

REFLEXIONES EN TORNO A LAS NOCIONES DE «CREER» Y «CREENCIA» EN RELACIÓN A LA FIGURA DEL CURANDERO Y DEL MÉDICO¹

Oliszewski, D.; Ricci, R. T.

RESUMEN

El uso de las nociones de creer y creencia en relación a las prácticas terapéuticas tanto populares como oficiales conforman el objeto de estudio analizado en el presente artículo. Las inquietudes en torno a estos términos tiene un doble origen: por un lado, surgen del proceso de trabajo de campo actual, y por el otro, emergen a partir de las lecturas de ciertos textos bibliográficos que hacen referencia a los mismos.

Hacer referencia a que lo se cree o a las creencias de otros resulta una práctica discursiva recurrente en los testimonios de las personas aquí entrevistadas. Sin embargo, se observa que no son expresiones usadas de la misma manera por todos ellos. El uso de la noción de creencia varía según a quien se haga referencia: médico o curandero. Observamos que en el caso del curandero dichos usos se relacionan al menos con tres cuestiones diferentes que no necesariamente se excluyen mutuamente: creo porque tengo fe; creo porque lo he experimentado y creo porque lo necesito. En cambio, en relación al médico se advierte que el acento del creer está puesto es cuestiones referidas a la confianza que se deposita en un terapeuta específico, más no en el sistema médico en general.

Palabras clave: NOCIONES DE CREER Y CREENCIA - MÉDICOS - CURANDEROS.

INTRODUCCIÓN

Las inquietudes en torno a estos términos y el deseo de reflexionar sobre ellos tienen un doble origen: por un lado, surgen durante el proceso actual de trabajo de campo de base etnográfica y, por el otro, emergen a partir de las lecturas de ciertos textos bibliográficos que hacen referencia a los mismos.

El *creer* y las *creencias* resultan relevantes en el contexto del tema general de esta investigación: el mismo se circunscribe al análisis del discurso sobre las dolencias físicas y la dinámica del campo terapéutico en San Miguel de Tucumán. Se busca realizar una aproximación sobre los modos en que las personas viven y explican la enfermedad.

En términos generales podemos pensar que la enfermedad es una constante antropológica y que el deseo de encontrar una solución para dicho malestar también lo es. Sin embargo, no todas las culturas conciben de la misma manera a la enfermedad. Los modos de representación de la salud y la enfermedad varían de una sociedad a otra. A partir de esta situación (considerada de malestar) surgen diversas estrategias con el objetivo de contrarrestar lo que no percibimos como regular; estas estrategias suelen ser juzgadas como terapéuticas, en tanto buscan recobrar la salud perdida.

Las personas utilizan múltiples caminos terapéuticos. Los

mismos están motivados por diversas variables y convicciones que influyen en su elección terapéutica. Cuando los actores sociales intentan explicar sus opciones u opinar sobre ellas se ponen de manifiesto en sus discursos cuestiones relacionadas con las «creencias» de dichos actores que explicarían (en parte) sus cursos de acción y que son puntualmente las que motivan las reflexiones presentes en este trabajo.

Hacer referencia a que lo se cree o a las creencias de otros resulta una práctica discursiva recurrente en los testimonios de las personas que fueron entrevistadas. Se observa que no son expresiones usadas de la misma manera por todos ellos; en algunos casos se relacionan con la fe, en otros con convicciones, con supersticiones, etc. Los usos de estos términos surgen como cargados de diversos matices y se muestran como heterogéneos según el contexto o el referente de quien se habla, varía si hacen referencia a la biomedicina o a prácticas de la medicina popular. Advirtiendo la variedad de sus usos y considerando que estos pueden vincularse con las distintas razones que esgrimen los actores sociales para explicar sus creencias consideramos importante hacer un paréntesis teórico en la investigación y detenernos a reflexionar brevemente sobre lo que este término podría estar implicando.

Por otra parte y, como ya mencionamos, este artículo también está motivado por la lectura de un texto clásico dentro de la medicina antropológica: *Medicina, racionalidad y experiencia* de Byron Good. En este texto el autor discute la relevancia de utilizar en la antropología médica las expresiones en torno a las «creencias» como categoría analítica. Considera que las mismas carecen de «objetividad» descriptiva; porque estarían dando cuenta del mundo sólo desde la perspectiva del antropólogo quien valora las «creencias» de los otros con un matiz peyorativo en tanto ellas serían convicciones «irracionales» frente al

* Denisse Oliszewski. Lic. y Prof. en Letras. Miembro del Instituto de Historia y Pensamientos Argentinos (IHPA) de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Tucumán. Becaria Tipo I de CONICET.

** Ricardo Teodoro Ricci. Médico clínico. Especialista en Comunicación Humana y Sistemas Humanos. Profesor Adjunto Regular de Epistemología (Posgrados de la Fac. de Medicina UNT). Profesor Titular Interino de Antropología Médica, Fac. de Medicina de la UNT.

«racionalismo» del investigador. El autor se limita a observar el uso que hacen otros autores – antropólogos de la noción de «creencia». Pone en tela de juicio la utilidad de la noción de «creencia» como categoría analítica en tanto juzga que la misma es usada por los investigadores de modo tendencioso para señalar aquello «otro» que califican como afirmaciones «falsas» en contraposición con sus propias afirmaciones que serían «verdaderas».

Coincidimos con el autor ya que sí observamos esta tendencia en algunos de los textos bibliográficos consultados. Además, es usado en la bibliografía, en muchos casos, como una expresión que se da por sobreentendida y que no necesita aclaración a cerca de su uso o sus presupuestos¹.

Sin embargo, no pensamos que se deba eludir el análisis del concepto por la complejidad que presenta. Por el contrario, al observar que el mismo aparece de modo permanente en las entrevistas consideramos que resultaría bastante desatinado evitar o al menos esquivar la puesta en consideración explícita de sus alcances y limitaciones.

El análisis que se realiza de los datos se circunscribe al uso que hacen los entrevistados al momento de esgrimir sus razones para creer en un determinado modelo médico o en cierto terapeuta en particular; cabe aclarar que la noción de creencia adquiere otros usos en otros contextos.

Presupuestos generales que subyacen a las nociones de *creer* y *creencia*

En primer lugar, consideramos relevante explicitar los presupuestos generales que subyacen en las nociones de *creer* y *creencia*. Estos enunciados los formulamos a partir de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas actualmente en la ciudad de San Miguel de Tucumán.

En términos gramaticales podemos señalar que *creer* resulta un verbo y por ello está ligado a una acción que es llevada a cabo por un sujeto (que en el caso particular de este verbo es forzosamente un ser humano, en tanto somos los únicos seres capaces de «creer» en algo). El verbo implica además de un sujeto que *crea* un objeto de *creencia*: ser cree en algo o al quien.

Para creer en ese algo en primer término debo tener noticia del mismo, por lo tanto, una creencia presupone un conocimiento o saber, ya que para creer se debe primero saber de qué se trata o más o menos qué implica mi objeto de creencia. Sin embargo, cabe aclarar que el conocimiento sobre lo que se cree no debe ser necesariamente un saber conciente, sino que puede ser aproximado, en tanto la persona posee algunas nociones sobre aquello en lo que cree. Con esto hacemos referencia a que se puede creer en una práctica o un saber determinado durante el hacer cotidiano, pero pueden surgir dificultades para dicha persona al momento de exponer las razones que fundamentan su creencia en un discurso coherente y articulado. Estas creencias pueden encontrarse naturalizadas en la subjetividad de la persona, no habiendo la misma reflexionado sobre las motivaciones que puede tener o no para creer. Podemos considerar que la creencia es un saber práctico² que

el actor social ha internalizado en su subjetividad, producto de su interacción social que de algún modo lo predispone a creer y actuar según ese saber adquirido en los procesos de socialización.

Las creencias suelen tener un carácter perdurable. En general, constituyen un saber sin fisuras, un corpus sólido difícil de refutar. Resultan convicciones que se actualizan de un modo particular en la subjetividad de cada actor social pero que, a su vez, conforman prácticas culturales socialmente difundidas y compartidas en el seno de un determinado grupo a partir del cual estas creencias se reproducen y transforman.

Las creencias pueden modificarse a partir de situaciones o experiencias en las que las mismas se hayan visto refutadas por diversos motivos. Esto puede ocurrir tanto a nivel individual como social. Como ejemplo de un caso particular podemos observar la afirmación de Romina³ quien fue cambiando sus convicciones con respecto a la cura de la ojeadura a lo largo del tiempo y a medida que a su condición de hija se sumó la de ser también madre:

«Yo durante toda mi vida sí lo aplique. Me dolía la cabeza y le decía: ¿Mamá me curas de la ojeadura? Pero yo con mi hijo ya no hago lo mismo. Yo creía que sí me curaba, para mí sí. Pero con Luis es como que ya le perdí credibilidad a todo eso.

Por otra parte y para ilustrar con un ejemplo más general podemos señalar que una convicción que estuvo vigente en un determinado momento histórico puede dejar de serlo en otro; un ejemplo de ello sería la realización de sangrías con fines terapéuticos que fue una práctica habitual entre las terapias médicas oficiales hasta entrado el siglo XIX.

Las creencias nos permiten explicar nuestros cursos de acción sobre la base de un sistema de valores que hacemos propio. Dicho sistema posee una coherencia interna que puede ser considerada como contradictoria para aquellos que lo observan desde afuera (acudir tanto al médico como al curandero por ejemplo), pero aquel que cree no lo experimenta de este modo; creencias que pueden evaluarse como «opuestas» desde afuera conviven en la subjetividad de los actores sociales en armonía.

Reciben en ciertos casos calificaciones de verdaderas o falsas, en tanto se caracterizan por ser afirmaciones que connotan, por lo general, un alto grado de subjetividad. Valoraciones de este tipo son realizadas comúnmente por los representantes de la biomedicina o por aquellas personas que afirman abiertamente no creer en las terapias de la medicina popular. Conllevan para estos actores sociales el presupuesto de que las mismas no han sido «comprobadas científicamente», lo que implicaría una concepción occidental y positivista de «verdad». Sin embargo, como mencionamos a partir del ejemplo de la sangría como práctica terapéutica queda demostrado que también lo considerado como «científico» es susceptible de ser puesto en tela de juicio. El concepto de *verdad* ligado a lo empíricamente comprobable supone un modo de fundamentar una creencia, pero no el único.

Una última característica que podemos mencionar como de orden general con respecto a las creencias es que las mismas pueden estar limitadas o subordinadas a otras creencias. Esto

supone que una creencia será aceptada si no entra en contradicción con otras convicciones que pueden estar más arraigadas en la subjetividad de la persona. Por ejemplo, en el caso que se cita a continuación se observa que la creencia a la curandera está sujeta a que la cura solo sea de palabra, en tanto es considerada por la entrevistada como una cura inofensiva que no acarrearé otro tipo de consecuencias. Podemos especular en situaciones como estas que hay un funcionamiento efectivo de la hegemonía biomédica⁴ en la subjetividad de los pacientes quienes creen en la capacidad curativa del curandero pero dudan o temen al mismo tiempo que por ser agentes no autorizados legalmente para recetar remedios no posean los saberes adecuados o necesarios y esto pueda traducirse en consecuencias nocivas para el cuerpo. La entrevistada explicando la opinión de su marido en relación a estas cuestiones afirma: «Él (mi esposo) siempre me dice, si a vos te va a dejar tranquila andá (a la curandera), mientras no le den nada vía oral para que tome».

Vemos en este caso que la creencia al terapeuta se haya sujeta al grado de aceptabilidad del tratamiento por parte del paciente en función de sus ideas previas sobre cómo debe ser la cura. Se cree en la idoneidad curativa del terapeuta popular vinculada a su capacidad para curar de palabra, pero el paciente le pone un límite: aceptará que ciertos tratamientos los realice el curandero, pero otros procedimientos serán sólo permitidos al médico.

La noción de creencia varía según a quien se haga referencia: médico o curandero

A partir de las entrevistas observamos que las expresiones de «creer» y «creencia» no son usadas de igual modo cuando se hace referencia a un médico o a un curandero; su uso estaría sujeto a las distintas razones que esgrimen los agentes para fundamentar sus creencias.

En el caso del curandero se relacionan al menos con tres cuestiones diferentes que no necesariamente se excluyen mutuamente⁵:

- Creo porque tengo fe.
- Creo porque lo he experimentado.
- Creo porque lo necesito.

En cambio, en relación al médico observamos que el acento del creer está puesto en cuestiones relacionadas a la confianza que se deposita en un terapeuta específico. Entre los entrevistados nadie afirma no creer en la medicina como práctica curativa pero pueden no creer en el médico como persona o profesional. La fe se sitúa en estos casos en el sistema biomédico.

En estas distinciones se hallan presentes cuestiones de poder que pueden erigirse como hipótesis explicativas de los diferentes usos que se hacen del término en relación al terapeuta del cual se habla. Consideraremos a las mismas a medida que se avance en la descripción de los diferentes argumentos que se exponen en relación a la noción de creer.

Los diferentes modos de creer en el curandero

En el caso de los curanderos las cuestiones relacionadas a la creencia se vinculan al menos con tres tipos de actitudes que parece pueden tener adquirir diferentes graduaciones depen-

diendo de las convicciones que intervengan en la subjetividad de los actores al momento de argumentar los motivos o cuestiones que hacen a su creencia en particular.

Una primera actitud es la de quien cree en el curandero porque tiene fe en este. Aquí la creencia puede ser considerada como una cuestión comparable a la fe religiosa en tanto no resulta necesario para la persona explicitar los motivos que la sustentan. La fe implica en este caso un valor positivo que no se presta a mayores explicaciones por parte del informante: la misma se tiene o no se tiene. Pero si aclaran que para curarse resulta necesaria la fe, dado que si no se cree en ese terapeuta la cura no tendrá ningún efecto, quienes hacen mayor hincapié en esto son especialmente los curanderos. Por ejemplo Juan, un curandero de San Miguel de Tucumán, sostiene refiriéndose a una dolencia en particular que: «Esto es fe, porque si no tenes fe no vengas porque no vas a sanar. Yo no soy nadie para desarmar del talón un espolón, es fe».

Es probable que tanto los pacientes como los curanderos que consideran imprescindible la fe para que la cura tenga efecto se hayan socializado en un medio en donde esto sea una convicción corriente y la hayan naturalizado sin pensar en cuestionarla en ningún aspecto. En muchos casos la visita al curandero forma parte de su cotidianeidad: ante ciertos malestares como la ojeadura o el empacho es habitual consultarlo. Cabe aclarar que subyacen a la naturalización de esta práctica determinadas concepciones y clasificaciones de lo que es considerado enfermedad, en tanto la persona otorga al malestar sentido la cualidad de dolencia para ser solucionada por un curandero. Estas concepciones son compartidas socialmente tanto por los curanderos como por sus pacientes, de igual modo comparten la certeza de que para curarse deben tener fe.

Subyacen a esta noción de tener fe algunos presupuestos culturales presentes en la práctica terapéutica de los curanderos. En general tener fe en un curandero implica creer en que este terapeuta posee el don de curar, y que este don le ha sido otorgado por Dios quien intervendría de modo directo en el proceso de cura por intermedio de esta persona.

La fe resulta la condición fundamental para la cura, tanto que determina la consulta al terapeuta. Si la persona que acude al curandero no cree que Dios sana por intermedio de este, es probable tanto para el paciente como para el terapeuta que la cura no se produzca. La fe constituye un modo de involucrar al paciente en el éxito del tratamiento. La cura tiene lugar porque intervienen Dios, el doliente y el curandero en un sistema de creencias compartido socialmente.

En síntesis, podemos advertir en este primer caso, que el uso que se da a la noción de creencia parece equipararse con la fe que se tiene o no se tiene en un terapeuta popular en particular.

Un segundo grado de creencia (ordenada de modo descendente), la situamos en aquellos que creen porque la experiencia les ha demostrado la efectividad de estos métodos. Aquí no hay una vinculación necesaria con la fe; ya que la persona que acude al terapeuta popular considera que este puede solucionar sus malestares, porque tuvo una experiencia anterior en donde vio confirmado esto, o porque curó a gente conocida del

paciente:

«Creo en la paletilla porque lo he visto en mí y en otros primos. Creo también en el susto, en la ojeadura, porque a mi hermanito lo curaron. Sí creo en esas curaciones, en general (...) No creo que tenga que ver con la fe, creo que esa gente tiene poderes. Porque a mí me intentaron curar muchas veces de las testes o me intentaron curar, y todas esas veces creía y confiaba ciegamente en que sí, esa era mi época de católica creyente, iba todos los domingos a misa. Y los curanderos sí lo vinculaban con creencia religiosas, como la virgen te va a curar, yo sí creía y no me curaba. Creo que con el que me curó yo ya iba como entregada, tipo este es uno más y ese sí me curó. Para mí evidentemente ese hombre tenía algún poder, o contacto con no sé que, por en verdad no sé qué será pero tenía algo que los otros no.

Me acuerdo de uno que me curó con piedritas, estábamos de campamento y me llevó como a un arroyito que había ahí cerca, puso una piedrita por cada teste en un pañuelo y eran un millón de piedritas. Las puso en el pañuelo y no me acuerdo dónde tenía que tirarlas. Yo creía que ese iba a ser, me acuerdo que me impactó cómo me hablaba y nunca se fueron. Por eso creo que no tiene que ver conmigo, con el paciente, esa vez me acuerdo clarito que yo creía que esa vez se iban a ir.

(...) *Sí me parece como extraño no poder explicar ciertas cosas, es como muy loco que un tipo te cure de palabra, increíble digamos, pero lo he visto, entonces lo creo. No me desvelo más en cómo lo ha hecho, pero que es raro es raro* (Cecilia).

Podemos pensar que en este caso subyace a la noción de *creencia*, una relación con la idea de que «es verdad porque lo he comprobado empíricamente». En estos casos se pondría de manifiesto un argumento similar al que sustenta las terapias biomédicas: «creo y uso estas terapias porque he comprobado a través de la experiencia que funcionan».

Posicionamos en un último grado en la escala de creencias al curandero, a aquellas personas que afirman creer en el mismo en momentos de desesperación. El uso de la noción de creencia se halla ligado a la necesidad, y es justamente por ello que la ubicamos en un tercer grado, dado que la fuerza de la creencia parece perder intensidad, en tanto el doliente cree impulsado por las contingencias de la situación; ante la preocupación prueba las soluciones que se encuentran a su alcance, siendo el curandero una más de ellas. Podemos pensar que en una situación de malestar habitual, la consulta al curandero no resulta una primera opción dentro de su espectro de posibilidades terapéuticas.

Me preguntaba cuándo empiezo a creer. Y pienso que son momentos como de desesperación de inseguridad, cuando las otras cosas no te han dado respuesta. Así también llego a la curandera, como que primero he probado con lo más seguro, y así decepcionada de eso llego a lo otro. Pero nunca es como que de entrada he buscado eso, como que creemos en eso. (Laura)

La visita al curandero en casos como este está motivada por la necesidad. Aquí la noción de *creencia* es utilizada como posibilidad. Subyace a esta idea un presupuesto de práctica instrumental: el curandero puede servir cuando lo otro no lo ha he-

cho.

Un grado cero del uso de la noción de creencia lo situamos en aquellas personas que manifiestan explícitamente no creer en estas terapias y que las juzgan peyorativamente haciendo un uso negativo del término: «*Para mí la gente que va a los curanderos es en general gente que no tiene mucha educación, yo soy muy escéptica y no creo para nada en esas cosas*» (Sandra). En esta cita subyace un uso de *creencia* vinculado a la «ignorancia». Se desautoriza la creencia del otro al señalarla como un lugar vacío del saber que dicha entrevistada juzgaría como válido.

El creer en el médico

Con respecto al médico, el uso de la noción de *creer* se vincula por lo general en relación a la confianza o no que se deposita en el terapeuta. La idoneidad del médico puede ser puesta en duda por los entrevistados, ya sea por malas experiencias previas o por falta empatía con él mismo. Es en este tipo de casos cuando la persona puede hacer referencia a su *creencia* en él mismo, y es usual que en su testimonio estas cuestiones aparezcan unidas a una anécdota que le serviría para justificar sus afirmaciones de falta de confianza como el caso que se cita a continuación:

P: ¿Al médico también hay que tenerle fe?

R: *En algunos casos sí, en otros no. Por ejemplo con el bebé (mi nietito) cuando estaba en neo la enfermera no le encontraba la vena, y eso tenes que saber si estás ahí. ¡Ese día al bebé lo pincharon 30 veces porque no le encontraban la vena! El pretexto que ponía el médico es que no le encontraban la vena porque era gordo, que lo tenían que canalizar.*

Yo a mi hija siempre le digo, vos tenes que fijarte bien, no te quedes con una sola cosa. Para mí era un negocio, para mí le hacían tantas cosas para cobrar. Porque al final ellos terminan estudiando con tu hijo. Por eso hay cosas que les creo a los médicos y cosas que no. Hay médicos que saben y otros que no. No digo que no saben, pero no estarán bien especializados. No se para qué se matan estudiando si al final te va a terminar curando por otra cosa, como cuando a mí me diagnosticaron un embarazo ectópico y era apendicitis.

Yo a veces tengo miedo de ir al médico porque no sé si me van a curar por lo que me duele. Por ahí prefiero tomarme una pastilla y esperar que pase.

En esta cita el acento de la crítica está puesto en las aptitudes profesionales de los médicos: se equivoca en el diagnóstico o saca rédito económico del paciente. Ambos hechos ponen de manifiesto una abierta desconfianza por parte del paciente hacia el terapeuta. Sin embargo, la entrevistada aclara que no desestima a todos los médicos: «*Hay médicos que saben y otros que no*». Observamos que hay un uso de aclaraciones que atenuan la crítica. Consideramos factible explicar la autorregulación que realizan los entrevistados en relación a sus expresiones con respecto a la biomedicina en términos de hegemonía: no se descrea del sistema biomédico porque el mismo se haya impuesto en las subjetividades como el método para curar la enfermedad que cuenta con el reconocimiento Estatal, social y científico.

Actualmente en los contextos signados por los procesos de

modernización «occidental», la medicina oficial ocupa una posición hegemónica con respecto a la medicina popular, en el sentido de que está avalada por las instituciones de mayor capacidad de influencia sobre las subjetividades. La biomedicina es la práctica médica hegemónica, la misma se sustenta entre otras cosas en el aval legal que le otorga el Estado como única práctica terapéutica habilitada, en los títulos académicos que autorizan a quien lo posea a ejercerla, y en la amplia difusión social de la misma como saber reconocido. Incluso es juzgada como un derecho ciudadano que debe ser garantizado. Estos, entre otros factores, provocan una aceptación generalizada de la biomedicina en tanto práctica terapéutica. Habitualmente la gente no cuestiona a la misma como disciplina. Las críticas aparecen en el plano de lo particular (la confianza en ciertos médicos), o de lo estructural (falta de tecnología adecuada para la atención).

Vemos, en síntesis, que subyacen a estas cuestiones ciertas dinámicas de poder en donde las personas pueden no creer en un médico puntual y no por ello descreer de la biomedicina.

CONCLUSIONES

En este artículo reflexionamos sobre las conceptualizaciones y usos que subyacen a las nociones de *creery creencia*. Las inquietudes que dan origen a este trabajo se originaron, tanto en el uso que se hace de estos términos dentro de la antropología médica, como en el modo en que los entrevistados se sirven de los mismos para expresar diferentes actitudes en relación a su hacer terapéutico. Consideramos relevante analizar esta problemática por la recurrencia con que estos términos aparecen en el trabajo de campo.

Pudimos observar que el uso que se hace de estas nociones presenta diferencias dependiendo si el término acompaña la práctica terapéutica de los curanderos o de los médicos. En relación a los curanderos se observa que las motivaciones que llevan a utilizar la noción de creencia estarían vinculadas con ciertos juicios y actitudes que los agentes presentan sobre el terapeuta popular: la fe, la experiencia y la necesidad. Por el contrario, se observa que en relación al médico el uso de esta noción se vincularía con la confianza que se deposita en un médico en particular, no en la medicina en general.

A modo de conclusión provisoria, es posible proponer las siguientes hipótesis explicativas de los diferentes usos en relación a las nociones de *creery creencia*:

1) En el caso puntual de los curanderos intervienen ciertas convicciones culturales que fueron adquiridas a lo largo de la socialización, y están impresas en la subjetividad de los actores sociales. Estas convicciones funcionan a modo de creencias que influyen en sus cursos de acción terapéuticos.

2) Con respecto a los diferentes usos del término *creencia* que se observa en el caso de médicos y curanderos consideramos que los mismos pueden ser interpretados sobre la base de las distintas relaciones de poder -de hegemonía y subalternidad- que fundamentan la dinámica de las prácticas terapéuticas.

Postulamos ambas hipótesis a modo de conjeturas que quedan abiertas para continuar su análisis a medida que el trabajo de campo avance.

BIBLIOGRAFÍA:

GIRALDO, Alvaro. "Sistemas mágico – religioso y popular – empírico en Colombia". *América Indígena*, vol. XLIX, núm. 4, octubre - diciembre 1989.

GOOD, Byron: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra, 1994.

KALIMAN, Ricardo J. y col. *Sociología y cultura. Propuestas conceptuales para el estudio del discurso y la reproducción cultural*. Instituto de Historia y pensamiento argentinos (IHPA). Universidad Nacional de Tucumán, 2001.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Conaculta. Alianza Ed. Mexicana, 1990.

PÉREZ DE NUCCI, Armando. *Medicina Tradicional del NOA*. Buenos Aires, Ediciones Del Sol, 2002.

ROCHA, Teresa. *Las categorías laplantianas en la medicina mítica de las culturas autóctonas del nordeste argentino*. Entre Ríos, 2004.

WILLIAMS, Raymond. *Marxismo y literatura*. Barcelona, Península, 1980 [1977].

NOTAS

1. Una versión de este trabajo fue presentada en el Encuentro de Jóvenes Investigadores. Organizado por El Colegio de Santiago en octubre de 2009.

2. Véanse como ejemplos: Pérez de Nucci. *Medicina Tradicional del NOA*. 2002; Rocha, Teresa. *Las categorías laplantianas en la medicina mítica de las culturas autóctonas del nordeste argentino*. 2004 o Giraldo, Alvaro. "Sistemas mágico – religioso y popular – empírico en Colombia". 1989, p. 727 – 743.

3. Se entiende por *saber práctico* al conjunto de factores psíquicos que subyacen a cualquier acción humana y que explican el curso y la naturaleza de esa acción. El saber práctico es aprensible mediante las acciones que suscita, independientemente de lo que el agente piense o diga con respecto a ellas (Kaliman 2001).

4. En todos los casos se utilizan seudónimos con el objetivo de resguardar la identidad de las personas entrevistadas

5. Cabe aclarar que se utiliza el concepto *Hegemonía* de Raymond Williams, quien hace una lectura y reformulación del concepto de Antonio Gramsci. Williams entiende a la hegemonía como un "vívido sistema de significados y valores –fundamentales y constitutivos- que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente. Por lo tanto, es un sentido de la realidad para la mayoría de las gentes de la sociedad, un sentido de lo absoluto debido a la realidad experimentada más allá de la cual la movilización de la mayoría de los miembros de la sociedad se torna sumamente difícil. En el sentido más firme, es una cultura, pero una cultura que debe ser considerada asimismo como la vívida dominación y subordinación de clases particulares" (Williams, 1980: 131-132).

6. La biomedicina se erige actualmente en las sociedades occidentales como el modelo hegemónico de atención de los procesos de salud – enfermedad. Es una disciplina bastante reciente, ya que la misma se articula y sistematiza como un conjunto de prácticas regidas por normas e instituciones a partir del siglo XVIII, por influencia de los estados modernos y de la filosofía positivista. A grandes rasgos podemos decir que su hegemonía radica principalmente en dos elementos fundamentales: el reconocimiento institucional (de los estados, las academias, lo reconocido como "ciencia", entre otras) que le provee legalidad y asegura su reproducción, y la eficacia (amparada en fundamentos de objetividad científica) en diversos casos -no en todos- de sus recursos curativos que le otorga difusión y legitimidad dentro del conjunto de la sociedad. Consideramos relevante insistir en que puede haber otros usos de los términos y que los que aquí se presenta son los que aparecen actualmente en la investigación. Sin embargo, los mismos pueden ser reformulados a medida que el trabajo de campo avance.