

Resignificaciones del concepto de *campo* de Pierre Bourdieu

El curanderismo y el campo terapéutico

por **Denisse Oliszewski**¹

Resumen

El presente artículo analiza la práctica del curanderismo a la luz del concepto teórico de *campo* de Pierre Bourdieu. Con este fin, se sitúa a la práctica terapéutica del curanderismo urbano de la ciudad del Gran San Miguel de Tucumán, Argentina dentro de un campo de fuerzas desiguales al que se denomina campo terapéutico. Allí se observan las relaciones y tensiones que establece con la práctica terapéutica hegemónica de la biomedicina. Asimismo, el concepto de *estrategia* se erige en complemento del término *campo* porque nos permite comprender las expresiones de los curanderos, tanto las legitimadoras de su hacer terapéutico como las deslegitimadoras del hacer terapéutico de otros.

Palabras clave: *poder, campo terapéutico, estrategias, curanderismo, biomedicina.*

Abstract

This article discusses the practice of popular healing into the light of Pierre Bourdieu's theoretical concept of *field*. To this end, It's located the therapeutic practice of the urban popular healing of the city San Miguel de Tucuman, Argentina within a field of unequal forces that we called therapeutic field. There, we analyze the relations and tensions that keep with the hegemonic therapeutic practice of biomedicine. Also, the concept of *strategy* becomes a complement to the term of *field* because it allows us to understand the expressions of healers, both the legitimating of its therapeutic practice as delegitimizing the therapeutic practice of others.

Keywords: *power, therapeutic field, strategies, popular healing, biomedicine.*

RECIBIDO: 2/9/2016 | ACEPTADO: 19/6/2017

¹ Dra. en Ciencias Sociales. Becaria postdoctoral de Conicet. Instituto de Investigaciones del Lenguaje y la Cultura (INVELEC) - Universidad Nac. de Tucumán. denisseoli@gmail.com.

... toda práctica o creencia dominada está destinada a aparecer como profanadora en la medida en que, por su existencia misma y en ausencia de toda intención de profanación, constituye una contestación objetiva del monopolio de la gestión de lo sagrado, por lo tanto de la legitimidad de los detentadores de ese monopolio; y, de hecho, la supervivencia es siempre una resistencia, la expresión negativa dejarse desposeer de los instrumentos de producción religiosos.

Pierre Bourdieu, *La eficacia simbólica*.

El médico toma como algo cultural que la mamá puede consultar a otros antes que a él. Mucha gente consulta antes que al médico a gente que podríamos decir entre comillas que sabe mucho de medicina, en el sentido de lo peyorativo, es decir que tiene el arte y no la ciencia de la medicina. El arte significa poder convencer a un paciente que se va a poder curar, lo que no tienen es la ciencia de la medicina.

Médico entrevistado en un centro de atención primaria de la salud en un barrio de sectores populares del Gran San Miguel de Tucumán.

Introducción

Elegí estos dos epígrafes para empezar el trabajo porque considero que sintetizan algunos de los ejes centrales que aquí se desarrollan: analizo en este artículo las relaciones que se establecen entre las prácticas terapéuticas del curanderismo urbano y de la biomedicina. Específicamente, busco situar ambas prácticas dentro de un mismo espacio de poder al que denomino “campo terapéutico”.

El primer epígrafe, el de Bourdieu, hace alusión a prácticas y creencias dominadas que por su sola existencia ya suponen un desafío, una forma particular de subsistencia y oposición; el segundo pretende ser un modo de exponer cómo reaccionan los poseedores legitimados de los *bienes*², en este caso los médicos, ante aquellos que parecen representar una *amenaza*, los curanderos. En el fragmento citado Bourdieu nos habla del campo religioso, aquí lo traigo a colación a fin de pensar en la dinámica de otro campo y de otras prácticas: aquellas que atañen a los procesos de salud y enfermedad.

En sintonía con estas citas se busca estudiar en este ensayo si ambas prácticas terapéuticas poseen algún tipo de relación, de qué modo coexisten y si lo hacen o no por vías totalmente separadas. Para analizar estas cuestiones con-

² Se consignan en cursiva los términos extraídos de la teoría de Pierre Bourdieu.

sidero válido apelar al concepto teórico de campo de Pierre Bourdieu. Postulo a modo de hipótesis la noción de “campo terapéutico” como una herramienta interpretativa válida para explicar las disputas de poder que observamos entre ambas prácticas. Se observarán, además, las estrategias desarrolladas por los curanderos a fin de mantener su posición dentro de ese espacio de lucha.

Cabe señalar que este trabajo constituye un recorte de una investigación mayor donde se estudian las prácticas terapéuticas populares –puntualmente aquellas relacionadas al curanderismo– en el área urbana del Gran San Miguel de Tucumán en la actualidad (GSMT)³. Allí se analiza a la práctica del curanderismo urbano, sus características y las características de aquellos que curan y son curados, se observan las representaciones de salud y enfermedad que configuran a la práctica, sus mecanismos de reproducción y las relaciones que establece con otras prácticas y otros campos, tanto de la medicina como de la religión.

Creo relevante mencionar que en el contexto en el que se sitúa mi estudio, el del Gran San Miguel de Tucumán (ciudad intermedia, densamente poblada, situada en el noroeste de la Argentina) así como en diversos contextos urbanos latinoamericanos signados por los procesos de modernización “occidental”, la biomedicina se erige como la práctica médica oficialmente reconocida y adquiere un estatus hegemónico por sobre las demás prácticas terapéuticas. La biomedicina ejerce una relación de dominación por sobre el resto de los saberes terapéuticos. Sin embargo, esto no supone la supresión de otras concepciones y prácticas sobre las dolencias físicas, como la del curanderismo.⁴

En relación con esto, emerge un claro acercamiento al concepto de hegemonía gramsciano, que cobra una fuerte relevancia en esta investigación. El concepto de hegemonía (en la interpretación más difundida de la propuesta de Gramsci, por ejemplo en las reflexiones y reformulaciones del concepto por parte de Raymond Williams, 1980) implica un proceso por el cual una clase (la dominante) logra que sus intereses sean reconocidos como propios por las clases subalternas. De este modo el orden social instaurado por las clases dominantes es percibido como un orden natural por las clases subalternas. Raymond Williams (1980) entiende a la hegemonía como un sentido de la realidad, una cultura, pero una cultura que debe ser considerada asimismo como la vívida dominación y subordinación de clases particulares. Aquí la

3 El presente artículo reproduce gran parte del capítulo V de mi Tesis Doctoral que fue defendida en agosto de 2015. El mismo se enmarca en un apartado mayor que busca explicar la reproducción del curanderismo en el GSMT en la actualidad. En dicho marco mayor también reflexiono sobre los modos de reproducción del curanderismo en aquellas situaciones donde la hegemonía de biomedicina se halla momentáneamente “suspendida”. Estas discusiones serán publicadas en la Revista ANDES n° 27 (ISSN 0327-1676).

4 Para ampliar sobre la posición de poder que ocupa la biomedicina en relación a otras prácticas terapéuticas en occidente sugiero consultar: Martínez Hernández, 2008; Hahn & Kleinman, 1983; Menéndez, 1996 y 1994; Haro Encinas, 2000.

biomedicina adquiere el estatuto de práctica terapéutica hegemónica por ser el modelo que se erigió a partir del siglo XIX como el sistema médico oficial en las sociedades de raigambre occidental, dejando como subalternas otras prácticas de raigambre tradicional y/o popular. El curanderismo resulta así una práctica que se reproduce en condiciones desfavorables en tanto carga con el estigma de un discurso que desde principios del siglo XIX señaló como ilegítima a toda práctica médica que no fuera reconocida dentro de los límites de las instituciones “científicas”.⁵

En términos amplios, y a modo de apretada síntesis introductoria, puedo señalar que me interesa utilizar esta noción de *campo* porque la considero esclarecedora para explicar las *luchas* que se producen en las subjetividades de los miembros de la sociedad –principalmente los curanderos– a fin de permanecer, perpetuar o modificar la posición que ocupan dentro de un espacio social determinado, en este caso el campo terapéutico en el GSMT. Asimismo, la noción de *campo* supone una herramienta conceptual que permite efectuar un recorte sincrónico a fin de observar las diferentes posiciones que ocupan los actores sociales en esa estructura desde una perspectiva relacional.

En suma, nos valdremos de este concepto, para comprender –en parte– la dinámica de la reproducción del curanderismo urbano del GSMT en términos estructurales, explicar algunos de los motivos de su estigmatización e interpretar los argumentos y accionares vinculados al conjunto de actores sociales involucrados en el campo.

Cabe aclarar que el concepto de *campo* se retoma con cierta flexibilidad. En este sentido, se dará cuenta de aquellos aspectos que siguen la propuesta de Bourdieu, así como las reformulaciones que han parecido pertinentes a la luz del objeto de estudio⁶.

5 Es recién a partir de la década de 1980 que se empiezan a reconocer en el marco de los tratados internacionales de los derechos indígenas a las medicinas tradicionales (ONU, 2007: art. 24; OIT, 1989: Convenio 169, art. 25). Sin embargo, dichos tratados son poco conocidos en la actualidad y los sanadores populares se siguen sintiendo cohibidos, lo que los conduce, en parte, a disimular sus prácticas y saberes por temor a ser juzgados negativamente. Además, el reconocimiento de estos derechos ocurre, por lo general, en casos puntuales y acotados vinculados más a comunidades indígenas de carácter rural. Las prácticas medicinales de índole popular que se desarrollan en ámbitos urbanos y que pueden tener algún tipo de vinculación –aunque no necesariamente manifiesto– con las terapias indígenas quedan al margen del amparo de estos tratados.

6 Principalmente, hago un uso reformulado de la noción de campo al no focalizar la atención en las pugnas que suceden en el centro del mismo –como lo hace Bourdieu– sino que se analiza una práctica que se halla en la periferia del campo y que no posee perspectivas de triunfo.

Metodología

Con el objetivo de conocer el campo terapéutico en el Gran San Miguel de Tucumán y, especialmente las prácticas médicas populares, apliqué una metodología cualitativa basada en la realización de un trabajo de campo de tipo etnográfico en el área de estudio seleccionada durante el período 2008 - 2014.

Las técnicas empleadas consistieron principalmente en extensas entrevistas semi-dirigidas y en profundidad realizadas a personas que curan y personas que acuden a estos a sanarse, junto con la observación participante de prácticas terapéuticas. Otra fuente de información, de carácter informal, pero de fundamental importancia, fue la conversación espontánea y ocasional que surgió con múltiples personas de diversos ámbitos al respecto de la práctica.

Para constituir el grupo de entrevistados se utilizó la técnica de la “bola de nieve”. Esto implicó que a partir del conocimiento de algunos informantes se logró acceder a otros. En muchos casos, se pudo conocer a ciertos terapeutas populares porque se había entrevistado con antelación a alguna de las personas que se curaban con este curandero. En otros, la gente que sabía del tema de esta investigación aportaba posibles informantes. La estrategia que orientó la selección fue la de muestreo teórico, en donde según lo explican Taylor y Bogdan (1987) el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo fundamental es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social.

El muestreo teórico resultó particularmente relevante en la elección de los curanderos, en tanto, se entrevistaron diversos tipos de terapeutas populares con el fin de conocer en profundidad las características propias de la práctica del curanderismo y poder así también separar dicha práctica de otras terapias de carácter popular, como por ejemplo, la del huesero⁷. Ante la heterogeneidad de las prácticas médicas populares se utilizaron dos criterios que operativamente permitieron delimitar a los curanderos y su hacer terapéutico; por un lado, las personas que han acudido a tratarse con los mismos y los señalan explícitamente ya sea como “curanderos” o “personas que curan”; por otro, el hecho de que curen al menos una de las dolencias más difundidas socialmente como propias del hacer del curandero, por ejemplo, susto, paletilla, empacho y ojeadura, entre otras. Este criterio se aplicó también al momento de buscar informantes que hubieran concurrido alguna vez al curandero o lo hicieran con frecuencia.

En todos los casos que se mencionan a lo largo del trabajo se utilizan seudónimos con el objetivo de resguardar la identidad de las personas entrevistadas.

7 Palabra con la que comúnmente se denomina en el área de estudio al terapeuta popular que cura específicamente malestares vinculados a dolores musculares, contracturas y luxaciones.

La medicina popular y el curanderismo en la ciudad

Resulta complejo hablar de medicina alternativa, tradicional o popular en tanto son nociones de límites difusos, que involucran en su seno prácticas terapéuticas diversas y que, en la práctica son utilizadas en muchos casos como términos equivalentes. Considero analítica y teóricamente relevante intentar esbozar sus posibles diferencias y esgrimir las razones que me llevan a optar por el término medicina popular para delimitar el objeto de estudio de esta investigación.

Desde hace algunas décadas se advierte el esfuerzo por parte de ciertos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de reconocer aquellas prácticas médicas que no forman parte de la medicina oficial de los estados modernos occidentales (biomedicina, medicina alopática) y que, sin embargo, constituyen para muchos un camino terapéutico. Este fenómeno se observa en nuestra región principalmente en el caso de las medicinas indígenas resultando, en muchos casos, clasificadas las prácticas médicas de los curanderos como *medicina tradicional*. El problema que conlleva esta denominación se vincula con los presupuestos del término “tradicional”, en tanto se tiende a ligar lo tradicional con lo rural, lo indígena y lo ancestral. Relación que cobra sentido en el caso de la medicina de los pueblos originarios y que describe muy bien algunos de sus rasgos. Sin embargo, si ese mismo término es usado para hablar de las prácticas médicas de los curanderos en la ciudad surgen problemas en torno a si es o no apropiado/ adecuado darles dicha denominación.

A lo largo del trabajo de campo surgió en el testimonio de algunos de los curanderos entrevistados su linaje indígena, otros no afirmaban tener ascendencia de estas características, pero sí narraban cómo había sido su proceso de migración del campo a la ciudad y, en otros casos, los terapeutas no poseían ningún tipo de vínculo ni con lo indígena, ni con lo rural, ya que habían aprendido a curar movidos por su propio interés (una de las terapeutas, por ejemplo, había adquirido sus saberes en Buenos Aires). No podemos, por lo tanto, esgrimir generalizaciones sobre la prevalencia de algunas de estas posibles variables (origen indígena y/o rural) en su carácter de curanderos.

No obstante, la práctica del curanderismo urbano -aunque no esté necesariamente vinculada a los pueblos originarios o a factores rurales- sí puede ser considerada tradicional en tanto es un hacer terapéutico de larga data, transmitido oralmente, de generación en generación y con un fuerte arraigo en el conjunto de la sociedad. Ocurre que en esta investigación preferimos eludir esa denominación porque creemos que puede generar confusiones por las connotaciones ya mencionadas que posee.

Por su parte, *medicina alternativa* es un término muy utilizado en la antropología médica en tanto engloba múltiples prácticas terapéuticas –entre ellas la del curanderismo–. Como señala Jesús Armando Haro Encinas las medicinas alternativas comparten un estatuto profesional ambiguo y en esta clasificación confluyen prácticas de diversa filiación cultural tales como: las medicinas indígenas (practicada por chamanes, curanderos, comadronas, hueseros, etc.); las corrientes terapéuticas ancestrales (medicina ayurvédica, medicina china, islámica, etc.) y, las medicinas más “modernas” o de la “nueva era” (aromoterapia, homeopatía, quiropraxia, sofrología, etc.) (2000, pag. 109). En esta definición el autor incluye diversas terapias, aunque cabe advertir que, sin embargo, no menciona la medicina de los curanderos en la ciudad. Por su parte, la antropóloga brasileña Madel Luz afirma que el término *medicina alternativa* solo puede usarse a modo de “etiqueta institucional”; la autora considera que dicha nominación se encuentra revestida de un carácter polisémico que sirve para designar cualquier forma de cura que no sea propiamente biomédica (Madel Luz, 1997, p.15). El antropólogo Eduardo Menéndez caracteriza a estas prácticas como un saber popular en constante modificación, en el cual se sintetizan concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico (Menéndez, 1994, p.71). En el sistema de clasificación de las prácticas terapéuticas propuesto por Menéndez estas prácticas, que son consideradas “alternativas” respecto del modelo médico hegemónico, forman parte del Modelo Alternativo Subordinado. La categoría de Menéndez nos resulta sumamente interesante porque nos permite situar en un contexto de relaciones de poder desigual a todas aquellas prácticas terapéuticas que no lograron el reconocimiento oficial pero que, continúan aún vigentes. No obstante, al ser una denominación tan abarcadora perdemos, en parte, la especificidad de nuestro objeto de estudio.

En síntesis, observamos que aquellas prácticas médicas que no forman parte de la medicina oficial resultan complejas de definir y clasificar. Conceptos tales como los de medicina alternativa y medicina popular representan categorías teóricas formuladas para explicar prácticas curativas diferentes a las prácticas médicas científicas. En esta investigación optamos por adscribir al curanderismo al conjunto de prácticas terapéuticas pertenecientes a lo que operativamente denominaremos *medicina popular*.

Advertimos que la medicina popular se caracteriza por ser un conjunto de saberes que no cuenta con una sistematización, como en el caso de la biomedicina, sus modos de adquisición del conocimiento no están reglados bajo las pautas de una institución académica y la clasificación de las terapias y enfermedades no es única. Tullio Seppilli, investigador italiano, entiende a las prácticas de la medicina popular como “*un sedimento de formas culturales, conductuales y organizativas para la defensa de la salud*” (1983, p. 3). Coincidimos con la misma en tanto observamos en el GSMT que los saberes de

medicina popular resultan conocimientos arraigados en la tradición cultural local formando parte de un saber ampliamente difundido. Podemos añadir a la definición de Seppilli que estas prácticas se encuentran funcionando de un modo activo y dinámico en el conjunto de la sociedad que constituye nuestro objeto de estudio.

Cabe puntualizar que en esta investigación, se entiende al curanderismo como una práctica terapéutica que entraría junto a otras prácticas terapéuticas –como por ejemplo la del huesero– bajo el rotulo operativo de medicina popular. Sin embargo, consideramos que esta presenta algunos rasgos propios que permiten delimitarla como objeto de estudio.

En esta investigación entendemos al curanderismo como una práctica orientada a revertir dolencias de carácter anímico, físico y espiritual (padecimientos que pueden presentarse de modo conjunto o no) a través de ciertos procedimientos terapéuticos. A su vez, es una práctica terapéutica no –hegemónica, carente de un marco institucional formal, de carácter popular que se encuentra altamente difundida en el conjunto de la sociedad, siendo esta quien le otorga el reconocimiento que facilita su reproducción. Es ejercida por personas que han adquirido sus saberes a partir de otros curanderos o personas que curan, de un modo no formal. Curan diversas dolencias de carácter popular (susto, empacho, ojeadura, insolaación, etc.), pero no todos curan necesariamente las mismas enfermedades. El terapeuta popular puede no autodenominarse, ni reconocerse como curandero, pero no niega que lleva a cabo acciones con fines terapéuticos, ni que posee los saberes para revertir ciertos padecimientos. Quien provee la pauta de reconocimiento del curandero como tal es, en general, la persona que acude al mismo para restablecer su salud.

Los terapeutas pueden distinguirse desde nuestra perspectiva, por su grado de dedicación en la tarea de curar: central o esporádico. Anatile Idoyaga Molina, clasifica como *legos* a aquellas personas que curan pero sin cobrar siendo sus principales características el poseer fórmulas para curar diversas enfermedades, operar por medio de la reciprocidad y ser gratuita. (Idoyaga Molina, 2007, p. 118 a 120). Estimamos relevante esta clasificación porque advertimos que también en el caso del GSMT aquellas personas que curan de modo esporádico, efectivamente, por lo general no reciben dinero pero, dicho criterio no nos resulta suficiente para excluir a quien no cobra de la categoría de curandero ya que advertimos que ambos realizan acciones con fines terapéuticos y, cobren o no, igual prefieren eludir cualquier tipo de rotulación. Además, mi análisis se concentra en la práctica del curanderismo en su conjunto; ello implica advertir que, aunque efectivamente puede haber quienes curan dolencias de los curanderos y curanderos propiamente dichos, no nos resulta operativo distinguirlos porque una de las características propias del curanderismo en el GSMT es justamente que no importa tanto el “estatus” del curandero sino,

que sea una persona que sepa curar aquello que el aquejado necesita y que a su vez sea alguien que le despierte confianza.

Sin embargo, sí acordamos con la autora en la siguiente definición que realiza del curanderismo:

El curanderismo se trata de una oferta común en áreas rurales y urbanas. En grandes líneas, sus nociones y practicas sintetizan antiguos saberes biomédicos –muchos de ellos de origen humoral- saberes y prácticas de tradición popular –aportados por los migrantes- y una terapia ritual en su mayoría de raigambre católica. En algunas regiones esta síntesis incorpora además algún elemento indígena. (Idoyaga Molina, 2002).

Advertimos que, efectivamente en nuestra área de estudio, los saberes de los curanderos resultan el producto de una compleja síntesis proveniente de fuentes diversas cuyo origen no es siempre identificable. A pesar de esto, se advierten rasgos recurrentes como por ejemplo, elementos provenientes del discurso cristiano, la noción de *don* y la cura de ciertas dolencias, entre otros.

Los curanderos destacan que su práctica tiene como finalidad principal la del bienestar de las personas, que Dios o alguna divinidad de carácter sobrenatural, ligada al cristianismo, le otorgó un poder (*don*) para curar. El mismo es interpretado por el terapeuta como una bendición divina, la cual debe agradecer y por ese motivo debe retribuir la generosidad divina ayudando a otros, haciendo un bien. Este poder, por lo general, implica algo que el curandero posee, que se recibe o revela en un momento especial y, que se puede perder si se realiza un mal uso del mismo. El reconocimiento del terapeuta popular es de carácter social, en tanto se lo otorgan sus propios pacientes que creen en él por sus éxitos terapéuticos. La relación que el terapeuta establece con sus pacientes, aunque no deja de ser asimétrica, está por lo general basada en la fe y la confianza.

Proceso de consolidación de la biomedicina como práctica terapéutica dominante

Para comprender la posición que ocupa (desde hace aproximadamente dos siglos) el curanderismo dentro del campo terapéutico, resulta necesario reconstruir el proceso de consolidación de la biomedicina como práctica terapéutica dominante⁸. Dicha reconstrucción nos permitirá, por un lado, entender de qué modo las concepciones de salud y enfermedad ostentadas por la biomedicina

8 En este apartado realizo una reconstrucción de la historia de la biomedicina a partir de diversas fuentes bibliográficas. Principalmente me baso en textos de David Le Breton, Michel Foucault, Jesús Armando Haro Encinas y otros. Los mismos se encuentran mencionados en las citas y la bibliografía.

cina conquistaron las subjetividades (aunque no en su totalidad) tornándose el modo dominante de pensar y explicar los males, principalmente de carácter físico y, por otro, nos dará un panorama de la situación de cómo quedaron marginadas otras prácticas curativas, especialmente aquellas de raigambre popular.

Cabe subrayar que por su carácter hegemónico en occidente debemos remontarnos a la historia de la biomedicina en Europa, ya que allí tienen origen las representaciones dominantes que actualmente prevalecen sobre las subjetividades de aquellas sociedades signadas por los procesos de modernización occidental, como la nuestra.

Durante el Renacimiento europeo se produce el ascenso del individualismo y un cambio de perspectiva que va del plano religioso al profano, del teocentrismo al antropocentrismo. El hombre comienza a concebirse como un individuo separado del cosmos, cuyo límite con los otros individuos es su cuerpo y sus propios rasgos de identidad. Según Le Breton (2002), el surgimiento de la anatomía moderna, con las primeras disecciones oficiales durante el siglo XV, marcó no solo la ruptura del hombre con el cosmos, su individuación y su transformación en objeto de estudio, sino también, las primeras victorias del naciente saber biomédico así como el inicio de las estigmatizaciones de los saberes populares. El autor postula que estas primeras investigaciones anatómicas estaban en manos de una minoría erudita. Pese a esto, la mayor parte de la población continuó manteniendo sus saberes tradicionales sobre el hombre y el cuerpo.

A partir del siglo XVII, y como consecuencia de la conformación de los estados modernos, el tema de la salud entró en las agendas políticas de los nuevos estados europeos con el objetivo de formar parte del contrato social, se constituyó como uno de los derechos adicionados al concepto de ciudadanía elaborado en el contexto de las revoluciones burguesas. El ascenso de una nueva clase dominante, de carácter burgués y liberal, necesitó de otra clase de criterios para mantener el orden social, los mismos ya no fueron extraídos del plano religioso, sino, que fueron encontrados en el campo científico, la medicina, fue uno de ellos. Como señala Foucault: “A partir de finales del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupaban por la salud de su población (1977, 368)”.

Durante el siglo XVIII, en el contexto de la Ilustración, se profundizó la crítica de los sectores intelectuales hacia lo que consideraban “supersticiones” del vulgo. Según Haro Encinas, creencias de carácter doméstico y religioso fueron consideradas por la medicina como supervivencia de un pasado que era preciso abolir. En una primera etapa de su profesionalización la medicina incorporó saberes populares; pero luego designó las prácticas populares como no – saberes y las catalogó como supersticiones que resultaban amenazantes

tanto para el saber médico como para el saber de la Iglesia (Haro Encinas, 2000, p.125); muchos de estos estigmas continúan vigentes y recalcan al carácter subalterno de las terapias populares.

La hegemonía biomédica se consolida durante el siglo XIX gracias a las respuestas efectivas de la teoría bacteriológica, la misma permitió comprender las causas, los modos de prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas; logra dar las primeras soluciones al fantasma de las pestes que habían arrasado con gran parte de la población europea. La medicina de “laboratorio” trajo consigo soluciones concretas a los problemas sanitarios y sociales que aquejaban a las grandes urbes europeas. Los estados liberales en sus intentos por alcanzar una población saludable cedieron espacios de poder e influencia a los saberes biomédicos a través de medidas generalizadas de higiene pública y de educación de la población para la regulación de su conducta.

En todo este tiempo se asistió a un doble proceso: de la hegemonización de la medicina profesional y el de la descalificación de todos los demás saberes médicos, considerados como supercherías y charlatanerías. La hegemonía de la biomedicina conocida también como «medicalización», se pondría de manifiesto en la progresiva intervención de los profesionales médicos en varias áreas de la vida social que anteriormente no estaban categorizadas como patológicas ni eran objeto de intervención. La influencia de la medicina rebasó en ámbito de los hospitales, creó los centros de atención primaria y se impuso después en ámbito doméstico, en los puestos de trabajo, en el deporte y en la escuela, en el ejército. (Haro Encinas, 2000, 128).

Observamos así, que la medicina científica como la entendemos hoy es la resultante de un proceso de articulación de la filosofía positivista con las necesidades de los nuevos estados modernos de lograr una población saludable. Trae aparejada una concepción individualista y a la vez dual del ser humano (la conocida división cartesiana mente y cuerpo). En suma, la biomedicina supone un conjunto de prácticas terapéuticas que se consolidó a partir del siglo XIX, en las sociedades occidentales, como el método dominante para combatir la enfermedad.

La biomedicina en la Argentina del siglo XX

Según Acuña y Chudnovsky (2002), en la actualidad el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. El sistema público está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud y funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal). El sistema de Obras Sociales en

nuestro país, se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno militar, a través de la Ley 18.610 que obligó a los trabajadores a adherirse a las mismas según la rama de actividad. El sector privado se organiza bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga.

Con respecto a las legislaciones vigentes podemos señalar que actualmente la práctica de la medicina se encuentra reglamentada en la Ley Nacional N° 17.132 del año 1967. En el artículo 13 se especifica lo siguiente:

El ejercicio de la medicina sólo se autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente”. La ley estipula en su artículo 2 que por ejercicio de la medicina se interpreta la ejecución de actividades tales como: “anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas.

Esta legislación excluye de modo manifiesto a todas aquellas personas que efectúen prácticas médicas sin un título habilitante y/o una matrícula expedida por la autoridad sanitaria vigente. Entre los antecedentes de la Ley 17.132 podemos mencionar la Ley 3561 de 1914 y la ley de la provincia de Buenos Aires N° 4534 también denominada Ley del Arte de Curar del año 1936.

No obstante el carácter restrictivo y excluyente de la legislación vigente en lo referente al ejercicio de la medicina, existen en la actualidad, como ya mencionamos, otras normativas vinculadas a las opciones terapéuticas de los pueblos indígenas que reconocen las prácticas terapéuticas de la medicina ancestral.

De campo a campo terapéutico

Bourdieu define los campos sociales como: “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu, 1988, p.108). Al hablar de campo terapéutico, es necesario ser cautos. En efecto, y como acabamos de observar, hay una constitución histórica de este campo que puede ser reconstruida e identificada. Pero, esta no debe realizarse en torno a la práctica del curanderismo, sino alrededor de la constitución de la biomedicina como práctica dominante, proceso que puede ser historizable y, que en su conformación como tal, dejó al margen a terapias tales como la que es aquí objeto de estudio. La conformación del campo se encuentra estrechamente ligada a la constitución de la biomedicina como terapia hegemónica; de este modo, las prácticas terapéuticas diferentes a esta comienzan a ser estigmatizadas a partir de su consolidación.

Bourdieu utiliza la metáfora del *juego* como medio para exponer los distintos aspectos que integran el campo; los actores que juegan, aquello por lo que se juega, las reglas del juego y las estrategias para ganarlo. En palabras del autor esto supondría que: “Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los *habitus* que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etc. (Bourdieu, 1990, p.136)”.

Los actores sociales involucrados en el juego, dentro del campo terapéutico, serían todos aquellos agentes que llevan a cabo prácticas vinculadas al restablecimiento de la salud. Los médicos alópatas son los actores sociales que ocupan la posición dominante dentro de este campo. En otras posiciones, con mayor o menor poder podemos encontrar a los homeópatas, los curanderos, los hueseros, aquellos que curan con reiki, los acupunturistas, y demás. Sería reduccionista pensar que todos estos actores terapéuticos se encuentran situados en posiciones semejantes sólo por ocupar espacios terapéuticos dominados dentro del campo. Existen múltiples diferencias entre estos actores y sería necesario analizarlas a todas para poder realizar una investigación que dé cuenta de la dinámica de campo terapéutico del Gran San Miguel de Tucumán en su totalidad. Sin embargo, por el momento, nos circunscribimos al análisis de la práctica del curanderismo y las relaciones de poder que establece con la práctica terapéutica dominante.

La dinámica de reproducción de un campo ocurre en torno a un *capital* que puede interpretarse como un conjunto de bienes –no necesariamente materiales– que se acumulan, se reproducen, se alcanzan, se consumen y, alrededor de los cuales se constituye un *mercado* que da sentido a ese campo –en nuestro caso específico lo relacionado con cuestiones de salud y enfermedad–. Si el bien en disputa resultapreciado, como por ejemplo el saber para curar, será probable que integre un campo de fuerzas compuesto por agentes que luchan por apropiarse de dicho bien. Por otra parte, al constituirse en un bien codiciado habrá quienes lo produzcan o lo posean y puedan distribuirlo o proporcionarlo y quienes deseen consumirlo. En el caso específico del campo terapéutico, serán los múltiples y variados terapeutas que lo integran quienes posean los conocimientos necesarios para proveer el bien de la salud y, los pacientes, los agentes que busquen consumirlo.

Las luchas por la definición y apropiación del capital tienen lugar entre los terapeutas, los cuales son los interesados en legitimar, conservar o acrecentar sus posiciones dentro del campo. Los pacientes en el caso del campo terapéutico intervienen como elemento legitimador de los saberes terapéuticos. Ellos resultarían consumidores dotados de un *habitus* terapéutico vinculado a esa práctica que les permite experimentar la necesidad específica de sus terapias entendidas en este contexto como productos a ser consumidos.

Como ya mencionamos, Bourdieu entiende a los campos como espacios de juego históricamente constituidos y para que el mismo exista deben conjugarse y compartirse ciertos factores y/o representaciones que lo constituyan como un campo reconocible y diferenciable de otros campos. A esto el autor señala como los intereses comunes: “toda la gente comprometida con un campo tiene una cantidad de intereses fundamentales comunes, es decir todo aquello que está vinculado con la existencia misma del campo; de allí que surja una complicidad objetiva que subyace en todos los antagonismos” (Bourdieu, 1990, p.137).

¿Cabe preguntarnos cuáles serían los intereses comunes de médicos y curanderos? Podemos postular –a modo de hipótesis– que, el interés común de médicos y curanderos radica en la concepción de enfermedad. Ambos creen que la enfermedad existe, pero no la conciben de igual manera, y *luchan* –en un sentido metafórico– para *imponer* sus propias formas de entenderla como podemos verlo ilustrado en la cita a continuación en donde se ponen en duda el sentido de los métodos terapéuticos de la biomedicina ante enfermedades tales como el cáncer:

Te cuento una anécdota: estaba mi madre por cumplir 80 años, era muy glotona, sandía, naranja, helado, sábado a la tarde. A la noche veo que hace la pis marrón. Le digo a mi hermano que la vamos a tener que llevar al médico porque me parece que tenía una hepatitis. La llevamos a su médico de cabecera y me dice que no había hepatitis, que la siga cuidando como hasta ahora y le vamos a hacer análisis. El martes o miércoles el Doctor, un gastroenterólogo de la mutualidad, me dice que mi madre tenía un cáncer de páncreas. Yo entiendo que si hay un cáncer de páncreas no hay para qué operar, ellos la querían operar. Nunca la deje, cambiamos de médico, la llevé a un gastroenterólogo oncólogo, el Doctor M. Era una amargura... no entendía por qué Dios me hacía esto, entendía que ella tenía que partir de algún día pero no así. Y era mentira no más, mi madre murió a los 93 años. Nunca tuvo cáncer, tampoco quise perder el tiempo en hacer juicio, ni demandar a nadie, porque mi tiempo era para cuidarla a ella. Yo le decía a mi hermano que si era un cáncer de páncreas no se debe operar, se debe dejar a la paciente que vaya cuando Dios la llama, porque eso es abrir y ese es el error más grande. Porque no te curan, no te dan una vida digna, es doloroso, inhumano y al final te vas picaneada entero, para qué. Por qué hacen eso ellos. Será para sacar plata, no sé. No sé para qué estudian tanto. (Curandera Inés, 65, jubilada).

A diferencia de otros campos analizados por Bourdieu, como por ejemplo el literario, no hay una necesidad por parte de los actores involucrados en la lucha de demostrar y convencer a la sociedad del valor que posee el objeto en disputa (es decir, la importancia de la literatura en el caso del campo literario). Por el contrario, la enfermedad y la necesidad de revertirla son una constante antropológica. Las personas desean curarse, no dudan de la importancia de esto. Por ende, la lucha en el campo tiene que ver con la definición de lo que legítimamente puede ser concebido como enfermedad y de quién puede curarla pero no se duda de su existencia y de la relevancia de contrarrestarla.

A modo de breve paréntesis, podemos agregar que en el curanderismo subyace una concepción de salud-enfermedad-curación que conjuga aspectos religiosos, morales y físicos. A diferencia de la biomedicina, y de prácticas y saberes de raigambre occidental, el curanderismo no dicotomiza ni reproduce las oposiciones cartesianas de materia/espíritu o cuerpo/mente. Su concepción terapéutica es holística, en tanto contempla múltiples aspectos del actor social aquejado por algún tipo de malestar y de su entorno (afectivo, material, físico, espiritual, etc.). Así, da respuesta a inquietudes sociales que no tienen cabida en otra parte o al menos una denominación claramente estipulada, por ejemplo, las dolencias vinculadas a la posibilidad de hacer mal tanto voluntaria como involuntariamente y que son conocidas como ojeadura y daño. En esta práctica terapéutica los sentimientos como la envidia y la añoranza son experimentados y clasificados como causantes de dolencias que deben ser tratadas. La medicina popular interpreta que las personas pueden ocasionar un padecimiento físico o espiritual con el deseo o el pensamiento y materializa así en un padecimiento reconocible y determinable la experiencia social de que aquellos que integran nuestro propio entorno pueden enfermarnos.

Retomando el análisis en términos de campo advertimos que un concepto que constituye una parte fundamental de cualquier campo es el de *capital* en tanto la dinámica del mismo depende del capital en juego: “Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios (Bourdieu, 1990, p.135)”.

Desde estos supuestos compartidos, podemos postular que el capital en juego dentro de lo que hemos llamado el campo terapéutico del GSMT resulta el producto tanto de la definición misma de lo que puede ser o no concebido o catalogado como enfermedad (empacho, susto, desnutrición, depresión, gripe, etc.) como de quién resulta el poseedor del saber para curarla como podremos advertirlo en las palabras de Juan:

Curo de las muelitas, los hongos, el espuelón, las testes, las canchas (que son unas redondelas grandes que le salen en la piel, más de noche y que le dan comezón y se quiere morir rascando) y ese el médico no sabe qué es la cancha. Lo sé porque a mi muchacho le han salido y fue al médico que le dio una pomadita y decía que no sanaba, y que de noche se desesperaba y yo le dije que lo iba a curar. (Curandero Juan, 83 años, jubilado).

Observamos que el médico alópata y la práctica biomédica como sistema de salud son los que poseen el capital que cuenta con el reconocimiento del Estado y de las leyes como los saberes y prácticas validados legalmente. En términos de Bourdieu, podemos advertir que la clasificación de enfermedades de la biomedicina así como la atribución de saberes que posee el médico como agente habilitado para diagnosticar la enfermedad y curarla cuenta con

el respaldo de la nominación oficial: “es decir el acto por el cual se le otorga a alguien un título, una calificación socialmente reconocida, es una de las manifestaciones más típicas del monopolio de la violencia simbólica legítima que pertenece al Estado o a sus mandatarios (Bourdieu, 1988, p.138)”.

Se señala así una relación de poder desigual en términos de capital, en tanto sólo los saberes terapéuticos biomédicos, son percibidos como legítimos desde la perspectiva de reconocimiento oficial. El capital de los curanderos, en cambio, carece de ese tipo de reconocimiento simbólico.

Si consideramos que el curandero integra en algún grado (aunque sea de modo marginal) el campo terapéutico del GSMT debemos preguntarnos qué clase de capital ostenta y cuáles son los mecanismos que le permiten conservarlo a pesar de su situación de subordinación. Como ya mencionamos, la práctica del curanderismo cuenta con un capital reconocido socialmente, el que le otorgan las personas al acudir al terapeuta popular en busca de solución para sus dolencias; de este modo, proveen de legitimidad al mismo como lo expresa Cecilia en su relato cuando manifiesta su opinión sobre los curanderos:

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. (...) Yo sí creo en ese tipo de cosas, para mí las testes fue como mágico, en la paletilla también, en la ojeadura, en esas cosas creo totalmente. Creo que hay cosas que la medicina no puede explicar y no lo racionalizo mucho más. Hay cosas que cura el médico y cosas que cura el curandero. (...) 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. (Cecilia, 32 años, profesora de nivel medio).

En la dinámica del campo los especialistas buscan proteger aquello que se estima como un capital legítimo dentro de este. Cuando los agentes involucrados en la lucha afirman que “tal o cual cosa no es propia del campo” lo que hacen es, por un lado, definir sus límites excluyendo así, a aquellos que poseen un capital “ilegítimo” en los términos de cómo lo definen los que ocupan la posición dominante y, por otro lado, se aseguran la pervivencia de su propia posición y el reconocimiento de que lo que ellos poseen como capital es lo valioso como tal. Sin embargo, cabe agregar, que en la acción de excluir hay un doble movimiento de rechazo y de reconocimiento. En el primero, se deja entrever que aquello que se niega, representa algún tipo de *amenaza* para el dominante y por ello merece la pena ser desechado. El reconocimiento estaría detrás del acto de rechazar, ya que, al rechazarlo lo están reconociendo como rival. A modo de ilustración podemos citar el fragmento de una entrevista realizada a una médica dermatóloga:

De los curanderos creo que son personas que a pesar de no tener un sustento científico de lo que hacen, son una opción para las personas creyentes (creo que esa es la palabra). No sería mi caso, porque no creo en nada de lo que hacen,

pero pienso que por ahí es o deberían ser el punto de contacto con la gente que no utiliza la medicina científica. De todas formas me parece que deberían saber de sus limitaciones para poder derivar en caso que sean graves o que vean que no pueden resolverlo. (Médica dermatóloga, 32 años).

En síntesis, al constituirse un campo se trazan los límites de lo válido y lo no válido. Los que tienen éxito en la lucha logran imponer la definición de la práctica legítima, imponen a su vez, su propia perspectiva como si fuera el modo natural de ver y hacer las cosas y, además, señalan lo que debe quedar afuera por considerarse que no constituye algo de valía dentro de ese campo.

Estrategias de validación de los curanderos

Considero que la noción de *estrategia*, de Bourdieu, resulta adecuada para complementar el análisis de la práctica del curanderismo en términos de campo. Ya que nos permite oscilar del momento objetivista – vinculado más con la descripción de las posiciones estructurales que ocupan los agentes dentro del campo– a un momento subjetivista del análisis en tanto podemos apelar al testimonio de los actores involucrados como forma de manifestar el posible funcionamiento de las estrategias a las que recurren –de modo no necesariamente consciente– los dominados para permanecer dentro del espacio de lucha.

Como ya señalamos, los curanderos ocupan una posición menos favorecida dentro del campo terapéutico debido a que no cuentan con títulos que acrediten su conocimiento, ni con un respaldo científico que atestigüe su eficacia, entre otros elementos que resultan substanciales, en tanto sitúan a su poseedor en una posición dominante. Por el contrario, la carencia de legalidad, de título, etc., resultan para el curandero elementos visibles y efectivos del poder que ostenta la biomedicina como podemos verlo ilustrado en el fragmento a continuación:

Yo lo primero que hago es lo que me ha dicho mi abuela, preguntarle si lo lleva al médico. Primero es el médico, ojo, después nosotros. (Susana, 50, cura y está desocupada).

Los curanderos, aunque marginados, integran el campo terapéutico, el espacio de juego. Es por ello que, como jugadores, ponen en práctica estrategias a fin de preservar su posición y conservar su capital simbólico. Las estrategias que ponen en práctica los agentes deben ser entendidas como un modo de defensa de sus intereses ligados a la posición que ocupan en el campo de juego específico (Gutiérrez, 1994, p.50). La puesta en práctica de las mismas

no supone necesariamente que el agente sea consciente de su empleo, ya que pueden ser producto de un sentido práctico, de un sentido del juego. Bourdieu, pone como ejemplo las estrategias matrimoniales de las sociedades de Bearne y de Kabilia y afirma que: “las estrategias matrimoniales son el producto no de la obediencia a la regla sino del sentido del juego que conduce a “elegir” el mejor partido posible dado el juego de que se dispone (1988, p.71)”. En el caso de los curanderos, estos buscarían las opciones de reconocimiento que les resulten más adecuadas para validar sus saberes desde una posición dominada.

Anatilde Idoyaga Molina, denomina como “estrategias adaptativas” a las acciones que llevan a cabo los terapeutas para resguardarse de la hegemonía biomédica. La autora reconoce dos tipos de estrategias, por un lado, aquellas vinculadas al ocultamiento de la condición de curandero y, por otro, las divisiones de los males según el terapeuta. En relación a la primera, en nuestra área de estudio efectivamente pudimos comprobar que los curanderos prefieren evitar dicho apelativo y eligen autodenominarse como “alguien que cura”. Estimamos que este fenómeno se vincularía no tanto con la hegemonía de la biomedicina que desdeña los saberes y prácticas del curandero sino con el deseo de no ser tomados por “brujos” que es a quién comúnmente se reconoce como aquella persona que puede hacer tanto el bien como el mal y que para tener esa capacidad pactó con el demonio.

Con respecto a la segunda, el uso diferenciado de terapias de acuerdo al padecimiento, sí advertimos que los curanderos señalan en ciertos casos que curan cosas diferentes a los biomédicos y que son además dolencias que estos no saben cómo curar; sin embargo, este tipo de afirmaciones no aparece de modo tan recurrente en el discurso de los terapeutas entrevistados en el Gran San Miguel de Tucumán⁹ y es por ello que no profundizamos su análisis en términos de estrategias. No obstante, cabe destacar que las enfermedades que señalamos como propias y características del hacer terapéutico de los curanderos (susto, empacho, ojeadura, etc.) y que nos sirvieron, además, como elemento orientador metodológicamente al momento de delimitar a los terapeutas populares constituyen un rasgo identitario de la práctica. Repetimos que este rasgo quizás no es exactamente utilizado como una estrategia por parte de los curanderos pero sí creemos importante subrayarlo, en tanto, es un resultado de la dinámica del campo que les permite afirmarse identitariamente. Además nos sirve para argumentar en favor de su legitimidad porque la gente acude a ellos en busca de soluciones a ciertos males que no tienen cabida en otra parte.

Consideramos factible analizar desde la noción de estrategia algunas cuestiones que aparecen de modo recurrente en el testimonio de los curanderos. Por un lado, están aquellas que podrían ser catalogadas como estrategias de desestimación y, por otro, las estrategias de auto-validación.

9 Cabe señalar que sí estaban presentes en el testimonio de los curanderos tilcareños (Jujuy, Argentina) que formaron parte del trabajo de campo de una investigación anterior.

Las estrategias de desestimación serían aquellas en donde los terapeutas populares menosprecian la práctica terapéutica de los otros –ya sea médicos u otros curanderos- como forma de auto-validación de su propia práctica. Debemos hacer una sutil distinción entre las situaciones donde desestiman a los médicos, de las que desdeñan a otros curanderos. En el primer caso, buscan subrayar que sus saberes –aunque valiosos según se cuidan de advertir- no siempre son los efectivos y correctos como pudimos verlo en el fragmento citado de Inés, en la página 14 en donde ella cuestiona el sentido de los métodos biomédicos para tratar el cáncer de páncreas. En cambio, en relación a los demás curanderos, la desestimación se vincula con alejarse del prejuicio hegemónico que señala a los terapeutas populares como mentirosos o charlatanes, se precaven de ser tratados ellos mismos de embusteros. Se observa que aceptan que puede haber gente que se aproveche del rótulo del curandero pero ese no sería su caso como se advierte en las citas a continuación:

Siempre cuando se nos enferma alguien, primero el médico y después no dejamos nada por hacer. A veces, es también ser humano, y se equivoca. (Inés, 65, cura y está jubilada).

Una vez fui a un chico que curaba, y no. (...) no me gustó porque vi cómo se maneja y cómo le sacan plata a la gente. (Carla, 28, cura y es estudiante universitaria).

Para que yo le tenga fe tengo que saber muy muy mucho que sabe porque yo sé que son embusteritos. (Juan, 83, cura y está jubilado).

Por otro lado, observamos estrategias que podríamos considerar como de auto-validación o reafirmación, y son aquellas en donde el curandero legitima sus saberes desde características que señala como inherentes a su práctica y se apoya en cuestiones socialmente aceptadas o ampliamente difundidas, como por ejemplo, la construcción que hacen de sí mismos como personas dotadas de un don o un poder otorgado por dios para curar y hacer el bien.

En el primer caso, podemos decir que funcionaría en la subjetividad de los curanderos un “principio de oposición” en donde al disminuir o juzgar negativamente las prácticas o saberes del otro se admite la presuposición de que el hacer o saber diferente sería el recomendable, serían ellos los que estarían situados en esa otra posición. En el segundo caso, en cambio, los curanderos tienden a validarse haciendo hincapié en aspectos característicos de su lugar de saber, principalmente aquellos vinculados a aspectos religiosos y en su deseo de ayudar al hacer un bien. En las dos primeras citas a continuación se observa su legitimación en Dios, en las dos siguientes su preocupación por hacer un bien:

Todo es por la protección, la fuerza y el poder de Dios y el Espíritu Santo que se hacen estas curaciones. (...) lo hago con fe y pidiéndole a Dios que cure a ese

bebe. Yo hago lo que tengo que hacer y Dios hace lo suyo. (Lucía, 34, cura y es profesora de religión).

En sí yo no curo nada, es Dios el que me da esa cosa para que yo maneje la situación. Yo hago lo que me han enseñado a hacer en el nombre de Dios, pero yo curar no curo. Y curo, es decir, la gente dice: esa señora me ha curado... es porque me han tenido fe; la fe es lo que cura a la criatura o a la persona grande. (Susana, 50, cura y está desocupada).

Para mí es algo que existe, que es una realidad, que la gente se siente bien. Yo me siento bien de poder hacer el bien. (Anita, 68, señora que cura y directora de escuela rural).

La “magia blanca” –que se podría decir que es lo que hago– tiene que ver con el curanderismo, con buscar el bien de la persona. (Carlos, 38 años, cura y es actor).

En suma, vemos en sus discursos expresiones de deslegitimación (ligadas a “otros que también curan”) y argumentaciones legitimadoras vinculadas a sus propias capacidades (el don de curar) y motivaciones (hacer el bien). El terapeuta popular legitima su capital simbólico al apoyarse en fundamentos propios de la racionalidad religiosa y de la moral judeo – cristiana. Los aspectos espirituales y religiosos son inherentes al quehacer del curanderismo, forman parte de una esfera que, por lo general, es dejada de lado por la biomedicina y que, por el contrario, resulta fundamental en la concepción de salud dentro del curanderismo. Factor que cobra relevancia en nuestro contexto de estudio en tanto la religión –y especialmente la religión católica– constituye un marco de sentido culturalmente compartido como pudieron demostrarlo Fortunato Malimacci y su equipo en su investigación sobre las creencias religiosas en Argentina (2013). Allí señalan que 9 de cada 10 de las personas que han entrevistado creen en Dios, además, la región donde se observa mayor grado de creencia es el NOA con un 98.4%, definiéndose de este último porcentaje un 91.7% como católico. Estos datos nos permiten afirmar que, en términos generales, la sociedad que constituye nuestro objeto de estudio es no solo altamente creyente, sino también, predominantemente católica. Advertimos así, que los curanderos cimientan y legitiman su práctica en elementos que tienen un fuerte arraigo en la comunidad bajo estudio como lo es la religión.

Conclusiones

Tomando como punto de partida el presupuesto teórico de que las prácticas sociales se reproducen en estructuras de poder se buscó cotejar este supuesto

con la realidad estudiada del curanderismo en el GSMT y se trató de analizarla a la luz del concepto de campo terapéutico.

Dicho concepto hace alusión directa a la noción de campo de Bourdieu en tanto creemos posible situar al curanderismo dentro de un campo de fuerzas desiguales donde los actores involucrados luchan por conservar su posición dentro del campo. Sin embargo, la noción de Bourdieu fue aquí resignificada, se la utilizó para explicar luchas y estrategias de actores que ocupan posiciones marginales dentro del campo y, que tampoco, aspiran a alcanzar su centro. Los curanderos saben que su hacer terapéutico no posee la legitimidad que sí ostenta el saber médico oficial, el saber biomédico. No obstante, consideramos operativamente válido hablar de campo terapéutico, en tanto es una noción que nos ayuda -junto al uso del concepto de estrategia- a interpretar las acciones y las afirmaciones de los curanderos.

Advertimos que existe una *disputa* en torno a la concepción de enfermedad, en tanto ambas prácticas terapéuticas parten de supuestos diferentes sobre lo que nos puede enfermar y lo que nos puede curar. La delimitación de qué puede ser considerado enfermedad y de quién posee el saber para curar se constituyen en *capitales* en tensión dentro del campo terapéutico. Desde la biomedicina se legitima aquello que ha sido validado desde los parámetros positivistas de la ciencia occidental, en cambio, el curanderismo incorpora aspectos relacionados a las preocupaciones y creencias culturalmente arraigadas en la subjetividad de los actores sociales, que en muchos casos han quedado al margen de ciertas clasificaciones dominantes.

En suma, intentamos a lo largo de este artículo mostrar las diferentes posiciones de poder que ocupan la biomedicina y el curanderismo, con este fin, los analizamos a través de la óptica del concepto de campo terapéutico para desde allí pensar sus posibles modos de relación. Además, se expuso de qué modo el concepto de estrategia resulta un complemento del término campo para comprender las expresiones de los curanderos, tanto las legitimadoras de su hacer terapéutico como las deslegitimadoras del hacer terapéutico de otros.

Bibliografía

Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky (2002). *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, documento electrónico: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf, acceso 2 de septiembre de 2016.

Bourdieu, Pierre (1988). *Cosas Dichas*. Barcelona, Gedisa.

Bourdieu, Pierre (1990). "Algunas propiedades de los campos". En: *Sociología*

y *Cultura*. México, Grijalbo.

Bourdieu, Pierre (2010). *La eficacia simbólica. Religión y política*. 2° Edición. Traducido por: Alicia B. Gutierrez y Ana Teresa Martínez. Argentina, Editorial Biblos.

Convenio 169 de la OIT (1989). *Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Documento electrónico: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/convenio.shtml>, acceso 2 de septiembre de 2016.

Foucault, Michel (1970). *Historia De La Locura En La Época Clásica*. México, Fondo de la Cultura Económica.

Foucault, Michel (1977). *Estrategias de poder*. Barcelona, Paidós Básica.

Garrido, Hilda y Marta Guardia (1983). *Crónica de los 100 años del Hospital Padilla 1883 – 1983*. Tucumán, Imprenta de la Universidad Nacional de Tucumán.

Gutierrez, Alicia (1994). *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Haro Encinas, Jesús A (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en atención la la salud”. En: Perdiguero, Enrique y Josep Comelles (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra.

Idoyaga Molina, Anátilde (2007). *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires, Editorial CAEA – IUNA.

Kleinman, Arthur & R. Hahn. 1983. “Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions”. *Annual Reviews Anthropology*, 12: 305-33.

Kaliman, Ricardo y Diego Chein (Eds.) (2013). *Sociología de las identidades. Conceptos para el estudio de la reproducción y la transformación cultural*. Editorial Universitaria de Villa María: Villa María, Córdoba.

Laplantine, Francois (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.

Le Breton, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Ley Nacional N° 17132. (1967). Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Promulgada el 24 de enero de 1967. Boletín Oficial 31/01/1967. Poder Legislativo Nacional, República Argentina.

Luz, Madel. (1997). "Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos paradigmas em Saúde no fim do século XX". *Physis. Revista de saúde Coletiva*. 7(1), (13-44). www.scielo.org

Mallimaci, Fortunato (dir.) (2013). *Atlas de las creencias religiosas en la Argentina*. Buenos Aires, Biblos.

Martínez Hernández, Ángel. (2008.) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.

Menéndez, Eduardo. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?" *ALTERIDADES*, 4 (7): 71 - 83.

Menéndez, Eduardo.(1996). "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular". En: González Alcantud, José A. y S. Rodríguez Becerra (Eds.). 1996. *Creer y curar: la medicina popular*. Granada, Biblioteca de Etnología.

Oliszewski, Denisse. (2013). "Pluralidad de rasgos y diversidad de representaciones sobre la enfermedad en los usuarios del curanderismo del Gran San Miguel de Tucumán". *Revista Scripta ethnologica del Centro Argentino de Etnología Americana*, VOL XXXV 2013., Buenos Aires. ISSN 0325-6669; ISSN ON LINE 16690990.

Oliszewski, Denisse. (2012). "Según la curandera era un mal el que nos habían hecho"... Estigma, poder y subalternidad: la noción de daño dentro del curanderismo. En *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, Vol 6, N°2. ISSN 1887-3898. <http://www.intersticios.es/article/view/10495/7329>

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución aprobada por la Asamblea General. http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). Convenio sobre Pue-

blos Indigenas y Tribales en Países Independientes. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/470/norma.htm>

Sepilli, Tulio. (1983). “La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase Della ricerca e del dibattito”, *La Ricerca Folklorica*, 8, pp. 3-6.

Taylor, Steve.J. y Robert Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Ediciones Paidós.

Veronelli, Juan Carlos y Magalí Veronelli Correch (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*. 1° ed., Buenos Aires, OPS/OMS. Documento electrónico: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Tomo%202.pdf>, acceso 2 de septiembre de 2016.

Williams, Raymond. (1980) [1977]: *Marxismo y literatura*. Barcelona, Península.