historia clínica, y que sepan el abc de las cosas que funcionan y las cosas que no funcionan (...) Lo otro, es que mucha gente busca lugares de referencia para formarse, entonces, como es de prestigio el hospital, son cursos cortos igual, pero por lo menos para esta cuestión de abrir la cabeza, de que sepan de qué se trata, de que conozcan los médicos a los que pueden ellos derivar, porque muchas veces los pacientes piden "bueno, yo quiero hacer algo de Homeopatía, ¿a quién conocés?, porque yo no quiero tomar para la gastritis el Omeprazol", bueno, "andá a tal persona", y tenemos dentro del servicio gente que hizo Homeopatía, otros que hicieron Acupuntura, después de años de recibidos y de estar ahí haciendo su práctica de médico de familia, que se han formado en eso, y bueno, por ahí se derivan entre ellos, o para el tratamiento del dolor. (Dra. 2)

Desde la sociología cognitiva, las profesiones son vistas como comunidades de pensamiento (Zerubavel, 1999). Los marcos cognitivos creados durante la socialización profesional delimitan horizontes mentales que focalizan la percepción y atención, al tiempo que "cierran" el campo perceptivo y cognitivo hacia lo que se construye como irrelevante en este marco de referencia. Con el trabajo de sensibilización hacia las MAC, los médicos que buscan crear espacios de medicina integrativa apuestan a lograr con el tiempo mayor aceptación de estas otras realidades clínicas por parte de sus pares ortodoxos (Kleinman *et al.*, 1978).

La reputación profesional es un capital simbólico que ha movilitado este grupo de médicos en su estrategia de difusión del Ayurveda. Si bien en este establecimiento no se ha integrado la medicina Ayurveda en el área asistencial (sí existen tratamientos integrados de Acupuntura para el dolor), opera, sin embargo, el mecanismo de referencias informales. Como la médica comenta, es la confianza personal en la formación profesional y en su conducta ética lo que facilita las derivaciones, "la recepción se da porque te conocen. Es personal, no es con la medicina" (Dra. 2).

Un recurso crucial para lograr apoyo institucional para la integración sería contar con protocolos de ensayos clínicos que mostraran evidencia de eficacia y seguridad de los tratamientos ayurvédicos para algunas condiciones de salud. Tratándose de un hospital de vanguardia que sostiene una cultura médica de disposición a la innovación, la validación científica facilitaría la aceptación pragmática de recursos terapéuticos no convencionales (Polich *et al.*, 2010; Menchick y Melzer, 2010; Dodworth y Stewart, 2022). Al respecto comentaba la Dra. 2:

También tienen una estructura de que son personas abiertas, pero abiertas en el buen sentido, o sea si mañana sale un *paper* de que el Ayurveda sirve para tratar cefaleas, son los primeros que van a tratar cefaleas con Ayurveda, y no porque quieran el Ayurveda, sino porque son “evidenciólogos”. Si la Acupuntura mañana sale que reduce la mortalidad cardiovascular, van a ser los primeros que van a tratar de disminuir el riesgo cardiovascular porque van a la vanguardia independientemente de cuál sea el paradigma, si eso salió, el estudio fue bien hecho, hay evidencia contundente de que sirve, son los primeros que van a incorporar. (...) Pero más porque tienen una cosa de medicina basada en la evidencia fuerte, es un modelo. El cualitativo no está tan incorporado, y por eso también ha sido difícil poder meter las medicinas complementarias. (Dra. 2)

Otra médica formada en Ayurveda y otras MAC, participó de una iniciativa similar de sensibilización del equipo de salud en un hospital pediátrico público, comenzando por incorporar la temática en los ateneos del hospital y logrando el apoyo de las autoridades del establecimiento para crear en el año 2007 un Grupo Interdisciplinario de Trabajo de Medicina Integradora. En este hospital se comenzó a practicar *reiki*, yoga, y masaje ayurvédico con los niños internados, y a brindarse asesoramiento sobre alimentación a las madres de los pacientes ambulatorios<sup>2</sup>. Con los chicos internados, introducir cambios en la dieta —pilar fundamental de la medicina ayurvédica— fue resistido por las nutricionistas convencionales; pero el espacio del consultorio externo habilitaba un margen de maniobra para generar cambios en los hábitos alimentarios de los chicos y sus familias.

De esta manera lo expresaba la Dra. 20:

De Ayurveda, las nutricionistas del hospital tienen una filosofía que no coincide mucho con restringir o agregar cosas a la dieta de los chicos más chicos. Con los chicos más grandes yo en el consultorio les agrego cosas, les agrego condimentos... (Dra. 20)

Para ir logrando la aceptación en el equipo de salud, la estrategia consistió en convencer a los profesionales de los beneficios de estas terapéuticas, comenzando con el *reiki*. Ofrecieron, para ello, sesiones al personal médico y paramédico, con el objetivo de “lavarles el cerebro” a través de la experiencia personal, esperando que la apertura cognitiva resultara de la propia experimentación de bienestar .

Dra.— Queríamos hacer *reiki* con los chicos, y para que no nos tomaran de chiflados, decidimos lavarle el cerebro al personal del hospital primero, entonces pusimos un consultorio para personal del hospital.

B.— ¿Personal médico?

Dra.— Todo el personal del hospital que atiende a chicos, enfermeros, administrativos, bioquímicos, técnicos de laboratorio, de hemoterapia, de imagen, todos los que de alguna manera ven a los chicos. Y bueno, tenemos trescientas cincuenta personas, más o menos que pasaron por el consultorio. (Dra. 20)

Las experiencias reunidas en el presente estudio para la apertura de espacios integrativos en el área educativa y en el nivel asistencial, no han sido el producto de una política de inte-

2 En otros establecimientos hospitalarios de la ciudad de Buenos Aires grupos de voluntarias *ad honórem* trabajan en el área de cuidados paliativos en colaboración con los médicos responsables, dando charlas sobre técnicas no farmacológicas al personal, enseñándoles métodos de relajación y meditación a los chicos, y haciéndoles *reiki*; también se realiza masaje ayurvédico con bebés (*shantala*), y talleres de meditación.

gración planificada por las autoridades sanitarias, sino que han sido impulsadas por la iniciativa de profesionales de la salud y de terapeutas que colaboraban como voluntarios *ad honórem* en los establecimientos.

Los médicos y médicas que entrevistamos coinciden en que, si bien se ha avanzado en el camino de la integración institucional de las MAC, la falta de asignación de recursos limita enormemente, si no desalienta, estas iniciativas: las horas extras trabajadas no son remuneradas, no se asignan partidas presupuestarias para protocolos de investigación clínica, y el espacio físico asignado tanto para investigación como para la atención en consultorios externos es muy restringido.

Así lo expresó la Dra. 20:

Dra.— Ahora estamos haciendo dos trabajos en paralelo, le estamos sacando lugar a nuestro trabajo para poder hacer esto. Entonces estás, siempre, corriendo todo el día. Uno tiene que estar bien para hacer lo que tiene que hacer, pero la Dirección no está todavía convencida de esto. Las chicas se quedan fuera de horario para hacer *reiki* hasta las cuatro de la tarde. Para hacer *reiki* a los pacientes, se quedan fuera de horario, una hora más se quedan. Y la respuesta a esto fue: "bueno, si quieren seguir con el consultorio, sigan fuera de hora".

B.— ¿Y el futuro cómo lo ves, de todo esto?

Dra.— Y, el futuro, en lento progreso. De a poquito va a ir saliendo, sin prisa, pero sin pausa como una hormiga, mi lema es ese. (Dra. 20)

Al trabajo *ad honórem* se suma la dificultad de conseguir subsidios de agencias de financiamiento públicas para hacer investigación en MAC en nuestro país (WHO, 2005). En un contexto de dominancia de la medicina basada en la evidencia, como lo señalamos, la posibilidad de realizar investigación clínica de calidad es un recurso estratégico para lograr legitimidad del Ayurveda dentro de la comunidad científica y avanzar en su integración institucional.

Cabe mencionar que en el ámbito privado se llevó a cabo una experiencia piloto de investigación clínica con medicina integrativa en una universidad privada con unos pocos pacientes neurológicos que recibieron implantes de células madre. Como tratamiento complementario se utilizó Ayurveda en la etapa previa y posterior a los implantes y se trabaja tanto con el paciente, su familia y los profesionales de la salud que los asistían en la rehabilitación. Comentaba al respecto uno de los médicos del equipo responsable de la experiencia:

Como medicina complementaria y holística, a los pacientes les damos una rutina ayurvédica, les damos un programa de ejercicios de respiración, les damos meditación, [el programa incluye también un] taller de cocina ayurvédica para los pacientes, los familiares y los neurorehabilitadores. (Dr. 5)

Se esperaba que esta prueba piloto, realizada en 2009, pudiera implementarse en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires con los que la universidad había firmado acuerdos de cooperación.

## Conclusiones

La posibilidad de ejercer la profesión médica en la "periferia" del sistema de salud constituye una oportunidad para el ejercicio liberal de la profesión, en un contexto institucional en el que desde hace décadas se han deteriorado las condiciones del trabajo médico a través de pro-

cesos de asalarización y precarización laboral en los distintos subsectores del sistema de salud (Galín, 2002; Belmartino, 2005, Belmartino, 2010; Schufer, 2001; Jaim Etcheverry *et al.*, 2009).

En el AMBA, el nicho privado para la práctica de heterodoxias médicas se sostiene por la gran demanda por parte de pacientes de sectores medios y altos de la población con capacidad de pago de consultas y tratamientos como gasto de bolsillo. Igualmente, facilitador de la utilización de MAC ha sido el crecimiento de las empresas de medicina privada desde los 90 (Fidalgo, 2008; Belmartino, 2010), especialmente el segmento de los planes más costosos del mercado que ofrecen reintegros parciales por consultas médicas con profesionales fuera de cartilla, o directamente por tratamientos de Acupuntura y Homeopatía. Abonando el argumento de Saks (2000), la inserción periférica en el sector privado constituye indudablemente un incentivo económico para los médicos descontentos con las condiciones de trabajo desventajosas en los distintos subsectores del sistema de salud.

Sin embargo, varios entrevistados y entrevistadas critican las características elitistas del mercado de la salud alternativa, y algunos han podido actuar como agentes de innovación institucional en los establecimientos de salud en los que están insertos por su especialización biomédica. Tratando de incorporar nuevas ideas y prácticas en las instituciones reproductoras del saber médico ortodoxo, se han desempeñado como agentes de innovación y cambio cultural desde el interior de la profesión y de los establecimientos médicos convencionales en el área educativa y asistencial (Bucher y Strauss, 2001; Keshet, 2013; Eastwood, 2000). Aunque los logros han sido muy modestos en términos de acceso a recursos monetarios, humanos y físicos para crear espacios de medicina integrativa en dichos establecimientos, especialmente en el sector público, en los relatos aquí reunidos se destaca el compromiso con la atención de la salud como derecho. Las acciones llevadas a cabo para avanzar en la integración institucional han buscado disminuir las barreras en el acceso para los sectores sociales menos privilegiados. Frente a los procesos de difusión de las MAC en un contexto de creciente privatización de la atención de la salud y aumento de la inequidad social en el acceso, algunos críticos como Baer (2004) señalan la necesidad de recuperar el movimiento “auténticamente” holístico que vincule lo individual con lo social y ecológico para comprender los determinantes de la salud:

La creación de un sistema de salud pluralista y auténticamente holístico tendrá que ir acompañado por la demanda de un sistema de salud universal que considere a la salud como un derecho humano en lugar de una mercancía para la minoría privilegiada. (Pp.158-159. También: Sharma 2000; Waitzkin, 2000, citado en Baer, 2004, p. 160; Saks, 2015). El proyecto profesional de este grupo de médicos y médicas se alinea con un compromiso de equidad social.

El presente artículo buscó aportar conocimiento empírico y análisis sociológico crítico sobre casos de apertura de espacios de medicina integrativa en el sistema de salud argentino, más específicamente en Buenos Aires. Y reviste especial relevancia en un contexto de persistente movilización en la arena legislativa a lo largo de los últimos veinte años para la plena institucionalización y reconocimiento oficial de las MAC.

## Referencias

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Baer, H. (2004). *Toward an Integrative Medicine: Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Baer, H. (2010). Complementary and Alternative Medicine: Processes of Legitimation, Professionalism, and Cooption. En W. C. Cockerham (Ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (373-390). London: Blackwell.
- Baer, H. y Coulter, I. (2008). Introduction: Taking Stock of integrative medicine: Broadening biomedicine or co-option of complementary and alternative medicine? *Health Sociological Review*, 17(4), 331-341.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo xx: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Belmartino, S. (2010). Los servicios de atención médica. En S. Torrado (Ed.) *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Belmartino, S., Bloch, C., Luppi, I., de Quinteros, Z. T. y Troncoso, M. (1990). *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación*, N.º 14. Organización Panamericana de la Salud.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B. y Majid, N. (2004). Integrative Health care arriving at a working definition. *Alternative therapies*, 10(5), 48-56.
- Bordes, M. (2022). Carmen y Mónica: terapeutas orientalistas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. En D. Armus (Dir.), *Sanadores, parteras, curanderos y médicas. Las artes de curar en la Argentina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bordes, M. y Saizar, M. (2018). De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y religión*, 50 (xxviii), 161-182.
- Bucher, R. y Strauss, A. (2001). Profession in process. En A. Strauss, *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Dew, K. (2000). Deviant insiders: medical acupuncturists in New Zealand. *Social Science and Medicine*, (50), 1785-1795.
- Dodworth, K. y Stewart, E. (2022). Legitimizing complementary therapies in the NHS: Campaigning, care and epistemic labour, *Health*, 26(2) 244- 262.
- Eastwood, H. (2000). Complementary Therapies: The appeal to General Practitioners. *MJA*, (173), 95-98.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud: El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Freidin, B. (2007). *Acupuncture Worlds in Argentina: Contested Knowledge, Legitimation Processes, and Everyday Practices*. Brandeis University, Departamento de Sociología, Waltham, MA, EE. UU.

- Freidin, B. (2013). Acupuncture in Argentina. En Hinrichs, T. J. y L. Barnes (Eds.) *Chinese Medicine and Healing: An Illustrated History*. Cambridge: Harvard University Press.
- Freidin, B. (2014). *Proyectos profesionales alternativos: relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freidin, B. (2017a). La práctica de una medicina marginalizada en Argentina: el caso de los médicos homeópatas, *Trabajo y Sociedad*, N.º 29, 4-25.
- Freidin, B. (2017b). El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos: ¿Para qué y cómo los diseñamos? En *Cuaderno de Metodología N.º 2 ¿Cómo se hace?: Estrategias de análisis cualitativo*. IIGG-UBA: Buenos Aires.
- Freidin, B. (2022). Entre la biomedicina y la homeopatía: la doctora Alicia y los doctores Fernando y Antonio a finales del siglo xx y comienzos del xxi. En D. Armus (Dir.), *Sanadores, parteras, curanderos y médicas. Las artes de curar en la Argentina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 5 (37): 505-18.
- Freidin, B. y Ballesteros, M. (2015). Ayurveda as a health care practice in Argentina. *Current Sociology*, 63(5): 669-684.
- Freidin, B. y Ballesteros, M. (2020). A sociological approach to the study of alternative medicines in Argentina. En L. Rivera y X. Bada (Coords.) *Handbook of Latin American Sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Freidson, E. (1984). The Changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, (10), 1-20.
- Funes, M. A. (2008). Interacción comunitaria, espacios integradores, y combinación de medicinas: desafíos para las políticas de salud. En C. Kromptc (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*, pp. 93-105. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Galín, P. (2002). Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 8, (15), pp. 87-104.
- Goldstein, M. S. (2004). The persistence and resurgence of medical pluralism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(4-5), pp. 925-945.
- Goldstein, M. S., Jaffe, D. T., Sutherland, C. y Wilson, J. (1987). Holistic Physicians: Implications for the Study of the Medical Profession. *Journal of Health and Social Behavior*, (28), pp. 103-119.
- Jaim Etcheverry, G., Bussi, A., Agrest, A., Maglio, F., Del Bosco, G., Ortiz, Z., Chiozza, L., Kraus, A., Martino, O., Gherardi, C., Gérvas, J., Graue Wiechers, E., Greca, A., Ceriani Cernadas, J. M. y Palacios Sánchez, L. (2009). *¿Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica de la medicina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Jonas, W. (2002). Policy, the Public, and Priorities in Alternative Medicine Research. *ANNALS, AAPSS*, 583, pp. 29-43.

- Keshet, Y. (2013). Dual embedded agency: Physician implement integrative medicine in health-care organizations. *Health*, 17(6), pp. 605-621.
- Kleinman, A., Eisenberg, I., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.*, 88(2), pp. 251-258.
- Martin, B. (2004). Dissent and heresy in medicine: models, methods, and strategies. *Social Science and Medicine*, (58), pp. 713-725.
- Menchick, D. y Melzer, D. (2010). The Cultivation of Esteem and Retrieval of Scientific Knowledge in Physician Networks. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), pp. 137-152.
- NCCAM. (2002). *Acupuncture*. US Department of Health and Human Services, NIH.
- NCCAM. (2013). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* US Department of Health and Human Services, NIH.
- NCCIH. (2021). *Homeopathy*. US. Department of Health and Human Services, NIH.
- OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra.
- OPS. (2002). *Informe del Taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2006). *Grupo de Trabajo en Plantas Medicinales*. II Reunión, Curitiba, Brasil.
- Polich, G., Dole, C. y Kaptchuk, T. J. (2010). The need to be a little more 'scientific': biomedical researchers investigating complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), pp. 106-122.
- Ruggie, M. (2005). *Marginal to Mainstream*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saizar, M., Bordes, M. y Sarudiansky, M. (2011). *La inserción de terapias no biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico*. [Jornadas] IX Jornadas de Sociología. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Saks, M. (2000). Professionalization, Politics, and CAM. En M. Kelner y B. Wellman (Eds.) *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Amsterdam: Harwood.
- Saks, M. (2015). Inequalities, marginality and the professions. *Current Sociology*, 63 (6), pp. 850-868.
- Schufer, M. (2001). *Cambios en la práctica médica en los últimos cincuenta años*. [Tesis doctoral]. Universidad de Buenos Aires.
- Shaffir, W. y Pawluch, D. (2003). Occupations and Professions. En L. T Reynolds y N. J. Hernan-Kiney (Eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Sharma, U. (2000). Medical Pluralism and the Future of CAM. En M. Kellner and B. Wellman. (Eds.) *Complementary and Alternative Medicine*. Amsterdam: Harwood.
- Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro, A., García Martínez, S., Negrín, G. y Morales Castellón, Y. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida*

*institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012.* Buenos Aires, Argentina: OPS.

- Strauss, A. (2001). Preface. En A. Strauss, *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Timmermans, S. (2010). Evidence-Based Medicine: Sociological Explorations. En Bird, C. E., Conrad, P. y Timmermans, S. (Eds.) *Handbook of Medical Sociology*, Nashville: Vanderbilt University Press.
- Timmermans, S. y Oh, H. (2010). The continued Social Transformation of the Medical Profession. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), pp. S94-S106.
- Winnick, T. A. (2005). From Quackery to 'Complementary Medicine': The American Medical Profession Confronts Alternative Therapies. *Social Problems*, 52(1), pp. 38-61.
- Wolpe, P. R. (1990). The Holistic Heresy: Strategies of Ideological Challenge in the Medical Profession. *Social Science and Medicine*, 31(8), pp. 913-923.
- Wolpe, P. R. (1999). From Quackery to 'integrated care'; Power, Politics, and Alternative Medicine. *The Center for Frontier Sciences*, 8(1), pp. 10-12.
- Zacchino, S. A. (2005). Argentine Republic. En Ong, C. K., Bodeker, G., Grundy, C., G. Burford, G. y Shein, K. (Eds.) *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Geneva: WHO Press.
- Zerubavel, E. (1999). *Social Mindscapes: An Invitation to Cognitive Sociology*. Cambridge: Harvard University Press.