ESTADO LAICO Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS RELIGIOSAS. EL CASO DE MÉXICO EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Gloria Galaviz¹
Olga Odgers Ortiz²

Resumen: El proceso de pluralización del campo religioso latinoamericano, en las últimas décadas, ha permitido a la población disponer de formas alternas de interpretación y atención de los padecimientos de salud. El objetivo del artículo es reflexionar sobre los retos políticos, sociales y culturales del crecimiento de la oferta terapéutica de base espiritual/religiosa evangélica, en México. El análisis parte del estudio empírico realizado en Baja California, estado fronterizo al norte del país, donde la oferta terapéutica evangélica para el tratamiento de adicción a las drogas ha crecido exponencialmente desde 1980. El caso visibiliza la tensión existente entre la responsabilidad del Estado de ofrecer servicios de salud laicos, y su imposibilidad para lograrlo sin acudir a la oferta terapéutica religiosa, proveniente de la sociedad civil. Además, este tipo de atención a la salud, considerado “alternativo” por el Estado, invita a reflexionar y debatir el concepto mismo de medicina alternativa en México y América Latina.

Palabras clave: Medicina alternativa; Estado laico; Antropología médica.

Abstract: The pluralization process of the Latin American religious field, in the last decades, has provided other alternatives to interpret and attend the population ailments. The objective of this article is to reflect on the political, social, and cultural challenges of the spiritual/religious therapeutic growth in Mexico. The analysis is based on an empirical study in Baja California, border state to the north of the country, where the evangelical therapeutic offer for drug addiction treatment has grown exponentially, since 1980. This case makes visible the tension between the

¹ Posdoctorante en El Colegio de la Frontera Norte. Contato: gloria_galaviz@hotmail.com

² Investigadora del departamento de Estudios Sociales en el Colegio de la Frontera Norte. Contato: odgers@colef.mx

state's responsibility to supply laity health services, and their inability to achieve it without resorting to religious therapeutic offer, provided by civil society. In addition, this type of health care, considered as "alternative" by the State, invites us to reflect and discuss the concept of alternative medicine in Mexico and Latin America.

Keywords: Alternative medicine; Secular state; Medical anthropology.

MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS DE BASE CRISTIANAS

En América Latina históricamente han coexistido diversas formas de atención a la salud (Armus, 2002), configurando lo que los especialistas han denominado "pluralismo médico" (Menéndez, 1990; Zolla; Sánchez, 2010; Kazianka, 2012; Mosqueda, 2007). Esta diversidad ha estado conformada principalmente por tres modelos: la medicina tradicional, vinculada a formas de atención a la salud provenientes de tradiciones indígenas; las terapias creadas a partir de procedimientos científicos occidentales, llamada medicina académica o biomédica; y la medicina doméstica o casera, que integra todas aquellas prácticas efectuadas en el ámbito del hogar, orientadas a atender padecimientos de salud, sin atravesar procesos de consulta de especialistas (Zolla; Sánchez, 2010).

A pesar de constituir procedimientos que emanan de concepciones diferenciadas de la salud y la enfermedad, y de perspectivas diferentes con relación a lo que resulta posible o conveniente hacer, los usuarios pueden y suelen combinarlos en función de las circunstancias y los recursos disponibles. Así, las relaciones entre estos modelos de atención son complejas, no sólo por las coincidencias o discrepancias en el nivel teórico e institucional (Duarte, 2003; Argueta, 2008), sino también por la forma en que, tanto prestadores de servicios, como usuarios, los combinan en la práctica (Menéndez, 2003; Zolla; Sánchez, 2010; Broom; Tovey, 2014).

Esta no es una realidad exclusiva de América Latina, sino compartida con el resto del mundo, siendo tema de estudio y debate en las ciencias médicas y sociales (Argueta, 2012; Bakx, 1991; Balvedi, 2013; Barros;

Rossetto; Alves, 2008; Broom; Tovey, 2014; Duarte, 2003; Kazianka, 2012; Menéndez, 2003; Mosquera, 2007; Nigenda; Mora-Flores; Aldama-López; Orozco-Núñez, 2001; Sabino, 2005; Toniol, 2014; Zolla; Sánchez, 2010).

Diversos factores han impulsado y complejizado el pluralismo médico en el mundo. Entre ellos se pueden mencionar: la falta de infraestructura médica gubernamental que propicia la búsqueda de opciones alternativas a las oficiales para la atención a la salud (Zolla; Sánchez, 2010; Menéndez, 2003; Argueta, 2008; la pérdida paulatina de legitimidad del modelo biomédico (Menéndez, 1990); las transformaciones del sistema económico global (Bakx, 1991); así como el trabajo de intervención de instituciones internacionales en apoyo de prácticas terapéuticas tradicionales.³ Adicionalmente, es posible constatar que la creciente diversidad cultural de las ciudades globales (Sassen, 1998) constituye también una veta de crecimiento para el pluralismo médico.

En este artículo nos interesa centrarnos en una de las implicaciones de la diversificación del pluralismo médico a partir de la creciente pluralización religiosa experimentada en América Latina desde mediados del siglo XX (Bastian, 1993; 2012; De la Torre; Gutiérrez, 2007; Hernández; Rivera, 2009; Odgers, 2010).

El arribo y difusión de prácticas y creencias, tanto espirituales como religiosas, distintas a las históricamente predominantes en el contexto latinoamericano, ha permitido a la población disponer de formas alternas de interpretación y atención de los padecimientos de salud.

En particular, destaca el acelerado crecimiento porcentual de las denominaciones evangélicas de corte pentecostal, en donde las prácticas de sanación ocupan un lugar importante en la estructuración de su sistema simbólico. Asimismo, las prácticas de sanación pentecostal han constituido un factor de atracción sobre nuevos posibles practicantes, especialmente

³ Entre ellos destacan los esfuerzos del Instituto Interamericano de Derechos Humanos en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (IIDH-OPS, 2006a; IIDH-OPS, 2006b;), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través del Convenio 169 (OIT, 2007).

en contextos donde el acceso a la biomedicina es limitado (Cantón, 1994; Garma, 2004; Andrade, 2008).

Otro ejemplo de diversificación de la oferta terapéutica vinculada a procesos de pluralización religiosa, es el auge de colectivos comúnmente denominados “New Age” o “nuevos movimientos religiosos”, que incorporan prácticas tales como el yoga, el reiki, la acupuntura o el vegetarianismo a estilos de vida en que se otorgan nuevos sentidos a la búsqueda y mantenimiento de la salud (Carozzi; Frigerio, 1994; Frigerio, 1995; De la Torre; Mora, 2001; Toniol, 2014).

La diversificación de modelos y corrientes terapéuticas ha llevado a los especialistas a debatir el concepto de “medicina alternativa”. Como señalan Broom y Tovey (2014), hablar de medicina alternativa y/o complementaria es hablar de una entidad construida y dinámica que es cultural e históricamente variable, por lo que no es posible definirlas a priori, ni con nitidez. De acuerdo con ellos, lo que las caracteriza es su falta de integración al sistema de salud occidental y su tendencia a adoptar modelos de tratamiento que combinan elementos físicos y metafísicos en sus terapias (p. 141-142).

Mientras en América Latina, hasta las últimas décadas del siglo XX, el término hacía referencia de manera casi exclusiva a la medicina tradicional indígena, en la actualidad se ha ampliado para incorporar un sinnúmero de modelos terapéuticos disímiles, provenientes de tradiciones culturales diversas (Duarte, 2003; Kazianka, 2012). Simultáneamente, algunas formas de atención externas a la biomedicina han adquirido legitimidad al interior de los sistemas oficiales de salud, que los han incorporado bajo la óptica de prácticas *complementarias* (Vincent; Furnham, 1996; Toniol, 2014). En consecuencia, podría decirse que la “medicina alternativa” en América Latina, en la actualidad se define antes por su posición externa a los sistemas de salud hegemónicos, que por compartir principios o modelos de atención semejantes.

Es interesante destacar que, debido a la vinculación de la biomedicina con la cultura occidental, la medicina alternativa por lo general se asocia en primera instancia con modelos terapéuticos no occidentales. En consecuencia, se ha prestado menor atención, bajo la óptica de medicina alternativa, a otro

tipo de propuestas terapéuticas occidentales. Este es el caso de las prácticas religiosas cristianas orientadas a la sanación.

El debate entre científicos sociales ha sido menos intenso, con relación a las implicaciones políticas, sociales y culturales del crecimiento de esta vertiente de la medicina alternativa. Probablemente es en Brasil donde más trabajos etnográficos y de análisis existen al respecto (Sabino; Cazena, 2005; Barros; Rossetto; Alves, 2008; Balvedi, 2013), dado el crecimiento de estas alternativas y a los cambios recientes en el sistema de salud que motivaron el debate tanto académico como legal (Toniol, 2014). No obstante, en otros países, como México, el debate es incipiente, pese al protagonismo que dichos modelos han alcanzado en ciertas áreas de la salud.

El estudio y la discusión de la incorporación de estas prácticas, sin embargo, se han tornado ineludibles por diversos motivos, uno de ellos se deriva de las contradicciones que surgen de la relación establecida entre quienes proponen prácticas terapéuticas religiosas o espirituales, y el Estado, definido por su carácter laico. El objetivo del artículo es avanzar en la discusión señalada, mostrando cómo el crecimiento de la oferta terapéutica espiritual/religiosa ha enriquecido el pluralismo médico existente en México, pero también cómo junto con ello se han generado nuevos retos para el Estado y la comunidad médica que labora para él.

Las reflexiones vertidas en este artículo forman parte de los resultados preliminares del proyecto de investigación interinstitucional e interdisciplinario titulado *La oferta terapéutica religiosa de los Centros Evangélicos de Rehabilitación*.⁴ El objetivo principal del proyecto es comprender el papel que juega la religión en los centros terapéuticos de Baja California, especializados en la atención de personas con problemas de adicción a las drogas⁵.

⁴ El equipo de trabajo está integrado por sociólogos, antropólogos, epidemiólogos e historiadores de El Colegio de la Frontera Norte (Colef), la Universidad Autónoma de Baja California (Uabc) y la Universidad de California en San Diego (UCSD).

⁵ El Instituto Nacional en abuso de drogas estadounidense, NIDA, por sus siglas en inglés, define la adicción a las drogas como una enfermedad compleja caracterizada por “una

Consideramos que la realidad documentada en Baja California es emblemática de los retos sociales y políticos del estado mexicano ante el crecimiento de esta oferta terapéutica, así como de la relación entablada entre gobierno y asociaciones civiles en esta materia. El caso evidencia claramente la necesidad de tomar en cuenta las características socioculturales de las terapias alternativas existentes, para un trabajo conjunto efectivo entre ambos actores.

Para la realización del artículo nos apoyamos en: los resultados de una encuesta telefónica aplicada entre julio y septiembre 2013 a los centros identificados en el estado y que permitió su caracterización;⁶ y la participación en el “Diplomado en adicciones en Baja California”, impartido por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), de febrero a julio de 2013, ofrecido a directivos y trabajadores en centros de rehabilitación (CR).⁷ Además, nos nutrimos de las entrevistas a profundidad realizadas a 11 directivos de centros, y del trabajo de campo a profundidad realizado en tres CR, dos evangélicos y uno de Narcóticos Anónimos.⁸

intensa, y en algunas ocasiones, incontrolable, ansia por la droga, acompañada de una búsqueda compulsiva y un uso que persiste incluso frente a consecuencias devastadoras” (NIDA, 2009, p. V). Traducción propia.

⁶ A través de la encuesta se obtuvo información sobre la población atendida y el modelo de atención implementado. Se indagó acerca del lugar otorgado a la dimensión religiosa/espiritual en el tratamiento, la vinculación con iglesias, y la aceptación o rechazo del método de los doce pasos, y de tratamientos clínicos. La encuesta tuvo como punto de partida los registros elaborados por el Instituto de Psiquiatría de Baja California (IPEBC) en 2011 y 2013, así como la información contenida en los registros de Organizaciones de la sociedad civil, del Ayuntamiento de Tijuana al 2011. Dichas fuentes fueron completadas con la información obtenida mediante trabajo de campo e información aportada por los centros contactados en la propia encuesta.

⁷ Realizamos observación participante, centrando la atención en comprender las lógicas y discursos sobre los modelos terapéuticos implementados en los CR.

⁸ Los resultados de trabajo de campo cualitativo que tuvo lugar en el municipio de Tijuana, por ser el que concentra mayor número y diversidad de CR. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis. Se tomó nota de las características físicas de los establecimientos. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética institucional y

La estructura del texto es la siguiente: en la primera parte ofrecemos un panorama contextual sobre las características de la oferta terapéutica en Baja California, mostrando cómo es dominado por modelos terapéuticos alternativos de base espiritual/religiosa. En la segunda damos cuenta del proceso emprendido por el Estado para reglamentar y ejercer control sobre este tipo de terapias. En la tercera sección, describimos y destacamos, cómo la omisión o subestimación del carácter espiritual/religioso de los establecimientos dificulta el diálogo, cooperación y coordinación efectiva entre los prestadores de servicio de salud, tanto gubernamentales, como privados. Señalamos algunas contradicciones que se encuentran en el origen de los conflictos. En la cuarta y última parte, brindamos algunas reflexiones finales en torno a los problemas y retos señalados a lo largo del texto, destacando la necesidad de tomar en cuenta las características socio-antropológicas de las terapias alternativas emergentes. Destacamos también puntos de encuentro que podrían constituir ventanas de oportunidad para un funcionamiento más armónico de este complejo sistema real de salud.

LA OFERTA TERAPÉUTICA PARA ADICCIONES EN BAJA CALIFORNIA

Para describir la configuración de la oferta terapéutica en Baja California para tratar problemas de adicción, hacemos uso del término “sistema de salud realmente existente” (SSRE) propuesto por Carlos Zolla y Carolina Sánchez. Esto es el “[...] conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, al accidente, el desequilibrio o la muerte” (Zolla; Sánchez, 2010, p. 26). En otras palabras, el SSRE está constituido por las opciones

el consentimiento informado de los entrevistados consta en las respectivas cartas firmadas. Todas las personas involucradas, independientemente de que se les haya entrevistado o no, fueron informadas de los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento. En cumplimiento del código de ética que rige al proyecto, respetamos el derecho al anonimato de los informantes.

terapéuticas de que una población determinada dispone en forma práctica, para interpretar y hacer frente a los problemas de salud/enfermedad que le aquejan.

Esta propuesta conceptual reconoce la existencia de un pluralismo médico, pero al mismo tiempo destaca las opciones reales de atención al alcance a la población. Tal precisión permite identificar y comprender con mayor claridad posibles tensiones entre los diversos modelos terapéuticos y el tipo de relación que establecen con el sistema de salud oficial.

En México la llamada “medicina alternativa” es un conjunto heterogéneo de modelos de salud, cuyo punto en común es no formar parte del sistema hegemónico oficial, provisto por el Estado a través de sus diversos programas de salud inspirados en el Modelo Médico Hegemónico (MMH) ampliamente descrito por Eduardo Menéndez (1990).

No obstante que el criterio para considerar como alternativo a un determinado tipo de práctica o modelo terapéutico, estriba básicamente en su vinculación con el Estado, el grado de aceptación y reconocimiento de las alternativas terapéuticas, así como los sistemas de regulación de las mismas, por parte de éste, son diversos, complejos y difusos.

Los factores que intervienen en la relación establecida por el Estado con la diversidad de modelos terapéuticos son múltiples. Por ejemplo, tanto las terapias indígenas como las de base cristiana, son consideradas alternativas. Sin embargo, la existencia de la primera, desarrollada principalmente en comunidades indígenas goza de una legitimidad cultural y política que no tiene la segunda, dados los retos que representa a la laicidad del estado.

Otro factor que incidente es que el acceso a los diversos modelos terapéuticos varía significativamente entre regiones geográficas, sectores poblacionales, o necesidades concretas. De ahí la configuración de distintos sectores del SSRE.

En el ámbito de atención a las adicciones, una de las opciones terapéuticas alternativas que desde la década de 1980 ha ido en incremento continuo en México, y especialmente en la región fronteriza del norte, es la ofrecida por llamados “centros de rehabilitación” (CR) emanados de la sociedad civil. Entre ellos predominan modelos terapéuticos apoyados en principios espirituales, de base cristiano-evangélica.

En el estado fronterizo de Baja California, la multiplicación de los CR y el acelerado incremento en su visibilidad, han exigido un posicionamiento por parte del Estado, dando lugar a diversas normas que buscan regular su funcionamiento.

Los CR comenzaron a proliferar en la década de 1980. El incremento mayor se dio en la primera década del siglo XXI, pasando de 93 centros en 2001 (González, 2001), a 233 en 2013 (IPEBC, 2013a). De éstos, 197 tenían registro oficial; de los 36 restantes se tenía constancia de existencia, pero sin registro.

El auge de los CR evangélicos en Baja California, puede explicarse tanto por el crecimiento del pentecostalismo, que acerca a la población a una conceptualización evangélica de la salud y la enfermedad, como al vacío que ha dejado el Estado, al desatender las necesidades de salud de esta población, fuertemente estigmatizada, al considerarlos más como delincuentes que como enfermos que requieren atención (Paris; Pérez; Medrano, 2009).

Si bien es difícil conocer con precisión el incremento del consumo de drogas ilegales en la región, los datos existentes muestran un aumento constante, destacando la reducción en la edad del inicio del consumo (Salazar, 2012).

Los resultados de la encuesta realizada por el equipo de investigación arrojaron que de los 141 centros activos contactados⁹, el 64.5% (91) prestan servicios bajo el modelo de Narcóticos Anónimos (NA), en los cuales, si bien no se hace alusión a una denominación religiosa específica, el reconocimiento de un poder superior constituye un elemento clave en el proceso de recuperación.

El 27% (38) de los centros contactados declararon que su terapia es orientada por principios explícitamente religiosos, destacando aquellos de corte evangélico. Sólo el 8.5% (12 centros) del total ofrecía terapia apoyada en bases clínicas y declararon seguir modelos seculares.

⁹ Se llamó a la totalidad de centros registrados, pero sólo se obtuvo información precisa de 141, principalmente debido a que los números telefónicos habían cambiado, nunca respondieron la llamada, o la persona que contestó declinó participar en la encuesta.

Si sumamos los dos primeros tipos de centros, tenemos que el 91.5% son establecimientos donde el factor espiritual/religioso es central en el proceso de recuperación.

Atendiendo a las cifras, es claro que el SSRE, en lo relativo al tratamiento de adicciones en Baja California, está compuesto principalmente por los servicios ofrecidos por grupos de la sociedad civil, de corte espiritual y religioso. Si bien existe una oferta de salud gubernamental, la población dispone y consume en la práctica servicios de salud espirituales/religiosos, que son los que resultan más accesibles por su cantidad y dispersión.

En términos legales, esta configuración del SSRE resulta conflictual, debido al carácter laico del Estado, que está obligado a proveer servicios de salud libres de todo contenido religioso.

El fundamento laico del Estado no prohíbe el desarrollo de modelos de atención alternativos emanados desde la sociedad civil, en la medida en que éstos no sustituyan a la oferta médica oficial, de carácter laico. Sin embargo, las contradicciones comienzan a surgir en el momento en que el Estado desatiende un rubro específico de necesidades de salud, ya sea porque la concentración geográfica de los servicios no permite un acceso real a oferta de salud secular, o sencillamente porque ésta no crece al mismo ritmo que las necesidades de atención.

Asimismo, surgen espacios de tensión en el momento en que la oferta terapéutica inspirada en principios religiosos o espirituales, comienza a recibir financiamiento estatal, como ocurre en Baja California.

Una estrategia no explícita para resolver las contradicciones arriba mencionadas, consiste en no reconocer, desde el Estado, el carácter religioso de los CR. Es decir, éste regula su funcionamiento mediante supervisión y registro de sus actividades, pero omitiendo las características explícitamente religiosas de los centros, para quedar todos clasificados dentro del universo de las actividades realizadas por la sociedad civil que ofrecen “terapias alternativas” (Secretaría de Salud, 2009).

Esta estrategia evita la confrontación entre los modelos de atención disímiles, pero no favorece el desarrollo de estrategias de atención conjuntas. Es

ese el tema que nos interesa analizar con mayor hondura a continuación, pues sostenemos que la omisión o subestimación del carácter espiritual/religioso de los establecimientos, dificulta el diálogo, cooperación y coordinación efectiva entre los prestadores de servicio de salud, tanto gubernamentales, como privados.

A continuación, a través del análisis de un caso concreto de interacción, mostraremos cómo el hecho de no tomar en cuenta las características sociológicas y antropológicas de los centros, en específico su perfil espiritual/religioso, ha generado desencuentros entre el personal de gobierno y el personal de los centros.

EL PROCESO DE REGULARIZACIÓN ESTATAL

De 1980 a 1990 los CR proliferaron prácticamente sin ningún tipo de supervisión estatal, dando pie a diversas irregularidades en su funcionamiento. En 1999 se publicó la Norma 028, cuyo objetivo es objetivo:

Establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. [...] Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones. (Diario oficial de la federación, 2009).¹⁰

Durante los primeros años, el proceso de regularización se centró en la elaboración de un padrón de centros operantes, en la adecuación de las instalaciones y en mejorar el trato que recibían los usuarios de los centros. En la narrativa de los directores de CR, se trató de un proceso tortuoso

¹⁰ El proceso de regularización de los centros no fue una decisión exclusivamente gubernamental. Algunos directores de CR y de redes de CR, señalan que la normatividad fue una solicitud de los propios responsables de centros estables y organizados, buscando desvincularse de aquellos que desacreditados por su carácter improvisado e incluso violatorio de los derechos humanos de los internos.

pero positivo, en el que tuvieron que adecuarse a parámetros de funcionamiento que no necesariamente correspondían a sus prioridades, pero que les permitieron ganar progresivamente cierto respeto a la labor realizada. En esta etapa, numerosos centros improvisados fueron cerrando, a la vez que los centros de mayor trayectoria y organización se fortalecieron.

Posteriormente, como parte de una segunda etapa, se buscó la profesionalización del personal que atiende los centros. A grandes rasgos, el objetivo ha sido proporcionar herramientas del campo de la psicología y la psiquiatría a trabajadores de los CR sin formación en estas áreas, buscando con ello mayor eficacia en el tratamiento y trato ofrecido a los usuarios que solicitan sus servicios.

El proceso de profesionalización se juzga necesario al existir una brecha entre los modelos oficialmente reconocidos por el estado en la Norma 028, y el modelo – exclusivamente médico-impulsado por el estado. Los modelos reconocidos son:

- a. Modelo profesional: ofrece servicios a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud.
- b. Modelo de ayuda mutua: ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación. Los programas más utilizados se fundamentan en los llamados “Doce Pasos de A. A.”. Trata de incidir tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los “Doce Pasos”, se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.
- c. Modelo mixto: deberá ofrecer servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.
- d. Modelos alternativos: son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario. (Secretaría de Salud, 2009).

Pese a que la normatividad vigente reconoce la utilidad de los CR, la relación entre los profesionales de la medicina adscritos a las dependencias oficiales, y los directores de los centros evangélicos de rehabilitación, es frecuentemente conflictiva.

En tanto que el estado preconiza la atención terapéutica del modelo profesional, en detrimento del resto, los psicólogos y psiquiatras que laboran en las dependencias de gobierno del Estado han jugado un papel importante en el proceso de regularización emprendido por el Estado, principalmente en el proceso de profesionalización del personal que opera los centros con terapias alternativas.

Al efectuar su trabajo, los especialistas académicos en salud mental operan bajo los principios de la biomedicina, tanto en el estilo de trabajo, como en la conceptualización de la adicción. No obstante, sus sistema de trabajo contrasta fuertemente con puntos nodales de los modelo de tratamiento alternativos, y los cuales son soslayados o subestimados por ambos actores.

Para efectos del proceso de profesionalización, la discrepancia mayor consiste precisamente en el proceso y atributos que privilegian los directivos de los CR para elegir al personal de trabajo, y los criterios del personal médico del Estado.

El método de multiplicación de los CR en la región, ha estado marcado por el descubrimiento de vocaciones de rehabilitación dentro de los propios centros. Concretamente, la trayectoria habitual es la siguiente: un consumidor de drogas, con una trayectoria vinculada a la delincuencia, ingresa a un centro de rehabilitación en donde, además de abandonar el consumo de drogas, pasa por un proceso de conversión religiosa, en el curso del cual, identifica el Plan que Dios tiene para él. Dicho Plan, consiste en consagrar su vida a la rehabilitación/restauración de otros consumidores de drogas, mediante el establecimiento de nuevos CR en donde podrá presentar su testimonio personal como prueba de la existencia de un camino para la abstinencia, pero sobre todo para la salvación.

Así pues, la experiencia personal de los directivos de los centros constituye, a sus ojos, su principal recurso para guiar la rehabilitación de otros

usuarios. Su educación formal es variable – desde secundaria incompleta hasta estudios profesionales terminados – pero en la mayor parte de los casos, consideran que no es la educación formal, sino la experiencia de vida, la que les permite ser eficaces en su labor.

En contraste con esta perspectiva, los funcionarios de gobierno que efectúan el proceso de profesionalización y supervisión de los CR, asumen que su labor es transmitir conocimientos psiquiátricos y psicológicos básicos, que coadyuven a la mejor comprensión y tratamiento de las adicciones. El conocimiento derivado de la experiencia personal de rehabilitación no es reconocida en sí misma, si es desvinculada de un proceso de formación académico. Probablemente debido a esta idea es que no existen esfuerzos por recuperar los conocimientos prácticos derivados de la experiencia acumulada por los directivos de los establecimientos, algunos de los cuales poseen más de tres décadas de funcionamiento y por tanto, de experiencia en el ramo.

La subestimación de los modelos terapéuticos alternativos existentes y el poco valor prestado al conocimiento adquirido por experiencia de sus operadores, por parte de los terapeutas avalados por el Estado, ha derivado en la falta de comunicación y diálogo efectivo. La relación entre estos actores es compleja y representa dificultades para ambos al desarrollar su labor. Algunos puntos de encuentro y divergencia entre ellos, emergieron de forma clara durante el último curso de profesionalización ofertado por personal de gobierno. A continuación hacemos una recapitulación de los elementos más sobresalientes e ilustrativos identificados.

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE ACTORES

En Baja California se han realizado diferentes cursos dirigidos al personal. El más reciente fue el diplomado impartido en 2013 (febrero-junio), por la Universidad del Valle de México (UVM) y coordinado por personal del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), dirigido a directivos de CR o asociaciones vinculadas al trabajo con personas con problemas de adicción. Estuvo dividido en 17 sesiones, todas orientadas a transmitir a los

participantes conocimientos psiquiátricos y psicológicos básicos referentes al diagnóstico y atención de las adicciones. En palabras de los organizadores, el objetivo del diplomado fue “[...] brindar información científica y oportuna para sensibilizar y promover la participación comunitaria ante esta problemática [de la adicción]” (IPEBC, 2013b). En general, el contenido estuvo encaminado a transmitir una visión clínica de la adicción y sus opciones de tratamiento.

El diplomado se impartió de forma simultánea en las tres principales ciudades de Baja California – Tijuana, Mexicali y Ensenada – procurando ser accesible a personas de todo el estado. Tuvo una duración de cinco meses, y sólo en Tijuana tuvo una matrícula de 180 personas. Aunque el certificado expedido fue avalado por la Universidad del Valle de México, todos los ponentes, con excepción de una sesión, fueron psiquiatras y psicólogos que laboran en el IPEBC, con sede en Mexicali. La excepción fueron los “terapeutas espirituales” procedentes de grupos de NA, que estuvieron a cargo de las sesiones de “Espiritualidad y adicción”. Este es un dato importante, pues evidencia la falta de personal preparado dentro del IPEBC para analizar, desde una perspectiva académica, el papel de la religión y la espiritualidad en los procesos de atención terapéutica.

El desarrollo de las sesiones, tanto en su logística, interacción de participantes y contenido, constituyó una ventana privilegiada para observar la relación existente entre el personal médico del Estado y personal de los CR. Ésta refleja la compleja interacción de los distintos componentes del sistema real de salud bajacaliforniano.

En términos logísticos, fue evidente la falta de coordinación entre el personal administrativo del diplomado y los ponentes. Hubo cancelación o cambio de fecha y horario de las sesiones sin notificar con anticipación a los participantes. La información no siempre llegó a todos. Esto se vio más claramente con la entrega de reconocimientos, pues pocas personas se enteraron de la fecha y lugar de la entrega.

Además de la desorganización del evento, otros aspectos que fueron objeto de críticas por parte de los asistentes, fueron la precariedad de las instalaciones en que se impartieron las sesiones, y la ausencia de autoridades

para realizar los ritos protocolarios de inicio y clausura. En conjunto, estas acciones fueron interpretadas por los asistentes como una falta de consideración hacia el trabajo que realizan y hacia su persona.

Al interior del aula, destacó el carácter vertical de las sesiones, los directivos de CR asumieron el rol de estudiantes y los ponentes el de profesores. El tono general fue la de impartición de clases, y no había disposición para la problematización real de los tópicos tratados. Menos aún se buscaba que el diplomado constituyera un espacio de intercambio de experiencias y saberes adquiridos tanto por los profesionales médicos, como por los propios representantes de los CR. En este sentido, toda la experiencia de trabajo acumulada por los participantes en el diplomado fue soslayada. Aunque hubo expositores más abiertos que otros a escuchar las opiniones de los participantes, los comentarios realizados en las sesiones no trascendieron más allá.

No hubo una recuperación sistemática de las experiencias de los participantes, ni un intento de diálogo y comunicación a fondo entre asistentes y ponentes.

Uno de las pocas sesiones que despertó polémica fue la correspondiente al *Manejo de recaídas*. Dentro del concepto médico una recaída es “la repetición de un patrón de consumo de drogas problemático” (IPEBC, 2013), excluyendo de él el consumo esporádico de la sustancia. Esta conceptualización de las recaídas no es compartida por dirigentes de centros espirituales ni religiosos. Para ellos una recaída – aunque se trate de un solo consumo – es sintomática de la falta de fortaleza espiritual, y demuestra que el individuo aún no está listo para volver a enfrentarse a las tentaciones del mundo. Algunos asistentes cuestionaron entonces a la ponente, quien solamente respondió que ella estaba ahí para transmitir lo que la teoría decía y no para enfrascarse en una discusión sobre ella.

Paradójicamente, mientras que en general se subestima el profesionalismo del personal formado bajo el modelo de autoayuda de NA, la sesión dedicada a analizar la relación entre espiritualidad y adicción estuvo a cargo de “consejeros espirituales” formados en NA. El contenido de la sesión versó sobre la historia de Alcohólicos Anónimos (AA), y cómo de éste surgió NA.

Así mismo, describieron los doce pasos que integran la terapia, destacando la eficacia demostrada del modelo, tomando como ejemplo la experiencia de vida y rehabilitación de los ponentes.

Por pláticas y entrevistas con directivos de centros religiosos, sabemos que algunos tienen un claro distanciamiento con esta interpretación de NA, dada la indefinición de “poder superior” y la relativa libertad del tratamiento para interpretar y construir un camino espiritual propio.

Es así que la sesión específicamente dedicada a abordar la relación entre espiritualidad y adicción, evadió la problematización y enriquecimiento mutuo entre asistentes, limitándose a la presentación tipo monólogo de una sola visión e interpretación de la relación entre ambos. Esta situación da pie a pensar que el personal del IPEBC no tiene conciencia de la diversidad de concepciones que hay sobre espiritualidad entre los asistentes, al punto de ser contrapuestas. O si se tiene conciencia no presta importancia a destacar esa pluralidad en el proceso de profesionalización.

Mientras que en términos teóricos hay claros desencuentros, resultó interesante identificar un empate de valores culturales no consciente entre el personal médico y el personal en proceso de profesionalización. Por ejemplo, en la sesión dedicada a analizar *El sistema familiar con problemas de drogas*, la ponente no problematizó la diversidad de familias existentes, retomando el concepto tradicional de familia, conformada por madre, padre e hijos. Todo lo que saliera de ese modelo era considerado un modelo distorsionado del “ideal”, o disfuncional. La ponente acentuó cómo la ausencia de la madre para salir a trabajar era una de las principales causas de problemas familiares, y con ello la multiplicación de los problemas de adicción. Esta forma de interpretar el rol de la mujer en la sociedad, es compartida por una gran mayoría de los dirigentes de los centros, por lo que las afirmaciones de la ponente fueron celebradas.

Finalmente, las referencias a Dios fueron constantes en las sesiones tanto por participantes como por ponentes. En ambos casos había un reconocimiento explícito de la creencia en un poder superior, y de la necesidad de apoyarse en él para superar la adicción. De esta forma, el personal del

IPEBC legitima a través de sus creencias personales el modelo terapéutico que trata de modificar bajo argumentos profesionales.

Recapitulando, aunque en teoría las autoridades reconocen la existencia de un pluralismo médico en la atención de adicciones en Baja California, podemos notar una relación vertical por parte del Estado. Esto no es distinto a lo que se ha observado en otros casos, como la atención a la población indígena (Zolla, 2010; Argueta, 2008) y al problema de la adicción al alcohol (Menéndez, 1990). La visión de la adicción es dominada por el MMH, con todos los problemas derivados de esa relación, señalados por Menéndez (1990; 2003).

El punto nodal de la divergencia entre el personal del IPEBC y la gran mayoría de los dirigentes de los centros en Baja California, está en el lugar que ocupa la espiritualidad en la etiología y tratamiento de la adicción. Para los médicos, aunque el inicio del consumo pueda derivarse de factores socioculturales, el problema de las adicciones es eminentemente de tipo neuronal y psicológico, por lo que su solución, plantean, debe centrarse en el tratamiento psicológico y psiquiátrico.

En los directivos de los CR espirituales/religiosos, el problema de las adicciones viene de la existencia de un vacío espiritual, que debe atenderse con terapia espiritual. Guiados cada uno bajo estos principios, tanto médicos como prestadores de servicio de la sociedad civil, consideran saber quién es una persona adicta y quién no, y no dialogan entre sí para acordar criterios comunes.

CONSIDERACIONES FINALES. PROBLEMAS Y RETOS

El caso de los centros de rehabilitación evangélicos analizado, evidencia la necesidad de tomar en cuenta las características socioculturales de las ofertas terapéuticas emergentes en México, para la comprensión y visibilidad de los retos políticos, sociales, médicos y académicos que éstas representan.

El caso permite avanzar la discusión sobre el papel que las prácticas terapéuticas religiosas ocupan en el espacio público, y las relaciones, conflictuales que establecen quienes las proponen, con los estados laicos.

A pesar de la relevancia que tiene el factor espiritual/religioso en el diagnóstico y atención de las adicciones, en algunas regiones del país, observamos una exclusión total de estos temas por parte del personal médico estatal. Destaca la voluntad estatal por soslayar la dupla espiritualidad/religión, desdibujando así el conflicto que produce la carencia de atención laica en un ámbito específico de la atención a la salud. Más aún, parece haber una estrategia sistemática para eludir esta discusión. Ello ha permitido establecer principios básicos de colaboración, pero desconocer el carácter espiritual/religioso de la oferta terapéutica existente, dificulta el diálogo, cooperación y coordinación efectiva entre los prestadores de servicio de salud involucrados.

En lo discursivo se reconoce la experiencia de los directivos y servidores de los centros, provenientes de otro modelo terapéutico, pero en la práctica no hay un esfuerzo por recuperar y sistematizar su conocimiento y tomarlo como base para la construcción de un saber conjunto. No se considera, pues, a los directivos de los centros de rehabilitación como verdaderos interlocutores en la construcción de mejores modelos de atención a las adicciones.

En la medida que el proceso de profesionalización se enfrenta con modelos terapéuticos fundamentados en dogmas de fe, liderados por personas que no están dispuestas a negociar aspectos nodales de su modelo de tratamiento, cabe preguntarse, ¿Hasta qué punto es factible concretar la profesionalización buscada por el Estado? ¿Qué ventajas y desventajas tiene realizar estos esfuerzos? ¿Habría otras alternativas de colaboración entre estos sistemas que no atravesara por un proceso de profesionalización vertical?

En el ámbito propiamente médico, la ausencia de una formación profesional sobre los factores religiosos y espirituales que inciden en la atención de los padecimientos, por parte del personal clínico, dificulta un verdadero diálogo entre actores sociales.

La negación del carácter religioso/espiritual de los CR contrasta con la práctica, toda vez que el personal médico y los directivos de los directivos de CR encuentran puntos de convergencia en sus propias creencias y valores, no problematizados. Esto se debe al empate de valores culturales respecto a temas nodales como la legalización de las drogas y el rol de la mujer en la sociedad.

La existencia, no admitida formalmente, de valores religiosos y morales compartidos entre el personal de gobierno y personal de la sociedad civil, impide la reflexión a fondo de temas centrales en los procesos de rehabilitación, y más aún a la relación religión/salud en el contexto de un Estado laico.

Es evidente que la importancia que han cobrado estos centros ha aligerado la carga del Estado en la atención a este problema de salud pública, pero al mismo tiempo cuestiona su capacidad para proveer los servicios de salud a que está obligado, y garantizar el respeto a los principios de laicidad sobre los que se erige.

Además del reto político y médico que implica, el crecimiento de terapias de base cristiana representa un reto académico, en tanto que complejiza el debate sobre el concepto de “medicina alternativa”. Es necesario para comprender el hecho de que hoy en día, al menos en México, tanto las terapias indígenas como las de base cristiana, sean consideradas alternativas, pese a las múltiples diferencias existentes entre ellas.

En conclusión, es necesario ahondar en el estudio de las características socioculturales de la oferta terapéutica creciente. Esto sería de suma utilidad para comprender las diversas perspectivas desde las que interpretan los procesos de salud/enfermedad, tanto desde los usuarios como desde los ofertantes de servicios. La apuesta es que ello coadyuve, en última instancia, a entablar un verdadero diálogo entre ellos, necesario en la medida que la atención terapéutica que ofrecen va dirigida a un mismo grupo poblacional.

Sigue pendiente pues, una reflexión de conjunto sobre las manifestaciones de lo religioso en el ámbito de la salud pública y su relación con el Estado, no sólo en México, sino en Latinoamérica. Pero también, de un debate académico rico que contribuya a la comprensión de las nuevas modalidades que la medicina alternativa adquiere en América Latina.

REFERENCIAS

- ANDRADE Cardemil, Rosa. Manos que sanan. Experiencia de Salud en Mujeres Pentecostales chilenas. *Cultura y Religión*, Chile, v. 2, n. 3, p. 26-41, 2008.
- ARGUETA Villamar, Arturo. El diálogo de saberes, una utopía realista. *Integra Educativa*, Bolivia, v. 5, n. 3, p. 15-29, 2012.
- ARMUS, Diego. La enfermedad en la historiografía de América Latina. *Asclepio*, v. 54, n. 2, p. 41-60, 2002.
- BAKX, Keith. The 'eclipse' of folk medicine in western society. *Sociology of Health & Illness*. Nueva Jersey, v. 13, n. 1, p. 20-38, 1991.
- BALVEDI Damas, Fernando. Comunidades terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. *Saúde pública de Santa Catarina*, Brasil, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.
- BARROS, Wilson Cezar; ROSSETTO, Alessandra de Arriba; ALVES, Cleber Consoni. Comunidades terapêuticas: pousada bom samaritano. *Omnia Saúde*, Brasil, v. 5, n. 2, p. 60 - 67, 2008.
- BASTIAN, Jean Pierre. *La mutación religiosa de América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- _____. Las dinámicas contemporáneas de pluralización del campo religioso latinoamericano o cómo pensar de manera relacional una configuración de relaciones objetivas. In: ODGERS, Olga (Coord.). *Pluralización religiosa en América Latina*. Tijuana: Colef/Ciesas, 2012, p. 19-38.
- BROOM, Alex; TROVEY, Philip. The role of the Internet in cancer patients' engagement with complementary and alternative treatments. *Health*, Londres, v. 12, n. 2, p. 139-155, 2008.
- CANTÓN, Manuela. "Curar y creer" en Guatemala. A la conversión religiosa (pentecostal) por la sanación física. In: GONZÁLEZ ALCANTUD, José Antonio; RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (Ed. Lit.). *Creer y curar: la medicina popular*. España: Diputación provincial de Granada. 1996. p. 457-482.

CAROZZI, María Julia; FRIGERIO, Alejandro. Los estudios de la conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos. In: CAROZZI, María Julia; FRIGERIO, Alejandro. *El Estudio Científico de la Religión a Fines del Siglo XX*. Buenos Aires: CEAL, 1994. p. 17-53.

DE LA TORRE, Renée; GUTIERREZ Cristina, (Coords.). *Atlas de la diversidad religiosa en México*. Guadalajara, México: Coljal/Colef/Ciesas/Colmich/Uqroo/Segob-Smpar, 2007.

DE LA TORRE, Renée; MORA, José Manuel. Itinerarios creyentes del consumo neoesotérico. *Comunicación y sociedad*. Guadalajara, México: DECS-UdG, n. 39, p. 113-143, ene./jun. 2001.

DUARTE Gómez, María Beatriz. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos Saúde Pública*: Brasil, v. 19, n. 2, p. 635-643, marzo-abril, 2003.

FRIGERIO, Alejandro. Secularización y nuevos movimientos religiosos. Boletín de Lecturas Sociales y Económicas, Buenos Aires, núm. 7, p. 43-28.

GARMA Navarro, Carlos. *Buscando el espíritu. Pentecostalismo en Iztapalapa y la ciudad de México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa-Plazza y Valdés, 2004.

IIDH; OPS. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. *Salud indígena y derechos humanos*. Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; Organización Panamericana de la Salud, 2006.

_____. *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; Organización Panamericana de la Salud, 2006.

IPEBC. *Directorio estatal de establecimientos especializados en tratamiento de adicciones*. Mexicali, Baja California: Consejo estatal contra las adicciones, 2013a.

_____. Diplomado en adicciones en Baja California. *Programa de sesiones*. Mexicali, Baja California: IPEBC, 2013b.

KAZIANKA, Bárbara. *¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes de San José, Guatemala*. Scripta Ethnologica, Argentina, v. 34, p. 39-68, 2012.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Primera edición. México: Conaculta-Alianza editorial, 1990.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, n. 8, v. 1, p. 185-207, 2003.

MOSQUERA, María Teresa. Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. *Desacatos*, México, n. 23, enero-abril, p. 225-250, 2007.

NIGENDA, Gustavo; MORA-FLORES, Gerardo; ALDAMA-LÓPEZ, Salvador; OROZCO-NÚÑEZ, Emmanuel. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud pública de México*, México, v. 43, n. 1, p. 41-51, enero-febrero, 2001.

OIT. *Oficina Regional para América Latina y el Caribe*. Convenio n. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 2. ed. Lima: Organización Internacional del Trabajo, 2007.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. China: Organización Mundial de la Salud, 2013.

NIDA. *Principles of drug addiction treatment*. Estados Unidos de América: National Institutes of Health, 2009.

PARIS Pombo, María Dolores; PÉREZ, Lorena; MEDRANO, Gerardo. *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para prevenir la discriminación, México, 2009.

RIVERA, Carolina; HERNÁNDEZ, Alberto (Coords.). *Regiones y religiones en México: Estudios de la transformación sociorreligiosa*. Tijuana: Colef/Ciesas/Colmich, 2009.

RIVERA, Carolina. *Diversidad religiosa y conflicto en Chiapas: intereses, utopías y realidades*. México: IIF-UNAM, 2005.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, Brasil, v. 22, n. 2, p. 167-174. abr./jun. 2005.

SALAZAR Páez, Iraís. El consumo de drogas ilegales en Baja California: Una perspectiva desde los determinantes de salud. Tijuana, B.C. Tesis (Maestría en Estudios de Población) El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, 1997.

SASSEN, Saskia. *Globalization and its discontents: Essays of the new mobility of people and money*. New York: The New Press, 1998.

SECRETARIA DE SALUD. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *Diario oficial de la Federación*, México, Secretaría de gobernación, Primera sección, 21 de agosto de 2009.

TONIOL, Rodrigo. Espiritualidad, Ciencia y Cura en la oferta de terapias alternativas y complementarias en el Sistema Único de Salud brasileño. In: SEMINARIO CUERPO, SALUD, RELIGIÓN, Tijuana: Departamento de Estudios Sociales de El Colef, 2014.

VINCENT, Charles; FURNHAM, Adrian. Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*. Leicester. v. 35, n. 1, p. 37-48, 1996.

ZOLLA, Carlos; SÁNCHEZ, Carolina. *Pueblos indígenas e indicadores de salud*. México: PUMC/UNAM-OPS/OMS, 2010.

Recebido em: 26/03/2014

Aprovado em: 27/05/2014