



Salud colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Béliceau, Verónica Giménez; Irrazábal, Gabriela; Grier, Mar

Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa

Salud colectiva, vol. 14, núm. 2, 2018, Abril-Junio, pp. 153-159

Universidad Nacional de Lanús

DOI: 10.18294/sc.2018.1958

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73157577001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa

Health and religions: practices and meanings in dialogue and dispute

Verónica Giménez Béliveau¹, Gabriela Irrazábal², Mar Grier³

Desde el efecto de las creencias sobre las terapéuticas en enfermedades crónicas y terminales, hasta las interacciones mutuas de las instituciones religiosas, médicas y políticas en torno a la salud, la religión no ha dejado de estar presente en los discursos sobre la salud individual, comunitaria y colectiva y sobre las políticas públicas alrededor de la salud. El campo de la salud en su intersección con el religioso ofrece un interesante espacio analítico para pensar la sociedad contemporánea: las definiciones de malestar(es) y su forma de abordaje, la producción de políticas y sentidos en el campo de la salud, la construcción de subjetividades en torno de identidades múltiples y la gestión del cuerpo, la vida (su reproducción) y la muerte.

Desde una perspectiva interseccional, este número temático reúne trabajos que abordan la relación entre salud y religión en la sociedad contemporánea. Se trata de artículos que analizan tanto las demandas y aspiraciones individuales como las de las instituciones religiosas y sus intervenciones públicas en cuestiones de salud. También se presentan investigaciones que toman como objeto de estudio el diseño de políticas públicas y las interacciones estatales a las religiones en el ámbito de la salud.

En su mayoría, los Estados nacionales, en consonancia con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, definen la salud de un modo multidimensional que contempla el bienestar físico, mental y social y que no está relacionado solo con la presencia o ausencia de enfermedad⁽¹⁾. Sin embargo, desde las ciencias sociales ha sido señalada la vigencia del modelo médico hegemónico en el mundo contemporáneo⁽²⁾ y la expansión de la biomedicina como una exportación ideológica del proceso colonial de las sociedades europeas^(3,4).

Esta hegemonía de la biomedicina para diagnosticar, interpretar, curar y dar sentido al proceso de salud-enfermedad-atención es discutida desde la práctica por los actores sociales que combinan distintas terapéuticas. La coexistencia de distintos sistemas médicos y múltiples soluciones⁽⁵⁾ en la búsqueda del bienestar^(6,7) muestra tanto la pluralidad en los esquemas de atribución de causas, descripción de síntomas y búsqueda de terapéuticas, como las tensiones

¹Doctora en Sociología. Investigadora independiente, Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CEIL-CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 

²Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas con sede en Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CONICET-CEIL), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 

³Doctora en Sociología. Profesora, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. 

que se establecen entre estos modelos interpretativos (entre sí y con la biomedicina hegemónica): en algunos casos se producen dinámicas de complementariedad; en otros, emergen procesos de negociación entre terapéuticas diversas; y, en otros, irrumpen el conflicto en las definiciones y prácticas referentes a las etiologías de enfermedades y malestares. La atribución de los padecimientos a cuestiones sociales, seres no humanos y relaciones familiares coexiste en tensión con las causaciones situadas en el plano de lo corporal, lo biológico, los virus o las bacterias^(6,7,8). La tensión que define el campo entre la biomedicina y otras posibles interpretaciones reaparece encarnada en actores religiosos que reclaman interpretaciones plurales de la enfermedad y la curación a las instituciones públicas de salud (y/o también a las organizaciones religiosas hegemónicas), aspirando al reconocimiento de espacios físicos y simbólicos en los que se reconozca la pluralidad de creencias y sentidos sobre los procesos de gestión del bienestar y las terapéuticas.

El conjunto de trabajos que aquí presentamos, diversos en sus análisis empíricos y contextos territoriales, engloban dos grandes temáticas teórico-conceptuales. Por un lado, la definición de los malestares, la interpretación de la enfermedad y sus formas de abordaje por parte de los individuos, conforman el primer grupo, caracterizado por la centralidad del sujeto en los procesos de definición de los malestares, y en la gestión de la salud y el recurso a terapéuticas complementarias. Los artículos agrupados en este eje analizan también los roles de la familia y la comunidad, focalizando en los procesos de socialización y resocialización a partir de determinados diagnósticos que son interpretados socialmente; y se interrogan, además, acerca de cómo los actores sociales afrontan los límites entre el cuerpo, la psiquis y el espíritu, y cómo los diversos malestares/enfermedades/padecimientos son construidos y definidos colectivamente y problematizados por otros actores en su definición y en relación con los procesos de curación.

Por otro lado, presentamos investigaciones que colocan a las instituciones sanitarias en el centro del análisis y se interrogan sobre los procesos de complementariedad, negociación y conflicto que se producen en la interacción entre el Estado, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los diversos grupos religiosos. Los artículos reunidos en este eje ponen especial énfasis en la diversidad religiosa, y se interrogan acerca de los diálogos de los diferentes grupos religiosos con el espacio biomédico, las estrategias de búsqueda de legitimación y los procesos de institucionalización de nuevos modelos de encaje entre lo religioso y lo secular en las instituciones sanitarias contemporáneas. Son artículos que abordan, especialmente, la gestión del pluralismo religioso, y los desafíos y cambios recientes en este campo, en el ámbito sanitario.

Estos ejes, que agrupan investigaciones en América Latina, Europa y Asia, nos permiten reflexionar sobre los procesos individuales, colectivos y estatales de gestión de la salud y las creencias religiosas. Los casos que se analizan nos permiten dar cuenta de las diversas posibilidades de articulación de la religión y la salud desde la percepción individual hasta la gestión pública pasando por las definiciones colectivas y grupales. Las decisiones sobre qué enferma y cuándo, las razones de la enfermedad, el establecimiento de cuál es la presencia aceptada y requerida de los agentes religiosos en hospitales y clínicas, la elección de una sola o una combinación de terapias con sustratos epistemológicos diversos muestran algunas de las posibles articulaciones sociales entre salud y religión en el mundo contemporáneo, de un rango amplísimo de otras que aún requieren ser estudiadas. La diversidad de los referentes empíricos permite observar procesos plurales de memoria y linaje en la búsqueda de bienestar.

En el primer eje temático comenzamos con el texto de Verónica Giménez Béliveau y Natalia Fernández titulado “Somos cuerpo, alma y espíritu”: Persona, enfermedad y procesos de sanación y exorcismo en el catolicismo contemporáneo en Argentina”⁽⁹⁾, en el que las autoras reflexionan sobre la articulación de los saberes médicos y religiosos, los malestares relacionales y la noción de persona, entendida como cuerpo, espíritu y psiquis y que incluye

otros significativos alrededor del sujeto: amigos, familiares y antepasados. Las enfermedades se piensan como intergeneracionales y los malestares exceden al cuerpo. La sanación y la cura son espirituales, psicológicas y corporales. Por ello, los actores sociales recurren a itinerarios terapéuticos que incluyen la derivación a profesionales de la salud de distintas disciplinas –médicos, psicólogos y psiquiatras– complementados con prescripciones de regulación de la vida que implican una reintegración a la comunidad religiosa.

A continuación, el artículo de Serena Bindi “Fantasmas e inflamaciones: reflexiones sobre las interacciones terapéuticas a la religión en India”⁽¹⁰⁾ recorre los conflictos suscitados a partir de la enfermedad de una mujer y las atribuciones causales posibles en la región del norte de la India. Desde la corriente de estudios dedicados al pluralismo médico y los recorridos de cura, se reflexiona acerca de la persistencia de la categoría del fantasma –entidad no humana dotada de intencionalidad–, en coexistencia con las categorías biomédicas expandidas en la región. El éxito de la interpretación sobrenatural finalmente adoptada es analizado en el contexto social que lo produce, a partir del despliegue de las relaciones sociales que controlan el comportamiento femenino y sus eventuales desviaciones.

Carolina Remorini, María Laura Palermo y Lucía Schvartzman también trabajan los aspectos procesuales en la experiencia de enfermar a partir de un estudio etnográfico titulado “Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina)”⁽¹¹⁾. A partir de su investigación, las autoras reflejan los límites de las explicaciones basadas en aspectos psicológicos u orgánicos, ya que los significados atribuidos a síntomas y diagnósticos varían según los contextos y las interpretaciones que cada sujeto hace de ellos. Ante los padecimientos y síntomas, consideran que el pluralismo terapéutico es “más una regla que una excepción”⁽¹¹⁾ en las sociedades contemporáneas y que, por tanto, es frecuente la combinación de saberes. Los malestares ocurren cuando hay un desequilibrio entre la persona y su entorno debido al incumplimiento de prescripciones religiosas, entre otros factores. Rescatan que en las comunidades existen personas que cumplen el rol de cuidadores de la salud, que transmiten saberes y cuya palabra es valorada.

En relación con la valorización de los saberes médicos, Carlos Piñones Rivera, Wilson Muñoz Henríquez y Miguel Ángel Mansilla, en su trabajo “El *mal paraje* y la *mala hora*: Notas sobre la violencia naturalista hacia el saber médico andino”⁽¹²⁾ presentan notas sobre la violencia naturalista hacia el saber médico andino a partir del análisis de los *malos parajes* y las *malas horas* (lugares donde se presenta el demonio o los espíritus malignos de diversas maneras). A partir de su trabajo etnográfico, los autores reflexionan sobre las dificultades que plantean tanto el estudio de los saberes médicos en el campo de la salud intercultural, como las distintas conceptualizaciones sobre el espacio y el tiempo para diagnosticar una enfermedad. En este sentido, afirman que los estudios antropológicos han malinterpretado las prácticas de diagnóstico y atención a la salud y, desde una crítica epistemológica, muestran que tanto el saber biomédico como el de las ciencias sociales han ejercido violencia naturalista contra los saberes médicos andinos.

Ana Lucía Olmos Álvarez analiza cómo ante un evento de enfermedad los actores sociales recurren a la utilización combinada de la biomedicina y las terapias religiosas. En su artículo “Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino”⁽¹³⁾, trabaja los itinerarios terapéuticos de un grupo de actores sociales que se nuclean alrededor del catolicismo carismático y asisten a ceremonias de sanación. A partir de allí, analiza cómo se articulan los saberes biomédicos con los religiosos dando cuenta de que estas articulaciones presentan distintos niveles de jerarquización e ilustra la manera en que los actores combinan recursos: primero la biomedicina como ordenadora del diagnóstico y luego la complementación con terapéuticas que incluyen lo espiritual.

Nicolás Viotti, por su parte, se interroga acerca del orden de lo corporal y de lo espiritual, cuestionando las fronteras entre lo médico, lo psicológico y lo espiritual a partir de datos producidos con trabajo etnográfico en un movimiento ligado a la espiritualidad Nueva Era. En su artículo “Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar”⁽¹⁴⁾, presenta entramados de circulación de terapéuticas en los que ilustra cómo la circulación de la energía da cuenta de un ensamblaje entre lo anímico, lo corporal y lo espiritual. Sostiene que al recortar esos términos se produce una explicación parcial y no holística de las causas del bienestar.

En “La representación de la sordedad: el propio cuerpo y la confesión religiosa como agentes de socialización”, María Esther Fernández Mostaza y Diana Marcela Murcia Albañil⁽¹⁵⁾ abordan el cuerpo como agente de la socialización y la familia como continente de la resocialización. Recuperan discusiones clásicas de la teoría social que dan centralidad al cuerpo y cómo este es modelado por la cultura⁽¹⁶⁾. Toman la perspectiva bergeriana y el concepto de alternación para indicar las modalidades a través de las cuales los individuos pueden circular entre sistemas de significación diversos. A partir de su trabajo con métodos biográficos las autoras argumentan que es en los espacios de religión y salud donde se resignifica el cuerpo y se cuestionan los saberes profesionales. La familia, la comunidad y lo social adquieren aquí un lugar privilegiado en tanto agentes resocializadores.

Esta dimensión es también abordada por Fernanda Mendes Lages Ribeiro y María Cecilia de Souza Minayo que presentan una investigación sobre el rol de los grupos religiosos en escenarios de violencia y delito. En su texto “Sentidos del trabajo religioso en contextos marcados por la violencia: estudio en un complejo de favelas en Río de Janeiro”⁽¹⁷⁾ describen las estrategias de “prevención” y “recuperación” de individuos llevadas adelante por grupos evangélicos pentecostales. Desde la perspectiva de los actores involucrados ilustran el rol de las religiones en personas con trayectorias ligadas al delito, la inserción de los actores sociales en comunidades de fe y la importancia de la evangelización y los procesos de conversión –en tanto resocialización– en la disminución de las violencias.

Los trabajos mencionados abordan dimensiones de análisis que ilustran la complejidad de las definiciones sobre el bienestar, la enfermedad, los padecimientos y el proceso de salud-enfermedad-atención, contemplando significados holísticos de la persona en relación con sus familias, comunidades y territorios. Estas otras propuestas interpretativas, siempre en diálogo y a veces en disputa con el sistema de la biomedicina, reconocen implícitamente la hegemonía del sistema biomédico a través de la referencia que lo respalda o la mención crítica al mismo: para pensar otros sistemas, hay que ordenarlos en un universo de sentidos en que la biomedicina es el astro más brillante.

El siguiente conjunto de artículos se nuclea en un eje de investigaciones que revisan la diversidad religiosa y las relaciones entre el Estado, los grupos religiosos y las ONG. Trabajan sobre los procesos de búsqueda de legitimación e institucionalización de determinadas prácticas y tratamientos.

En “Las salas multiconfesionales en el contexto hospitalario catalán: negociaciones y tensiones en la gestión de la diversidad”⁽¹⁸⁾, Anna Clot-Garrell y Mar Grieria trabajan sobre el modo espacial de reconocimiento simbólico y acomodación práctica de la diversidad religiosa en hospitales. Analizan la relación entre minorías religiosas, iglesias históricas e instituciones públicas en el marco de una sociedad con creciente pluralización religiosa y secularización. Reconstruyen cómo se transformaron las capillas católicas en salas multiconfesionales y cómo estas últimas se establecen más bien como espacios de lucha y tensión. Las autoras se interrogan acerca de cómo se da en la práctica la idea de la multiconfesionalidad y concluyen que el reconocimiento no implica necesariamente inclusión e integración.

Con relación a este punto, Joaquín Algranti y Mariela Mosqueira presentan el artículo titulado “Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de ‘rehabilitación’ de usuarios de drogas

en Argentina”⁽¹⁹⁾, en el que analizan dos dinámicas emergentes de institucionalización y las articulaciones estables del Estado con las redes intermedias de grupos religiosos no católicos. Esto ilustra, para los autores, el carácter legítimo y protagónico que adoptaron los modelos evangélicos de tratamiento de adicciones. Los autores sostienen que el medio carcelario y el ámbito del consumo de drogas han sido dos espacios que permitieron la proyección evangélica y, por tanto, su relación con el Estado a partir de políticas públicas. En este texto, reconstruyen el origen de estos dispositivos de tratamiento proponiendo una periodización histórica desde la década de 1970 en impulsos de lo que denominan “espiritualización terapéutica” y la convergencia con el Estado a partir de la puesta en marcha de programas y políticas públicas.

La cuestión de la relación del Estado y los grupos religiosos en el ámbito del tratamiento al consumo problemático de drogas también es trabajada por María Pilar García Bossio y Catalina Monjeau Castro en su artículo “Entre las religiones y el Estado: el caso de las *Expo Promo Salud* en la provincia de Buenos Aires”⁽²⁰⁾. Las autoras describen las formas que adquiere el bienestar para los agentes estatales y los religiosos en Argentina y los límites que encuentra la definición de salud multidimensional en la práctica del diseño de políticas públicas. También trabajan sobre la mirada del Estado hacia los grupos religiosos, a partir del análisis de los expositores invitados a este evento de promoción de la salud. Incluyen el concepto de cuidados de una manera amplia y relacional ya que, afirman, les permite detectar formas y prácticas de gestión de la salud.

David Dupuis, por su parte, presenta un trabajo titulado “Prácticas en búsqueda de legitimidad: el uso contemporáneo de la ayahuasca, entre reivindicaciones terapéuticas y religiosas”⁽²¹⁾. A partir de la descripción de una institución fundada en sus orígenes con terapéuticas ligadas a la espiritualidad de la Nueva Era el autor analiza las tensiones en los procesos de legitimación sobre uso de la ayahuasca y el tratamiento de adicciones en un centro chamánico cuyas definiciones sobre la adicción difieren con los saberes dominantes. En este espacio se contempla la intergeneracionalidad, la transpersonalidad y las relaciones conflictivas de los pacientes con seres espirituales. El autor describe también la interacción entre este centro chamánico y las autoridades públicas a las que convocan para obtener legitimación.

Por último, en la línea de interacciones con el Estado y la búsqueda de reconocimiento, Gabriela Irrazábal en su artículo “Procesos de institucionalización del servicio de capellanía y la asistencia espiritual no católica para hospitales públicos de Argentina”⁽²²⁾, describe cómo un grupo de capellanes no católicos debe adaptar su modalidad de funcionamiento para poder interactuar con las instituciones públicas de salud. El énfasis no está puesto en cómo las instituciones públicas desarrollan estrategias de gestión y reconocimiento de la diversidad religiosa sino en las maneras en que el grupo de capellanes se adapta para lograr el reconocimiento estatal, visibilidad y legitimidad social. En un plano más general, el artículo trabaja sobre las negociaciones y el reclamo de un acceso igualitario al espacio público por parte de las religiones minoritarias.

En líneas generales, los trabajos aquí presentados ilustran la diversidad existente en las sociedades contemporáneas. El paisaje religioso ha sufrido transformaciones como parte de un proceso de secularización que implica pluralización, recomposición de creencias y quiebre de los monopolios religiosos. Sin embargo, esta diversidad no implica necesariamente mayor pluralismo, reconocimiento o aceptación de algunas creencias y prácticas religiosas⁽²³⁾. Existen niveles diferenciados y jerarquías en el tratamiento de las distintas creencias y se establecen estrategias sociales y gubernamentales de regulación de la religión. La diversidad religiosa a nivel societal en la población no es sinónimo de un tratamiento igualitario a todas las creencias y religiones. En este monográfico describimos esta problemática social en el cruce de la religión y la salud contemplando la perspectiva de los sujetos sociales, las comunidades y las instituciones públicas.

Para cerrar, las editoras queremos manifestar nuestro agradecimiento a los autores, al comité editorial de la revista y a los revisores externos convocados para cada uno de los artículos de este número. Como resultado de este proyecto y esfuerzo colectivo hemos podido presentar artículos que esperamos contribuyan a la visibilidad de la diversidad y al respeto de los derechos de los sujetos en el proceso de salud-enfermedad-atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud. New York: OMS; 1946.
2. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Carácteres estructurales. En: Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS; 1983.
3. Orr D, Bindi S. Medical pluralism and global mental health. In: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. The Palgrave Handbook of global mental health: Socio-cultural perspectives. London: Palgrave-Macmillan; 2017.
4. Piñones Rivera C, Mansilla Agüero M, Muñoz Henríquez W. La agarradura me la atiendo en la Iglesia: el diablo como símbolo hegemónico en el pluralismo médico aymara pentecostal. Chungará (Arica). 2016;48(4):645-656. doi: 10.4067/S0717-73562016005000037.
5. Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. Agir dans un monde incertain: Essai sur la démocratie technique. Paris: Seuil; 2001.
6. Saizar M. De la censura a la complementariedad domesticada: Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En: Saizar M, Krmpotic C. Políticas sociosanitarias y alternativas terapéuticas: Intersecciones bajo la lupa. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2016.
7. Idoyaga Molina A. Reflexiones sobre la clasificación de medicinas: Análisis de una propuesta conceptual. Scripta Ethnologica. 2005;27:111-147.
8. Ceriani Cernadas C. El poder de los símbolos: Magia, enfermedad y acto médico. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2006;26:87-93.
9. Giménez Béliveau V, Fernández NS. "Somos cuerpo, alma y espíritu": Persona, enfermedad y procesos de sanación y exorcismo en el catolicismo contemporáneo en Argentina. Salud Colectiva. 2018;14(2):161-177. doi: 10.18294/sc.2018.1504.
10. Bindi S. Fantasmas e inflamaciones: reflexiones sobre las interacciones terapéuticas a la religión en India. Salud Colectiva. 2018;14(2):179-192. doi: 10.18294/sc.2018.1570.
11. Remorini C, Palermo ML, Schwartzman L. Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). Salud Colectiva. 2018;14(2):193-210. doi: 10.18294/sc.2018.1506.
12. Piñones Rivera C, Muñoz Henríquez W, Mansilla MA. El mal paraje y la mala hora: notas sobre la violencia naturalista hacia el saber médico andino. Salud Colectiva. 2018;14(2):211-224. doi: 10.18294/sc.2018.1490.
13. Olmos Álvarez AL. Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. Salud Colectiva. 2018;14(2):225-240. doi: 10.18294/sc.2018.1530.
14. Viotti N. Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar. Salud Colectiva. 2018;14(2):241-256. doi: 10.18294/sc.2018.1519.
15. Fernández Mostaza ME, Murcia Albañil DM. La representación de la sordera: el propio cuerpo y la confesión religiosa como agentes de

- socialización. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):257-271. doi: 10.18294/sc.2018.1520.
16. Mauss M. *Las técnicas del cuerpo*. Madrid: Tecnos; 1934.
17. Ribeiro FML, Minayo MCS. Sentidos del trabajo religioso en contextos marcados por la violencia: estudio en un complejo de favelas en Río de Janeiro. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):273-288. doi: 10.18294/sc.2018.1492.
18. Clot-Garrell A, Griera M. Las salas multiconfesionales en el contexto hospitalario catalán: negociaciones y tensiones en la gestión de la diversidad. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):289-304. doi: 10.18294/sc.2018.1534.
19. Algranti J, Mosqueira M. Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):305-322. doi: 10.18294/sc.2018.1521.
20. García Bossio MP, Monjeau Castro C. Entre las religiones y el Estado: el caso de las Expo Promo Salud en la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):323-340. doi: 10.18294/sc.2018.1531.
21. Dupuis D. Prácticas en búsqueda de legitimidad: el uso contemporáneo de la ayahuasca, entre reivindicaciones terapéuticas y religiosas. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):341-354. doi: 10.18294/sc.2018.1539.
22. Irrazábal G. Procesos de institucionalización del servicio de capellanía y la asistencia espiritual no católica para hospitales públicos de Argentina. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):355-371. doi: 10.18294/sc.2018.1573.
23. Mallimaci F, Esquivel JC. Pluralism and individualization in the argentine religious field: challenges for Catholicism in the perspective of society and politics. *Politics and Religion*. 2016;9(1):35-51.

FORMA DE CITAR

Giménez Bélineau V, Irrazábal G, Griera M. Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):153-159. doi: 10.18294/sc.2018.1958.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1958>