

# «MICROPOLÍTICA DE BIENESTAR»: REFLEXIONES SOBRE LA INSERCIÓN DE MEDICINAS NO CONVENCIONALES EN EL HOSPITAL

“MICROPOLITICS OF WELL-BEING”: REFLECTIONS ON THE INSERTION OF  
NON-CONVENTIONAL MEDICINE IN HOSPITALS

“MICROPOLÍTICA DE BEM-ESTAR”: REFLEXÕES SOBRE A INSERÇÃO DE  
MEDICINAS NÃO CONVENCIONAIS NO HOSPITAL

*Nahir Paula de Gatica<sup>1</sup>*

Recibido: 14/11/2024 | Aceptado: 08/04/2025

---

1 Universidad Nacional de San Martín. ndegatica@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8757-1129

«Micropolítica de bienestar»  
Nahir Paula de Gatica  
Dossier: Salud y religión: articulaciones, tensiones y desafíos  
doi: 10.29112/ruae.v10i1.2437

## Resumen

La inserción de *medicinas no convencionales o terapias alternativas/complementarias* en servicios de salud o en hospitales es un fenómeno creciente en Argentina. Analizar las formas en que se manifiesta esta inserción en contextos situados, nos permite adentrarnos en la circulación de diferentes saberes, la interrelación de prácticas terapéuticas diversas, las disputas de saber/poder dentro de la biomedicina y dar cuenta cómo los espacios hospitalarios se constituyen a partir de heterogeneidades internas y dinámicas inherentes al trabajo en salud.

Este artículo se sustenta en una investigación etnográfica realizada en un área de medicina integrativa dentro de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre 2018 y 2020. Este espacio brindaba reiki, reflexología y osteopatía fluido-energética a pacientes, familiares, personal del hospital y público en general. La propuesta era vivenciada por quienes la constituían y habitaban como una propuesta integral de bienestar que incluía estas prácticas terapéuticas, pero también los espacios y las dinámicas sociales que allí se generaban.

Así, argumentaré que este dispositivo puede ser pensado como una micropolítica de bienestar, un proceso social objetivo, una experiencia que nos brinda información valiosa para entender cómo este tipo de prácticas terapéuticas pueden insertarse en instituciones biomédicas, a partir de su adaptación a las lógicas propias de los servicios de salud y al tipo de trabajo que allí se desarrolla.

**Palabras clave:** micropolítica, medicinas no convencionales, biomedicina, complementariedad, terapias alternativas.

## Abstract

The incorporation of “non-conventional medicines” and/or “alternative/complementary therapies” into healthcare services or hospitals is a growing phenomenon in Argentina. Analyzing the ways in which this incorporation manifests in specific contexts allows us to delve into the circulation of diverse knowledge, the interrelation of various therapeutic practices, and the power/knowledge disputes within biomedicine. This also sheds light on how hospital spaces are shaped by internal heterogeneities and dynamics inherent to healthcare work.

This article is based on ethnographic research conducted between 2018 and 2020 in an integrative medicine area within a Public Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. This space offered reiki, reflexology, and fluid-energetic osteopathy to patients, their families, hospital staff, and the general public. The initiative was experienced by those who participated in it as a holistic approach to well-being, encompassing not only these therapeutic practices but also the spaces and social dynamics generated within.

I will argue that this initiative can be understood as a micropolitics of well-being, an objective social process, an experience that provides valuable insights into how these types of therapeutic practices can be incorporated into biomedical institutions by adapting to the specific logics of healthcare services and the nature of work conducted within these settings.

**Keywords:** micropolitics, non-conventional medicine, biomedicine, complementarity, alternative therapies.

## Resumo

A inserção de “medicinas não convencionais” e/ou “terapias alternativas/complementares” em serviços de saúde ou hospitais é um fenômeno crescente na Argentina. Analisar as formas em que essa inserção se manifesta em contextos específicos nos permite explorar a circulação de diferentes saberes, a inter-relação de práticas terapéuticas diversas, as disputas de saber/poder dentro da biomedicina e entender como os espaços hospitalares se constituem a partir de heterogeneidades internas e dinâmicas inerentes ao trabalho em saúde.

Este artigo se baseia em uma pesquisa etnográfica realizada entre 2018 e 2020 em uma área de medicina integrativa dentro de um hospital público na Cidade Autónoma de Buenos Aires. Este espaço oferecia reiki, reflexologia e osteopatia fluido-energética para pacientes, familiares, funcionários do hospital e público em geral. A proposta era vivenciada pelos participantes como uma abordagem integral de bem-estar que incluía essas práticas terapêuticas, mas também os espaços e as dinâmicas sociais que ali se geravam.

Assim, argumentarei que essa iniciativa pode ser pensada como uma micropolítica de bem-estar, um processo social objetivo, uma experiência que nos oferece informações valiosas para entender como esse tipo de prática terapêutica pode ser inserido em instituições biomédicas, a partir de sua adaptação às lógicas específicas dos serviços de saúde e ao tipo de trabalho realizado nesses contextos.

**Palavras-chave:** micropolítica, medicinas não convencionais, biomedicina, complementariedade, terapias alternativas.

## Introducción

La medicina alopática es considerada como el modelo médico hegemónico en gran parte de las sociedades modernas y, al mismo tiempo, es adoptada por entidades gubernamentales para la gestión de la salud (v.g., Foucault, 1966; Menéndez, 1992). Sin embargo, si bien es posible hablar de biomedicina/medicina alopática para referir a un conjunto de prácticas y sentidos sobre la salud, asociados al modelo científico y con difusión global, hay que tener presente que es un régimen de saber llevado adelante por personas concretas y en cada contexto sociocultural, donde se configura en interrelación con dinámicas históricas y de saber-poder (Kleinman, 1980). Pese a su posición como saber hegemónico sobre la salud, existe una multiplicidad de conocimientos y prácticas que, a lo largo de la historia y en diferentes contextos socioculturales, coexistieron y se interrelacionaron con las biomédicas, como lo son las llamadas medicinas tradicionales (MT) o las medicinas alternativas y complementarias (MAC) —o terapias alternativas y complementarias— (Idoyaga Molina, 2005; Luz, 1996; Saizar y Bordes, 2017); terminologías acuñadas para referir a métodos diagnósticos y terapéuticos externos a la biomedicina (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El afán de encontrar similitudes, categorizar y nominalizar esos otros saberes y prácticas sobre la salud no gestados en la biomedicina surge en el marco de un proceso de incorporación de estos en espacios históricamente habitados por la medicina alopática en distintos países de Europa y América. Este proceso condujo, en algunos lugares, a la incorporación oficial de estas prácticas y saberes en los sistemas de salud, como es el caso de Brasil (Toniol, 2018) e, incluso, a la promoción de su uso en complementariedad con la biomedicina por parte de organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2002). No obstante, si bien es posible dar cuenta de la existencia de este proceso en diferentes contextos socioculturales, es preciso analizar cada caso en interrelación con la historia de los abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención. En Argentina existe una innumerable diversidad de saberes y prácticas sobre la salud (Idoyaga Molina, 2005) que se desarrollan, en gran medida, por fuera de las instituciones propias del sistema de salud. Esto no quiere decir que no existan, también, en estos ámbitos, sino que su incorporación suele ser aislada y depender de la voluntad de personas particulares (Freidin y Abrutzky, 2011; Saizar y Bordes, 2017).

Para el caso de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Saizar (2019) nos brinda una caracterización de las formas que adquiere este fenómeno en distintas instituciones: en algunos casos, las terapias alternativas/complementarias se insertan en el servicio de salud mental, espacios donde es habitual la oferta de propuestas de abordaje de la salud no estrictamente biomédicas; en los servicios oncológicos y de cuidados paliativos, en

los cuales se presentan como prácticas complementarias para paliar los efectos y síntomas en enfermedades crónicas; o como un servicio más entre los prestados por el hospital aunque con cierta independencia.

Ahora bien, esta caracterización es valiosa como un mapeo de las diferentes formas que está adoptando este fenómeno. Pero, es en el abordaje de los casos particulares donde es posible dar cuenta de la complejidad que supone la inserción de las terapias alternativas/complementarias en espacios hospitalarios; las relaciones de saber/poder a las que está supeditada y la relevancia que adquieren las iniciativas de actores individuales para su efectivización. Por este motivo, en este artículo me propongo analizar el caso particular de un Hospital público monovalente de CABA, en el cual se desarrollaba un dispositivo de medicina integrativa, Espacio Vital (EV de ahora en más), que brindaba, distintas terapias complementarias como reiki, reflexología y osteopatía fluido-energética a pacientes del hospital y al público en general, a quienes denominaba *usuarios*.

Este espacio funcionó en el hospital entre 2016 y 2023,<sup>2</sup> asociado al área de cuidados paliativos, dirigida por el director de Docencia e Investigación de este centro de salud. Fue ideado y coordinado por una licenciada en terapia ocupacional y especialista en medicina integrativa, que formaba parte de esa área, con el objetivo de brindar estrategias de bienestar para que cualquier persona que participara pudiera «estar mejor», independientemente de su situación de salud de base. Las diferentes terapias y actividades de EV eran llevada adelante por un grupo de voluntarios, que trabajan *ad honorem* y variaban con regularidad. Estas personas recorrían las diferentes salas del hospital, ofreciendo sus servicios a pacientes y familiares; y también atendían en un consultorio con turnos programados.

Buscaré exponer y analizar las características principales de Espacio Vital, que me llevan a pensarlo y caracterizarlo como una micropolítica de bienestar, y que invita a pensar en cómo otras experiencias de este tipo se configuran en los servicios de salud. Finalmente, nos adentraremos en aquello que genera esta experiencia, que tiene la particularidad de que todos los actores y elementos que lo conforman y habitan, en sus devenires, generan una sinergia diferencial, una textura social —cambiante y fluida— asociada a aquello que vincula y es inherente a todas las terapias alternativas/complementarias que el espacio ofrece: la dimensión espiritual.

2 La irrupción de la pandemia de covid-19 modificó las dinámicas de este dispositivo, se intentó sostener las terapias de manera virtual, pero, con el tiempo, se fue perdiendo la conexión entre usuarios y terapeutas. Retomó sus actividades presenciales entre 2021 y 2022, pero al no poder reestablecer las dinámicas previas a la pandemia, su coordinadora decidió terminar con la experiencia en 2023.

## Hacer etnografía en un hospital: estrategias metodológicas

Este artículo se sustenta en una investigación etnográfica realizada entre 2018 y 2020, en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual contó con aval del director de docencia e investigación de la institución. Todos los nombres de los actores que se mencionan han sido modificados para resguardar la confidencialidad.

Esta etnografía comenzó, como muchas otras, gracias a una serie de hechos fortuitos. Mi solicitud en 2018 coincidió con la necesidad de Espacio Vital de sistematizar la experiencia que llevaban a cabo desde 2016, para poder fortalecer su inserción institucional, y el conocimiento previo de su coordinadora sobre lo que un abordaje etnográfico podía ofrecer. Luego de firmados los acuerdos, comencé a acompañar a cada grupo de practicantes de reiki o reflexología por los servicios del hospital donde realizaban su práctica y en sus sesiones particulares en consultorio. En estos recorridos, fui conociendo a las personas que brindaban sus servicios en este dispositivo y las historias de los pacientes que atendían, con quienes poco a poco forjé mis propias relaciones. Así, tuve la posibilidad de observar cómo se llevaban adelante sesiones de reiki y reflexología en salas de tratamientos ambulatorios o de internación y cómo sucedía en consultorios; también observé sesiones de osteopatía y de clases de *corporal*. Poco a poco, me iba adentrando en un mundo de sentidos, entendiendo cómo cada uno significaba sus prácticas y su labor en el hospital, y cómo todo esto era percibido por el personal de enfermería y médicos.

No había pasado mucho tiempo cuando me vi ante la necesidad de involucrarme aún más, de prestarle atención a la dimensión corporal que se presentaba como central de la experiencia de Espacio Vital. Estaba ante un universo de sensaciones, de diálogos cuerpo a cuerpo que no podía comprender por completo sin experimentarlo, como me recordaban los practicantes semana a semana. Entonces, tomando la propuesta de Favret-Saada (2005) me dejé afectar; experimenté en carne propia sesiones de reflexología y reiki, participé en las clases de *corporal* y empecé a formar parte del grupo que regularmente asistía a esta clase, involucrándome en sus dinámicas internas. También realicé una sesión de osteopatía y tuve la oportunidad, con previo consentimiento de la paciente, de sentir con mis propias manos el flujo de los movimientos de su organismo, guiada paso a paso por una de las osteópatas. Entendí que, para poder comprender cabalmente este dispositivo, desde la perspectiva de los propios actores, el cuerpo debía ser mi punto de partida, mi instrumento de conocimiento, tal como propone Csordas (1990) con el paradigma del *embodiment*. Esta perspectiva plantea al cuerpo no ya como un objeto, sino como el sujeto de la cultura, el terreno existencial en que esta se manifiesta. Así, nos lleva a pensar más allá de las dicotomías que contraponen mente y cuerpo,

sujeto y objeto (Csordas, 1990), al igual que lo proponen todas las propuestas terapéuticas de Espacio Vital.

Con el avance de la investigación, los diferentes actores del campo fueron mostrando interés en la producción de conocimiento sobre lo que pasaba en Espacio Vital; habiendo, en su mayoría, recorrido otros hospitales, consideraban que lo que allí sucedía era novedoso y tenía algo de particular. Frente a esta situación propuse generar encuentros reflexivos, es decir, conversaciones colectivas que mantuve con los equipos de las distintas terapias, alrededor de temas y preguntas que circulaban entre ellos: ¿Qué es la salud y la enfermedad? ¿cuál es nuestro rol en el hospital? ¿qué es lo que hace tan especial a EV? Estos espacios de reflexión conjunta fueron pensados como instancias que permitieran «salir» de la dinámica cotidiana y generar vínculos entre los equipos terapéuticos, algo que era una preocupación de la Coordinación de EV en ese momento. La dinámica metodológica propuesta fue diseñada a partir de una herramienta propia de la perspectiva de investigación-acción participativa, los «diagnósticos participativos», en los cuales el objetivo es, a partir de «tópicos de conversación», promover una discusión horizontal entre los participantes (Sirvent, 1999). Con esta herramienta, pude aproximarme al mundo de las representaciones que cada grupo tenía sobre su disciplina, sobre Espacio Vital y sobre su trabajo en el hospital, también salieron a relucir sus nociones sobre la salud y la enfermedad.

Con respecto a las perspectivas de los pacientes y usuarios de este dispositivo de medicina integrativa, a largo del relevamiento empírico tuve ocasión de registrar innumerables conversaciones informales, lo cual me dio acceso a un conocimiento valioso acerca de historias y narraciones sobre sus propios procesos de salud-enfermedad y atención. Así, logré generar una relación cotidiana de confianza y cercanía con aquellos que asistían regularmente al espacio; esto me permitió, sobre el final de la investigación, realizar entrevistas en profundidad con cada uno de ellos. En total, logré seis entrevistas en profundidad, gracias a las cuales pude conocer en detalle sus historias y sus representaciones sobre el dispositivo.

Como método y como enfoque, la etnografía nos brinda la chance de conocer en detalle la perspectiva de las personas que conforman los grupos que buscamos estudiar (Guber, 2006). Asimismo, nos invita a dejarnos sorprender, a mantener una atención flotante y guiarnos por las dinámicas propias de cada espacio. A menudo, esto implica generar herramientas metodológicas híbridas y echar mano de recursos de investigación provenientes de distintas fuentes. Sobre todo, y como fue en este caso particular, nos brinda el tiempo y la paciencia para mirar allí dónde, a priori, no hubiéramos posado nuestra mirada. De esta forma, pude descubrir ese universo repleto de sentidos, de lenguajes corporales, constitutivo de la experiencia de Espacio Vital.

## Espacio Vital: un dispositivo de medicina integrativa

Entre los años 2016 y 2023, los días miércoles de cada semana, Espacio Vital cobraba vida en un hospital público monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.<sup>3</sup> Como se mencionó anteriormente, era un área de medicina integrativa que brindaba distintas «terapias complementarias» —según la denominación en campo— y otras actividades con el fin de ofrecer un espacio de bienestar, donde pacientes, familiares, personal del hospital y comunidad en general —a quienes se denominaba *usuarios*— pudieran encontrar un camino para «estar mejor, cualquiera sea su situación de salud de base» (registro de campo, 03 de julio de 2019). Es importante destacar que se trataba de un dispositivo, porque esto significa que no se constituía en un espacio de trabajo formal del hospital, cuya unidad mínima sería un equipo de trabajo (registro de campo, 9 de octubre de 2019), sino en una iniciativa de trabajo puntual. Esto implicaba que coordinadora no tuviera una relación laboral con el hospital, sino con una asociación de cuidados paliativos que brindaba servicio allí, y que los distintos terapeutas y facilitadores de actividades ejercían su labor en calidad de voluntarios, sin remuneración. Pese a ello, esta experiencia contaba con la autorización de la dirección del Hospital y los terapeutas tenían acceso —casi— ilimitado para brindar sus servicios en las distintas áreas de internación y de tratamientos ambulatorios.

En EV se ofrecían semanalmente reiki, reflexología, osteopatía fluido-energética y una clase de trabajo corporal —denominada «corporal» por los actores en campo—. Sin embargo, las actividades y terapias complementarias brindadas en este espacio no fueron las mismas desde el comienzo. Inició ofreciendo reiki, tres talleres de memoria, tejido y maquillaje, clases de canto, tangoterapia y las clases de corporal. También contó con la participación de una payamédica que asistía al hospital de día con pacientes ambulatorios que recibían medicación oncológica. Con el tiempo, los talleres fueron dando paso a las actividades de carácter regular ya mencionadas, el servicio de osteopatía fluido-energética se sumó en 2017, mientras que el equipo de reflexología lo hizo en 2018.

Esta variación de prácticas está estrechamente relacionada con la condición de voluntarios de quienes las brindaban y al período acotado de tiempo en que EV ofrecía sus servicios, los miércoles de 10 a 17 horas. Estas dos características configuraban en EV una dinámica particular, las actividades podían estar un tiempo y luego dar paso a otras nuevas, los equipos de las distintas terapias complementarias iban variando. En el transcurso de la investigación, los equipos de reiki y reflexología cambiaron completamente sus voluntarios. De esta manera, 11 mujeres de

3 El funcionamiento de Espacio Vital, tal como es reflejado en este trabajo, comprende el período de investigación, entre noviembre de 2018 y abril de 2020.

entre 27 y 65 años formaron parte del equipo de reflexología en distintos momentos; 15 mujeres de entre 25 y 65 años más tres hombres de entre 45 y 70 años participaron del equipo de reiki. Por su parte, el equipo de osteopatía fluido-energética estaba conformado por dos mujeres de 35 y 65 años, las únicas dos voluntarias que permanecieron en EV durante toda la investigación.

Ahora bien, la atención en EV tenía dos modalidades bien marcadas que presentaban sus particularidades en cada una de las actividades. Por un lado, en un ala del hospital asignada especialmente a este dispositivo, se ofrecían, con turno previo, sesiones individuales de osteopatía y reflexología; sesiones individuales de reiki por orden de llegada y clases grupales de «corporal». En todos los casos en los que se requería turno, estos eran organizados exclusivamente por la coordinadora, quien hacía un seguimiento personalizado de las necesidades de cada persona que llegaba y le sugería itinerarios terapéuticos adecuados a su situación particular.

La segunda modalidad de atención era el motivo por el que muchos voluntarios de reiki y reflexología tomaban la decisión de realizar sus terapias en este hospital. Estos dos grupos de voluntarios tenían la posibilidad de *ir a sala*, es decir, brindar reiki o reflexología en el hospital de día a los pacientes mientras estaban recibiendo medicación oncológica, y en las salas de internación a quienes estaban alojados por distintas patologías o recuperándose de una intervención quirúrgica. En el caso de reflexología, realizaban su terapia principalmente en el hospital de día y en la sala de internación general para mujeres denominada *clínica médica*. Esto sucedía porque el equipo de reflexólogas nunca superó las cinco voluntarias en el mismo período y las sesiones duran aproximadamente 20 minutos, por lo cual debían distribuirse en los diferentes espacios y no les alcanzaba el tiempo dentro de su horario de atención —de 10 a 12.30 horas— para abarcar más pacientes en otras áreas.

Por su parte, los reikistas desarrollaban sus actividades por la tarde a partir de las 14 horas. En ese horario solía haber muy pocos pacientes en el hospital de día, por lo que el recorrido del equipo de reikistas iniciaba en esta sección del hospital y luego iban a clínica médica mujeres, clínica médica hombres y a las salas de cirugía. No siempre llegaban a cubrir todas las salas, esto depende de la cantidad de pacientes y familiares que soliciten reiki durante el trayecto. Las características de atención del grupo de reikistas permitía que pudieran brindar la terapia a una mayor cantidad de pacientes en estos recorridos; las sesiones duraban 10 minutos y el equipo de voluntarios oscilaba entre 7 y 16, dependiendo del día.

Me gustaría detenerme en este punto. La dinámica de *ir a sala* —como le decían internamente los voluntarios—, es decir, tener la posibilidad de encontrarse con pacientes en salas de internación o tratamientos ambulatorios, poder interactuar con ellos y brindarles una *terapia*

*complementaria* durante su internación o estancia ambulatoria, no es algo que suceda con regularidad en otros hospitales de CABA de esta misma manera. Diversos trabajos realizados en ámbitos hospitalarios de la ciudad (Saizar, 2019; Saizar y Bordes, 2014; Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013) dan cuenta de que la forma de inserción habitual de las terapias complementarias en estas instituciones suele ser a través de un servicio particular, por la iniciativa de algún profesional biomédico específico o en espacios socio-terapéuticos particulares. Esto implica que, en esos casos, la iniciativa de llevar adelante estas terapias en hospitales no suele contar con aval institucional, como sí es el caso de EV —con sus particularidades y negociaciones—, y esto redundaría en que no suelen tener libre acceso para atender a pacientes internados o ambulatorios. Sobre este tópico en particular, muchos voluntarios de EV que eran, al mismo tiempo, voluntarios en otros hospitales, comentaban lo siguiente:

Acá tenemos acceso a casi todas las áreas del Hospital... eso en otros espacios no pasa (Patricia, reikista, encuentro reflexivo, 22 de mayo de 2019).

este espacio es perfecto en todo sentido, porque nosotros podemos venir, manifestarnos, nos dan la oportunidad de estar en contacto con los pacientes... y estamos libres, en el sentido de que tenemos la elección de ir a la sala que no todos los lugares te dejan (Laura, reikista, encuentro reflexivo, 12 de junio de 2019).

Acá podemos atender pacientes, podemos ir a sala, yo estoy en el Hospital B y ahí no tenemos contacto con pacientes, atendemos a las psicólogas, en una salita de dos por dos (Sandra, reikista, encuentro reflexivo, 12 de junio de 2019).

Acá tenemos este espacio divino, tenemos luz, un lugar para tener nuestras cosas... yo en el Hospital C, estoy escondida en una salita que parece un armario, no puedo guardar nada porque no es nuestra, nos la prestan si está libre (Sara, reflexóloga, registro de campo, 02 de enero de 2019).

Con todo, podemos decir que esta modalidad de atención, que se presentaba como particular y constitutiva de EV, se conformó no solo por la aceptación institucional del dispositivo, sino por un entramado de negociaciones con trabajadores del hospital, enfermeras principalmente, que estaba sujeto a un constante proceso de reactualización. Tanto la coordinadora como el equipo de reikistas que estuvo desde el comienzo de la propuesta, recuerdan ese período como un momento de dificultad, donde tuvieron que hacerse conocer y dar cuenta del aval institucional en cada área para poder brindar las terapias. «Tuvimos que ir abriendo espacios», me comentó en una oportunidad Patricia, una de las coordinadoras del primer equipo de reiki. «Acá estamos hace dos años y fuimos generando una relación con enfermeras y médicos (...), pero hace un tiempo tuvimos un problema con la jefa de enfermeras en clínica médica que ya se resolvió, pero bueno» (Registro de campo, 22/05/2019). Esta dinámica de inserción de EV en el Hospital, que se dirimía con personas particulares en ámbitos específicos, está relacionada con la dinámica del trabajo en servicios de salud. No es posible pensar a este hospital —y a

ninguno— como una entidad homogénea, sino que son organizaciones complejas, plurales, con múltiples dimensiones, lógicas laborales, interrelación de disciplinas y saberes y tensiones intersectoriales por la gestión. El propio trabajo en salud es un «trabajo vivo» (Merhy, 2021) que involucra saberes, valores y la propia subjetividad de quienes lo llevan adelante, desarrollándose con cierta autonomía e improvisación (Spinelli, 2010; Franco, 2006); y es allí, en ese nivel microsocioal, en la interacción específica entre actores concretos, donde se dirimen los accesos efectivos a estas «otras» terapias.

## Pensar en términos de micropolítica: precisiones conceptuales

Con el devenir de la investigación, se me presentó la necesidad de abordar lo particular de Espacio Vital, qué hacía posible su existencia en el hospital, dado que era una experiencia de medicina integrativa donde pacientes y terapeutas rotaban con regularidad, pero las dinámicas propias del dispositivo permanecían. Así, pude observar regularidades, circulaciones de prácticas y sentidos que parecían tejer lo que propongo denominar una trama diferencial en el hospital. Espacio Vital habilitaba otras formas de *habitar* el espacio hospitalario tanto para usuarios y pacientes como para practicantes y, en ciertos casos, trabajadores; otorgaba el marco de posibilidad para la circulación de otros saberes y prácticas.

Para dar cuenta de cómo esta experiencia se entretecía dentro de las dinámicas propias de los servicios de salud y, a partir de allí, proponía algo novedoso, brindaré ciertas precisiones conceptuales sobre las cuales se sustenta este análisis. Abordaré la noción de micropolítica y explicitaré por qué propongo pensar este dispositivo como una *micropolítica de bienestar —de cuidado y autocuidado—*.

El pensamiento de Deleuze y Guattari (1985, 2004) sobre los modos de producción de subjetividad, del mundo, su análisis del capitalismo y conceptualización de micropolítica es amplio y aplicable a diversos campos. En este trabajo retomaré algunas de las conceptualizaciones principales trabajadas por estos autores, a modo de caja de herramientas teóricas para pensar Espacio Vital, puesto que en su propia denominación encierra una concepción *sui generis* sobre el lugar en el que se llevan adelante las proposiciones terapéuticas que lo inspiran.

Lo interesante y pertinente de esta propuesta teórica para este caso de estudio es el nivel de análisis que abordan, posicionando su atención en las *multiplicidades*, los *agenciamientos*, las *líneas de fuga*, es decir, aquellas dinámicas y procesos sociales que escapan a las categorizaciones, a los mecanismos que pretenden homogeneizarlos. Nos invitan a pensar más allá de los dualismos, de las dicotomías, a seguir los fenómenos sociales en sus devenires, allí donde se

producen, sin necesariamente buscar puntos de conexión —*arborescentes*, dirían ellos (Deleuze y Guattari, 2004)— o de estabilización.

Si bien proponen superar las oposiciones binarias, Deleuze y Guattari (2004) afirman que tanto las personas como las sociedades se constituyen a partir de «segmentaridades». Así, caracterizan dos segmentaridades constitutivas de la producción del mundo a nivel individual y colectivo: una *molar*, dura, *arborescente* y una *molecular*, flexible, *rizomática*. ¿Esto qué significa? La existencia de dos dimensiones de la producción del mundo, de agenciamientos y multiplicidades. Una de ellas, la *molar*, asociada a lo estandarizado, lo estabilizado: las grandes categorías con las que pensamos y experimentamos la sociedad, las divisiones —sexo, clase, religión, por poner ejemplos—, las instituciones. La otra, la *molecular*, asociada a todo aquello que se cuele por los intersticios de lo *molar*, a la gestación de formas de actuar, vivenciar o pensar el mundo que no son categorizables, que fluyen, que devienen, sin detenerse a constituirse o *enraizarse*.

Ahora bien, el lector podría objetar y decir que pensar en una división tan tajante es un gran dualismo, pero lo interesante de esta perspectiva es que la distinción entre segmentaridades no implica oposición, ni complementariedad. Si la segmentaridad *molar* y la *molecular* se diferencian es «porque no tienen los mismos términos, ni las mismas relaciones, ni la misma naturaleza, ni el mismo tipo de multiplicidad. Y si son separables es porque coexisten» (Deleuze y Guattari, 2004, p. 218); es decir, son dos formas de producción del mundo distintas que pueden interrelacionarse, surgir —ambas— en organizaciones micro o macrosociales, pero, en última instancia, refieren a lógicas diferentes. Estas dos categorías son equivalentes —de manera casi directa—, a las nociones de *macropolítica* y *micropolítica*. «Todo es política», van a decir los autores, pero esa política es, al mismo tiempo, *macropolítica* —*molar*— y *micropolítica* —*molecular*—. La coexistencia e interrelación de ambas no impide que, pese a la organización dura de las cosas, surjan otro tipo de percepciones, «un mundo de micropreceptos inconscientes, de afectos inconscientes, segmentaciones finas que no captan o experimentan las mismas cosas (...) una micropolítica de la percepción, del afecto, de la conversación, etc.» (Deleuze y Guattari, 2004, p. 218).

Antes de llegar a la vinculación de esta propuesta teórica con la temática central de este trabajo, es menester hacer algunas aclaraciones más. En primera instancia, lo micropolítico o molecular no remite necesariamente a grupos reducidos o pequeñas iniciativas; sí se desenvuelve en el detalle y pasa por organizaciones de menor tamaño, pero puede ser coextensivo a todo el cuerpo social y, al mismo tiempo, lo molar o macropolítico puede enraizarse en grupos o hasta individualidades. Así, lo molecular es el espacio de la inventiva, de la creatividad, de lo que fluye o se mueve, pero esto no implica que equivalga a lo «bueno» o «deseable».

Esta noción de una dimensión molecular del mundo, de producciones micropolíticas, donde hay lugar para devenires que no tienen puntos de anclaje, para prácticas difíciles de asir, resuenan fuertemente con lo que fue Espacio Vital. Esta área de trabajo, que en el ámbito hospitalario en el que se desarrolla denominan *dispositivo*, se desenvolvía una vez por semana y, si bien contaba con el aval institucional, dirimía su permanencia y acceso a los diferentes servicios del hospital en negociaciones constantes con actores particulares en cada sector de la institución. En los recorridos de practicantes de cada terapia y la circulación de *usuarios*, se habilitaba un discurso sobre la salud centrado en la búsqueda de bienestar —de estar mejor— y no en los padecimientos; en el autocuidado, la atención y escucha al propio cuerpo y en el experimentar los procesos de salud y enfermedad con la compañía de otros. Al contrario, el abordaje biomédico tiene como eje el tratamiento individual de las patologías.

Las dinámicas constitutivas de los hospitales y otras instituciones asociadas a la salud y, de una u otra manera, al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992) entran en la dimensión de lo *molar*, de lo duro, lo instituido. No obstante, en la cotidianidad del trabajo en salud, que tiene la particularidad de ser un tipo de tarea que involucra ciertas dimensiones de la subjetividad de la persona —creencias, valores, historias de vida— (Franco, 2006), es posible asistir a una diversidad de prácticas, modos de relacionarse, de habitar los espacios hospitalarios que entran en el orden de lo *molecular* y micropolítico (Camargo Macruz, 2014; Franco, 2006; Merhy, 2021) y que son, también, constitutivas de estas instituciones. Es en esta dimensión que en este hospital se desarrolló Espacio Vital.

Si partimos de esta línea de análisis es preciso indicar que, mientras lo *molecular* se concibe como una dimensión, es factible hablar de micropolítica en referencia a agenciamientos o modos de actuar particulares. Así, se piensa la micropolítica como un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado que abren paso a un «proceso de singularización» (Guattari y Rolnik, 2006); es decir, un proceso social objetivo que se desprende de un estrato de resonancia, de discusiones teóricas, de nuevas formas de pensar algo ya instituido socialmente y da lugar a la experimentación, a la puesta en práctica de esas discusiones. En el tema que nos ocupa, Espacio Vital podría ser definido como ese proceso social objetivo que propone pensar el rol de los hospitales, los procesos de salud, enfermedad, atención y la inserción de prácticas de cuidado gestadas por fuera de la medicina alopática.

Por lo expuesto, postulo que Espacio Vital puede ser imaginado y analíticamente abordado como una *micropolítica de bienestar* —*cuidado y autocuidado*—. Si bien la noción de bienestar tiene su propia genealogía asociada a la modernidad, al capitalismo y a la idea de persona (D'Angelo, 2013), al utilizarla aquí estoy remitiendo a una idea propia del campo de mis interlocutores, quienes indican que este dispositivo es un lugar para que cada uno busque su

bienestar; es decir, «pueda estar mejor» sea cual sea el estado de salud que esté atravesando. Al aclarar «cuidado y autocuidado» me refero, entonces, a las dimensiones que adquiere ese bienestar en el campo: «cuidado» da cuenta aquí de lo colectivo de esa búsqueda de bienestar. Pese a que las terapias en su mayoría son individuales, se genera una dimensión colectiva que está estrechamente asociada a la noción de autocuidado, al lugar que ocupa uno mismo en sus procesos de salud-enfermedad-atención y a la relación con el propio cuerpo.

Para dar cuenta de por qué es posible pensar a Espacio Vital como una *micropolítica*, considero necesario llevar al lector de este artículo a un breve paseo etnográfico por las dinámicas y actores que constituyeron este «proceso social objetivo»; al tiempo que nos adentramos en aquello que tenía de particular esta experiencia, donde radicaba su potencialidad.

### Siguiendo los devenires de Espacio Vital: breve digresión etnográfica

Al poco tiempo de iniciada la investigación, cuando ya había construido un vínculo estrecho con todos los miembros del equipo, quienes me consideraban «una más»; cuando las enfermeras comenzaron a saludarme en los pasillos y comentarme situaciones de la cotidianidad y cuando me encontré sumergida en la práctica de saludar con abrazos a los usuarios regulares, siempre dispuestos a charlar conmigo entre sus sesiones, empecé percibir los matices de una dinámica propia de EV. Hasta ese momento, podía dar cuenta de que había algo de índole sensorial; se trataba de un modo de interacción particular entre todos los actores que formaban parte de EV, en cualquier rol que asumieran y que se manifestaba en encuentros pausados, atentos. Una dinámica que incluía no solo el intercambio entre personas, sino la vinculación con espacios físicos, con sonidos y olores que atravesaban y permeaban a EV como un todo. Esa percepción inicial me llevó a considerar la importancia de los sentidos que suelen quedar por fuera en las investigaciones etnográficas (Stoller, 1989), tales como la audición y el olfato, que se presentaban como necesarios para abarcar aquello que estaba vivenciando. Considerar la dimensión sensorial me permitió comprender de manera integral a EV en tanto fenómeno social y llegar a intersticios donde la comunicación y la construcción de sentidos no era con palabras (Howes, 2014). Así, esta perspectiva me llevó a preguntarme y a preguntar entre terapeutas y usuarios, ¿qué es lo particular de EV?, ¿qué es eso que pareciera unir la diversidad de prácticas, de espacios, de personas y conformar lo que parecía configurar una suerte de unidad?

Esta «unidad» se manifiesta bajo la forma de un proceso, un *fluir*, un conjunto de *cosas* en movimiento (Ingold, 2012) en el curso diario de Espacio Vital. Cuando sus actividades se inician los miércoles por la mañana, los espacios se pueblan de sonidos, olores, sonrisas y escuchas atentas que se entrelazan con colores, mensajes de aliento plasmados en las paredes

y plantas, muchas plantas. Si alguien, con mirada atenta, se abstrajera del trajín cotidiano de este espacio tan plural, diera cuenta de este entramado y osara seguirlo, podría atravesar el jardín central del hospital donde —probablemente— se quedaría atónito unos segundos ante la imponencia de un árbol antiquísimo en el centro, una magnolia cuyas hojas superan por mucho el alto de los edificios. Si se encontrara en los primeros días de octubre, también se vería invadido por el olor de esas flores blancas, más grandes que la palma de una mano. Pasado este breve trance, nuestro observador anónimo podría dar cuenta de los detalles de este «pulmón verde», más plantas, bancos para sentarse y murales coloridos en las paredes. Luego, el recorrido lo llevaría a atravesar la puerta del pabellón D, subir las amplias escaleras de caracol de mármol y, atraído por la luz clara que entra por las ventanas, se podría ver tentado a ingresar al hospital de día.

Una vez adentro se vería inmerso en una melodía armoniosa, una mezcla de sonidos dados por el trinar de los pájaros, el correr del agua y el tintineo de algunas campanas. Rápidamente, esta sonoridad se entrelazaría con palabras que salen de la televisión, colgada en medio de la sala. Esta distracción le permitiría mirar a su alrededor: una sala con 12 sillones individuales, grandes, reclinables, de cuerina verde petróleo; algunos de ellos ocupados por personas de distintas edades, cuya similitud pasa por estar conectados a una vía intravenosa a máquinas con pequeñas bolsitas de líquido colgando. Pero, en vez de detenerse en estas personas es probable que nuestro observador se viera obnubilado por la luz natural que ingresa por las grandes ventanas que rodean al recinto, en las paredes se pueden ver *mandalas* de colores vivos, pintados a lápiz y acompañados de frases tales como «Paz interior; Disfrute; Relajación; Calma, todo está bien, hoy hay paz en tu corazón»; también es posible ver cuadros de pinceladas en tonos pastel. Al ajustar su observación podría dar cuenta de que hay dos mujeres, sentadas delante de los sillones, masajeando los pies de algunas de las personas que los ocupan, quienes se recuestan con almohadillas de semillas en los ojos; detectaría que el sonido armonioso proviene del celular de una de estas dos mujeres. Si se atreviera a entablar conversación, tendría la oportunidad de charlar con Sandra, la jefa de enfermería de aquel lugar, quien le diría que los *mandalas* fueron pintados por pacientes, en una actividad realizada hace ya un tiempo largo por Espacio Vital; contaría —orgullosa— que los cuadros color pastel los pintaron ellas —las enfermeras— cuando se remodeló este espacio en 2016, porque pensaron que era necesario que el lugar fuera acogedor.

Pero algo llamaría a nuestro observador para reiniciar el recorrido. Dejando el pabellón D podría encaminarse al pabellón A, allí es probable que la humedad en las paredes, la oscuridad de los pasillos y el ruido del ir y venir de personas, lo distrajera de su observación. Si lograra recomponerse, hallaría la estrechísima y empinada escalera caracol que lo conduciría al tercer

piso; donde el camino lo guiaría hasta la clínica médica mujeres y se encontraría con habitaciones grupales, con mujeres acostadas en camas individuales. Nuevamente, no sabría por qué su percepción lo trajo hasta aquí, pero en una de las salas reconocería a otra de estas mujeres, masajeando los pies de una paciente, con música armoniosa y entablando una conversación sobre la necesidad de relajarse para poder recuperar la fuerza del cuerpo. La conversación se entrelazaría con un aroma dulzón, floral, proveniente de los aceites con que se realizan los masajes.

Luego, desandaría sus pasos, volvería a admirar la magnolia y, escogiendo el camino de su izquierda, ingresaría al pabellón C. Ahí, en el primer piso se abriría ante él un espacio silencioso, vacío, meticulosamente decorado y cuidado, cuadros de colores pasteles pintados a mano, plantas de interior, paredes de un blanco impoluto con un sillón y dos sillas antiguas recuperadas. En este primer espacio se encontraría con dos puertas cerradas, en la primera de ellas vería un cartel: «Consultorio de Osteopatía, no golpee, aguarde a ser atendido». Pero, seguramente, nuestro observador se vería atraído por la puerta frente a esta, la cual se abre a un imponente balcón-terraza con vistas a la magnolia, restaurado con piso de madera y ocupado por más de cien plantas de diferentes variedades. Allí vería a Patricia, encargada de la limpieza de este pabellón, y para quien esas plantas son su devoción y siempre está dispuesta a hablar largamente sobre ellas y hasta a regalar algún gajito. Coronando el balcón-terraza se alza un jardín de invierno, una sala compuesta por paredes vidriadas y amueblada con una mesa blanca, sillas celestes, un colchón-sillón con almohadones tejidos y más cuadros de colores pasteles. Tanto los almohadones como los cuadros son obra de distintos talleres realizados al comienzo de Espacio Vital.

Atravesando el jardín de invierno, nuestro observador ingresa a una nueva sala blanquísimas con camillas divididas por grandes cortinas. En este espacio prístino la luz tenue de una lámpara de sal tiñe todo de un color rosado, sumado a un aroma dulzón que inunda el espacio. Allí, podría verse tentado a quedarse escuchando la conversación entre dos mujeres, una de ellas recostada en una camilla, mientras la otra apoya sus manos alrededor de su cabeza y le habla bajito con los ojos cerrados. Pero la situación sería demasiado íntima y optaría por continuar su recorrido, al salir de esta habitación un pasillo lo llevaría a un nuevo espacio con un sillón, cuadros y plantas. Desde allí podría vislumbrar otra sala, donde un grupo de cinco personas se mueven lentamente por el espacio, contorsionando sus cuerpos, sonriendo, siguiendo una música suave y las palabras de una mujer esbelta que guía el movimiento.

Pese a estar tentado a sumarse a la lenta danza, la percepción lo llevaría al primer espacio de este pabellón. Allí encontraría congregadas a unas ocho personas, hombres y mujeres, en una

rueda *mawashi*;<sup>4</sup> posicionados en una ronda uno al lado del otro, cada uno con la mano derecha a su costado con la palma arriba y la izquierda con la palma para abajo, ambas conectadas con las manos del que está al lado. Todos tendrían los ojos cerrados y se escucharía a uno de ellos decir: «Nos conectamos con la alquimia mágica, la energía cósmica y la energía terrenal». Pasados unos minutos, todos romperían la ronda y se oirían algunos suaves *gracias, gracias, namasté*. Luego de este encuentro, podría seguir a este grupo de personas a quienes acompañaría a recorrer los espacios ya visitados; en estos lugares pondrían música nuevamente y se congregaría alrededor de pacientes, enfermeras y acompañantes, les pedirían suavemente que cierren los ojos y se relajen para luego posicionar sus manos en distintas partes del cuerpo. En su recorrido, este grupo iría dejando un rastro de aromas —dulzones, florales, cítricos— como una estela posible de seguir.<sup>5</sup>

## Lo particular de «Espacio Vital»: Textura espiritual

En el apartado anterior pudimos adentrarnos en las dinámicas propias de Espacio Vital, donde los colores, espacios, olores y demás sensaciones aparecen para dar cuerpo a una sensorialidad que caracterizaba la atmósfera y la experiencia vivida en EV. Esta dimensión se complementa con los discursos de la coordinadora, los terapeutas y los usuarios sobre EV en torno a *eso que pasa*, que era lo especial de este dispositivo para quienes lo creaban y habitaban.

Así, la coordinadora, frente a situaciones que encontraba difíciles de explicar, tales como la llegada de algún terapeuta en un momento de necesidad del EV sin tener conexión previa alguna o la existencia misma de este dispositivo en un hospital público, planteaba que estaban relacionadas con «la magia que fluye acá» (registro de campo, 19/12/2018). En otras oportunidades, «eso que pasa» se quedaba en el ámbito de lo *no dicho*, pero expresado con miradas y sonrisas cómplices o referenciado como «eso que circula», «lo que hace que todo funcione acá». Significarlo como *magia* es algo que también hacían los terapeutas:

Lo que pasa acá es esa magia... y la verdad es que es vivenciarla... es estar dentro de esa magia, no hay una explicación, hay algo... la energía de grupo, algo que acompaña a todos juntos (Marcela, reikista, encuentro reflexivo 12/06/2019).

A mí me pasaron cosas con dos pacientes acá en el hospital que hasta yo pienso wow...es magia (Mónica, osteópata, encuentro reflexivo, 24/04/2019).

4 La rueda *mawashi*, círculo de reiki o rueda de reiki, es una técnica japonesa para realizar reiki en forma grupal. <https://www.reikiactivo.com/reiki/tecnicas/tecnicas-de-reiki-tradicional-japones/mawashi-reiki>, recuperado el 21 de julio de 2021.

5 Los párrafos precedentes son una reconstrucción etnográfica basada en diversos registros de campo, las citas literales fueron extraídas de los registros de campo del 21/11/2018 y 10/04/2018.

(Espacio Vital) Es la sumatoria de todos los que trabajamos en él, la energía de todos lo hace «tan especial, tan mágico», una energía que circula y une a los que estamos en sala con los que están acá (Claudia, reikista, encuentro reflexivo 22/05/2019).

En este sentido, la palabra *magia* viene a dar cuenta de lo que no es posible explicar en palabras, algo que todos saben, pero que no tiene traducción en un lenguaje hablado, aunque sí en el de los gestos y las sonrisas cómplices. Por otro lado, la referencia al espacio físico, las plantas, los sonidos, los aromas es expresada tanto por terapeutas como por usuarios a la hora de hablar sobre la particularidad de Espacio Vital.

Vos entras acá, a esta parte y te das cuenta que hay un buen ambiente y buena onda, y eso que he venido los días de lluvia, viste que son re tristes. (...) Y aparte te querés quedar, no te querés ir. Igual todo el hospital tiene buena energía, a pesar de todo, menos el pabellón aquel que no me gusta (hace referencia al Pabellón A) (usuaria de EV y paciente, entrevista, 11/12/2019).

Más adelante en la charla, relacionó esta dimensión con el tratamiento biomédico que llevaba adelante:

Es el mismo síntoma igual eh, pero vos ves más iluminado, eh... las paredes más lindas, hay cuadros colores, hay más espacio y es - lo tomás distinto aparte ahora por ejemplo vienen las chicas no sé si ahora estarán haciendo reflexología a los pacientes (Entrevista, 11/12/2019).

Tengo la esperanza de que, luego de las descripciones precedentes, el lector se haga una idea de esta dimensión, algo difusa, que estuve tratando de seguir en estas líneas. Si bien, como vimos, los distintos actores que componían EV daban cuenta de su existencia, no encontraban palabras para significarlo, parecería entrar «en el ámbito de lo inefable, de lo que solo puede ser sentido, vivido en carne —y alma— propia, algo que los excede y que, por su naturaleza, no puede ser desvirtuado por las palabras» (Martin, 2007, p. 41). En este punto propongo pensar esta dimensión a partir de la noción de «espiritualidad» que es intrínseca a lo que sucedía en Espacio Vital, pese a no ser puesta en palabras.

Para hablar de espiritualidad, propongo seguir a Asad (2001) —tal como hicieran Giumbelli (2011) y Toniol (2017, 2018)— en su observación sobre la religión como categoría, y afirmar que toda definición de la espiritualidad es un acto, es decir, que es definida en contextos específicos, sociales e históricos por personas que tienen motivaciones múltiples para significarla de tal o cual manera. Así, considero que *lo espiritual* de Espacio Vital no puede ser buscado solo en las interacciones específicas entre terapeutas y usuarios, ni en las cosmovisiones que sustentan las terapias, ni en las representaciones de los usuarios; sino que es posible hallarlo en el conjunto de todo eso, más el espacio físico, las charlas al pasar que se dan en él, y el conglomerado de los aromas y sonidos que colaboran en la creación de una atmósfera singular. Este

ambiente puede asociarse a lo que Martín (2007) denominó como «textura sagrada» al hablar de la religiosidad popular, la cual apuntaría a una dimensión diferencial del mundo habitado que se expresa por los actores en actos concretos, en prácticas de sacralización.

Las prácticas de sacralización, entonces, no vienen a designar una institución, una esfera o un sistema de símbolos, sino heterogeneidades reconocibles en un proceso social continuo en un mundo significativo, y por ello, no «extraordinario» ni radicalmente otro. Texturas diferenciales, heterogeneidades reconocibles que activan en momentos específicos o espacios determinados (Martín, 2007, p. 49).

Esta conceptualización nos permite pensar —pese a la diferencia de los contextos analizados— en lo que sucede en EV, en ese *algo*, esa *magia* que es imposible abordar desde una experiencia individual de la espiritualidad, pero que resuena con la idea de lo trascendental colectivo, social (Ammerman, 2013). En este sentido, propongo pensar esa totalidad en tanto conjunto de interrelaciones entre personas, espacios, objetos y sensaciones, como una *textura espiritual* que es intrínseca a Espacio Vital al tiempo que lo distingue del resto de las áreas del hospital Udaondo y se cuela entre los intersticios institucionales a partir de los recorridos de sus terapeutas. Sostengo que es una dimensión que solo se hace visible si se atiende al devenir de las *cosas* que la componen (Ingold, 2012), de las «materias-flujo» (Deleuze y Guattari, 2004); es decir, los sucesos, los hilos vitales que, sin necesidad de conectarse, conforman un entramado, una malla, una textura (Ingold, 2012). Así, la espiritualidad en EV atraviesa las individualidades de terapeutas y usuarios y, al mismo tiempo, transforma el mundo habitado del Udaondo en momentos concretos, en días particulares, en prácticas específicas.

En la introducción de este trabajo postulé que EV podía ser considerado como una micropolítica de bienestar —de cuidado y autocuidado—. Sumo a esta afirmación que lo particular de esa micropolítica es la generación de esta textura espiritual que transforma al espacio hospitalario en momentos concretos a través de los itinerarios de los actores y de la circulación de aromas, gestos y sonidos. Aquí cabe reafirmar que se piensa a la micropolítica como un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado, que abren paso a un «proceso de singularización» (Guattari y Rolnik, 2006), es decir, un proceso social objetivo que se desprende de un estrato de resonancia, de discusiones teóricas, de nuevas formas de pensar algo ya instituido y da lugar a la puesta en práctica de esas discusiones. En este caso particular, se trata de acciones tendientes al cuidado, de prácticas terapéuticas no biomédicas, llevadas adelante dentro de un hospital público, por un grupo de terapeutas, con el fin de brindar bienestar a pacientes en diferentes estadios de sus procesos de salud-enfermedad. Acciones enmarcadas en un dispositivo de atención, Espacio Vital, que buscaba poner en ejercicio una manera de concebir la relación entre la biomedicina y otras prácticas terapéuticas, la medicina integrativa. Así, en este entramado, se abrió un marco de posibilidad para la vivencia de otras formas de

experimentar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y la búsqueda individual y colectiva de bienestar.

## Consideraciones finales

El objetivo de este artículo fue abordar un caso etnográfico concreto de inserción de medicinas no convencionales en un hospital público, con el fin de arrojar luz acerca de cómo este fenómeno puede desarrollarse y qué características propias de los servicios de salud le otorgan su marco de posibilidad. Así, vimos que Espacio Vital, en tanto experiencia de medicina integrativa, se enlazó con las dinámicas propias del trabajo en salud, caracterizado por la gran autonomía de sus trabajadores y la implicancia subjetiva que demanda el tipo de labor.

En ese sentido, vimos que este tipo de saberes sobre la salud no biomédicos dialogan en los hospitales con las prácticas de cuidado llevadas adelante por enfermeras, terapias, que son centrales para la atención en salud. Mattingly (1998) afirma que en los hospitales hay dos temporalidades, la habitada por médicos, donde se tratan las enfermedades, se diagnostica e indican tratamientos y la otra, la de las «prácticas invisibles»<sup>6</sup> donde enfermeras, terapistas ocupacionales —y, reikistas, reflexólogas y osteópatas, sumaría en este caso— atienden la «experiencia del padecimiento» a partir de «pequeñas atenciones, actos de generosidad» (Mattingly, 1998, p. 22), es decir, acciones de cuidado que no se registran en historias clínicas, pero que son determinantes para el proceso de salud-enfermedad-atención y las vivencias del padecimiento.

Así, propuse pensar esta experiencia específica, como una micropolítica de bienestar, es decir, un proceso social objetivo, un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado que abren paso a «proceso de singularización» (Guattari y Rolnik, 2006); la puesta en práctica de algo nuevo, de una combinación novedosa de agenciamientos. Así, Espacio Vital puso en práctica, dentro del espacio hospitalario, una nueva forma de pensar y transitar los procesos de salud-enfermedad-atención, un abordaje individual y colectivo, ligado al cuidado, a lo sensorial, al afecto; donde se entrelazaban prácticas, personas, espacios y cosas. Una experimentación, una materia-flujo, que concluyó, pero que dejó su resonancia y que todavía nos invita a seguir sus devenires y sus puntos de enraizamiento.

Finalmente, postulé que esta micropolítica tenía algo de particular, en esa interrelación de devenirse, que era la generación de una *textura espiritual*, que modificaba el hospital y a las

6 La autora, en el idioma original del texto, utiliza la expresión «Underground practice», que se podría traducir como *prácticas subterráneas*. No obstante, se decide traducir como «prácticas invisibles» atendiendo al sentido que cobra esta expresión en la argumentación de la autora. Véase, Mattingly (1998, p. 22).

personas que lo habitaban en tiempos y lugares concretos. Esta dimensión sensorial, permitió dar respuesta a una pregunta que surge inevitablemente en el encuentro entre terapias alternativas y biomedicina. Si las primeras deben reconfigurarse, despojarse de sus signos, sus asociaciones con lo sagrado, sus cosmovisiones para adentrarse en el hospital, si no se habla de espiritualidad o de energía, ¿cómo puede surgir la *magia*? La noción de textura espiritual nos invita a pensar en la espiritualidad más allá de las palabras, a atender a los sentidos como herramientas de investigación y producción de conocimiento.

Espacio Vital concluyó como experiencia de interrelación entre diversos saberes sobre la salud en el hospital, pero considero que su análisis arroja luz para entender cómo estos fenómenos pueden desarrollarse en los intersticios del modelo médico hegemónico, en la dimensión molecular de la experiencia sociocultural.

## Referencias

- Ammerman, N. (2013). Spiritual But Not Religious? Beyond Binary Choices in the Study of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(2), 258-278.
- Asad, T. (2001). Reading a Modern Classic: W. C. Smith's «The Meaning and End of Religion». *History of Religions*, 40(3), 205-222.
- Camargo Macruz, L. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Rede UNIDA.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- D'Angelo, A. (2013). Mujeres, corporalidad y bienestar alternativo en la publicidad. *Tramas*, (39), 85-117.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Favret-Saada, J. (2005). Être affecté de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos de Campo*, (13), 155-161.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Franco, T. B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. En R. Pinheiro y R. A. Matos (Orgs.), *Gestão em Redes*. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 505-518.
- Giumbelli, E. (2011). A noção de crença e suas implicações para a modernidade: um diálogo imaginado entre Bruno Latour e Talal Asad. *Horizontes Antropológicos*, 17(35), 327-356.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Tinta Limón.
- Guber, R. (2006). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma.
- Howes, D. (2014). El creciente campo de los estudios sensoriales. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 6(15), 10-26.
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, 27, 117-187.
- Ingold, T. (2012). Trazendo as coisas de volta a vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, 18(37), 25-44.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
- Luz, M. T (1996). *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Martín, E. (2007). Aportes al concepto de «religiosidad popular»: una revisión de la bibliografía argentina de los últimos veinticinco años. En M. J. Carozzi y C. Ceriani Cernadas (Coords.), *Ciencias sociales y religión en América Latina: perspectivas en debate* (pp. 61-86). Biblos/ACSRM.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrativa structure of experience*. Cambridge University Press.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *La Antropología Médica en México*, 1, 97-111.
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Universidad Nacional de Lanús. Edunla Cooperativa.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la oms sobre medicina tradicional 2002-2005*. Organización Mundial de la Salud.
- Saizar, M. (2019). Las marcas de lo sagrado en el campo público de la salud. Abordajes desde la religión y la espiritualidad en Argentina. *Nueva Época*, (4), 161-182.
- Saizar, M. y Bordes, M. (2014). ¿Hospitales New Age o Terapias alternativas medicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). En M. Blázquez Rodríguez, M., Cornejo Valle y J. Flores Martos (Coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: saberes, agencias y prácticas periféricas*. Publicaciones URV.
- Saizar, M. y Bordes, M. (Eds.). (2017). *Alternative Therapies in Latin America. Policies, practices and beliefs*. Nova Science Pub Inc.
- Saizar, M., Sarudiansky, M. y Korman, G. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología e Sociedade*, 25, 451-460
- Sirvent, M. T. (1999). *Cultura popular y participación social. Una investigación en barrio de Mataderos (Buenos Aires)*. Miño y Dávila.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Stoller, P. (1989). *The taste of ethnographic things: the senses in anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Toniol, R. (2017). O que faz a espiritualidade? *Religião & Sociedade*, 37(2), 144 - 175. <https://dx.doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06>
- Toniol, R. (2018). *Do Espírito na Saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/ complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. LiberArs.

**Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):** El artículo corresponde en su totalidad a Nahir Paula de Gatica.

**Editado por:** El comité editorial ejecutivo Juan Scuro, Pilar Uriarte y Victoria Evia aprobó este artículo.

**Nota:** El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.