



"Flower Power". La terapia de Flores de Bach como práctica política en salud

"Flower Power". Bach Flower therapy as political practice in healthcare

Patricia Helena Junge

Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Santiago, Chile)
patricia.junge@gmail.com

Resumen

Este artículo se basa en los resultados de mi investigación de doctorado sobre prácticas solidarias de medicina integrativa en dos centros no gubernamentales de atención primaria ubicados en las comunas de Recoleta e Independencia de Santiago de Chile. Los centros son dirigidos por profesionales de la salud con formación en medicina social-comunitaria. Trayectorias histórico-políticas y personales llevaron a estos profesionales a transitar desde la salud comunitaria previa al golpe de estado de 1973 a prácticas de atención primaria en postdictadura donde el componente político-comunitario se desarrolla a través de terapias no-convencionales; entre ellas las Flores de Bach, las cuales desarrollaré con mayor profundidad. Me baso en la filosofía política de Jacques Rancière y en la antropología médica crítica de Hans Baer para argumentar que, en dicha transición, terapias como las Flores de Bach se transforman en una práctica de desacuerdo político, toda vez que son parte de una atención primaria no convencional donde aquellos silenciados por el sistema hegemónico, tanto político como de salud, encuentran formas críticas de posicionarse ante el estatus quo. Finalmente, la permanencia de estas prácticas de salud hasta la actualidad da cuenta de la continuidad de las condiciones que les dieron origen.

Palabras clave: antropología médica crítica, ONGs, Flores de Bach, política, Santiago de Chile.

Abstract

This paper is based on the results of my doctoral research in anthropology on solidarity practices of integrative medicine in two non-governmental primary healthcare centers in the communes of Recoleta and Independencia, in Santiago de Chile. Both places are run by healthcare professionals with a background in social and community medicine. Historical, political and personal trajectories led these practitioners to move from the community healthcare practices previous to the military coup of 1973 to post-dictatorship primary healthcare practices where the political component is developed through non-conventional therapies. Among these are Bach Flowers, which I discuss in detail here. Based on the political philosophy of Jacques Rancière and the critical medical anthropology of Hans Bear, I argue that, in that transition, the unconventional healthcare practice of Bach Flowers became political practices of disagreement, where those silenced by the hegemonic political and the healthcare systems found ways to position themselves critically to the status quo. In this sense, therapies like Bach Flowers became a political practice that contests hegemonic power. Finally, the persistence of these practices until today shows the continuity of the circumstances that originated them.

Key words: critical medical anthropology, NGOs, Bach flowers, politics, Santiago of Chile.



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Prácticas de salud no-convencional en la zona norte de Santiago de Chile

Si bien la expresión "Flower Power" se asocia comúnmente de forma un poco despectiva con el movimiento hippie de los años 60, también nos permite abrir la pregunta por el sentido que tuvo/tiene la idea de ejercer poder a través de las flores. En lo que sigue vamos como las flores de la terapia de Flores de Bach adquieren su poder. Las Flores de Bach son parte de una amplia gama de terapias ofrecidas en dos centros no gubernamentales de atención primaria en las comunas de Independencia y Recoleta, de Santiago de Chile. Ambos centros se caracterizan por atender a una población heterogénea, compuesta mayoritariamente por los habitantes de ambas comunas: población de media alta prioridad social (Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana 2019) y en su mayoría usuarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el período de estudio los tramos A y B del fondo (con gratuidad) sumaban el 58% de la población beneficiaria de Recoleta y el 55% de Independencia (Servicio de Salud Metropolitano Norte 2013). Adicionalmente, ambos centros están abiertos a recibir consultantes y participantes de sus actividades de otras comunas de la Región Metropolitana, de niveles de ingreso y afiliación de salud muy diversas. Esta diversidad es acogida por el modelo solidario de financiamiento de ambos lugares. Uno de ellos cobra el equivalente al bono Fonasa de menor precio por cada terapia, si es que los pacientes no vienen derivados de algún centro de salud de la red pública; el otro centro deja al criterio y posibilidades de cada persona el monto solidario a pagar, pudiendo ir este desde el valor de una consulta privada de salud hasta un monto igual a cero.

Estos centros se caracterizan por poner en práctica una forma de atención que es no-convencional dentro de los consensos predominantes en el área de la salud. En primer lugar, es no-convencional porque se encuentra fuera de la supervisión del sistema oficial de salud, tanto en su administración como en su modelo de atención. En segundo lugar, se aleja de las prácticas convencionales tanto de la biomedicina como de la mayoría de las terapias alternativas, pues ambos centros incluyen un enfoque de salud que trasciende tanto el modelo individualista de atención biomédica como la relación transaccional de los mercados de salud y bienestar alternativo. Esta aproximación a la salud es sintetizada en el nombre que dan a sus prácticas: medicina integrativa, solidaria y humanizada (CECV 2008, 2015). En las páginas que siguen expondré cómo esta forma no-convencional de atención en salud y cuidado se traduce en una acción política, siendo las Flores de Bach un ejemplo de aquella práctica de poder.

Si bien estos centros de salud son independientes entre sí, comparten una genealogía común. Ambos fueron creados en la década de 1990 por profesionales de la salud formados en medicina social y comunitaria en Chile durante las décadas de 1960 y 1970. Dada esta formación, y el contexto social y político en que comenzaron su ejercicio profesional, estos actores de la salud tuvieron un fuerte compromiso de activismo político, no solo por sus militancias en partidos políticos de la época, sino sobre todo por su vínculo con la salud primaria basada en prácticas comunitarias. Esta militancia y formación los hizo blanco de la represión de la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990) y les empujó a prácticas de resistencia política durante y después de la dictadura a través de organizaciones no gubernamentales (ONGs). Son estos médicos, médicas y enfermeras los que hoy no sólo administran los centros de salud, sino que también practican como terapeutas florales, maestras de Reiki, acupunturistas y facilitadores de desarrollo personal, entre muchas otras prácticas de cuidado no-médico.



En un contexto global donde las medicinas complementarias y alternativas (MCA) son parte de lucrativos mercados privados de bienestar y autocuidado (Alter 2004; Pordié 2015; Zimmermann 1992), la mera existencia de estos centros de "medicina integrativa, solidaria y humanizada" a cargo de profesionales de la salud con un arraigado compromiso político con la salud comunitaria, constituye un fenómeno contra intuitivo que espera aclaración. ¿Cómo es posible que estos profesionales transitaran desde un férreo compromiso político y social antes de y durante la dictadura de Pinochet hacia prácticas de MCA en espacios tipo ONG? ¿Sería esto un signo de la derrota ante la fuerza de los mercados de salud, o acaso una estrategia de evasión gatillada por los fracasos y traumas dejados por el régimen autoritario? ¿O habría algo nunca antes dicho ni hecho fraguándose en estos "laboratorios", como los llamo una vez un entrevistado? Y además, ¿por qué son las Flores de Bach la terapia más practicada y solicitada en estos centros de salud?

Los argumentos que se presentan a continuación se basan en el trabajo de campo desarrollado en ambos lugares entre 2012 y 2015, incluyendo observaciones participantes y entrevistas en profundidad con terapeutas, pacientes y administrativos. El contacto inicial fue a través de la invitación de uno de los médicos fundadores del centro ubicado en Independencia, contactado por su larga trayectoria en psiquiatría comunitaria y vasto conocimiento de la historia política de la salud en la zona Norte de Santiago. Desde ahí, un muestreo del tipo "bola de nieve" (Pedraz et al. 2014) fue llevando a la investigadora a través de la red de personas y lugares vinculadas con la genealogía de esta atención llamada "medicina integrativa, solidaria y humanizada". Así se llegó al centro ubicado en Recoleta, su equipo y sus pacientes. La historia política de la emergencia de estas prácticas de salud se reconstruyó fundamentalmente a partir de las historias de vida de seis actores clave de ambas instituciones. Por su parte, el análisis de las terapias de Flores de Bach, que es la de mayor recurrencia en ambos centros, se basa en sucesivas observaciones de encuentros terapéuticos en ambos centros, además de entrevistas en profundidad a terapeutas y pacientes. Como parte del trabajo de campo se llevó a cabo una revisión de documentos inéditos que permitió, entre otras cosas, levantar una muestra de fichas de atención en ambos centros donde se registraron los principales motivos de consulta, las terapias utilizadas y la evolución de los tratamientos; asimismo, esta revisión permitió complementar las entrevistas para reconstruir la historia no documentada del surgimiento en Chile de esta forma de atención en salud. Por último, para el caso particular de las Flores de Bach, reconstruir el relato de su arribo y desarrollo en Chile demandó adicionalmente un viaje a la localidad de Los Choros, en la Región de Coquimbo, para entrevistar a una de las precursoras de esta terapia en el país.

Antes de responder las preguntas precursoras de esta comunicación, necesitamos ubicarnos en los entornos de discusión disciplinaria que permitieron responder dichas preguntas; a saber: la discusión en torno al pluralismo médico y la medicina integrativa, y la filosofía política de Jacques Rancière.¹

1.2 Controversias en torno a al pluralismo médico: la medicina integrativa

Al igual que en otras latitudes, en Chile la biomedicina es el sistema médico convencional, es decir, aquel que cuenta con la aprobación, cooperación y protección del sistema legal del país y de otras instituciones

¹ Este artículo se basa en la comunicación presentada en las Primeras Jornadas de Antropología en Salud, realizadas en la Universidad de Concepción en enero 2020. En este sentido, se mantuvieron la estructura y el foco original de la exposición. Espero que mi interpretación de los hallazgos exprese, aunque sea medianamente, todo lo aprendido del generoso tiempo e historias compartidas por los actores involucrados en este relato.



sociales (Jütte 1999). Siendo así, el amplio espectro de sistemas médicos, terapias y prácticas de cuidado distintas a esta biomedicina constituyen las prácticas y discursos no-convencionales de la salud que dan forma al pluralismo médico (Baer et al. 1997; Hellman 2000; Mpinga et al. 2013).

El pluralismo médico en Chile distingue dos subsectores bien definidos. Por un lado, se encuentran las Medicinas Tradicionales (MT), que son aquellas prácticas relacionadas con comunidades étnicas reconocidas como nativas en la legislación vigente a través de la ley 19. 253; por otro lado, están aquellos sistemas y prácticas no convencionales de otros orígenes, no identificadas con comunidades étnicas reconocidas legalmente, y que caben dentro de la categoría de Medicinas Complementarias y Alternativas, MCA (Bolados 2012; Obach 2011). La investigación en la cual se basa esta comunicación se centra en casos donde las prácticas de salud no se identifican con identidades étnicas ni directamente con medicinas tradicionales; caben, en consecuencia, en el sector de las MCA.

En torno a las MCA, hay consenso en definir las como el amplio espectro de recursos de salud que incluyen sistemas médicos, prácticas y modalidad terapéuticas, junto con teorías y creencias que se caractericen por ser diferentes a la biomedicina convencional que domina el sistema (Adler 2002; Bodecker y Kronenberg 2002; IOM 2005; Thompson y Nichter 2015). En este sentido, las MCA se definen siempre en relación con la biomedicina, ya sea como complementarias o alternativas a ella (Baer 2002; Hess 2002; NCCIH 2021; Trachtenberg 2002); no se les define por característica intrínseca alguna, sino por su nivel de aceptabilidad política en relación con la medicina convencional (Saks 2008); y por esto se consideran, en última instancia, un constructo biomédico (Baer 2008).

Así como el programa de Salud y Pueblos Indígenas comenzó en la década de 1990 a incorporar prácticas de MT en la red del servicio público de salud, en paralelo se desarrolló una tendencia a reconocer e incluir algunas MCA en los servicios de salud (Centro el Canelo de Nos 1997, 1999; Universidad de Talca-Corporación Lawén 2001). En 2004 el Ministerio de Salud creó un departamento especialmente dedicado al conocimiento y vigilancia de la MCA, siendo un hito fundamental la posibilidad de categorizarlas como prácticas auxiliares de la salud (MINSAL 2005). Luego vino el reconocimiento oficial de la Acupuntura (MINSAL 2006), de la Herbolaria Popular (MINSAL 2007), de la Homeopatía (2009) y de la Naturopatía (MINSAL 2012b). Esto permite a los terapeutas el acceso a una certificación oficial del Ministerio de Salud, previa examinación por una comisión de expertos, y a la práctica dentro de la red asistencial oficial (Obach 2011; Soto 2010). Al año 2012 un 34,5 % de la práctica de MCA estaba dentro de la red pública, mayoritariamente acupuntura -la única terapia con certificación ministerial-, y Flores de Bach (MINSAL 2012a). De acuerdo con las observaciones y entrevistas realizadas en el marco de la investigación que da origen a este artículo, si bien las Flores de Bach no están certificadas por la autoridad sanitaria, son utilizadas discrecionalmente por los profesionales de los equipos de salud.

Con el proceso de incorporación de algunas MCA al sistema oficial de atención en salud se dio inicio en Chile a lo que se conoce como medicina integrativa (MI), basada en el uso inclusivo de elementos de distintos sistemas médicos y terapias dentro del sistema biomédico convencional, toda vez que sus prácticas han demostrado cumplir con estándares biomédicos de seguridad y/o eficacia (Baer 2004; Medeiros y Pulido 2011; NCCIH 2021). Los argumentos básicos de la práctica de MI son: 1) ni la biomedicina ni ningún otro sistema médico tienen soluciones para la totalidad de los problemas de salud humana, de tal forma que la mejor estrategia para cubrir un amplio espectro de dolencias es combinar distintas terapias; 2) el enfoque biomédico convencional basado en la enfermedad, deja



mayoritariamente fuera los aspectos psico-sociales, ambientales y espirituales de las dolencias; 3) las terapias deben enfocarse en la persona como un todo, en vez de limitarse a tratar enfermedades localizadas en un cuerpo; y 4) la combinación de modelos médicos y de cuidado diversos permitiría abordar mejor la multidimensionalidad de la experiencia de estar enfermo (Baer 2008; Horrigan et al. 2012; Padovan y Filice 2011). Para algunos autores, la MI parece surgir de una mirada autocrítica de la propia biomedicina (Frenkel et al. 2008), la cual pareciera ver en la aproximación hacia los estilos de vida de las MCA una herramienta para mejorar la promoción de la salud, prevención de enfermedad y educación de pacientes crónicos (Thompson y Nichter 2015), o para fomentar respuestas más efectivas en contextos multiculturales (Mpinga et al. 2013). Por otra parte, desde la gobernanza del sector salud, mostraría la preocupación de las autoridades de salud por regular las prácticas y los mercados de salud emergentes (Nogales-Gaete 2004). A partir de estos diversos argumentos podemos concluir que, al igual que las MCA, la medicina integrativa es un constructo biomédico.

No obstante, desde la antropología médica crítica, se cuestiona la corriente principal de MI porque ella reproduce la subordinación de la heterogeneidad en salud por medio de la asimilación de diversos sistemas médicos y terapias bajo la hegemonía biomédica (Baer 1989; Lock 1990; Silenzio 2002). Dicha subordinación se reproduce a través de múltiples mecanismos. Por una parte, se insiste en ponderar la eficacia de las terapias diversas desde parámetros y protocolos biomédicos, con énfasis en los estudios de laboratorio por sobre los estudios clínicos; esto reproduce asimetrías estructurales y etiqueta la diversidad como científica y no-científica (Adams 2002; Baer 2004; Sax y Basu 2016). Por otra parte, el llamado a poner a la persona en el centro del tratamiento no queda exento de controversias al analizar cómo es abordado el sujeto de salud y enfermedad. Cada vez que se reproduce la aproximación hegemónica al paciente-individuo, por muy multidimensional que se le considere, se neutraliza el potencial crítico que tendría la aproximación de la MI a los factores contextuales -estructurales, socio ambientales y culturales- que determinan la salud y la enfermedad (Baer et al. 2012; McGuire 2002). Por último, hay una tendencia a desplazar el foco desde la integridad de la experiencia humana en el mundo a la multidimensionalidad del individuo-paciente, el cual necesitará en consecuencia consumir - para integrar- diversos productos y servicios de terapia y bienestar en los mercados emergentes, y muy rentables, de las terapias alternativas (Cornejo y Blázquez 2013; Zysk 2001).

Así, la corriente principal de MI, ya sea como mirada autocrítica e inclusiva de la biomedicina o como forma de poner en práctica el pluralismo médico sin cuestionar el modelo hegemónico en salud, es mirada con escepticismo desde la antropología médica debido a que reproduce las asimetrías estructurales del sistema, restringiendo el reconocimiento de diversas ontologías de salud. En su mayor avance, la hegemonía biomédica reconoce cierta "eficacia simbólica" a estas otras formas de salud, sin superar con ello las jerarquías que se establecen respecto de diversas formas de sobrellevar los procesos de salud/enfermedad/atención y promoción (Menéndez 1994, 2017). Por último, al reproducir una concepción individualista de la multidimensionalidad del sujeto, neutraliza las miradas colectivas y críticas al contexto, y de paso fomenta la lógica de mercado en la salud, al ampliar el espectro de las necesidades (multidimensionales) que cada individuo debe satisfacer.

1.3 La acción política según Jacques Rancière

En la conferencia dictada en la Universidad de Valparaíso en 2016 Jacques Rancière planteó que al hablar de la política podemos estar aludiendo en general a tres formas distintas de afectar la vida en común.



Primero, la política como un proyecto utópico de convivencia y las medidas (estrategias) para llegar ahí; segundo, la política como gobierno o gobernanza, es decir como el ejercicio del poder sobre los ciudadanos para regular el estar juntos, que es lo que les cabe a las instituciones políticas; y tercero, la política como la participación de la vida en común de una sociedad o comunidad. Como agrega Povinelli (2011) al parafrasear a Rancière, mientras en la política como proyecto y la política como gobernanza ya están determinadas las formas de estar, de hacer y de decir para participar de la sociedad; en la política como participación directa en la vida en común está la posibilidad de emergencia para nuevas formas de estar, hacer y decir en un determinado ámbito de la sociedad; en este caso, en la salud.

Para Jaques Rancière, los actos políticos son justamente aquellos que establecen desacuerdos entre el orden político convencional/consensual de la política como proyecto y como gobernanza, y las prácticas de aquellas partes del colectivo que no tienen participación sustancial en dicha repartición del mundo en común y que, no obstante, demandan, desde su diferencia, el derecho a ejercer su agencia en el mundo social (Rancière 1999). Así, lo que definiría un acto político es que da origen a una controversia entre la lógica establecida por la política como proyecto ideológico o como gobernanza, la *police logic*, y una lógica emergente en prácticas de participación directa, *politics*, que tiene la particularidad de no haber sido determinada con anterioridad. Lo interesante de esta perspectiva sobre la política es que no se trata de actos políticos que reclaman para un sector de la sociedad mayor presencia o poder dentro de un orden social ya establecido, sino de actos que establecen un conflicto sobre la existencia misma del mundo en común en los términos que está concebido, así como sobre la distribución equitativa de la libertad para determinar dicho mundo entre diversas experiencias colectivas del mismo (Rancière 1999; 2011). Entonces, al actuar en la sociedad, las partes sin poder en el orden consensuado ponen sobre la palestra de ese mundo en común un desacuerdo respecto de cómo está estructurada y significada la sociedad. A partir de estos conceptos, la aproximación de Rancière se irá desarrollando en lo que sigue de esta comunicación para interpretar una forma de practicar la terapia de Flores de Bach.

Al explorar las prácticas de Medicina Integrativa, Solidaria y Humanizada, su historia y la memoria de los actores que las hacen posible, éstas emergen como prácticas políticas que producen y visibilizan en el mundo en común del sistema de salud una forma de medicina integrativa no-convencional tanto desde los parámetros del diseño biomédico hegemónico como de la lógica de mercado. Así, estas prácticas en general, y en particular la terapia de Flores de Bach, ponen en cuestión a las estructuras consensuales de la ideología y gobernanza de la salud y, en última instancia, de la sociedad. Dentro de este marco conceptual exploraremos cómo lo político de las Flores de Bach radicaría en su desobediencia, toda vez que se practican dentro del sistema de salud, entendido en su sentido amplio como todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (OMS 2000). Al participar del sistema de salud con ideas y prácticas de salud y cuidado distintas a las preestablecidas, estas terapias no-convencionales instalan una controversia respecto de la forma en que está dispuesto el sistema de salud de nuestra sociedad. Esta sería la práctica política en las Flores de Bach, el "flower power". Veamos su genealogía a continuación.



2. HACER POLÍTICA A TRAVÉS DE LAS TERAPIAS NO CONVENCIONALES

2.1. La historia de los actores de la medicina integrativa, solidaria y humanizada

Los resultados de la investigación hablan de la forma en que los actores de la Medicina Integrativa, Solidaria y Humanizada encarnaron las transformaciones sociales que se dieron en Chile entre las décadas de 1970 y 1990. Son experiencias gatilladas por el contexto político de la dictadura (1973-1989) y los cambios estructurales que sufrió la sociedad chilena al transformarse en una sociedad de mercado (Harvey 2009). Esto incluyó, entre otras cosas, pasar de un sistema de salud integrado desde la atención primaria, comunitaria y pública a un sistema basado en la atención especializada, individualista y privada (Han 2012; Homedes y Ugalde 2005; Murray y Elston 2005). Pero volvamos a las preguntas: ¿Cómo es posible que estos profesionales transitaran desde un férreo compromiso político y social antes de y durante la dictadura de Pinochet hacia prácticas de MCA en espacios tipo ONG? Y ¿por qué son las Flores de Bach la terapia más practicada y solicitada en estos centros de salud?

Lo que explica las trayectorias de estos actores hacia las MCA son sus vivencias de la transformación radical del mundo en común chileno. En primer lugar, cuando los aparatos represivos de la dictadura se encargaron de eliminar el riesgo que representaba la disidencia a su proyecto político y social a través de la violencia directa y sistemática sobre las personas, estos actores enfrentaron en carne propia la violencia desde el Estado; esta se transformaría en un determinante de la salud bio-psico-social compartido por sus pacientes y que generó en todos nuevas formas de sufrimiento que necesitaron nuevas formas de tratamiento y cuidado. Además, una vez excluidos, perseguidos y silenciados del orden convencional de la salud y de la política, los profesionales de la salud con compromiso político y social perdieron presencia y voz reconocidas dentro de la sociedad. Pasaron a ser una "parte sin participación" (Crosby 2014: 118) en el mundo en común, en cuanto perdieron su capacidad de actuar en la definición de los espacios, discursos y orientaciones de los ámbitos donde se desempeñaban anteriormente: salud y política. Dejaron de existir, al dejar de tener voz, presencia y participación sustancial en estos ámbitos (Rancière 1999). Por último, según sus testimonios, fue como consecuencia de lo descrito previamente que estos actores silenciados e invisibilizados desarrollaron procesos de introspección crítica, que les hicieron cuestionarse la efectividad y el sentido de las acciones políticas guiadas por proyectos ideológicos/utópicos de sociedad y de las acciones en salud guiadas por un modelo hegemónico y estandarizado de biomedicina.

En efecto, no fue sólo la aparición de nuevas formas de sufrimiento estructural y su demanda de nuevas estrategias terapéuticas lo que movilizó un cambio en la forma de hacer salud. Los testimonios recogidos dan cuenta de cuestionamientos profundos a las formas de articular el poder en las estructuras políticas tradicionales, desde el Estado moderno hasta las organizaciones partidistas de base. Asimismo, experiencias directas de la violencia de Estado sobre los cuerpos llevaron a varios profesionales de la salud a buscar terapias menos invasivas y/o menos individualistas que las desarrolladas por la biomedicina convencional. Los relatos biográficos repiten una narrativa donde la aproximación a las terapias no convencionales parte por la necesidad personal de tratamientos no invasivos para heridas físicas, afectivas y sociales. Luego de experiencias satisfactorias y efectivas como pacientes, estos actores de la salud comenzaron a explorar la idea de apropiarse de estar nuevas lógicas y prácticas de salud y cuidado, transformándose en terapeutas. Finalmente, hubo un proceso social que favoreció este tránsito. Desde fines de la década de 1970 las ONG nacionales comenzaron a recibir un fuerte apoyo de la cooperación internacional para ofrecer espacios de encuentro y cuidado comunitario durante la dictadura. Tal como



señala Lechner (2006), el miedo se había transformado en una potente herramienta política que, a través de la desconfianza y la inseguridad, desincentivaba los vínculos colectivos y fortalecía el deseo de control gubernamental. En consecuencia, los espacios ofrecidos por las ONG permitían no sólo contención individual para las víctimas de la violencia de Estado sino también la reproducción del tejido social, contrarrestando así los sentimientos de vulnerabilidad, abandono, aislamiento y desconfianza reproducidos por la extendida vigilancia, y por la naturaleza masiva y arbitraria de la represión (Oxhorn 1995).

Fueron los espacios facilitados por las ONGs los que permitieron a inicios de los 80s la emergencia de nuevos campos de acción política, cuando las agencias extranjeras enfocaron su cooperación financiera y técnica en el desarrollo de proyectos vinculados a agendas de género, infancia, ecología y etnicidad. Estos espacios emergentes de asociatividad y acción política permitieron no sólo la reconstrucción de las fuerzas políticas partidistas de oposición, sino también el encuentro entre trabajadores, profesionales y activistas a nivel comunitario (Bastías Saavedra 2013). Los actores promotores de los centros de medicina integrativa, solidaria y humanizada donde se practican las Flores de Bach, se integraron a estos espacios de las ONGs, donde lo que antes se hacía con énfasis en lo "social" o lo "comunitario", ahora se denominaba "transpersonal", "género", "ecologismo", "espiritualidad", "creatividad", "etnicidad", y una serie de otros rótulo considerados neutros por las autoridades de la época, ya que no tenían un lugar asignado dentro del espectro político precedente. En efecto, se comenzó a hablar y practicar salud de formas nunca antes vistas en los mundos en común de la salud y la política comunitaria. En parte sirvió para camuflarse y protegerse de la represión del Estado autoritario, según afirman los actores entrevistados; pero sobre todo construyó formas nunca antes vistas de acción política. Los espacios de las ONGs permitieron reproducir valores de equidad y democracia a través de discursos de pluralismo y heterogeneidad (Oxhorn 1995) y así, los fundamentos de la medicina social y sus actores no desaparecieron, sino que se reinventaron en el territorio y las redes de las ONG (Waitzkin et al. 2001).

En este ambiente, algunas ONG se dedicaron a la atención primaria, y en ellas comenzaron a trabajar muchos de los actores comprometidos políticamente con la salud comunitaria y el antiautoritarismo (Piper 2008); entre ellos los protagonistas de esta investigación. Junto con atención clínica se otorgaba atención psico-social y comunitaria, la que podía incluir prácticas de auto-cuidado, desarrollo personal, plantas medicinales, entre otras. La aparición de las terapias complementarias y alternativas en este contexto, hacia fines de la década de 1980, hace sentido como herramienta de la acción política, en cuanto permitía darle un lugar, una voz y una visibilidad no determinada por el orden consensual a las experiencias de aquellos silenciados en el discurso colectivo oficial (Rancière 1999); en este caso, a las experiencias de violencia y sufrimiento que no tenían lugar en la atención en salud convencional.

2.2 Nuevos gobiernos, mismos consensos

"Aprendimos que la diversidad era una oportunidad,
no una amenaza" (médico, terapeuta Reiki)

La permanencia de estas prácticas de salud y política comunitarias disidentes una vez terminada la dictadura se explica por la continuidad de las condiciones estructurales y personales que les dieron origen. En efecto, si bien se pasó de un régimen de gobierno autoritario a uno democrático, los consensos establecidos durante la dictadura fueron mínimamente alterados (Han 2012). Recobrada a la democracia



en 1989, los actores de esta investigación dieron continuidad al trabajo en salud comunitaria no-convencional. Primero en la continuidad de algunas ONG ya establecidas, y luego formando nuevas organizaciones, como es el caso de los dos centros de salud abordados en este estudio. Básicamente, siguieron cubriendo la brecha dejada por los programas oficiales de reparación en democracia.

Si bien en democracia se desarrollaron programas en los sectores sociales, jurídico y de salud para atender a las víctimas de violaciones a los derechos humanos durante la dictadura, el foco de estos programas siguió la tendencia técnica e individualista de otras experiencias internacionales de reparación (Hastrup 2003). En el ámbito de las terapias de salud mental, por ejemplo, muchas fracasaron en abordar las complejas experiencias de sufrimiento, llegando incluso a tener un efecto silenciador en las víctimas (Piper 2008). Entonces, en la década de 1990 muchas experiencias de reparación desde la sociedad civil se concentraron en desarrollar alternativas para abordar el sufrimiento personal y colectivo a través de terapias no-convencionales vinculadas al cuerpo, la creatividad, la narrativa, entre otras (Gauding 1995). La violencia estructural inscrita en la sociedad neoliberal, el individualismo y tecnicismo de los programas de reparación -y de la toda la seguridad social de post-dictadura-, y el disentimiento de los protagonistas de esta historia con la gobernanza de la política y la salud definidas por la democracia consensual, llevaron a que las terapias no-convencional siguieran siendo un mejor recurso para abordar aquello para lo cual no había palabras y espacios de visibilidad -parafraseando a Rancière- en los discursos e intervenciones oficiales.

3. LAS FLORES DE BACH

3.1 Orígenes, antecedentes y la llegada de las Flores de Bach a Chile

La Terapia de Flores de Bach lleva el nombre por su creador, el médico inglés Edward Bach, quien fue primero bacteriólogo y luego homeópata (Leary 1999). Es importante recordar que, hacia fines del siglo XIX, Europa estaba en pleno auge de la industrialización y el crecimiento explosivo de las ciudades, con los consiguientes problemas socio-sanitarios que afectaban mayoritariamente a los pobres y a la clase trabajadora. Paralelamente, el avance de la ciencia había descubierto que las enfermedades infecciosas eran producidas por microorganismos y que su rápida transmisión de persona a persona dependía de las condiciones de vida (hacinamiento, insalubridad, precariedad de las viviendas, etcétera). Por lo tanto, en la época en que Bach se hizo médico, ser bacteriólogo no significaba (solo) estar concentrado en escudriñar la estructura y dinámica de los microorganismos causantes de enfermedades contagiosas; sino también mirar la relación entre la enfermedad y las condiciones ambientales que fomentaban su aparición y expansión (Eckart 2011; Rosen 2005). Es también la época en la que surge la llamada Medicina Social, que buscaba mediar entre el conocimiento científico y las medidas política necesarias para afectar las condiciones de vida colectiva (Kark y Kark 2006; Waitzkin et al. 2001).

Pero Bach no se dedicó a la medicina social; más bien se fue distanciando del ambiente urbano y fue profundizando en la relación de las personas con el entorno natural, buscando cómo los efectos sanadores de esa relación podían ser sistematizados en un lenguaje médico de "remedios". Así derivó primero hacia la homeopatía, ya muy desarrollada en esta época, y luego se retiró a la campiña inglesa con el objetivo de buscar un método más sencillo y natural, lo cual terminó dando origen al sistema de Terapia Floral, basado en 38 flores cuyas esencias tendrían efectos terapéuticos (Haselen 1999; Scheffer 1992). De acuerdo con el propio Bach, el objetivo de esta terapia era que cada persona pudiera aplicar estos



conocimientos para cuidar autónomamente de su salud (Bach 2009). Así, la terapia floral de Bach se propuso originalmente como parte de los recursos del sector popular o doméstico de la salud, recurriendo a la distinción de Kleinman (1991), y no como una terapia en manos de agentes tradicionales ni subordinada al sector oficial de medicina profesionalizada. Después que el doctor Bach murió en 1936, su propuesta cayó en el olvido: no fue utilizada ni por médicos convencionales, ni por homeópatas, ni existe registro de que se haya integrado a la medicina popular europea. Recién en la década de 1980 se produjo un renacimiento de esta terapia, la que se difundió rápidamente por Europa y el resto del mundo.

Las terapias florales llegaron a Chile en la década de 1980 a través de círculos de psicólogos, psiquiatras y terapeutas energéticos que exploraban terapias transpersonales. Ellos no pertenecían al sistema público de salud ni tampoco participaban directamente en las ONG, pero varios mantenían vínculos con los movimientos contraculturales que oponían resistencia a la dictadura y confluían en encuentros ciudadanos en torno a actividades artísticas, creativas, literarias y de desarrollo personal (Yentzen 2014). De acuerdo con los relatos personales recolectados en esta investigación, fue una joven cercana a los círculos de terapia transpersonal, quien destacaba por su habilidad para ver los campos energéticos o aura y aplicarla terapéuticamente, quien primero introdujo las Flores de Bach en Chile. Ella comenzó a importar las esencias directamente desde Inglaterra para probarlas en sus terapias energéticas; luego, hacia fines de la década, empezó a enseñarle sus usos a otras terapeutas. En 1992 se realizó en Chile el "Primer Congreso Internacional de Esencias Florales", en 1994 se fundó la primera asociación de terapeutas, y para 1995 ya existía la primera escuela de formación de terapeutas florales. Esta escuela funciona hasta la actualidad, y en ella se formaron, y enseñan, varias de las terapeutas a las cuales se refiere este artículo.

Hoy en día existen dos asociaciones distintas de terapeutas florales en Chile, y numerosas escuelas de formación. Aun cuando no forman parte de las MCA reconocidas y reguladas por el MINSAL, son de extendido uso (MINSAL 2012a; Universidad de Talca 2010). Las Flores de Bach se distribuyen ampliamente en el sistema de salud; ya sea utilizadas por profesionales de la salud pública y privada, combinadas en la oferta de MCA de centros de salud integral, u ofrecida por terapeutas no-médicos certificados en centros formadores. Su carácter no-invasivo podría explicar que la autoridad sanitaria permite una amplia oferta de terapias en redes sociales y medios de comunicación, en farmacias de grandes cadenas y boticas naturistas.

La venta de fórmulas estandarizadas para determinados estados de ánimo, tales como ansiedad, tristeza, dificultades para dormir, es una forma de presentar las esencias que deriva de la necesidad de ofertarlas masivamente. No obstante, se aleja de la lógica original de las terapias florales pues, si bien es efectivo que determinadas flores se asocian con efectos específicos, la base de la terapia es comprender el estado y circunstancias de malestar de cada persona, a través de una conversación y el diseño de una fórmula específica.

3.2 Cómo se explican las Flores de Bach

Las Flores de Bach consisten en un set de esencias de 38 flores que Bach estudió en su entorno endémico para concluir que cada una de ellas poseía información que podía afectar de manera específica determinados estados afectivos de las personas. Las palabras clave aquí son información y estados afectivos, pues la teoría de Bach no basa el poder curativo de las flores en compuestos activos ni en



ninguna propiedad molecular de los vegetales, sino en la información intangible -energética- que contienen las flores respecto de formas específicas de asimilar la experiencia. Así, terapéuticamente se asume que al ingerir la esencia/información experiencial de cada flor, sus "tonos afectivos" permitirían afectar los estados anímicos, el equilibrio y la salud de las personas (Halberstein, Sirkin y Ojeda-Vaz 2010).

Cabe notar que, así como el modelo de Bach no se refiere a condiciones físico-químicas de los vegetales, tampoco lo hace a efectos simbólicos; el efecto de las flores se describe en términos de la memoria afectiva que pasa al agua donde se sumergen las flores o partes de ellas (Walach, Rilling y Engelke 2001). Esas esencias grabadas en el agua -aunque molecularmente siga siendo sólo agua- serán combinadas en una fórmula de acuerdo con las necesidades de cada persona, disueltas en agua y eventualmente brandy para asegurar su conservación, y entregada en una pequeña botella para que la persona tome una cierta cantidad de gotas una cierta cantidad de veces al día. En consecuencia, las flores no se asumen como símbolos sino como actantes con memoria. Su eficacia no es simbólica, aun cuando la mirada hegemónica de la biomedicina la llamaría así, sino que mnemónica.

El efecto a través de la memoria será de gran importancia para comprender cómo se valida la terapia floral en los centros de Medicina Integrativa, Solidaria y Humanizada. Como explica Mechthild Scheffer (1992), la naturópata alemana que lideró el proceso de recuperación de las ideas de Bach desde la década de 1980, la causa principal de la enfermedad sería una deficiencia, bloqueo o confusión en la relación entre el ser interno y su experiencia en el mundo, lo cual causa el desbalance afectivo que inicia todo proceso de malestar y enfermedad. Así mismo lo explicaron las terapeutas de los dos centros de salud: "La teoría de Bach dice que al entrar en contacto con la esencia afectiva de la flor, producto de la memoria de la experiencia de la flor con su entorno, ésta se sintoniza con dimensiones afectivas específicas de la persona y las afecta, equilibrándolas" (entrevista 11). La memoria afectiva/experiencial de la flor se comunica, así, con la memoria afectiva/experiencial de la persona. El efecto equilibrante de la esencia floral redundaría en mejor salud a nivel físico, emocional y social pues, como explica Haselen (1999) al equilibrarse la relación entre la esencia (alma) y la forma de estar en el mundo (personalidad/afectividad) la persona se liberaría tanto emocional como físicamente para poder iniciar su propio y natural proceso de sanación, que no es otro que la recuperación de mayor claridad y control sobre la relación entre el ser y la experiencia en el mundo.

Ahora, es fundamental notar que tanto pacientes como tratantes de Flores de Bach en el contexto de la Medicina Integrativa, Solidaria y Humanizada destacaron que las esencias florales son contextuales, siendo la relación de la flor con el entorno donde ella crece la base tanto su esencia como su capacidad de actuar sobre un paciente. La literatura explica que las flores, arbustos y árboles captan la energía de su entorno y la fijan en sus esencias; este registro vibratorio [experiencial] de cada planta es el que entra en contacto con el campo vibratorio de la persona que las ingiere y permite la restitución del equilibrio afectivo (Scheffer 1992) En palabras de las terapéuticas, por eso es fundamental que las esencias se elaboren con flores que han crecido en una relación lo más libre posible con su entorno y sin intervención de químicos. Pero más aún, esto explica también la validación y popularidad de sets de flores chilenas, tales como "Flores del Desierto", "Flores del Altiplano", "Flores del Bosque Valdiviano", pues se considera que la memoria o registro vibratorio de flores que han crecido en relación con el entorno local tendrá un mayor poder curativo, debido a que han absorbido la energía de relaciones ecológicas e históricas similares a las de las personas que tratan; han sido sensibilizadas por experiencias similares y contienen



las "virtudes que necesitamos" Espinoza Woters (2011: 43). Hay una memoria experiencial, afectiva, compartida.

3.3 El poder mnemónico de las flores: el ejemplo de la Añañuca

El poder curativo de la resonancia entre la memoria afectiva-ecológica de determinadas flores y de determinados pacientes se visualiza en el frecuente uso local de la esencia de Añañuca (*Rhodophiala rhodolirion*), una flor presente en el set chileno de Flores del Desierto. Las terapeutas la utilizan presentándola como una flor relacionada con la disposición a aceptar el dolor, aprender de él y dejar de sufrir para reiniciarse en otra forma. Esta flor se asocia con una leyenda que tiene dos versiones recopiladas por Oreste Plath (2021). Una versión habla del romance imposible entre una joven indígena y un conquistador español; al ser separados, la joven deambuló por el desierto buscando a su amor hasta que cayó rendida, con sus pies ensangrentados, y murió en medio del desierto. La otra versión habla de una joven que murió de amor tras esperar largamente a su enamorado que se había internado en el desierto en busca de una veta de oro; ella fue enterrada en el desierto. En ambas versiones, tras la lluvia primaveral brotaron flores de Añañuca en el lugar de muerte/sepultura de la joven. La leyenda de amor, muerte y renacimiento, así como la capacidad de la Añañuca de crecer y florecer en medio del desierto y otros terrenos difíciles, se asocia terapéuticamente con la resiliencia, mas no en términos de adaptación a determinadas condiciones sino más bien a "tomar las cosas como son", en palabras de las terapeutas, "hacerlas conscientes, pero no con la mente, sino con el alma" (sesión de terapia 8).

La esencia de Añañuca se incorporó en general en las fórmulas de pacientes agobiadas por sus condiciones de vida: mujeres jefas de hogar, trabajadoras informales y madres presionadas por los colegios para etiquetar a sus hijos con diagnóstico de déficit atencional. Para estas personas, la fórmula y la conversación terapéutica buscan un cambio afectivo capaz de cambiar la disposición ante dichas condiciones adversas y dolorosas, de manera de poder mirarlas críticamente ("tal como son") y posicionarse distinto ante ellas. Se trata de una terapia relacional, puesto que el foco no está en asumir que el desequilibrio o agobio se basa en un error de percepción de la persona, sino más bien en la forma en que ella se sitúa en dicha relación desde el sufrimiento.

Respecto a las circunstancias que generan sufrimiento en las personas, pudimos observar que ellas van desde enfermedades, soledad y envejecimiento, hasta presiones del sistema escolar o laboral, dificultades de acceso a salud, educación, esparcimiento, miedos a la vulnerabilidad y desprotección y, en consecuencia, apego a las dinámicas que se tienen a pesar de su disfuncionalidad. Lo que hacen las terapeutas, a través de la explicación de las fórmulas de esencias florales a sus pacientes, es proponer un cambio en la forma de nombrar y estar en estas circunstancias, en la forma de dejarse afectar por ellas. Y para ello afirman que la memoria experiencial de la Añañuca suele ser muy terapéutica, por tener memorias de dolor y resiliencia comunes a muchas consultantes, junto con la capacidad de resurgir, es decir re-situarse, en forma más bella y menos dolorosa.

Así, las terapias de Flores de Bach proporcionan un reconocimiento afectivo-colectivo dentro de una comunidad sintiente con memorias compartidas con reino vegetal y su geografía, que recuerdan como lo hicieron los talleres de salud de las ONGs durante y en la década inmediatamente posterior a la dictadura (ver, por ejemplo, Gauding 1995) a través del reconocimiento de experiencias dolorosas compartidas entre víctimas de la violencia directa y/o estructural. El efecto terapéutico, en ambos casos, sería cambiar



el estado afectivo en relación con las experiencias dolorosas, para así poder cambiar la disposición y la acción ante ellas, sin sufrimiento.

3.4 Interpretando la acción política de las Flores de Bach

Aquí retomamos la pregunta original: ¿qué hacen profesionales de la salud con formación universitaria en biomedicina, con compromiso por la atención primaria comunitaria, y una compleja historia de activismo político directo, haciendo salud no convencional a través de las Flores de Bach?

La respuesta es: Desobedecen.

Las esencias florales de Bach se sitúan en una forma de comprender, hablar y actuar en salud que está fuera de la realidad que puede ser registrada con procedimientos biomédicos convencionales: no resisten ninguna prueba de laboratorio, ni de relación causal bioquímica, ni tampoco de análisis socio-sanitario. Tampoco esperan justificarse a partir de una relación simbólica entre flor y persona, ni proponiendo curas milagrosas o más efectivas para dolencias rebeldes a los tratamientos convencionales. Asimismo, su lenguaje afectivo no logra traducirse a discursos políticos convencionales de resistencia o crítica. Son terapias que desobedecen cualquier distribución normal de saberes, voces y hacerse; y en consecuencia, su reproducción implica otorgar validez a una vivencia cuya lógica y práctica está más allá de lo normal o convencional.

Al poner el foco en la relación afectiva, la terapia de esencias florales aborda críticamente la relación entre el sujeto y sus circunstancias. El foco terapéutico está en hacer consciente dichas relaciones, así como en disponerse de forma distinta ante ellas. Aquí vuelve a llamar la atención que sea una de las dos terapias más prevalentes en diversos sectores del sistema de salud chileno. Entre los pacientes y terapeutas de la salud integrativa, solidaria y humanizada gran parte de las circunstancias que hay que abordar se relacionan con la violencia estructural de la sociedad consensual, en formas de vulnerabilidad social, regímenes de trabajo, exitismo escolar e inequidades de toda índole, que no tienen formas de ser miradas, habladas ni abordadas en la atención en salud convencional. Hay una dimensión estructural enfermante que no tiene lugar a voz ni acción en el orden consensual del mundo en común. Esta es la continuidad de problemas que subyace a la continuidad de prácticas desobedientes desde la dictadura hasta nuestros días.

Recordemos la afirmación de Lechner (2006) respecto del silencio y el miedo impuestos en el régimen autoritario como emociones paralizantes y aislantes, que llegan a matar a una persona en cuanto ser-en-el mundo. Esta muerte es por silenciamiento, cuyo efecto individual-paralizante le resta al convivir un sujeto libre e integrado, y le aporta en cambio un ser estancado en su soledad y sufrimiento. Vimos también cómo los espacios no-convencionales disponibles en las ONG de dictadura y pos-dictadura permitieron abordar aquellos aspectos del sufrimiento silenciados por las instituciones oficiales/consensuales. Este es el poder que producen y reproducen las terapias florales: permitir desobedecer sin necesidad de apelar a los mismos parámetros de participación que provocan el sufrimiento.

Es así como, abordando la relación entre el sujeto (paciente) y el entorno (social y natural) de una forma que no tiene registro ni en la salud ni en la política consensual, las Flores de Bach han sido utilizada desde



la pos-dictadura en programas no gubernamentales destinados tanto a tratar a víctimas directas de la violencia de Estado como a la población general expuesta a la violencia estructural. La dimensión afectiva de esta terapia ha permitido abordar la necesidad de reconocerse seres vulnerables y vulnerados; emocionales y emocionados; sensibles y necesitados de sensibilidad; capaces de participar del mundo en común desde esta subjetividad (Gauding 1995). Estas dimensiones no eran ni son reconocidas ni conversadas en las modalidades convencionales de abordar el daño sobre las personas: ni desde la medicina, ni desde la política, ni desde la legalidad (Hastrup 2003; Piper 2008).

Cada fórmula floral busca nuevas formas de subjetivación, es decir cambios de posicionamiento en el espacio colectivo, los que producen cuerpos y capacidades de enunciación no identificables con anterioridad y cuya aparición implica en consecuencia una reconfiguración del campo de experiencia colectiva (Rancière 1999). Desobedecer sin retirarse, sino haciendo las cosas de forma distinta y obligando al colectivo a mirar, conversar y relacionarse con dicha disidencia. En otras palabras, así como las prácticas biopolíticas son definidas por Foucault (1977) como aquellas que ejercen acción política no a través de ideologías sino que a través de las formas de actuar sobre y a través de los cuerpos; podríamos concebir estas terapias no-convencionales como práctica de biopolítica-reversa (Sax 2009), donde las nuevas formas de actuar los cuerpos encarnan acciones políticas en subjetividades que desobedecen discursos o matrices ideológicas hegemónicas.

Entonces, la desobediencia de las terapias florales que emergió en el contexto de la dictadura y postdictadura se enfoca no en proponer un mundo alternativo, ni en lograr posicionarse en los lugares de poder del mundo establecido, sino en tomarse el derecho a ser vistos y escuchados como actores diversos e igualmente legítimos de la comunidad, desde la pragmática de hacer las cosas de modo distinto (Rancière 1999). Al hacer esto interrumpen la reproducción del orden establecido y la distribución consensual del poder para definir qué es y qué no es constitutivo del mundo compartido, y es esta contradicción lo que hace a esta terapéutica un acto político de ejercicio democrático. Allí estaría la re-subjetivación de la madre que elige darle flores de Bach e incluso cambiar de colegio a su hijo, antes de aceptar el diagnóstico de trastorno de déficit atencional dado por la escuela y la indicación de medicar al niño para normalizarlo; o de la mujer jefa de hogar que se dispone a buscar nuevos espacios laborales antes de seguir maltratándose para responder a las expectativas sociales con las que se ha identificado, respecto de lo que es ser una buena madre y proveedora.

Se trata de un hacer política a través de la puesta en práctica de una distribución distinta del mundo perceptible, de lo sensible, y en estos términos una estética distinta (Rancière 2009). Las personas que practican las Flores de Bach reafirman la estética del registro afectivo/relacional de la experiencia humana, llegando a afirmar que allí radica la conciencia y memoria de la experiencia, más que en las habilidades cognitivas de la mente; más aún, a través de este registro afectivo conectan a los seres humanos con seres no-humanos (las plantas), afirmando que esta forma de conciencia les es compartida. Esto no sólo se dice, sino que también se hace, a través de una práctica no sectaria ni oculta, sino diferente, donde se posiciona una forma distinta de reproducir el mundo en común, en disputa con la estética del orden consensual.



4. CONCLUSIONES

Según las definiciones que hemos usado aquí la política tiene que ver con las formas de poner en práctica la repartición de posiciones y posibilidades de afectar la vida en común de la sociedad. Al revisar la historia -y memorias- de los actores de la Medicina Integrativa, Solidaria y Humanizada aparecen nuevas formas de ver, nombrar y hacer su participación en el mundo en común de la sociedad a través de la atención en salud no-convencional. Esto explicaría su no retorno a las estructuras convencionales de salud ni de política una vez recuperada la democracia. De hecho, varios de estos actores participaron transitoriamente en los gobiernos democráticos, pero a poco andar retornaron a la acción directa en la comunidad a través de modalidades tipo ONG de atención primaria.

La forma de salud no-convencional producida en los casos descritos aquí pone en práctica una distribución distinta de lugares, agencias, voces y estéticas. Disputar espacio y voz para las Flores de Bach en el tratamiento de las dolencias de las personas, es darle poder de participación en el sistema de salud a una forma de organizar la realidad compartida que no tiene antecedente en el sistema hegemónico, y que no obstante se apropia del derecho a participar del mundo en común que es la sociedad. En consecuencia, desautoriza el orden establecido tanto por el sistema de salud como por el sistema político, y lo pone en cuestión, pero no enfrentándolo a través de formas ya establecidas -tales como los protocolos de la biomedicina convencional, o los partidos y movimientos políticos -, sino que haciendo las cosas de formas distintas, dando agencia a lógicas o estéticas distintas.

Abordar la vida individual y colectiva de una forma distinta, hablar de ellas en una forma distinta, y posicionar a los sujetos de forma distinta, son las formas en que las Flores de Bach ejercen su poder, al hacer emerger en sus propios términos una dimensión de la experiencia marginada del escenario establecido por las instituciones convencionales, y reclamando para sí equidad de derecho a voz y presencia en la sociedad. A nivel de las personas, al reposicionar a los pacientes como actores de su salud y enfermedad se les resitúa como sujetos de acción sobre las relaciones que dan origen a sus dolencias. Este proceso de subjetivación desnaturaliza la posición, la voz y la visibilidad que se les asigna en el sistema convencional de salud, así como la distribución consensual de derechos a hablar, practicar y afectar el orden establecido en la vida social.

El lugar asignado consensualmente a las terapias no convencionales en el actual sistema de salud las posiciona como una parte sin participación real, pues la libertad para practicar MI no significa *per se* ninguna autorización para afectar el sistema de salud. Se tratará de lo que Rancière (2009; 1999) identifica como aquella libertad democrática nominal, sin cualidades sustanciales determinables, que actúa como una propiedad vacía que sólo sirve para delimitar el alcance del dominio por otras partes de la sociedad. Son, como señala la antropología médica crítica para el ámbito de la salud, diversidades definidas por y subordinadas a la hegemonía biomédica.

No obstante, los profesionales de la salud que practican medicina integrativa, solidaria y humanizada impugnan constantemente el *estatus quo* al reproducir y validar terapias que no tiene un espacio asignado en el mundo en común: como vimos, son no-convencionales incluso respecto de la corriente consensual de MI. Aun así, se instalan a practicar dentro del sistema, poniendo en cuestión las formas en que se asignan los significados, las voces, los roles y los espacios en el campo de la salud. Es esta disposición a reconfigurar las relaciones dentro del sistema, a través de prácticas que se sitúan en el mismo sistema,



pero lo experimentan de una forma distinta, la que hace que estos actores no sean ya una "parte sin parte" sino actores políticos. Queda para el futuro la pregunta por las posibilidades de replicar prácticas similares en otros lugares, considerando que la violencia estructural que afectó y gatilló su emergencia no ha cesado.

Bibliografía

- Adams, V. (2002). Randomized controlled crime: Postcolonial sciences in alternative medicine research. *Social Studies of Science*, 32(5-6), 659-690. <https://doi.org/10.1177/030631270203200503>
- Adler, S. (2002). Integrative medicine and culture: Towards an anthropology of CAM. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 412-414. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2764405/>
- Alter, J. (2004). *Yoga in Modern India. The body between science and philosophy*. Oxford University Press.
- Bach, E. (2009). *Heal Thyself*. <http://www.bachcentre.com/centre/download/>
- Baer, H. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Sciences and Medicine*, 28(11), 1103-1112. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90002-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90002-6)
- Baer, H. (2002). The growing interest of biomedicine in complementary and alternative medicine: A critical perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 403-405. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.403>
- Baer, H. (2004). Medical Pluralism. En C. Ember y M. Ember (Ed.), *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the Worlds Cultures* (pp. 109-115). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Baer, H. (2008). The emergence of integrative medicine in Australia. The growing interest of biomedicine and nursing in complementary medicine in a southern developed society. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(1), 52-66. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2008.00003.x>
- Baer, H., Singer, M. y Susser, I. (1997). *Medical Anthropology and the World System*. Bergin & Garvey.
- Baer, H., Beale, C., Canaway, R. y Connolly, G. (2012). A dialogue between naturopathy and critical medical anthropology: What constitutes holistic health? *Medical Anthropology Quarterly*, 26(2), 241-256. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2012.01203.x>
- Bastías Saavedra, M. (2013). *Sociedad Civil en Dictadura. Relaciones transnacionales, organizaciones y socialización política en Chile (1973-1993)*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Bolados García, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile Postdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en las comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará*, 44(1), 135-144. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562012000100010>
- Bodecker, G. y Kronenberg, F. (2002). A public health agenda for traditional, complementary and alternative medicine. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1582-1591. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.92.10.1582>
- CECV (2008). *4º Convergencia de Medicina Humanizada e Integrativa. Modelos Humanizadores de la Salud*. Editorial Universidad Bolivariana.
- CECV (2015). *Memoria 2001-2014. El Centro de Estudios para la Calidad de Vida y el Monumento Histórico Antiguo Hospital San José*. Caupolicán Servicios Gráficos.



- Centro El Canelo de Nos (1997). *2do Congreso de Plantas Medicinales- Chile 1995*. El Canelo de Nos.
- Centro El Canelo de Nos (1999). *Libro de Resúmenes. Tercer Congreso de Plantas Medicinales Chile '99*. El Canelo de Nos.
- Cornejo Valle, M., y Blázquez Rodríguez, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. *Revista de Antropología Experimental*, 13, 11-30. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1813>
- Crosby, A. (2014). The political potential of the return directive. *Laws*, 3(1), 117-140. <https://doi.org/10.3390/laws3010117>
- Eckart, W. (2011). *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französische Revolution bis zur Gegenwart*. Springer.
- Espinoza Woters, T. (2011). *Flores de la Cordillera de los Andes. Esencias florales de Chile. Repertorio floral*. Nuevamerica Impresos.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Frenkel, M. et al. (2008). Integrating complementary and alternative medicine into conventional primary healthcare: the patient perspective. *Explore*, 4(3), 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.02.001>
- Gauding, A. (1995). *Entre luces y sombras. Trama de una red*. Seamos Ed.
- Halberstein, R.A., Sirkin, A., y Ojeda-Vaz, M. (2010). When less is better: A comparison of Bach flower remedies and homeopathy. *Annals of Epidemiology*, 20(4), 298-307. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.11.006>
- Han, C. (2012). *Life in Debt. Times of care and violence in neoliberal Chile*. University of California Press.
- Harvey, D. (2009). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Haselen, R.A. (1999). The relation between homeopathy and the Dr Bach system of flower remedies: a critical appraisal. *British Homeopathic Journal*, 88(3), 121-127. <https://doi.org/10.1054/homp.1999.0308>
- Hastrup, K. (2003). Violence, suffering and human rights: Anthropological reflections. *Anthropological Theory*, 3(3), 309-323. <https://doi.org/10.1177/14634996030033004>
- Hellman, C. (2000). *Culture, Health and Illness* (5ta edición). Arnold.
- Hess, D. (2002). Complementary or alternative? Stronger vs weaker integration policies. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1579-1581. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.10.1579>
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Horrigan, B., Lewis, S., Abrams, D. y Pechura, C. (2012). *Integrative medicine in America. How Integrative medicine is being practiced in clinical centers across the United States*. The Bravewell Collaborative.
- Institute of Medicine (IOM) (2005). *Complementary and alternative medicine (CAM) in the United States*. National Academies Press.
- Jütte, R. (1999). The historiography of nonconventional medicine in Germany: A concise overview. *Medical History*, 43, 342-358. <https://doi.org/10.1017/s002572730006539x>
- Kark, S. y Kark, E. (2006). Una práctica de medicina social. *Medicina Social*, 1(2), 34-58. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/38/51>



- Kleinman, A. (1991). Concepts and model for comparison of medical systems as cultural systems. En C. Curren, y S. Margaret (Eds.), *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective* (pp. 29-47). Berg.
- Leary, B. (1999). The early work of Dr. Edward Bach. *British Homeopathic Journal*, 88(1), 28-30. <https://doi.org/10.1054/homp.1999.0270>
- Lechner, N. (2006). *Norbert Lechner. Obras Escogidas*. Tomo 1. LOM.
- Lock, M. (1990). Rationalization of Japanese herbal medicine: The hegemony of orchestrated pluralism. *Human Organization*, 49(1), 41-47. <http://www.jstor.org/stable/44125993>
- McGuire, M. (2002). Not all alternatives are complementary. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 409-411. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.409>
- Medeiros, S. y Pulido, R. (2011). Programa de reducción de estrés basado en mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49(3), 251-257. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300005
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>
- Menéndez, E. (2017). Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353-357. <https://doi:10.18294/sc.2017.1548>
- MINSAL (2005). *Decreto N° 42 "Reglamento para el Ejercicio de las Prácticas Médicas Alternativas como profesiones Auxiliares de la Salud y de los recintos en que éstas se realizan"*. Gobierno de Chile.
- MINSAL (2006). *Decreto N° 123, Otorga reconocimiento y regula a la Acupuntura como profesión Auxiliar de la Salud*. Gobierno de Chile.
- MINSAL (2007). *Resolución Exenta N° 522, que Aprueba Listado de Medicamentos Herbolarios Tradicionales*. Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Asesoría Jurídica.
- MINSAL (2009). *Decreto N° 19 de 2009 "Otorga Reconocimiento y Regula a la Homeopatía como Profesión Auxiliar de la Salud"*. Gobierno de Chile.
- MINSAL (2012a). *Informe Final. "Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas"*. Gobierno de Chile.
- MINSAL (2012b). *Decreto N° 5 de 2012 "Otorga Reconocimiento a Naturismo y Regula a la Naturopatía como Profesión Auxiliar de la Salud"*. Gobierno de Chile.
- Mpinga, E. K., Kandolo, T., Verloo, H., Zacharie Bukonda, N. K., Kandala, N. B., y Chastonay, P. (2013). Traditional/alternative medicines and the right to health: key elements for a convention on global health *Health and Human Rights*, 15(1), 44-57. <https://www.hhrjournal.org/2013/10/traditionalalternative-medicines-and-the-right-to-health-key-elements-for-a-convention-on-global-health/>
- Murray, S. y Elston, A. (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organization of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 701-721. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x>
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (2021). *Complementary, Alternative or Integrative Health: What's in the name?* <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>



- Nogales-Gaete, J. (2004). Medicina alternativa y complementaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(4), 243-250. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272004000400001>
- Obach King, A. (2011). *Lo Propio, lo foráneo y lo diverso: Salud y nuevas rutas de curación en Chile*. Tesis de doctorado. Universidad de Barcelona, Facultad de Geografía e Historia. Departamento de Antropología Cultural, Historia de América y de África. <http://hdl.handle.net/2445/35229>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe de la salud en el mundo 2000*. OMS.
- Oxhorn, P. (1995). *Organizing civil society. The popular sectors and the struggle for democracy in Chile*. The Pennsylvania State University Press.
- Padovan, M. A. y Filice, N. (2011). A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1801-1811. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M. y Palmar, A.M. (2014). *Investigación Cualitativa*. Elsevier.
- Piper, I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología Comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. *Revista de Psicología*, 17(2), 39-58. <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17136>
- Plath, O. (2021). *La añañuca*. Chile Bosque. <http://www.chilebosque.cl/poem/ananuca.html>
- Povinelli, E. (2011). *Economies of Abandonment. Social belonging and endurance in late liberalism*. Duke University Press.
- Pordié, L. (2015). Hangover free! The social and material trajectories of PartySmart. *Anthropology & Medicine*, 22(1), 34-48. <https://doi.org/10.1080/13648470.2015.1004773>
- Rancière, J. (1999). *Dis-agreement, politics and philosophy*. University of Minnesota Press.
- Rancière, J. (2009). *El reparto de lo sensible. Estética y política*. LOM.
- Rancière, J. (2011). *En los bordes de lo político*. Ediciones La Cebra.
- Rancière, J. (2016). *Jaques Rancière en la Universidad de Valparaíso* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/CO14RBzaMLw>
- Rosen, G. (2005). *De la política médica a la medicina social*. Siglo XXI.
- Saks, M. (2008). Popular medicine and east-west dialogue. En D. Wujastyk y F. Smith (Eds.), *Modern and Global Ayurveda. Pluralism and Paradigms* (pp. 29-41). State University of New York,.
- Sax, W. S. (2009). Performing God's Body. *Paragrana*, 18(1), 165-187. <https://doi.org/10.1524/para.2009.0011>
- Sax, W. y Basu, H. (2016). *The law of possession: ritual, healing and the secular state*. Oxford Scholarship.
- Scheffer, M. (1992). *La terapia floral de Bach. Teoría y Práctica*. Urano.
- Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana (2019). *Región Metropolitana de Santiago. Índice de Prioridad Social de Comunas 2019*. Ministerio de Desarrollo Social. http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2019.pdf
- Servicio de Salud Metropolitano Norte (2013). *Diagnóstico de Situación de Salud. Áreas de Influencia SSMN 2013*. Servicio de Salud Metropolitano Norte, Subdepartamento de Estadísticas e Información Sanitaria y Subdirección Gestión Asistencial. <https://www.ssmn.cl/descargas/estadistica/DIAGNOSTICO%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20SSMN.pdf>



- Silenzio, V. (2002). What is the role of complementary and alternative medicine in public health? *American Journal of Public Health*, 92(10), 1562-1564. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.10.1562>
- Soto, A. (2009). *Medicinas Complementarias en el Sistema Público de Salud: Experiencia de la Unidad de Salud del Trabajador' del Servicio de Salud Metropolitano Sur*. Tesis de Magíster. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- Thompson, J. y Nichter, M. (2015). Is there a role of complementary and alternative medicine in preventive and promotive health? An anthropological assessment in the context of U.S. Health Reform. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(1), 88-99. <https://doi.org/10.1111/maq.12153>
- Trachtenberg, D. (2002). Alternative therapies and public health: Crisis or opportunity? *American Journal of Public Health*, 92(19), 1566-1567. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.10.1566>
- Universidad de Talca y Corporación Lawén (2001). *Libro de Resúmenes. IV Congreso Internacional de Plantas Medicinales*. Instituto de Química de Recursos Naturales, Universidad de Talca.
- Universidad de Talca (2010). *Diagnóstico situacional de medicinas complementarias y alternativas en el país*. Centro de Estudios de la Opinión Ciudadana.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1592>
- Walach, H., Rilling, C. y Engelke, U. (2001). Efficacy of Bach-flower remedies in test anxiety: A double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 359-366. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(01\)00069-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(01)00069-x)
- Yentzen Péric, E. (2014). *La voz de los Setenta. Un testimonio sobre la resistencia cultural a la dictadura 1975-1982*. CIPOD.
- Zimmermann, F. (1992). Gentle Purge: The flower Power of Ayurveda. En C. Leslie y A. Young (Eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge* (209-224). University of California Press.
- Zysk, K. (2001). New Age Ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America. *Traditional South Asian Medicine*, 6, 10-26.

Recibido el 4 Nov 2020

Aceptado el 23 Jun 2021