

## APUNTES SOBRE EL TRABAJO COLABORATIVO ENTRE MEDICINAS NO-CONVENCIONALES Y BIOMEDICINA EN ÁMBITOS OFICIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD (BUENOS AIRES, ARGENTINA)

Mariana Bordes\*

**Title:** *Notes on collaboration between non-conventional medicines and biomedicine in official health care settings (Buenos Aires, Argentina)*

**Abstract:** The paper aims to analyze the constitutive aspects of collaborative work between non-conventional medicines (NMC) and biomedicine, in official health care settings. Using an interpretive approach, we focus on exploring a non-conventional practice experience –foot reflexology – in a Palliative Care service, located in an oncology institute that depends on a national public university. The paper shows how negotiations contribute to articulating tasks, managing tensions and covering “gaps” related to definitions and rules. The paper develops three aspects that made this type of work possible: the organizational, the jurisdictional and the discursive. The value of this research lies in the fact that collaborative work between MNC and biomedicine constitutes a particularly elusive dimension of the phenomenon, while non-biomedical therapies usually assume a “parallel” mode of supply in relation to official medicine.

**Key words:** collaborative health care; non-conventional medicine; biomedicine; hospitals; integrative medicine.

**Resumen:** El artículo apunta a analizar las coordenadas que hacen al trabajo colaborativo entre medicinas no-convencionales (MNC) y biomedicina, en ámbitos oficiales de atención de la salud. A partir de un abordaje metodológico de enfoque interpretativo, nos centramos en explorar una experiencia de práctica no-convencional –reflexología podal- en un servicio de Cuidados Paliativos, sito en un instituto hospitalario oncológico dependiente de una universidad pública nacional. Desde una perspectiva que pone en un lugar central las negociaciones que contribuyen a articular tareas, gestionar tensiones y cubrir “vacíos” relativos a definiciones y reglas, desarrollamos tres aspectos que hicieron posible este tipo de trabajo: el organizativo, el jurisdiccional y el discursivo. El valor de esta investigación radica en que el trabajo colaborativo entre MNC y biomedicina constituye una dimensión particularmente esquiva del fenómeno, en tanto las terapias no-biomédicas suelen asumir una modalidad de oferta “paralela” en relación con la medicina oficial.

**Palabras-clave:** trabajo sanitario colaborativo; medicinas no-convencionales; biomedicina; hospitales; medicina integrativa.

\*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales- Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Email: marubordes@gmail.com  
<https://orcid.org/0000000180469105>

## Introducción

El presente artículo se propone contribuir al estudio relativo a los procesos de inserción y práctica de medicinas no-convencionales (desde ahora MNC) -habitualmente designadas como alternativas y complementarias o como integrativas (OMS, 2002)- en ámbitos oficiales de atención de la salud, como hospitales, clínicas y centros de atención primaria. En particular, retoma la pregunta acerca de cómo el trabajo conjunto entre biomedicina y medicinas no-convencionales puede efectivamente ser llevado a cabo, interrogante que interesa tanto a las ciencias médicas como a la academia de las ciencias sociales.

En lo que refiere al campo de estudios de las ciencias sociales en particular, los avances realizados se han enfocado en tematizar los desafíos que esta coexistencia enfrenta, considerando: (1) aspectos *epistemológicos*: lo que involucra la discusión acerca de la incompatibilidad (o compatibilidad) entre los paradigmas médicos involucrados (Adams et al., 2009); (2) *profesionales*: aquí priman los estudios centrados en los esfuerzos de los terapeutas *outsiders* por dejar de serlo, a través de una serie de estrategias tendientes a lograr el estatuto de profesional, como las relativas a la formalización/estandarización de sus programas de enseñanza y la creación de asociaciones, así como los esfuerzos por obtener avales externos que favorezcan su reconocimiento (Welsh et al., 2004) y (3) *organizacionales*: en esta última área de estudio, los desarrollos exponen cómo el trabajo no-convencional en instituciones biomédicas se encuentra atravesado por asimetrías que se desprenden del ejer-

cicio del poder médico y las trabas impuestas a nivel estructural –como el credencialismo y la cultura de la ciencia- (Saks, 2015). Los trabajos paradigmáticos de Shuval et al. (2002) y Mizrahi et al. (2005) analizan, por ejemplo, cómo en el hospital incorpora MNC a la vez que las somete a lógicas de subordinación y marginalidad a través de diferentes mecanismos institucionalizados. Ahora bien, la vigencia de estos estudios se articula con otros desarrollos que reconocen variaciones posibles de este panorama general que no deja de encontrarse signado por el conflicto. Así, Goldner (2004) expone las diferentes posturas de la biomedicina ante este despliegue de MNC en ámbitos oficiales, lo que incluye la evitación, el mero consentimiento o bien, un auténtico compromiso por parte de los profesionales habilitantes. Otros autores como Boon et al. (2004), por su parte, desarrollan modelos para evaluar las formas de colaboración entre biomedicina y MNC, que van desde la coexistencia “paralela” hasta la efectivamente integrativa.

Teniendo en cuenta estos matices a la hora de analizar el fenómeno, este artículo se organiza en torno de la siguiente pregunta-problema: ¿cómo se lleva adelante el trabajo colaborativo entre MNC y biomedicina en hospitales, considerando las prácticas que conducen al logro de una convergencia entre las primeras y las demandas, exigencias y/o necesidades de la segunda? Entendemos que responder a esta pregunta requiere no sólo contemplar la dimensión propiamente terapéutica del fenómeno, sus sistemas de creencias relativas a la salud, la enfermedad, la prevención y la gestión del malestar. La discusión sobre la medicina integrativa, o a la integralidad en salud en

instituciones hospitalarias, con la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios que la garanticen -discusión en boga también en contextos latinoamericanos de la mano de los trabajos paradigmáticos de Menéndez (2003) y de la prolífica academia brasileña (Luvison et al., 2020)- exige contemplar sin dudas la dimensión que remite a las modalidades de articulación posible en el ámbito del trabajo concreto, esto es, el modo en que las tareas sanitarias pueden coordinarse *in situ* en pos de lograr metas comunes.

En términos conceptuales, este recorte nos lleva a abreviar en la perspectiva de la sociología de las profesiones y de la organización social del trabajo sanitario. Así, sostenemos que la convergencia de procesos simultáneamente excluyentes e inclusivos en el marco de la integración de MNC en hospitales, pone en un lugar de relevancia el problema de las *negociaciones* que son llevadas a cabo en los espacios sanitarios cotidianos. Es así como retomamos el planteo de que todos los órdenes laborales requieren de arreglos (*arrangements*) y articulaciones para sostenerse y reproducirse, considerando que los ajustes del trabajo en relación con el paciente y en relación con las diferentes ocupaciones/profesiones sanitarias conducen a múltiples dificultades de coordinación y acuerdo (Corbin y Strauss, 1993: 74). También asumimos que los procesos de negociación se vinculan con “vacíos” relativos a definiciones y reglas, en este caso respecto de áreas de atribución/competencia y lenguajes específicos a utilizar por parte de los “alternativos”; también las negociaciones contribuyen a gestionar tensiones que pudieran surgir en

torno a diferencias de estatus (Allen, 1997). Por último, reconocemos que los diferentes espacios organizacionales suprimen, dificultan o favorecen la posibilidad de que surjan procesos de negociación.

El presente artículo apunta a dar cuenta de los desafíos relativos al trabajo colaborativo entre MNC y medicina oficial, a partir de una experiencia particular: la de un consultorio de reflexología podal que funciona en un servicio de Cuidados Paliativos (CP), situado en un instituto oncológico dependiente de una universidad pública, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para llevar adelante el objetivo propuesto, se enfoca en el análisis de tres dimensiones que hacen a la posibilidad del trabajo en colaboración: (1) una relativa a la inserción cotidiana en la dinámica organizativa, donde los “ajustes” que los terapeutas alternativos despliegan se centran en el problema de la coordinación e intercambio con la medicina oficial en la faceta más rutinaria de la atención, (2) otra relativa al modo en que se definen de modo negociado las fronteras jurisdiccionales de la reflexología y (3) una última, que refiere a cómo se dirime la intervención específicamente orientista en el espacio del consultorio, en una búsqueda de “equilibrio” entre las demandas de científicidad/objetividad del discurso y el mantenimiento de una identidad profesional holística.

## Presentación del caso y metodología

Este artículo se desprende de un trabajo de investigación más amplio, de corte interpre-

tativo y cualitativo (Souza Minayo, 2009), focalizado en el estudio de las dinámicas de inserción, práctica y legitimación de medicinas no-convencionales en marcos institucionales biomédicos en Ciudad de Buenos Aires, financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina). La propuesta inicial se orientó a la realización de un trabajo de orientación etnográfica y multisituada, centrada en la selección de grupos terapéuticos “alternativos” que se desempeñaran en el ámbito sanitario público y que se situaran en el rango de mayor marginación en el sector-salud, en términos de su formación profesional -especialistas que no contaran con titulación médica universitaria o paramédica, que trabajaban como voluntarios- (2015-2018).

En 2019, nos centramos en explorar una experiencia de práctica no-convencional –reflexología podal (1) - en un servicio de CP, que postuló algunas modificaciones a este planteo inicial. Primero, la reflexóloga a cargo y los reflexólogos-estudiantes que la acompañaban trabajaban en tanto *concurrentes ad honorem*, designación que contrasta con la figura del *voluntariado hospitalario* –en virtud de la cual la práctica se realiza sin remuneración ni contrato, homologando los rasgos del trabajo terapéutico con otras tareas que no requieren formación. Este reconocimiento “relativo” por parte de la institución hospitalaria se articulaba, en segundo lugar, con otro rasgo: el que remite al *trabajo colaborativo* o *en equipo*, el cual se distanciaba del otro extremo del *continuum* de situaciones posibles en este campo de experiencias dinámico y heterogéneo: el *enclave* -esto es, cuando la práctica alternativa opera

casi de manera “paralela” respecto de otras actividades de cuidado, sin coordinar objetivos ni tareas con el personal sanitario (Bordes, 2020)-. Esta experiencia colaborativa adquiría rasgos particulares también porque los reflexólogos detentaban un título universitario, permitiendo identificarse no sólo como profesionales de la salud, sino como parte del hospital (licenciados en podología recibidos en la misma universidad pública que gestionaba el nosocomio en cuestión). Para el caso de los estudiantes, su trabajo formaba parte de un curso de perfeccionamiento en reflexología, que podían cursar en tanto técnicos en podología (todos habían obtenido o estaban cursando la licenciatura en esta carrera, instancia optativa luego de alcanzar el nivel de tecnicatura). La reflexóloga a cargo era la docente universitaria que impartía esta asignatura, contando con una extensa trayectoria en lo que hace a la formación en MNC, incluyendo la dirección de una escuela donde enseñaba reiki, reflexología y chikung. Otro aspecto clave que hacía a la relevancia del caso es que la inserción en la estructura del hospital la ubicaba como una actividad arancelada –como cualquier otra consulta/práctica del servicio de CP- y, en ese sentido, la atención era exclusiva para pacientes de la sala. Los reflexólogos atendían a los pacientes con una periodicidad de una vez a la semana por las mañanas. Otra jornada semanal le era destinada a la atención gratuita de los profesionales sanitarios y trabajadores que se desempeñaban en el servicio.

El consultorio en reflexología constituye una experiencia de 7 años de duración (2012-2020) que culminó al sobrevenir la pandemia Covid19. Al menos dos factores contribuyeron a este desenlace. Por un lado, la pérdida del es-

pacio del consultorio y sus materiales –recursos limitados en las instituciones hospitalarias-, que fueron reasignados a otras tareas prioritarias. Por otro lado, el desgaste relativo a la realización de una tarea sin retribución monetaria ni reconocimiento de la organización (en términos de la asignación de un cargo rentado).

Considerando que el consultorio se situaba en un servicio de CP sito en un instituto hospitalario oncológico, cabe realizar una breve referencia a los desarrollos académicos acerca de las particularidades que hacen del cáncer un caso especial a la hora de investigar MNC (y que permiten pensar a este espacio como un lugar habilitante del trabajo colaborativo). Se ha afirmado que los sectores a cargo del tratamiento del cáncer y su sintomatología son los que revisten un uso de MNC más prolífico (Ernst, 1998), como ocurre con el tratamiento de enfermedades crónicas-degenerativas y la gestión del dolor. En particular, en CP y *hospices* esta presencia se refuerza considerando que la filosofía de la atención en estos espacios se encuentra enfocada en el paciente como un todo -*patient centered care*- contemplando la relevancia de aspectos espirituales/emocionales en lugar del foco en la enfermedad en tanto *disease* (Broom y Tovey, 2008: 554). En el área de estudio se han corroborado estos postulados, mostrando cómo las MNC ocupan un lugar privilegiado en la división del trabajo de este tipo de servicios, siendo que éstas cumplen con una dimensión del cuidado, el no-farmacológico, que queda por fuera de las atribuciones biomédicas (Heredia, 2020). Por último, desde la sociología de las profesiones, podemos pensar que la conformación reciente de la Medicina Paliativa en tanto especialidad

médica -en Argentina, es reconocida en el año 2015- supone un campo de formación en ciernes, suponiendo la reorganización en torno suyo de una constelación de profesiones subsidiarias y/o complementarias, entre las cuales emergen propuestas innovadoras, como las de las MNC.

Este artículo parte de una observación participante, realizada principalmente en el consultorio de reflexología podal mencionado, asistiendo dos veces a la semana durante el segundo semestre de 2019 y principios de 2020. Se realizaron entrevistas en profundidad a los reflexólogos asistentes al servicio (n=4) así como a la médica acupunturista y al médico jefe del servicio. La cantidad acotada de estudiantes-reflexólogos respondió a la modalidad de reclutamiento involucrada, fundada en la premisa de seleccionar a los estudiantes más aptos, “*pocos pero buenos*” como señala la coordinadora reflexóloga. Cabe destacar que el trabajo de campo se encontró condicionado por la preeminencia de la voz y las acciones de la coordinadora reflexóloga del espacio, lo que se desprende del fuerte involucramiento en su creación y el liderazgo que asume cotidianamente. Desde una perspectiva ética, nos atuvimos al procedimiento del consentimiento informado (Lipson, 1994). La investigación contó con el aval del comité de ética del hospital universitario, aunque decidimos de todos modos conservar su anonimato.

### **Inserción cotidiana en la dinámica organizativa: coordinación e intercambio con la medicina oficial**

Ingresar al hospital y trabajar en él plantea una serie de desafíos para los terapeutas no-convencionales en múltiples sentidos. Esta institución sanitaria asume un lugar central en lo que hace a la producción/reproducción del conocimiento biomédico, al centralizar y concentrar lo referido a la investigación y la enseñanza oficial (van der Geest y Finkler, 2004). Considerando que la obtención de legitimidad profesional en el campo no-convencional no es unívoca, constituyéndose en un terreno de pugnas, el aval para desempeñarse laboralmente en instituciones hospitalarias es central: constituye una fuente de reconocimiento público que expone el valor terapéutico de la práctica de manera incontestable (Hollenberg, 2006). El nuevo estatus del que comienza a gozar el terapeuta a partir de la obtención del permiso para trabajar en un hospital, le permite trazar una línea divisoria, la cual separa a los “buenos” practicantes de los demás –incapaces de reunir los requisitos necesarios para esta tarea- (Chiu y Sze, 2021). En el caso estudiado, la terapeuta a cargo del espacio, a quien denominaremos C. de ahora en adelante, expresa este interés demarcatorio a partir de su capacidad y la de sus estudiantes para cumplir con las demandas del hospital, las cuales adquieren en una primera instancia la forma de la demanda burocrática del área administrativa. El hecho de contar con matrícula profesional, la cual posibilita obtener un seguro de mala praxis y un seguro de responsabilidad civil (salvaguardando al hospital ante cualquier daño que pueda infilir/sufrir el terapeuta), la capacidad de formalizar un currículo vitae con referencias relativas al sector-salud, así como atravesar con éxito la evaluación del Comité de Docencia e Investigación del

hospital, conducen a una revalorización del perfil profesional forjado, caracterizado por la combinación de la formación biomédica con la no-convencional.

*“[Hablando de la ART y el seguro de mala praxis que concurrentes/visitantes deben presentar] Y yo pregunto –‘y cómo hacen los voluntarios?’ –‘Bueno, ellos no tienen cobertura’ y C: me comenta cómo la figura del voluntario significa asumir que el hospital no te va a cubrir nada. ‘El problema es también qué se hace con los pacientes. Y qué se dice. Eso es lo que pasa con las Damas de Rosa. Nadie se puede meter a ver qué pasa. Una vez una me dijo con una sonrisa: yo les hago reflexología a los pacientes, tengo un certificado, ¿sabés qué tenía? Un curso de Avon. Y eso es lo que pasó con las dermocosmitras en el [Hospital] P., que las echaron a todas. Cuando se organiza una formación [se organizó una Tecnicatura en Cosmetología en la UBA] es difícil mantenerse en un espacio donde requieren matrícula”.*  
*(Registro de campo, 5/3/2020)*

Este primer desafío que plantea la medicina oficial en relación con los requisitos (cada vez más exigentes) que demanda para el ingreso a la organización hospitalaria, pasa luego a convertirse en un desafío de coordinación/ comunicación en el caso de aspirar a un trabajo colaborativo, teniendo en cuenta –como ya señalamos- la tendencia en espacios sanitarios de que las MNC terminen actuando de manera “paralela” respecto del *staff* médico, con un *feedback* mínimo o casi nulo. Cabe destacar que el trabajo terapéutico no-convencional aquí analizado no empieza a operar sobre una

*tabula rasa*: se inserta en un contexto interdisciplinario más amplio, que incluye diferentes profesiones y/ocupaciones que, a pesar de desempeñarse muchos de ellos en el aislamiento del consultorio -*solo practice* a la que refiere Freidson (1988:91)- tienen a disposición una serie de dispositivos para el intercambio y la toma de decisiones comunes, como los ateneos. En virtud de la titulación universitaria obtenida por los terapeutas-reflexólogos, les es habilitando a participar de éstos, así como también de la producción de uno de los documentos escritos centrales del hospital, por el valor legal que reviste: la historia clínica. El equipo de reflexología se jacta de poder asentar en este libro el estado del paciente y la orientación elegida para la secuencia manual, definida esta última en relación con los diagnósticos/tratamientos asentados por otros miembros médicos y no-médicos del equipo. Como otra estrategia que permite suplantar las situaciones presenciales entre colegas sin perder la comunicación entre ellos, el servicio también cuenta con una historia clínica interna (en un formato de fichas) y con un grupo creado en una aplicación telefónica (Whatsapp).

*“Fíjense dónde nos quieren incorporar, así sé qué va sucediendo”. Y me muestra un mensaje de Whatsapp en el que una rotante arma una lista con nombres de pacientes que están internados, su diagnóstico y su estado. ‘así podemos enterarnos si un paciente no va a poder venir’*” (Registro de campo, 6/12/2019)

*“Llego al consultorio. L. ya se encuentra atendiendo a un paciente. C. está organizando la agenda, con dos cuadernos, las fichas de pacientes internas (“pacientes en atención” en*

*hojas blancas), las historias clínicas oficiales (bloc de hojas rosadas para poder incorporar lo escrito a la carpeta), a veces tiene adjuntado una pequeña planilla de seguimiento de edemas realizado por el equipo de “réflex” [manera coloquial con la que los informantes se refieren a la terapia]. También en el escritorio se visualiza un taco de pequeñas hojas que son los bonos con que el paciente se dirige a la ventanilla de pagos”* (Registro de campo, 5/3/2020).

La importancia de este “estar en contacto” responde al diálogo necesario entre profesionales, pero también, a la necesidad de transmitir información acerca de los pacientes y anticipar la cancelación de sus turnos, en el caso de sufrir una recaída y ser internados repentinamente, o, incluso, de fallecer en el lapso entre dos consultas. El equipo de reflexología destina una parte importante del tiempo de consultorio a esta tarea cotidiana de organización, siendo que uno de los problemas principales del espacio no-convencional es el reducido tiempo disponible –y falta de “manos”– para la atención de una demanda sostenida, incluso creciente. La coordinadora-reflexóloga diseña una serie suplementaria de cuadernos tendientes a la coordinación de turnos: uno donde se registran los turnos con los pacientes que se fijaron en el consultorio, otro donde los profesionales de la salud marcan la necesidad de sobretornos para casos que lo requieran (quedan en la Secretaría, a disposición del personal en general); cuentan asimismo con una aplicación para enviar un recordatorio de la sesión a los pacientes. Estos recursos permiten la revisión/modificación de la agenda, previa a la jornada laboral, con un máximo de flexibilidad y comunicación entre

las partes.

Estos esfuerzos de coordinación, que constituyen la base sin la cual no podría concebirse la complementariedad terapéutica en contextos complejos –los que involucran una considerable inversión de tiempo, energía y también de dinero, considerando el lucro cesante que implica estar en el hospital sin recibir remuneración- adquieran sentido si se considera su contraparte, relativa a los encuentros cara-a-cara, sobre todo con los profesionales médicos. En efecto, la construcción de vínculos de cercanía con médicos y el intercambio que suponen en la cotidianeidad, es altamente valorado por los reflexólogos. En este sentido, la sala de CP constituye un espacio de oportunidades para la legitimación de la práctica, pero también para la formación profesional: esta coexistencia emerge como un entrenamiento intensivo en la especialidad paliativa, en el que la consulta constante y directa con profesionales médicos ocupa un lugar central.

La posibilidad de articular el trabajo no-convencional con el convencional supone, por su parte, un proceso de aprendizaje por parte del personal médico. Si consideramos el procedimiento de la derivación y la interconsulta como dispositivos de articulación con otras profesiones/ocupaciones –y colegas de esta- en el ámbito sanitario, notamos cómo surge en la sala la necesidad de constatar *in situ* cuándo es viable el tratamiento reflexológico –en tanto sus principios y potencialidades aparecen como relativamente desconocidos para el staff médico-.

*“Yo requiero todo el tiempo del auxilio, de la mirada de las demás especialidades, necesito imperiosamente una explicación del estado*

*clínico del médico; no puedo leer historias clínicas que son gigantes donde está toda la historia del paciente (...) yo sé que cruzo el pasillo y puedo recurrir al médico, eso es invaluable”* (Entrevista a C., 14/12/2019)

*“Todas las decisiones que se toman acá en el consultorio de “réflex” en realidad son en función de lo que el médico dice “sí, sigan porque con esto va bien”, entonces no cambiamos nada. Siempre en función de eso porque ellos mandan al paciente, nos dicen por qué lo mandan y para qué lo mandan”* (Entrevista a L., estudiante del curso de perfeccionamiento en reflexología, 2/2/2020)

*“Al principio de la jornada y casi a las 12 hs del mediodía, el Dr. I. [uno de los médicos de planta del servicio] se acerca para derivar a dos pacientes distintos. A la mañana temprano trae a una paciente al consultorio donde se encuentra G., le pide por favor si puede ser evaluada y –en caso de ser apta para el tratamiento- otorgarle un turno. En el segundo caso, el Dr. I. le pide a C. si se puede acercar a su consultorio (...) llegamos, C. y yo nos quedamos a solas con el paciente y su hijo. C. le pregunta hace cuánto tiempo tiene la pierna colorada, él responde que sólo un par de días se está aplicando dos cremas de venta libre (Goicoechea y Bengué). Ella lo examina, señala que tiene la pierna caliente e hinchada y que tienen que descartar infección antes de comenzar con la reflexo. El paciente intenta desestimar el color, diciendo que tal vez es el color de la crema que se aplicó. Vuelve el Dr. I. y C. señala que hay que descartar trombosis, él asiente, le dará una orden para un doppler. Cuando volvemos al consultorio, C. me comenta que hay riesgo de erisipela, que el paciente*

*debe acudir a Infectología. Es peligroso hacer reflexología porque se puede expandir la bacteria con las técnicas manuales” (Registro de campo, 15/11/2019).*

El trabajo colaborativo trae aparejado una serie de articulaciones negociadas relativas a la organización del trabajo sanitario en sus aspectos más rutinarios. Por un lado, la organización de las tareas burocráticas relativas al ordenamiento que exige la asignación de turnos que, en el caso del trabajo complementario, supone una fuerte coordinación entre distintas especialidades. Por otro lado, el juego de decisiones conjuntas que requiere el proceso de complementariedad propiamente dicha, donde especialistas no-convencionales y médicos se abocan a la interconsulta para despejar dudas y definir tratamientos conjuntos. En este punto observamos el poder de decisión que tiene a la autoridad médica como referente principal para definir qué casos requieren tratamiento reflexológico. Empero, la intervención del terapeuta no-convencional aparece siempre como condición necesaria, en virtud de la ausencia de certezas por parte del personal médico respecto del “qué puede hacer” esta terapia foránea y cuáles son sus contraindicaciones.

### **Definiendo fronteras jurisdiccionales: ¿qué puede hacer la reflexología (que no hagan otras terapias)?**

Las jurisdicciones profesionales/ocupacionales son centrales en la configuración del sector salud, en particular en lo que hace a la organización del cuidado y su planeamiento

(Ernst, 2020). Éstas suponen la definición de fronteras capaces de establecer líneas divisorias que demarquen el área específica de incumbencia de sus especialistas, dejando en claro cuáles son las prácticas, conocimientos y técnicas que las distinguen de otras profesiones/ocupaciones (Abbott, 1988; Norris, 2001). Esta delimitación de territorios jurisdiccionales no sólo es delineada en el plano formal, sino que es reactualizada constantemente *in situ* –se dirime en la arena del trabajo, como indica Abbott (1988)- ligada a las exigencias situacionales y/o extrasituacionales que puedan surgir, relativas sobre todo a la necesidad de cumplir con nuevos roles ajustados al contexto. Estas cuestiones, ampliamente abordadas desde la literatura académica en el caso de las relaciones entabladas entre enfermería y medicina, por ejemplo (Allen, 1997; Ernst, 2020), cobran un sentido específico en el marco de las MNC, considerando que la definición de su campo de atribuciones en contextos biomédicos no se encuentra del todo establecida de antemano. De acuerdo con el trabajo de campo realizado, la incorporación de esta terapia se encuadra, en un primer término, dentro de lo que es instituido en la sala de CP bajo la categoría de “control de síntomas”, donde los síntomas pueden asociarse tanto al padecimiento del cáncer en sí mismo –aquí, el control biomédico refiere la gestión del dolor a través del uso de opiáceos- pero también a malestares ligados a los efectos del tratamiento oncológico y/o patologías concurrentes, además de trastornos emocionales (angustia, enojo, falta de vitalidad, miedo) que emergen en el transcurso del proceso terapéutico y de la enfermedad en sí misma. En este marco, las MNC cobran sentido como

recursos no-farmacológicos que, se espera, aporten a este objetivo de la atención.

La reflexología inicia su recorrido en la sala de CP como acompañamiento de la acupuntura que, en este caso, es practicada por una médica acupunturista. Así se establece un área de trabajo no-convencional espacial y simbólicamente delimitada (un cartel en la puerta expone la siguiente frase: “*consultorio de cosas raras*”, siguiendo el tono distendido que se trata de imprimir al espacio por parte de sus autoridades). Poco a poco, luego de un trabajo de “hormiga” (como indica la coordinadora-reflexóloga), comienzan también las derivaciones y las tentativas de complementación con los/as demás médico/as paliativistas. En un principio, la determinación de la actuación específica de la reflexología atraviesa un proceso de “prueba”, en el que el equipo y la terapeuta-reflexóloga a cargo de la atención evalúan conjuntamente los resultados obtenidos y sus potencialidades. En relación con este período de indefinición, aparece la idea de que la terapia ocupa el lugar del último recurso, en vistas a aliviar y/o acompañar a los pacientes cuando las otras herramientas disponibles no han tenido (o dejaron de tener) éxito. Este momento refuerza el lugar de la reflexología como una terapia orientada a brindar “*bienestar*”, categoría que, en este contexto, aparece asociada a la gestión de las emociones principalmente (aunque también, desde una perspectiva específicamente alternativa, se articula con la idea de “*armonización*”, como veremos con mayor detenimiento en el apartado que sigue).

“*Paliativos, médicos, medicación, psicóloga,*

*acupuntura ¿no hay nada más que hacer? ‘Reflexo’. No hay más nada, al final de la fila, en el último escalón estoy yo. Primero hacen todo lo demás (...) porque estamos trabajando en el último escalón y cuando el último escalón donde hay pocas posibilidades de vida y mucho sufrimiento la reflexología empieza a cambiar el estado de ánimo, empieza a cambiar la percepción del paciente, la calidad de vida, el entorno familiar; la forma de dialogar; la expectativa de venir al hospital para otra cosa que no sea un estudio cruento y venir para esto”* (Entrevista a C., 18/7/2018)

“C. comenta que ahora hay mucho factor emocional. De esos pacientes que el médico dice: ‘haceles algo’ porque ya no les queda nada por hacer y van a morir en el corto plazo. O tal vez sí se pueden hacer cosas pero están muy bajoneados [desanimados] o enojados” (Registro de campo, 6/12/2019).

Este período de indefinición también habilita un margen para la emergencia de respuestas que la terapia reflexológica empieza a delinejar, no esperadas en un principio. Así, dentro de la constelación de padecimientos que no tienen un tratamiento específico, que escapan del área de intervención biomédica –o del alcance del éxito comprobado de sus tratamientos–, se va definiendo lo que podría denominarse la *experticia técnico-terapéutica de la reflexología*, relativa al tratamiento de una de las condiciones más recurrentes en los pacientes del servicio: los edemas en miembros inferiores o superiores. La atención de los edemas, que constituye aproximadamente un 60% de los ca-

sos atendidos mensualmente en el consultorio de acuerdo con la coordinadora reflexóloga, ubicaría a esta terapia no-convencional en el terreno de la medicina oficial, si consideramos que los resultados obtenidos serían pasibles de observarse y medirse -un requisito propio de la epistemología objetivista/empirista de la biomedicina (Gordon, 1988)-.

*“El paciente de G. y M. [estudiantes del curso de perfeccionamiento en reflexología] tiene cáncer de pulmón y una metástasis en el peroné izquierdo. Los dos están varios minutos tomando medidas de ambos pies, también decidiendo qué técnicas pueden aplicar (...) tienen una ficha para la medición de los edemas, con un espacio para completar fecha, miembros inferiores/superiores, derecho/izquierdo, abdomen/muslo/rodilla/pierna/tobillo, brazo/muñeca/mano y espacios en blanco para colocar las medidas. En un momento, C. le pregunta a G. ‘¿No tomaste las medidas del abdomen?’ Él responde que no, sólo donde estaba hinchado (el tobillo y el empeine). La coordinadora replica que deben tomarse varias medidas, para registrar no sólo el edema que reduce, sino para registrar hacia dónde va esa retención de líquidos. Y ver si el cuerpo la remitió o despidió”. (Registro de campo, 15/11/2019).*

La posibilidad de consolidar la atención de los edemas incluye el desarrollo de protocolos para su tratamiento (es decir, definiendo secuencias específicas en relación con las técnicas manuales, sin modificación, en pos de constatar sus alcances), el seguimiento constante de los “casos” a partir del registro de la evolución de la condición inflamatoria en diferentes pacien-

tes e, incluso, la exposición de los resultados obtenidos en jornadas/eventos organizados por miembros de la especialidad médica (sometiéndose al escrutinio de aquellos profesionales que ocupan un rango superior en el sistema de las ocupaciones sanitarias). La coordinadora reflexóloga expone, en varias conversaciones informales, su satisfacción en torno de este “descubrimiento” relativo a la eficacia de la terapia. También la reflexóloga delinea una narrativa donde se formulan una serie de exclusiones relativas a los límites técnicos de otras ocupaciones sanitarias que podrían reclamar esa jurisdicción en ciernes.

*“C. comenta: ‘yo quería algo que el médico pudiera ver; que pudiera verse, porque todos salen relajados, cualquiera viene acá y sale chocho, relajado’” (Registro de campo, 20/9/2019).*

*“C. explica que el paciente tiene el tumor en una parte de la linfa, impidiendo que el líquido suba. Por eso el drenaje linfático no sirve, el líquido queda estancado ahí. La hija que ‘sabe mucho’ [la reflexóloga cita a su paciente, que comentaba que su hija le estaba haciendo masajes] seguro que eso –sus piernas edematisadas- es resultado del drenaje linfático (...) Antes los edemas los derivaban a kinesiología, pero en este tipo de casos no sirve, además de que les duele” (Registro de campo, 6/12/2019)*

Según lo relatado, la reflexología tiene éxito en el tratamiento de edemas, donde la kinesiología y el drenaje linfático fallan. En términos generales, este tratamiento se inscribe en un área de incumbencia más amplia, relativa a las categorías de *bienestar* y *calidad de vida*, ya

que la reducción de estos posibilitaría diferentes acciones asociadas a la funcionalidad del día a día y la satisfacción que de ello se desprende, como poder hacer la comida o ponerse la ropa que al paciente le gusta. El hacer foco en estas pequeñas cuestiones de la cotidianidad aparece como el terreno de atribuciones por excelencia de la reflexología. En contraposición a la lógica de la mirada biomédica –en particular a las posturas esgrimidas por la oncología- centrada en un paradigma curativo.

Es interesante señalar que la construcción de la experticia de la reflexología y la posibilidad de organizar una división del trabajo con otras disciplinas, va de la mano con la jerarquización de la misma frente a otro tipo de prácticas corporales, las cuales detentaría un estatus menor en tanto terapias que ofrecen un mero masaje, sin orientación ni finalidad terapéutica definida, más allá de ofrecer “*un momento lindo*”. En contrapartida, se descalifican las demandas de masaje sin objetivo terapéutico alguno (2).

*“La hija de un paciente le pregunta ‘yo estoy estudiando estética corporal, ¿después me decis qué puedo hacerle en casa? Y hace un gesto con los dedos, como de hacer un masaje’. C. responde con una sonrisa ‘nada, esto lo hacemos acá’ y la hija, un poco sorprendida por la respuesta, se ríe, ‘ah, está bien’ y se retira del consultorio” (Registro de campo, 13/12/2019)*

*“C. se acerca para abrir la puerta del consultorio, porque están golpeando la puerta. Intercambia una conversación, pero no puedo escuchar muy bien qué sucede. Cuando cierra la puerta nos comenta a la doctora acupunturista y a mí que se trataba de una paciente que venía de otro piso, que estaba interesada en*

*hacerse reflexología. ‘Le pregunté para qué la habían mandado?’ – ‘no me mandó nadie’ ‘¿y qué es lo que te tengo que hacer?’ ‘ah, no sé’. ‘Una cosa es venir porque vamos a pasar un buen momento, porque es lindo y otra cosa es un servicio... entonces necesitamos la derivación’ (Registro de campo, 27/10/2019)*

La jurisdicción reflexológica supone un proceso negociado de construcción activa, en el que los médicos del servicio y reflexólogos moldean de manera conjunta un nuevo terreno para el trabajo y –de manera concomitante- un nuevo estatuto profesional para los terapeutas reflexólogos. La apertura habilitada desde la autoridad médica del servicio, donde rige la posibilidad de la “búsqueda” para la definición de la experticia, resulta central en un contexto donde no existe financiamiento de organismos especializados para la investigación sobre las potencialidades terapéuticas de estas terapias.

### **Los usos del lenguaje: transacciones de sentido y márgenes de acción posibles**

Los esfuerzos involucrados en el ingreso y permanencia en el hospital en tanto trabajadores de la salud *ad honorem* -con aspiraciones a obtener un cargo y una remuneración, además de crecer en este “espacio de posible profesionalización” (Ernst, 2020) en el área paliativista- suponen la construcción de una cierta continuidad entre la reflexología y los conocimientos, prácticas y cultura médica hospitalaria en diferentes sentidos. Empero, esto no redunde en un abandono de los aspectos propiamente holísticos de la terapia no-conven-

cional. En lugar de una supresión radical, lo que se observa es una puesta en escena negociada de las acciones y las palabras que remitan a estas creencias no-convencionales; así como una selección estratégica de los momentos y los espacios donde puedan ser desplegadas. Lo que adquiere sentido en la medida en que –en principio– estas creencias suelen “chocar” con el *status quo* de la medicina oficial (van der Geest y Finkler, 2004). La literatura sobre el tema ha hecho referencia a este tipo de negociaciones que anclan, sin dudas, en las tensiones involucradas entre el mantenimiento de una identidad profesional alternativa y el alineamiento con la ciencia. Lo que conduce a una búsqueda de balance entre la asimilación y la marginación. De acuerdo con una estrategia de gestión de aquello que se dice, sobre todo en relación con las instancias más formales de la institución hospitalaria –manejo de la palabra escrita en documentos institucionales, o cuando es preciso explicar cuestiones relativas a la terapia que puedan no ser comprendidas por parte de los miembros del staff médico–, se observa un trabajo activo de traducción de aquellos términos que puedan resultar distantes culturalmente, tornándolos más “familiares” respecto del vocabulario médico-convencional.

*“C. escribe en la historia clínica luego de la sesión con la paciente T. y entonces le pregunta: ‘¿te entienden [los demás profesionales de la salud] cuando vos señalás la técnica que realizaste?’ C. me mira y muestra lo que acaba de anotar: ‘Equilibración neuroendócrina y relajación motora’ y me cuenta que, en un primer momento, incluía palabras en chino y le decían ‘¿esto qué es?’ así que decidió escribir lo que*

*pudieran llegar a comprender, términos como psiconeuroinmunología y relajación, ‘potables’ desde la mirada médica”.* (*Registro de campo, 15/11/2019*).

*“Y acá en toda la UBA la palabra energía no está dentro del programa [de la materia Reflexología Podal, carrera de Podología] yo a los alumnos les digo la palabra energía no la estoy nombrando porque no es una palabra que se pueda usar y se ríen (...) o sea si vos lo entendés del lado de la física, de la química, todo lo que es la producción de energía, la célula tiene la mitocondria que produce el ATP y estamos hablando de energía. Pero eso si yo tengo que hablarlo del lado del chi... estaban hablando de lo mismo la tenían clarísimo”* (*Entrevista a C., 12/3/2020*).

En los fragmentos se expresa una actitud pragmática que resulta recurrente en experiencias no-convencionales en hospitales (Givati, 2015), la cual se encuentra orientada al desarrollo de un diálogo con la biomedicina y sus instituciones que facilite el intercambio interprofesional, consistente en reemplazar términos que pudieran no ser comprendidos y/o interpretados de manera errónea. En otros trabajos, hicimos referencia a una estrategia de gestión de la visibilidad vehiculizada en muchas ocasiones por los terapeutas alternativos, la cual intentaba controlar aquello pasible de ser considerado en términos de “alteridad” (Bordes y Saizar, 2018; Bordes, 2019). El hecho de ser profesionales del ámbito sanitario con una titulación universitaria, además de reflexólogos, en el caso analizado, brinda las destrezas necesarias para la fluidez semántica registrada en el trabajo de constante traducción. Pero asimismo, otorga

una confianza para con sus colegas médicos, que habilita para la terapia no-convencional márgenes de acción más amplios, como veremos a continuación.

La actitud pragmática tendiente a “flexibilizar” la terminología del lenguaje holístico, reservada sobre todo para instancias de mayor formalidad como la escritura en historias clínicas, asume entonces características específicas cuando se trata de llevar adelante el tratamiento con los pacientes en el espacio del consultorio. En el consultorio, en efecto, se despliega la situación por excelencia donde los terapeutas pueden conservar un grado de potestad para la puesta en escena del ideario orientalista, no sin establecer puentes con lo que podría ser considerado comprensible por todos. En particular, pudimos registrar en el diálogo con pacientes un uso de conceptos relativos a la medicina tradicional china principalmente, construyendo sentidos en torno a las experiencias de los pacientes y su corporalidad, en pos de abrir un espacio donde se gesten nuevas interpretaciones relativas al proceso de salud-enfermedad-cuidado, pero desde un vocabulario familiar. El consultorio también se convierte en un espacio de socialización con el sistema de creencias orientalista para los médicos que asisten a la terapia: allí se abre la posibilidad de diálogo y de elaboración de interpretaciones diferentes a la biomédica en lo que concierne a las dolencias padecidas.

*“La paciente cuenta que está sin ganas de nada (...) C. comenta que una interpretación de lo que le pasa tiene que ver con que estamos cerca del verano. “Energéticamente el verano nos lleva a no hacer nada, el invierno –‘aunque*

*parezca mentira, es un período de trabajo, en el que uno trabaja, se cansa, descansa y vuelve a trabajar. En el verano, está la tendencia a no querer hacer nada pero la mente se opone, nos lleva a trabajar en contra de lo que debería ser. Y eso genera un estancamiento energético’. C. le recomienda a la paciente que vuelva al trabajo con sus plantas, que remueva a tierra, saque los yuyos. Es una manera de contrarrestar la energía del verano que se empieza a perfilar”* (Registro de campo, 8/11/2019).

*“Desde ese aspecto es mucho más fácil llegar a la gente común, cosas que las puedo entender yo desde el lado clínico o científico, pero desde ese lado de la naturaleza me es más fácil llegar al otro (...) agua que no circula se estanca y se pudre, o bisagra que no se usa se oxida. Esas cosas que nosotros con el chi kung manejamos, el fluir de la sangre, el fluir de los fluidos del cuerpo y el movimiento articular (...) Y eso es del lado taoísta, del lado natural, que no vas a necesitar ser taoísta para comprenderlo”* (Entrevista con C., 20/3/2020)

*“Las reflexólogas mencionan entre ellas algo acerca del estado del pie de la paciente (es una médica), y a eso la doctora responde ‘yo siento que esa parte del pie me duele a veces’. ‘¿Vas bien al baño?’ pregunta la reflexóloga. ‘Si bien, sólo tengo endometriosis grado 4, tengo menstruaciones muy dolorosas, pero ya estoy acostumbrada’, ‘Si viéramos la relación con el pie izquierdo, vemos la afectación de todo eso en el lado femenino, se ve que hay tensión en tu cuerpo, el cuerpo se tensiona más para lograr todo lo otro que tiene que hacer’”* (Registro de campo, 24/10/2019).

El uso de las analogías con el

modo de funcionamiento de la naturaleza – cuyo anclaje en este caso se encuentra en la filosofía oriental taoísta, remitiendo a ejemplos muy sencillos- se articula con lecturas relativas a la corporalidad propias del ideario reflexológico, estableciendo relaciones entre las diferentes dimensiones que conforman a la persona con determinados padecimientos; lo que es habitual en el marco de los tratamientos holísticos (Johannessen, 1996).

Este modo de trabajar con el lenguaje “alternativo”, circunscripto a la intimidad del recinto a puerta cerrada, contrasta –finalmente- con otra manera de poner en escena este tipo de prácticas y creencias: una que las visibiliza de manera activa en el espacio de la sala. Esto sucede en particular en el marco de la práctica de *chi kung* (disciplina en la cual también se encuentra formada la coordinadora de reflexología) que constituye una instancia previa al comienzo de las sesiones de reflexología en el consultorio, y que se realiza en el *hall* del primer piso del edificio donde se encuentra el servicio, a la vista de todos los que allí se encuentren o transitén (quienes también pueden incorporarse a la práctica). En esta instancia, no sólo la performance corporal que supone la práctica, la cual no sólo no resulta habitual en espacios sanitarios, sino que los movimientos involucrados son guiados desde una narrativa extraña al vocabulario biomédico, introducen una instancia disruptiva con la lógica institucional que, empero, es habilitada y renovada semana a semana.

*“Recojo la energía de la tierra, la traigo para mí, la atesoro” señala la reflexóloga con un movimiento que parece recoger algo desde el*

*piso, llevando esta carga por debajo del ombligo. En este punto menciona un término en chino: tantien (...) A los transeúntes los saluda deseándoles una jornada con buen chi, una ‘marca registrada’ de C., ya que es una frase que repite con frecuencia a modo de saludo”* (Registro de campo, 26/10/2019)

Esto se explica, de acuerdo con el enfoque aquí sostenido, por el hecho de encontrarse en un servicio particularmente favorable para el despliegue de prácticas no-convencionales en virtud de su perspectiva integrativa y centrada en el paciente, así como por el hecho de constituir una práctica similar a una “gimnasia” –como el *tai chi*- donde el especialista no interviene directamente sobre el cuerpo del practicante como en el caso de un masaje. El especialista, como contrapartida, se hace de un espacio donde es capaz de exponer sus destrezas y conocimientos en todo su alcance. Aquí, puede poner en juego una lógica donde la presencia no-convencional no se subsume en términos pragmáticos al orden sanitario imperante, sino que aspira a transformar este espacio –aunque esto se lleve a cabo de manera fugaz, acotada en el espacio-tiempo, y ante la mirada frecuentemente esquiva, extrañada –incluso burlona- de aquellos que por allí transitan.

## Conclusiones

El artículo apuntó a dar cuenta de algunas coordenadas que hacen al trabajo colaborativo entre MNC y biomedicina en ámbitos oficiales de atención de la salud, a partir del análisis de un caso puntual (un consultorio de

reflexología podal en un hospital oncológico universitario). Desde una perspectiva que pone en un lugar central las negociaciones que contribuyen a articular tareas, gestionar tensiones y cubrir “vacíos” relativos a definiciones y reglas, encontramos tres aspectos que hicieron posible este tipo de trabajo. Primero, la disposición –tanto por parte de profesionales sanitarios como “alternativos”- de coordinar sus tareas, lo que incluye la construcción de espacios cara-a-cara para el intercambio de saberes y modos de organización, así como el uso de dispositivos que faciliten el contacto a distancia. En segundo lugar, emergió como central la posibilidad de construir de manera conjunta el campo de atribución específico de la MNC en el espacio sanitario; esta construcción supuso la definición de espacios para la interconsulta, la evaluación “alternativa” y médica de los casos tratados, así como el refuerzo de un circuito de derivación de los pacientes cuando se identifican padecimientos potencialmente tratables desde la oferta no-convencional. En la experiencia analizada, se delimitó su actuación en casos de trastornos emocionales y edemas. El tratamiento de estos últimos adquirió especial relevancia en virtud de que difícilmente podían ser conjurados con los recursos terapéuticos de la biomedicina. Por último, se constató un trabajo activo en torno de la gestión y traducción del lenguaje no-convencional por parte de los terapeutas “alternativos”, sobre todo en instancias escritas y al dirigirse a pacientes, en pos de articular su discurso con los requerimientos científicos-objetivistas del nosocomio.

El valor de producir este tipo de investigaciones radica en el hecho de que el trabajo colaborativo entre MNC y biomedicina

constituye una dimensión particularmente esquiva del fenómeno de MNC en ámbitos oficiales de atención de la salud: en efecto, estas terapias no-biomédicas suelen asumir una modalidad de oferta “paralela” en relación con la medicina oficial, quedando truncadas las potencialidades de una implementación articulada. El estudio de los rasgos asumidos por el trabajo colaborativo permite acceder al juego de adecuaciones necesarias para que una complementariedad hospitalaria sea posible.

## Notas

(1) Esta terapia supone un conjunto de técnicas manuales que se aplican sobre los pies principalmente, considerando una serie de zonas y puntos reflejos que permiten la generación de un estímulo que alcanza las distintas partes del cuerpo así relacionadas. Desde el ideario de la terapia, contempla una dimensión física pero también una emocional, energética y relacional, lo que le confiere su carácter holístico.

(2) En reflexología, la reivindicación de la posibilidad de profesionalización viene vinculada con una narrativa que define la práctica manual de manera diferente a lo que sería un simple masaje en los pies (noción desde la cual no se reconocería la complejidad de las técnicas reflejas).

## Bibliografía

Abbott, A.

1988. *The system of professions: An essay on the exptasert division of labor*. Chicago,

- Chicago University Press.
- Adams, J., Hollenberg, D., Lui, C. W., & Broom, A.
2009. "Contextualizing integration: a critical social science approach to integrative health care". *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 32(9), 792-798.
- Allen, D.
1997. "The nursing-medical boundary: a negotiated order?". *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., y Findlay, B.
2004. "From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework". *BMC health services research*, 4, 1-5.
- Bordes, M.
2019. "Investigar la otredad en hospitales: desafíos en un estudio cualitativo sobre terapias no-convencionales en espacios de salud oficiales (Argentina)". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170758.
- Bordes, M.
2020. "Lo importante es mantener el espacio: estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales". *Desacatos. Revista De Ciencias Sociales*, (63), 28-43.
- Bordes, M., y Saizar, M.
2018. "De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones delos sagradoporparte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios". *Sociedad y Religión*, 28(50), 161-182.
- Broom, A., y Tovey, P.
2008. *Therapeutic pluralism: Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. Routledge.
- Chiu, S., y Sze, T.
2021. "Revival or Innovation? Chinese medicine at the crossroads of professionalization in Hong Kong". *SSM-Qualitative Research in Health*, 1, 100004.
- Corbin, J. M., y Strauss, A. L.
1993. "The articulation of work through

- interaction". *The Sociological Quarterly*, 34(1), 71-83.
- Ernst, E.
1998. "The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review". *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 83(4), 777-782.
- Ernst, J.
2020. "Professional boundary struggles in the context of healthcare change: the relational and symbolic constitution of nursing ethos in the space of possible professionalization". *Sociology of Health & Illness*, 42(7), 1727-1741.
- Freidson, E.
1988. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Givati, A.
2015. "Performing 'pragmatic holism': professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom". *Health:*, 19(1), 34-50.
- Goldner, M.
2004. "The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals". *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 710-736.
- Gordon, D. R.
1988. Tenacious assumptions in Western medicine. En Lock, M. y Gordon D. (comp.) *Biomedicine examined*, 19-56. Dordrecht, Springer: Netherlands.
- Heredia, C. R.
2020. "New Age en el hospital: Una etnografía de las técnicas de alivio al dolor en niños/as en Cuidados Paliativos Pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". *Religião & Sociedade*, 40, 11-30.

- Hollenberg, D.
2006. “Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings”. *Social Science & Medicine*, 62(3), 731-744.
- Johannessen, H.
1996. Individualised knowledge: reflexologists, biopaths and kinesiologists in Denmark. En: Cant S. y U. Sharma (eds.) *Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice*. London: Free Association.
- Lipson JG.
1994. Ethical issues in ethnography. En: Morse J, editor. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Sage. p. 333-55.
- Luvison, A., Maeyama, M. A., y Nilson, L. G.
2020. “Análise das Práticas Integrativas e Complementares em saúde sob a luz da integralidade”. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2634-2650.
- Menéndez, E. L.
2003. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.
- Mizrachi, N., Shuval, J., y Gross, S.
2005. “Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings”. *Sociology of Health & Illness*, 27(1), 20-43.
- Norris, P.
2001. “How ‘we’ are different from ‘them’: occupational boundary maintenance in the treatment of musculo-skeletal problems”. *Sociology of health & illness*, 23(1), 24-43.
- Organización Mundial de la Salud.
2013. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional(2014-2023). <https://iris.who.int/bitstream/>