

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Héctor Javier Flor

ASPECTOS MEDICO LEGALES RELACIONADOS AL EJERCICIO DE LA MEDICINA INTERCULTURAL

2019

Citar como: Flor. H. J. (2019). Aspectos medico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Resumen

A lo largo de la historia, las modificaciones de la legislación Argentina en materia sanitaria en relación a un contexto intercultural, sumado a la intervención de entidades Internacionales, han evolucionado hacia el reconocimiento, aceptación e implementación de sistemas de salud que tengan como características la ampliación e integración de los derechos de los pueblos originarios, con un enfoque abierto que destaca y remarca el respeto a la autodeterminación de cada pueblo y a sus costumbres.

En este contexto, se presentan diferentes problemas respecto al ejercicio de la medicina científica en pueblos originarios, para los cuales no necesariamente la medicina clásica es la medicina "madre". La problemática abarca factores antropológicos y culturales, representando para el medico con formación científica un nuevo desafío en el modelo de atención, y en ocasiones, un punto ciego desde el aspecto médico legal.

El presente trabajo de investigación analizara la relación existente entre la medicina científica y la medicina intercultural o "tradicional", entendiéndose esta última, como aquella aceptada culturalmente por comunidades originarias, que no tienen sustento científico o que no cuenta con terapéuticas y procedimientos que se encuentren dentro de la curricula que dictan y avalan las Universidades que forman médicos científicos en la actualidad, y que tampoco son reconocidas por las normas e instituciones que delimitan el ejercicio legal de la medicina para los médicos con formación universitaria.

Por ello, desde un punto de vista integrativo, se indagara sobre los aspectos medico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural en nuestro país, la legislación vigente, la experiencia en Argentina y en otros países del mundo que ya han implementado un modelo de atención intercultural e integrado, o que han iniciado el proceso de integración medicina científica – medicina tradicional en comunidades originarias.

Palabras Clave: Medicina - Medicina Intercultural - comunidades originarias – medicina tradicional.

Índice

Introducción	1
Fundamentación	2
Marco Metodológico	2
Planteamiento del problema.....	3
Desarrollo	6
Medicina Intercultural. Definición.....	6
Legislación vigente relacionada a Pueblos Originarios.....	10
Argentina y derechos humanos en relación a comunidades originarias.....	12
Aspectos medico legales relacionados con el ejercicio de la medicina intercultural	17
Jurisprudencia y su relación con el ejercicio de la medicina Tradicional	21
Aspectos Medico Legales en el ejercicio de la Medicina Intercultural	22
Discusión	30
Experiencia Personal. Impenetrable Chaqueño.....	33
Conclusiones	37
Anexo I.....	38
Anexo II.....	39
Anexo III.....	40
Anexo IV	41
Anexo V	42
Anexo VI.....	43
AnexoVII.....	44
Bibliografía.....	45

1. Introducción.

En nuestro país, se reconoce como profesional Médico a aquel que ha culminado su formación académica en universidades reconocidas por el Ministerio de Educación, desarrollando un programa de estudio regulado, y que, luego de haber cumplido con los requisitos que exige la ley, tramita una matrícula profesional que lo habilita, fiscalización del Ministerio de Salud mediante, a ejercer la profesión médica, enmarcando al profesional en un contexto legal que delimita claramente su función y contempla sanciones a aquellos que no se ajusten a dicho marco.¹

Actualmente existen en el territorio nacional más de 37 Pueblos Originarios distribuidos en el conjunto de Provincias que lo componen, involucrando a una población total de 600.329 personas según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI).²

Se presenta como característica la coexistencia de múltiples etnias distribuidas en algunos casos en el mismo territorio, cada una de ellas, expresa particularidades distintivas relacionadas a cuestiones tan diversas como costumbres, idioma, ideología, antropología, religión, nutrición, estilo de vida, entre otras tantas, que las individualizan y diferencian respecto del resto, aceptándose que desde la colonización, el “hombre blanco” se ha insertado en el medio como etnia dominante, imponiendo sus costumbres sobre el resto, legislando y estableciendo patrones de conducta que son considerados como “normales” para la gran mayoría de los actores sociales. La llegada de los inmigrantes ha incorporado nuevas costumbres y de esta forma, la ciencia y la tecnología avanzaron sobre el territorio nacional, y con ellas, la ciencia médica, desplazando de esta forma a las costumbres ancestrales, matriz rectora del sistema de salud pre colonización, características de cada etnia, las que antes de la llegada del hombre blanco o “criollo” eran las únicas aceptadas como verdaderas.

Dentro de la Legislación Argentina, la ley número 17132 define como ejercicio legal de la medicina a aquel que permite anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales médicos, entendiéndose a estos últimos, como aquellos formados en instituciones universitarias reconocidas y posteriormente habilitados. Los profesionales

habilitados que incumplen con esta norma, entran en un capítulo diferente que según la interpretación legal, se engloban dentro del concepto de ejercicio ilegal de la medicina.³

Fundamentación

Las colonias originarias existentes conservan parte de sus costumbres, aquellas que sobrevivieron al destierro cultural, en este contexto existen poblaciones que aún no han aceptado a la medicina científica como la única opción sanitaria y frecuentemente recurren a personas que cumplen una función “curativa” en su comunidad. De esta forma, palabras como “Pioxonac” o curandero son válidas para ellas ya que, incluso en el mismo idioma, la palabra asigna identidad a un agente capaz de “curar”, como lo es el médico para el “criollo” u hombre blanco no nativo.

En la última década, se lanzaron y fortalecieron programas de salud destinados a la integración sanitaria multicultural, un ejemplo de ello fue el programa de salud familiar iniciado en el año 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación, también lo fue el programa Médicos Comunitarios, destinados a establecer presencia sanitaria en las regiones más vulnerables del país.

La Provincia del Chaco sirve como ejemplo de integración comunitaria inter étnica ya que existen hospitales denominados Interculturales, en los cuales los trabajadores médicos, enfermeros, agentes sanitarios, mucamas, choferes, entre otros, pertenecen a diferentes etnias que conviven durante la jornada laboral, teniendo como fin, integrar medicina científica e intercultural para disminuir de esta manera las barreras de accesibilidad al sistema sanitario, garantizar y satisfacer el derecho a la salud de cada habitante, independiente a etnia y origen.⁴

Marco Metodológico

El desarrollo del trabajo consistirá en analizar, describir y comparar datos sobre el tema de estudio. Para ello se consultarán fuentes como artículos bibliográficos y revistas científicas relacionadas al tema, utilizando los buscadores google académico, pubmed y lilacs. Se recurrirá a páginas del Ministerio de Salud de la Nación, Poder Judicial de la Nación, Súper Intendencia de Servicios de Salud y páginas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y OPS. Se abordarán leyes y artículos relacionados al

tema consultando a los Códigos Civil y Comercial, el Código Procesal Penal de la Nación y la Constitución de la Nación Argentina.

2. Planteamiento del Problema

En el marco legislativo Argentino, la ley número 17132 define como ejercicio legal de la medicina a aquel que permite anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales médicos, entendiéndose a estos últimos, como aquellos formados en instituciones universitarias reconocidas y posteriormente habilitados.

Sin embargo, no todas las comunidades aceptan a los médicos científicos como única opción para “curar” sus dolencias, algunas incluso, están realizando un proceso de integración terapéutica entre medicina científica y medicina tradicional como lo es el caso de algunos municipios de Brasil. De esta manera, se genera cierta interacción sanitaria entre el Sistema de Salud Local aceptado formalmente, y el sistema de salud tradicional, aquel aceptado por la comunidad originaria. Esto se repite en algunas localidades del impenetrable chaqueño como lo es la localidad de Villa Rio Bermejito en nuestro país, con la diferencia de que en esta última circunstancia, no existe legislación clara que indique de qué forma debe realizarse el proceso, a pesar de existir una amplia convivencia criollo – aborígen que integran a sus habitantes en un sistema de salud “mixto” en forma constante.⁵

Curandero, chaman, comadrona, partera, son términos utilizados comúnmente por los pueblos originarios para definir a los agentes de salud sin formación científica, título ni matrícula habilitante, pero cultural y ancestralmente aceptados en nuestro país, y que, diariamente interactúan con pacientes que son “atendidos” simultáneamente por médicos con formación científica. Sin embargo, para el Código Penal Argentino, algunas de estas figuras se encuentran tipificadas en un marco relacionado al ejercicio ilegal de la medicina, al mismo tiempo, que, un conjunto de leyes relacionadas al reconocimiento, honra y conservación de la diversidad cultural, establecen claramente normativas direccionadas hacia el respeto de la elección de los métodos de curación de las comunidades originarias, sus creencias y costumbres, entre las que se incluyen al cuidado de la salud según

criterios no descriptos como válidos para la ciencia, pero legalmente aceptados en un marco de derechos humanos, integración cultural y respeto hacia las poblaciones nativas.

En este contexto, el medico con formación científica permanece en una encrucijada legal ya que en cierta forma, debe respetar terapéuticas que para su formación, infringen la ley, pero en contraposición, la misma ley lo obliga a respetarlas en un entorno de reconocimiento hacia los derechos humanos y derechos de las comunidades originarias.

La encrucijada se torna mayor cuando el paciente decide realizar un tratamiento conjunto entre medicina científica y medicina tradicional pues, como se mencionó anteriormente, este tipo de prácticas no científicas se engloban en un contexto delictivo para el medico con formación universitaria, los que son incorporados por el estudiante incluso antes de profesionalizarse, en materias como Medicina Legal en el pre grado y posteriormente en el postgrado.

En relación al sistema sanitario nacional, diversos programas surgieron en la última década, destinados a fortalecer los servicios salud en regiones altamente vulnerables, entre ellas se encuentran, regiones como el impenetrable chaqueño, la que cuenta con diferentes etnias que conviven diariamente y que presentaban un alto índice de deterioro sanitario.

Este aspecto supone un desafío para el sistema de salud local ya que la coexistencia criollo – aborígen, implica la aceptación de costumbres, entre ellas, aquellas relacionadas al cuidado de la salud. Algunos de los servicios que se desarrollan en estas regiones reciben la denominación de “servicios interculturales”, designación que implica coexistencia de culturas integradas en un marco de convivencia.

Dentro de este contexto, el medico con formación científica debe desarrollar su actividad respetando leyes que se contraponen con la norma que un estudiante de medicina aprende en etapa de formación, incluso en formación de postgrado, por lo que resulta confuso el límite de aceptación de terapéuticas no científicas para quienes han desarrollado un método de curación basado en la ciencia y en la evidencia.

Surgen de esta forma, interrogantes relacionados al desarrollo del ejercicio legal de la medicina, en un ámbito en el que predominan terapéuticas no enmarcadas en un contexto legal.

Pregunta: cuales son los aspectos Medico Legales relacionados al ejercicio de la medicina en poblaciones originarias?

Oobjetivo General: Analizar la relación de los aspectos medico legales y el ejercicio de la medicina intercultural.

Objetivos Específicos:

- Desarrollar el concepto de Medicina Intercultural.
- Indagar sobre legislación vigente relacionada a pueblos originarios y Medicina intercultural.
- Contextualizar aspectos vinculados a derechos humanos en relación con comunidades originarias en Argentina.
- Describir los aspectos medico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural.
- investigar jurisprudencia actual relacionada al ejercicio de la medicina intercultural en comunidades originarias.
- Incorporar experiencias personales de ejercicio profesional en comunidades originarias.

3. Desarrollo

Medicina Intercultural. Definición.

La Naciones Unidas han expresado que los “pueblos indígenas” son comunidades, pueblos y naciones nativas, que teniendo una continuidad histórica en las sociedades anteriores a la invasión y pre coloniales que se desarrollaron en sus territorios, **se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos.** Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales” Y, que el “indígena” es la persona que pertenece a una población autóctona por auto identificación (conciencia de grupo) y que es reconocida y aceptada por esta población en calidad de uno de sus miembros (aceptación por parte del grupo). Esto otorga a las comunidades autóctonas el derecho y el poder soberano de decidir cuáles son sus miembros, sin injerencia externa.⁶

En el Convenio numero 169 sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo, llevada a cabo en Ginebra el 7 de junio de 1989 se reconocen las aspiraciones de los pueblos indígenas a **asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades,** lenguas y religiones, dentro del marco de los estados en que viven, entendiendo que en diversas partes del mundo, esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población debido a la discriminación a la que han sido sometidos a lo largo de la historia.

El artículo 8 del presente convenio expresa:

1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados **deberán tomarse debidamente en consideración sus costumbres o su derecho consuetudinario.**
2. Dichos pueblos **deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos.** Siempre que sea necesario,

deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.

3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

Se resalta la parte V relacionada a Seguridad Social y Salud. Artículos 24 y 25.

Artículo. 24 Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo. 25 - 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados **o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.**

Art. 25 - 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios **deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.**

Art. 25 - 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

La aplicación de la Ley 23.302 dio origen a la creación de programas específicos de Salud Indígena como el ANAHI y el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, constituyendo ambos el primer antecedente en Argentina de Salud Intercultural.⁷

En la publicación "Interculturalidad y Salud. Capacitación en el servicio para trabajadores de salud en el primer nivel de atención", editada por el Ministerio de Salud Pública de la

Nación, utilizada como material bibliográfico para la formación de agentes de salud del primer nivel de atención que cursaron la Especialización en Medicina Social y Comunitaria, se establece que para considerar la situación de salud de los pueblos originarios, no basta con conocer los datos duros de población, modos de vida, accesibilidad al sistema y enfermedades, sino que se hace necesario comprender que estas comunidades **manejan un concepto propio de salud**, que define su modo de cuidarla y que, muchas veces, colisiona con los conceptos definidos por la medicina científica.

Para los pueblos indígenas, la salud está ligada a una visión integral del mundo, definiéndose como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. Es decir, que **en esta definición se incluye además de las dimensiones física, psíquica, y social, la dimensión espiritual**, término que para el médico con formación científica puede incluso resultar extraño.

Vista así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales como: el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en cuanto a **alimentación**, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y **salud**.

Revisando la definición de salud arriba mencionada, surge el interrogante de la interpretación que se le atribuye a los términos libertad en alimentación y salud Y, hasta qué punto el término "libertad" es compatible con los conceptos adquiridos por un médico con formación científica en el marco la aplicación de un tratamiento.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud, La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales

Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional" en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

Por lo tanto, ante la pregunta que hace referencia a la definición de medicina intercultural y por falta de definición concreta en la legislación vigente en nuestro país, adoptaremos

como válidas las definiciones de la OMS que hacen referencia a la medicina tradicional como aquella implementada por comunidades originarias.

“Conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”

El concepto de medicamentos herbarios abarca hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados, que contienen como principios activos partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos.

Hierbas: comprenden materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteros, fragmentados o pulverizados.

Materiales herbarios: comprenden, además de hierbas, jugos frescos, gomas, aceites fijos, aceites esenciales, resinas y polvos secos de hierbas. En algunos países esos productos se pueden elaborar mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales.

Preparaciones herbarias: son la base de los productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción, fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales.

Productos herbarios acabados: se componen de preparaciones herbarias hechas a partir de una o más hierbas. Si se utiliza más de una hierba, se puede utilizar también la expresión «mezcla de productos herbarios». Los productos herbarios acabados y las mezclas de productos herbarios pueden contener excipientes, además de los principios activos. Sin embargo, no se consideran herbarios los productos acabados o en forma de mezcla a los que se hayan añadido sustancias activas químicamente definidas, incluidos compuestos sintéticos o constituyentes aislados de materiales herbarios.

Uso tradicional de medicamentos herbarios:

Por uso tradicional de medicamentos herbarios se entiende un empleo prolongado a lo largo de la historia. Su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz y puede ser aceptado por las autoridades nacionales.

Actividad terapéutica:

La actividad terapéutica se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo.

Principio activo:

Los principios activos son los ingredientes de los medicamentos herbarios que tienen actividad terapéutica. En el caso de los medicamentos herbarios cuyos principios activos hayan sido identificados, se debe normalizar su preparación, si se dispone de métodos analíticos adecuados, para que contengan una cantidad determinada de ellos. Si no se logra identificar los principios activos, se puede considerar que todo el medicamento herbario es un solo principio activo.⁸

Legislación vigente relacionada a pueblos originarios.

La Constitución de la Nación Argentina reformada en 1994, incorporó tratados de derechos humanos en su artículo 75, inciso 22, y en el inciso 17, reconoció la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos; garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; y asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten.

- **Ley 23302:** Creación del INAI con el propósito de asegurar el ejercicio de la plena ciudadanía a los integrantes de los pueblos indígenas, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados constitucionalmente (Art.75,Inc.17).

- **Ley 24071:** Aprobó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
- **Ley 26160:** Declaró la emergencia en materia de posesión y propiedad de las tierras que tradicionalmente ocupan las comunidades indígenas originarias del país con personería jurídica inscrita en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas, en organismo provincial competente o las preexistentes.
- **Ley 26994:** Aprobó la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación en el cual se hace mención a los derechos de los pueblos indígenas y sus comunidades en los siguientes artículos: 14, 18, 225 y 240.
- **Ley 25517 y su Decreto reglamentario 701/2010:** Estableció que deberán ser puestos a disposición de los pueblos indígenas y/o comunidades de pertenencia que lo reclamen, los restos mortales de integrantes de pueblos, que formen parte de museos y/o colecciones públicas o privadas.
- **Ley 26602:** La Ley de Educación Nacional incluyó en su Capítulo XI los artículos 52, 53 y 54 que consagraron la Educación Intercultural Bilingüe (EIB).
- **Decreto 700/2010:** Creó la Comisión de Análisis e Instrumentación de la Propiedad Comunitaria Indígena.
- **Ley 26331 y su decreto reglamentario 91/2009:** Estableció los presupuestos mínimos de protección ambiental para el enriquecimiento, la restauración, conservación, aprovechamiento y manejo sostenible de los bosques nativos. Se mencionan a los pueblos originarios y sus comunidades en los siguientes segmentos: Capítulo I, artículos 1, 2, 3,4 y 5; Capítulo II, artículos 6, 7, 8 y 9; Capítulo III, artículos 10 y 11; Capítulo IV, artículo 12; Capítulo V, artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21; Capítulo VI, artículos 22, 23, 24 y 25; Capítulo VII, artículo 26; Capítulo VIII, artículo 27; Capítulo IX, artículo 28; Capítulo X, artículo 29; Capítulo XI, artículos 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 Y 39; Capítulo XII, artículos 40, 41, 42, 43 y 44.
- **Resolución 328/2010:** Creó el Registro Nacional de Organizaciones de Pueblos Indígenas (Re.No.Pi.).
- **Resolución 4811/1996:** Creó el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (Re.Na.Ci.).
- **Ley 23162:** Incorporó el artículo 3 bis a la Ley 18248 la cual permite la utilización de nombres indígenas.

- **Ley 27118:** Declaró de interés público la agricultura familiar, campesina e indígena.
- **Ley 24544:** Aprobó el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, suscrito durante la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estados y de Gobierno.
- **Ley 24375:** Aprobó el Convenio sobre la Diversidad Biológica de Naciones Unidas.

A nivel internacional mencionamos, al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

- **Declaración de las Naciones Unidas** sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
- **Convenio sobre la Diversidad Biológica** de Naciones Unidas: En su artículo 8 inciso j, plasmó el derecho de las comunidades indígenas a que se respeten sus conocimientos y la participación en los beneficios económicos que de ellos se desprendan: *“Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente”*.⁹

Argentina y derechos humanos en relación a Comunidades Originarias.

Según el Artículo. 1.a., Convenio 169, Organización Internacional del Trabajo (1989) Pueblos originarios (o indígenas) son **“los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial”**.

En la legislación Argentina, el artículo 2 de la ley 23.302 promulgada el 8 de noviembre de 1985 se establece que se entenderá como comunidades indígenas a los **“conjuntos de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el territorio nacional en la época de la conquista o**

colonización e indígenas o indios a los miembros de dicha comunidad”. La personería jurídica se adquirirá mediante la inscripción en el Registro de Comunidades Indígenas y se extinguirá mediante su cancelación.

En la cartilla pueblos originarios y derechos humanos, publicada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y la Secretaría de Derechos Humanos, realizada por la Dirección de Apoyo a Actores Sociales para la Construcción Ciudadana de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en el año 2011, se menciona que la población indígena en Argentina fue sistemáticamente negada y excluida a lo largo de la historia del país.

La llegada de los colonizadores e inmigrantes, despojo a los pueblos originarios de sus tierras, sus costumbres, su identidad cultural y generando un grado de discriminación tal, que, concomitantemente al destierro de sus derechos, se los redujo a la única denominación posible, la del “indios” como seres casi no humanos, barbaros o salvajes. Se los condeno de esta manera a la pobreza, y consecuentemente a otras formas de exclusión social.

Como si ello fuera poco, las campañas militares del siglo 19, perpetraron un verdadero genocidio contra estos pueblos, reduciendo la población al mínimo, extinguiéndose de esta forma, parte de la cultura nativa.

En el siglo XX, los mecanismos de asimilación inequitativa se basaron fundamentalmente en la imposición de la cultura hegemónica de matriz europea a través de instituciones, tales como la escuela y el servicio militar, cuyo objetivo fue la homogeneización cultural. En ambas se castigaba a quienes hablaban su idioma materno y se enseñaba una historia distorsionada. Esa concepción prevaleció sobre la visión de una nación mestiza y diversa que tuvieron varios de los primeros luchadores por la Independencia, como José de San Martín, Manuel Belgrano o Mariano Moreno, y que está en la base de la constitución de la mayoría de las naciones latinoamericanas. De esta manera, en la Argentina se construyó una visión parcial y falseada: la de una nación blanca de ascendencia europea.¹⁰

Los pueblos cuyos miembros se autor reconocieron en la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (INDEC, 2004- 2005) son: atacama, ava guaraní, aymara, comechingón, chañé, charrúa, chorote, chulupí, diaguita-calchaquí, guaraní, huarpe, kolla,

lule, mapuche, mbyá guaraní, mocoví, omaguaca, ocloya, pampa, pilagá, rankulche, quechua, querandí, sanavirón, selk nam (onas), tapieté, tehuelche, tilián, toba (qom), tonocoté, tupí guaraní, vilela, wichí.

En la actualidad, un proceso de autocorrección busca restablecer las características de cada etnia y devolverles la identidad cercenada, por ello, organizaciones internacionales, legislaciones nacionales y provinciales iniciaron un proceso de inclusión e integración en el que se flexibiliza la visión hegemónica del hombre blanco, y se adapta de manera progresiva a la cultura originaria en busca de una coexistencia intercultural basada en el reconocimiento y el respeto a la diversidad.

En este contexto podemos mencionar que El sistema jurídico del Estado argentino se compone de las siguientes normas relativas a los derechos de los pueblos originarios:

El Artículo 75 inciso 17 de la Constitución de la Nación Argentina, que incorporó entre las atribuciones del Congreso: “**Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.** Garantizar el **respeto a su identidad** y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones”.

El artículo 75 inciso 22 de la Constitución de la Nación Argentina, que introdujo instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanos y les otorgó jerarquía constitucional, mediante lo cual conformó el llamado “bloque de constitucionalidad federal”. Estos instrumentos son los siguientes: Declaración Universal de Derechos Humanos; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo, Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer;

Convención sobre los Derechos del Niño; Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; y Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

El inciso 19 del artículo 75 de la Constitución de la Nación Argentina, “es competencia del estado nacional impulsar leyes que protejan la identidad y pluralidad cultural”.¹¹

Otros convenios internacionales debidamente ratificados y con jerarquía supra legal, en particular, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, aprobado por ley 24.071; el Convenio sobre Diversidad Biológica, aprobado por ley 24.375; y el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en América Latina y el Caribe, aprobado por ley 24.544.

La normativa nacional específica: la Ley Nº 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y la ley 26.160, que declara la emergencia en materia de posesión y propiedad comunitaria indígena, prorrogada por ley 26.554.

Las constituciones y leyes provinciales. El Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificado por la Argentina en el año 2000, introduce el criterio de auto identificación (artículo 1, apartado 2): **“La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio”**. Sobre estos pueblos reconoce un conjunto de derechos colectivos que tienen como eje el derecho a la **autodeterminación interna**, y entre los que se cuentan el derecho a las tierras, a los territorios y a sus recursos naturales; **el derecho a organizarse y a tener instituciones propias; y el derecho al desarrollo autónomo y a fijar sus prioridades, que implica que se los consulte y que puedan participar en todos los asuntos que afecten sus intereses**. El principio interpretativo que rige el convenio es el derecho a la identidad cultural de los pueblos, que se manifiesta en el **respeto por la integridad de sus valores, sus prácticas y sus instituciones**. En el mismo sentido se inscribe la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada el 13 de septiembre de 2007, que reconoce su estatus como “pueblos” y su derecho a la **“libre determinación” para “decidir su desarrollo económico, social y cultural de acuerdo a sus pautas tradicionales” y a no ser objeto de “asimilación forzada”** y del “desplazamiento obligatorio de sus territorios”.

En particular, resulta destacable el lugar que esta declaración concede a la participación plena de estos pueblos en la “vida política, económica, social y cultural del Estado”. También conmina a los Estados partes a consultar y cooperar de buena fe a través de las instituciones representativas, para obtener su consentimiento libre e informado antes de poner en práctica cualquier proyecto que afecte sus territorios o implique la explotación de sus recursos (artículo 32, punto 2).

En la cartilla de la publicación pueblos originarios y derechos humanos se reconoce que es mucho el camino que resta por recorrer, principalmente en la adecuación del marco jurídico relacionado a los aspectos multiculturales y **más aún en cuanto a la transformación de las prácticas en las instituciones públicas y en la cultura dominante**, para alcanzar el reconocimiento y efectivo cumplimiento de los derechos de los pueblos originarios.

Expresa además, que el gran desafío para el estado es la integración social y cultural de estos pueblos, el respeto a su identidad y diversidad, su derecho al desarrollo autónomo y a la participación real, activa e informada en el diseño y ejecución de las políticas públicas que los afectan, es vital la realización de acciones dirigidas a promover la transformación de las normas y las prácticas de los organismos e instituciones del Estado para remover los obstáculos y limitaciones que excluyen a los miembros de las comunidades indígenas de la plena accesibilidad y goce de los servicios públicos, así como también para desarrollar en esas instancias **el respeto e inclusión de las lenguas y pautas culturales propias de los pueblos originarios**.

Aspectos medico legales relacionados con el ejercicio de la medicina intercultural

En relación a la definición de salud dada por la OMS (la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades), hay que remarcar que la versión intercultural de dicha definicion va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trataba el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, pero también abarca a las comunidades y el universo en forma conjunta.

Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, **pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas.** Según las estimaciones de la **OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.**

En el año 2011 por Resolución 439 se creó el “Área de Salud Indígena” en la órbita del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, de acuerdo a lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional, así como también en la ley 23.302 de creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y en el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).¹²

En el año 2016 por Resolución 1036-E se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, el cual tiene como objetivos:

1. Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
2. Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
3. Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

Ante la falta de reglamentación, evaluando a la Ley 26.529 Derechos del paciente en relación con el equipo de salud, en su inciso “e”, Autonomía de la Voluntad, expresa: **El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.** Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

Interpretando este inciso, nuevamente surge una controversia, el medico con formación científica debería respetar la decisión del paciente aunque no esté de acuerdo con la terapéutica implementada por su contraparte intercultural? Debe denunciar a la persona tratante, la que en un contexto intercultural es aceptada por el paciente como un actor social sanador y está amparado por normas que lo protegen debido a su cultura?

Ante la ausencia de antecedentes, el medico se encuentra aquí en un ámbito contradictorio que le ofrece varias posibilidades.

- a) Interpretar a la acción como un delito y realizar la denuncia, con el riesgo de que su acción se interprete como violación de los derechos de los pueblos originarios.
- b) Callar e intentar un tratamiento conjunto, integrado, subestimando el daño a la salud que puede provocar una acción en teoría curativa pero que no fue tratada en la formación médica por no interpretarse como una acción medica científica, a la vez que se expone a una eventual demanda por imprudencia u omisión o inobservancia.
- c) Ignorar la acción y dejar la salud a la suerte de las decisiones del paciente, que es el que menos sabe sobre la enfermedad según la formación médica científica, pero que por tratarse de una persona perteneciente a una comunidad originaria plantea los derechos que dicha condición condición le asiste.

Se plantea entonces la siguiente pregunta, si el tratamiento no es aceptado por la medicina científica, pero para el paciente le significa un alivio, dicho paciente pertenece a una etnia aborigen, cree en el método no científico y manifiesta su intención de realizarse el tratamiento, estando amparado por las normas mencionadas anteriormente, que debemos hacer?.

Seguramente, la evolución en materia legal brindara el soporte necesario para establecer criterios que no den lugar a dudas, por lo pronto, para los profesionales que ejercen la medicina científica en un contexto multicultural, perezcan estar expuestos a un vacío legal ante el planteo de estas situaciones en el ejercicio cotidiano.

Para establecer una base de sustento legal, debemos recordar los conceptos de Mala Praxis Médica, culpa médica y delitos por acción y omisión y trasladarlos a un contexto de ejercicio intercultural.

En la publicación Apuntes sobre la responsabilidad medica legal y la mala praxis. La presencia en el tema de la Asociación Medica Argentina y de otras sociedades afines.¹³ Se realiza un recorrido por leyes relacionados al correcto ejercicio de la profesión médica, revisando los conceptos de mala praxis médica a la que se define como existente cuando

se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

En primer lugar debe existir un daño constatable en el cuerpo, entendido como organismo, o en la salud, extendiéndose el concepto tanto a la salud física como a la mental, siendo ésta comprensiva de todas las afecciones y trastornos de orden psiquiátrico, psicológico, laborales, individuales y de relación, con incidencia en las demás personas. La amplitud del concepto, abarca no solo el daño directo al individuo, sino que por extensión, se proyecta inclusive sobre prácticamente la totalidad de las actividades del afectado.

En segundo lugar, el daño causado debe necesariamente originarse en un acto imprudente o negligente o fruto de la impericia o por el apartamiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño o apartamiento de la normativa vigente aplicable. De acuerdo a la normativa del art. 902 del Código Civil, la calidad de profesional de la salud en el agente involucrado en el daño, agrava cualquiera de las conductas negativas descriptas.

Imprudencia: La imprudencia es entendida como falta de tacto, de mesura, de la cautela, precaución, discernimiento y buen juicio debidos, por parte del profesional de la salud.

Negligencia: Es entendida como la falta de cuidado y abandono de las pautas de tratamiento, asepsia y seguimiento del paciente, que están indicadas y forman parte de los estudios en las profesiones de la salud.

Impericia: Está genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimientos para la atención del caso, que se presumen y se consideran adquiridos, por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión.

Inobservancia de los Reglamentos y/o Apartamiento de la Normativa Legal Aplicable: El ejercicio de la Medicina, la Odontología y las actividades de colaboración profesional de la salud, en el orden Nacional están regidas genéricamente, por la ley 17.132, 23.873 y por sus Decretos Reglamentarios Nº 6.216/67 y 10/03.- Cada Provincia y también las Municipalidades, dictan Leyes y Reglamentos atinentes al desempeño de las profesiones destinadas al servicio de la salud, que usualmente revisten tanto el carácter de imperativas como orientativas para el eficaz cumplimiento y prestación de dichos

servicios.- Su conocimiento y permanente lectura, permiten a los profesionales, mantener presente la buena praxis, a la par que les referencia sobre las conductas debidas e indebidas.

Delitos por omisión: son aquellos en los que la acción típica se describe como una conducta pasiva, por la cual desde el punto de vista material es un "no hacer".

Como ejemplo cita que en un reciente Fallo en sede penal, se trató el caso de dos Obstetras que se encontraban a cargo de un paciente en trabajo de parto. Una de ellas instruyó y colaboró en la realización de la maniobra llamada 3 "Kristeller", en la que se presiona a la altura de la cavidad uterina para ayudar al parto, estando esta maniobra claramente descripta a la par que desaconsejada en la técnica y la praxis médica, ocasionando tal conducta severos daños en el útero de la paciente y posterior extirpación del mismo. La otra profesional médica, tuvo conocimiento de las intenciones de la primera y nada hizo para evitar que se llevase a cabo la maniobra descripta ni siquiera para desaconsejarla. La sentencia penal condenó a ambas, a la primera como agente directo del daño y a la segunda por haber permitido pasivamente que la anterior actuase en la conducta dañosa, sin hacer valer de modo acreditable a través de la Historia Clínica, su conocimiento de la peligrosidad de la maniobra y su disenso con la conducta médica adoptada.

El Código Civil Argentino contempla la responsabilidad emergente de la mala praxis y la obligatoriedad de su resarcimiento económico (arts. 1073 á 1090 del Código Civil) y/o de la prestación asistencial reparadora, encuadrándola dentro de los Títulos de las Obligaciones, de los Hechos Jurídicos y de las Obligaciones que nacen de hechos ilícitos que no son delitos, esto último especialmente, a través de los artículos 1109 y 1113 del Código Civil. En particular, el art. 902 del Código Civil nos dice: "Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento, mayor será la obligación que resulte de la consecuencia posible de los hechos. El art. 903 dice: "Las consecuencias inmediatas de los hechos libres, son imputables al autor de los hechos.". El art. 904: "Las consecuencias mediatas son también imputables al autor del hecho, cuando las hubiere previsto, y cuando empleando la debida atención y conocimiento de la cosa, haya podido preverlas". El art. 905: "Las consecuencias puramente casuales no son imputables al autor del hecho, sino cuando debieron resultar, según las miras que tuvo al ejecutar el hecho."

Si comprendemos que el ejercicio legal de la medicina implica la comprensión y aplicación de los párrafos arriba enunciados, como médicos científicos, no tenemos más remedio que

actuar siguiendo la ley, pero nuevamente surge el interrogante de, que norma tiene mayor peso específico, entendiendo que en un contexto intercultural, existen leyes que se superponen, como por ejemplo, el respeto a las costumbres de los pueblos originarios. En este caso, no estaría una norma siendo “tapa” de otra norma? O, en que caso se aplicaría una y en qué casos otra? En qué casos debemos respetar la cultura y en qué casos no debemos hacerlo?.

No existe antecedente jurídico que condene a curanderos o personas que realicen prácticas tradicionales en comunidades originarias por lo que tanto responsabilidad civil como penal son aun puntos oscuros no aclarados en este contexto. Queda claro sin embargo, que la ley se aplica para los médicos con formación científica que realicen este tipo de prácticas, independientemente el contexto cultural en el que se encuentren.

Jurisprudencia y su relación con el ejercicio de la medicina Tradicional

En el apartado (f) del artículo 20 de la ley 23302 se expresa: El respeto por las pautas establecidas en las Directivas de la Organización Mundial de la Salud **respeto de la medicina tradicional, indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.**¹⁴

Sin embargo, Los fundamentos de la exposición de motivos elaborados por la comisión del proyecto de ley 17132 en 1906 Señalaban que: “El curanderismo, en todas sus formas, es uno de los peores enemigos de la salud, a la vez que un medio inocuo de explotación; lo primero, porque cuando no precipita la muerte con procedimientos absurdos y antihigiénicos, deja avanzar las enfermedades mediante el empleo de medios completamente pueriles e inocuos; lo segundo, porque aprovecha del sufrimiento y del dolor para hacerse pagar generosamente su engaño y su mala fe” La Comisión piensa, pues, que es necesario una vez por todas acabar con este mal que, desgraciadamente, se extiende en todas partes gracias a la divulgación de ciertos medios que pueden dar resultado en manos de un hombre de ciencia, pero que son una desgraciada parodia en poder del charlatán. No podíamos prescindir, por otra parte, ya que hacemos obra nacional, del clamor público contra esos profesionales del engaño y la mentira; no podíamos desatender las quejas que todos los días oíamos; no podíamos, en fin, ser sordos a la protesta de todos los hombres cultos y de las corporaciones científicas más

autorizadas. Hemos procedido, en consecuencia, a legislar esta materia, cuidando todos los detalles, a fin de llegar a la extirpación completa de este reconocido mal...”¹⁵

Del análisis de los diferentes artículos, se deduce que si bien, en la actualidad la legislación argentina se aplica para todo el territorio nacional, existen comunidades en las que la aplicación de la norma pareciera haberse “flexibilizado” en un contexto de integración multicultural, ampliando derechos que tienen relación estrecha con costumbres, estilo de vida, religión, creencias, y respeto a la diversidad cultural, entre otras.

Refiriéndonos exclusivamente al marco legal sanitario, y entendiendo al concepto de Salud como el estado perfecto de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, se plantea la controversia sobre de cuales son aquellas costumbres de los diferentes grupos étnicos, que aplicadas a un modelo de integración sanitaria a nivel multicultural, se enmarcan dentro de la definición de salud descripta, respetando los aspectos legales mencionados previamente, teniendo en cuenta el contexto de integración en territorios donde se ejerce un modelo de medicina intercultural.

Si bien existen antecedentes jurídicos relacionados al ejercicio ilegal de la medicina, en ninguno de los casos consultados se trata del ejercicio de la medicina en un contexto de pueblos originarios. La mayoría de los delitos están relacionados a la figura de usurpación de título o estafas, incluso curanderismo pero nunca relacionados a un caso puntual ocurrido en una comunidad indígena, por lo que en la actualidad, no se cuenta con jurisprudencia relacionada al tema en cuestión, en un contexto netamente originario.

Aspectos Medico Legales en el ejercicio de la Medicina Intercultural.

La legislación es estricta en cuanto a la definición de ejercicio legal de la medicina, no da lugar a conjeturas ni confusiones, sin embargo, para diversos autores, la cuestión aquí no pasa simplemente por fiscalizar una actividad regulada, con límites precisos, aceptada y continuamente evaluada, sino que se trata además de comprender una “forma de vida” basada en costumbres que benefician a la sociedad.

En el artículo que se titula “En la Argentina se recurre a 35 tipos de terapia”, la doctora Anatile Idoyaga Molina, directora del Centro Argentino de Etnología Americana, explica que, desde las grandes ciudades hasta los pueblos más pequeños, los Argentinos recorren

hasta 35 tipos de terapias, todo el mundo selecciona y combina medicamentos, pero la cantidad y el tipo depende de cada región, el nivel socio económico, las diferencias culturales y étnicas. Actualmente, llevan a cabo la realización de un mapa argentino de uso de la medicina y expone que son las personas de mayor recurso socio económico las que usufructúan con mayor frecuencia de estas terapias alternativas que van desde la medicina tradicional hasta el chamanismo y el reiki como tratamientos curativos.

En el mismo artículo, el Dr. Roberto Campos Navarro, Médico y Antropólogo de la Universidad Nacional Autónoma de México, opina que, el trabajo de realización del mapa mencionado, está centrado en los enfermos y en sus decisiones, que no son al azar sino, racionales y coherentes para cada uno de ellos. Además, se debe reconocer que en América Latina existen diversas opciones terapéuticas, por lo que **hay que pensar en políticas de salud que no estén centralizadas en una única práctica médica legalizada** cuando la gente usa esas opciones.¹⁶

En Argentina no existen aún leyes que protocolicen y establezcan pautas terapéuticas reconocidas como legales para la medicina intercultural, sin embargo, de la evaluación de los diferentes artículos citados a lo largo del trabajo, se concluye que, independiente al marco legal actual, debe respetarse la cultura, y todas las definiciones que incluyan el concepto citado, entre ellas, el respeto a su forma de cuidado en relación a la salud, que incluye además del plano físico, el plano espiritual. Actualmente existe un proyecto de ley nacional que trata la temática y esta en constante discusión.

Expediente de proyecto de ley, senado de la Nación (S-1614/07):

Artículo 1º - La presente Ley tiene por objeto la regulación de la práctica de las Terapias alternativas.

Artículo 2º - Se define como Terapias Alternativas el ***arte de prevenir trastornos de salud y/o contribuir al restablecimiento de la salud física, mental y espiritual entendiendo al cuerpo humano como un cuerpo integrado; mediante procedimientos que tiendan al fortalecimiento y equilibrio de las respuestas naturales del organismo para su bienestar.***

Artículo 3º: Se denomina Naturoterapeuta al profesional idóneo en una o más de las siguientes especialidades:

- a) **Acupuntura:** es la práctica mediante la cual se equilibra el caudal energético humano mediante la colocación de agujas en puntos específicos del cuerpo y de acuerdo a teorías y principios propios de este sistema milenario.

- b) **Homeopatía:** se refiere a la utilización de dosis infinitesimales de elementos de origen animal, mineral y/o vegetal, según principios de similitud.
- c) **Terapias florales:** ídem anterior pero con la utilización de esencias de ese origen. Artículo 1°-.
- d) **Quiropraxia:** se refiere al trabajo manual sobre articulaciones y grupos musculares.
- e) **Herboristería:** se refiere a la administración interna o externa de elementos de origen vegetal en forma de infusiones, tinturas, polvos, etc.
- f) **Tratamientos Integrales:** que incluyan los aspectos mentales y espirituales del ser humano, orientación nutricional en base a alimentos naturales y terapias artísticas.
- g) **Terapias basadas en la transmisión de energía** como imposición de manos.

Capítulo II Marco de la actividad:

Artículo 4°: Prohibición. Los Naturoterapéutas tienen expresa prohibición de recetar, indicar o aconsejar respecto a fármacos alopáticos de síntesis. Quedan exceptuados de esta disposición aquellos profesionales en medicina, debidamente matriculados.

Artículo 5°: Los Naturoterapéutas podrán aconsejar la utilización interna o externa de aquellos productos considerados de venta libre.

Artículo 6°: Los Naturoterapéutas, independientemente del carácter gratuito o rentado de sus actividades, deberán estar registrados y controlados por los organismos competentes de la salud pública.

Artículo 7°: Los Naturoterapéutas podrán utilizar en su práctica, dependiendo del área en que se desempeñen, la magnetoterapia, electro estimulación, electro acupuntura, láser, moxibustión y ventosas.

Capítulo III. Autoridad de aplicación:

Artículo 8°: Será autoridad de aplicación de la presente ley en la órbita de sus respectivas competencias, el Ministerio de Salud de la Nación.

Capítulo IV. Disposiciones transitorias:

- a) **Artículo 9°-** Certificación de idoneidad. Los Naturoterapéutas que al momento de la promulgación de la presente ley estén ejerciendo su actividad, deberán validar

sus certificados o demostrar su idoneidad, dentro de los ciento ochenta días (180) días de la promulgación de la presente.

b) **Artículo 10°**- Idoneidad. Se considera profesional idóneo de la Terapias alternativas a la persona que:

- Posea certificaciones de estudios emitidas por establecimientos nacionales o extranjeros oficiales públicos o privados, en aquellos países en donde la práctica sea legal y reconocida.
- Demuestre el ejercicio de la profesión por un plazo no menor a tres (3) años anteriores a la promulgación de la presente ley.
- Posea certificaciones de estudios otorgadas por instituciones oficiales públicos o privadas de trayectoria reconocida en el país y/o en el extranjero, o por profesores formados en aquellos países en donde la acupuntura, terapias alternativas, o similares sean permitidas.

Artículo 11° - Se crearán en el plazo de un (1) año a partir de la publicación de esta ley, en forma conjunta con el Ministerio de Salud y Ambiente, y el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y las asociaciones legalmente reconocidas, los programas de las carreras que a partir de la presente ley, formarán a los futuros profesionales Naturoterapéutas en las distintas disciplinas.

En el texto se presenta el fundamento por el que los diputados establecen como prioridad la aprobación del proyecto.

Expresan que La visión de la salud y la forma de practicarla está cambiando lentamente. En el mundo aumentan los especialistas que trabajan con tratamientos comprehensivos, por lo que **es necesario brindar a los numerosos profesionales que actúan de buena fe y con idoneidad, un marco legal adecuado a la actividad que realizan.**

El marco regulatorio propuesto permitirá que se establezca un control sobre la actividad y la formación profesional de los Naturoterapeutas Alternativos, lo que coadyuvará a mejorar la calidad de los servicios de acuerdo a reglas y prácticas consensuadas y responsables.

Existe una diferencia sustancial entre la medicina tradicional y las Terapias Alternativas ya que éstas comprenden un tratamiento integral, que sin restringirse al cuerpo físico, incluyen los aspectos mentales y espirituales.¹⁷

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1998 comenzó a analizar si la definición de "salud no es simplemente la ausencia de síntomas de enfermedad o debilidad por la misma, sino un estado de plena vitalidad física, mental y social" agregando a la definición de salud el término "espíritu" (espiritualidad). Es decir, la visión de que el ser humano está compuesto por la fusión del espíritu y el cuerpo físico.

Este proyecto coincide con la Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005 de la Organización Mundial de la Salud, que tiene entre sus metas el incentivar a los países a establecer políticas nacionales sobre medicinas tradicionales y terapias complementarias.

Según la OMS, ésta es la mejor fórmula para "fomentar la seguridad y calidad de las prestaciones, aumentar el acceso de toda la población y garantizar que las personas que se atienden estén bien informadas".

La OMS registra 127 naciones que han regulado las plantas medicinales, mientras que 27 países cuentan con una política nacional sobre Terapias Alternativas y complementarias. En sociedades como EE.UU., Francia y Alemania algunas de ellas incluso son cubiertas por los planes de salud.

A nivel estatal, en Estados Unidos existe el Centro Nacional de Medicinas Alternativas y Complementarias (NCCAM), el cual cuenta con un presupuesto anual de 117 millones de dólares para financiar investigación básica y clínica en esta materia.

En razón de un sinnúmero de investigaciones de Estados Unidos, Canadá, de la Comunidad Europea, Asia y América Latina, queda demostrado que la Acupuntura y las Terapias Alternativas en general, potencian los tratamientos para el restablecimiento de la salud, aumentando la calidad de vida y además coadyuvan a evitar riesgos de contraer nuevas enfermedades.

En la hermana República de Chile, las autoridades del Ministerio de Salud decidieron comenzar con un proceso que cambiará definitivamente la salud chilena: la regularización de las terapias complementarias.¹⁸

El Decreto Supremo Nº 42, llamado "Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que éstas se realizan" entró en vigencia el 17 de agosto de 2005.

La Constitución Nacional en su artículo 14 establece el derecho a trabajar y a ejercer toda actividad lícita y en su artículo 19 dice que las acciones privadas de los hombres que no ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación, será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

La libertad de prescripción de los médicos así como la libertad de elección de la terapia de cualquier enfermo, es un derecho que se encuentra consagrado en el texto Constitucional; en virtud de tal manda, es un deber ineludible del estado brindar un marco legal responsable para el ejercicio de la práctica de los Tratamientos Integrales de Salud.

Por último destacan como antecedente de este Proyecto, uno similar presentado por la Senadora de la Nación, Mirían Curletti con N° de Expediente 362/05 que aún no ha tenido tratamiento legislativo en esta Cámara.

No podemos en este apartado, dejar de citar a la Ley 26 529 ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, **tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.** El profesional actuante **sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.**
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, **le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales,** de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Un ejemplo de inicio de integración multicultural son los municipios de Brasil, existe actualmente un camino hacia la legalización de prácticas tradicionales que se incorporan al Sistema de Salud Local. El rumbo parece haber virado hacia la consolidación formal de medicina tradicional con la medicina científica y por ello algunos estados han iniciado un proceso de legislación en un marco legal integrativo.

Colombia es otro ejemplo de integración sanitaria y legislación a favor de un sistema integrado de salud, en este sentido, en el sector de la salud del país mencionado, cada

pueblo indígena tiene su forma particular de explicar el mundo que lo rodea y formas propias de representar y entender los procesos de salud - enfermedad. El concepto de salud, en estos pueblos es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente.

El interés por la conformación de sistemas integrados de salud se evidencian con el avance de los aspectos legales hacia un horizonte de reconocimiento del ejercicio de la medicina tradicional. En este sentido, podemos citar:

El decreto 1811 de 1990, la ley 21 de 1991 y posteriormente los decretos reglamentarios y los acuerdos de la ley 100, han dado herramientas para iniciar un trabajo concertado con los pueblos indígenas que busque el real mejoramiento de sus condiciones de salud teniendo en cuenta sus particularidades culturales y de diversidad étnica.

La resolución 10013 /81 "los programas de prestación de servicios de salud que se desarrollen en comunidades

Indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en forma tal que se respeten sus valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural.

Decreto 1811/90 "todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas". Este decreto involucra a los indígenas en el diagnóstico, diseño, ejecución, evaluación y veeduría de los procesos pertinentes a su desarrollo.

La Constitución política de Colombia de 1991: En el artículo 7 de la Constitución nacional, "el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana Ley 21 de 1991 "establecer los mecanismos a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan"

Resolución 005078 de 1992, en el artículo segundo, enuncia que "corresponde a las Instituciones del sistema de salud... propiciar diálogos entre los servicios de salud y la comunidad, para adecuar los servicios asistenciales a las particularidades culturales y sociales de cada región".

Documento CONPES 2773 de 1995 en el cual se delinean las estrategias para los pueblos indígenas como la “adopción de programas territoriales y sectoriales de apoyo, concertados con las comunidades indígenas”; del

mismo modo para “garantizar la efectiva participación de los pueblos y comunidades indígenas, el Gobierno Nacional expedirá las normas que reglamenten los artículos 76 de la ley 99 de 1994 y 6 y 15 de la ley 21 de 1991,

referidos a la consulta a los pueblos indígenas sobre asuntos que puedan afectarlos.

Ley 100/93: sistema general de seguridad social en salud Artículo 3 del Acuerdo 25 de 1996 . Un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio por parte del Jefe de la Entidad Territorial correspondiente.

Artículo 3 del Acuerdo 57 de 1997, por medio del cual se estipula la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud el cual deberá contar con la presencia de “un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo a sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio.

Artículo 13 del acuerdo 32 de 1996, que en el párrafo 2 estipula que “el contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a las comunidades indígenas podrá ser ajustado de común acuerdo, entre las administradoras del régimen subsidiado y las comunidades indígenas, previo concepto favorable de los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud dentro del tope máximo de la UPC subsidiada.

Acuerdo 72 de agosto de 1997, por medio del cual se define el Plan de Beneficios del régimen subsidiado, que ratifica el artículo 13 del acuerdo 32, anexando que la concertación podrá ser realizada entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyan la red prestadora.

En el mes de abril de 1998, se realizó el “primer encuentro de médicos tradicionales” del departamento, cuyo objetivo final era el de iniciar un diálogo intercultural entre los médicos occidentales y los médicos tradicionales en materia de las acciones de promoción y prevención para concertar posteriormente el Plan de atención Básica indígena, (PAB indígena) que fué por primera vez incluído dentro del PAB departamental. Igualmente, en materia de derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud,

se realizaron diversos talleres en el departamento sobre ley 100, y se enviaron a las 190 comunidades del Amazonas, copia de la ley 100, decreto 1811 y acuerdo 77 del SGSSS.¹⁹

Discusión

El Art. 208 de la Ley 11179 CP expone: Será reprimido con prisión de quince días a un año El que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito; El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles; El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, prestare su nombre a otro que no tuviere título o autorización, para que ejerza los actos a que se refiere el inciso 1º de este artículo.”

Del análisis de los incisos precedentes surgen dos definiciones que se enmarcan dentro del código 208 CP:

- **Curanderismo**, el que es cometidos por la persona que sin título habilitante o autorización para el ejercicio de un arte de curar, o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, agua, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito. Nótese que la ley exige habitualidad, que no se da en un acto esporádico. Además no es necesario que se cobre por la prestación.
- **Charlatanismo**: es cometido por la persona que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo por medios secretos o infalibles.

Prohibiciones de los médicos, artículo 20 de la ley 17132:

1º) anunciar o prometer la curación fijando plazos.

2º) anunciar o prometer la conservación de la salud.

3º) **prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos.**

4º) **anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas** reconocidas del país.

5º) anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.

6º) anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva.

7º) **aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país.**

8º) **practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública.**

9º) anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Analizados los párrafos precedentes, citemos como ejemplo el caso de un paciente indígena que por ser internado con diagnóstico de pancreatitis aguda, recibe como parte del tratamiento la indicación de "suspensión del aporte oral". Desde el punto de vista científico, esto es correcto, es prioridad ante el diagnóstico de pancreatitis aguda suspender cualquier tipo de ingesta por vía oral según indican los especialistas en el tema, pero, visto desde un enfoque cultural, deberíamos preguntarnos, esto es así?, coinciden los conceptos científicos con los conceptos culturalmente aceptados por las comunidades originarias? que debería hacer el medico si el paciente refiere que su forma de curar implica el consumo de una infusión de "yuyos" que para la medicina científica no son aceptados como parte del tratamiento? Debe obligar al paciente a respetar un tratamiento aceptado por una cultura que no es la suya? Y si no lo hiciera, el medico con formación científica debe simplemente permanecer expectante, entendiendo que el pronóstico no va a mejorar según su formación? Debe deslindar responsabilidades y entender que es decisión del paciente y no la suya? O quizás, debe aceptar que su medicina ha llegado a un límite y que por no pertenecer a una comunidad originaria es incapaz de aliviar la dolencia?

Aquí nos encontramos frente a un debate que nos acorrala desde el punto de vista legal pues, para el medico científico, el tratamiento que implique infusión de yuyos es incorrecto, pero para el paciente originario, esta es su forma de tratamiento ancestralmente aceptada. Entonces, como se debe proceder?

Debería el medico con formación científica, aceptar consejos de los curanderos aceptados por las comunidades originarias?

En la publicación Idea de salud intercultural, una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional China, en contacto con otras culturas. El Dr. En Antropología Julio Aparicio Menas expresa que la experiencia científica es una experiencia sensorial. Además, redacta que en las ciencias experimentales, necesitamos las prácticas para dar cuerpo al estudio teórico, que es sólo un hecho intelectual. Por eso se dice que "la experiencia es la madre de la ciencia". Las ciencias occidentales son el resultado de la especialización en campos de estudio de la realidad, de acuerdo con los esquemas de pensamiento de nuestra cultura (lógica). A través de la historia, la ciencia en la cultura occidental ha ido apartando el término *tradicional*, sobre todo a partir del progreso tecnológico posterior a la segunda guerra mundial.²⁰

El pensamiento occidental se ha impuesto en todo el mundo, como consecuencia de la supremacía de nuestra cultura, a partir de la imposición muchas veces bélica del pasado invasiones, colonialismo, expansionismo occidental. Las grandes compañías multinacionales occidentales dominan los mercados mundiales. Las culturas originarias ancestrales están desapareciendo o transformándose, afectadas por el fenómeno de la aculturación o por otras razones (políticas, militares, económicas).

La ciencia en Occidente se ha puesto al servicio de la salud, mejorando las expectativas de vida. Sin embargo, en los países occidentales se está consolidando una doble vía en la manera de entender la salud y la enfermedad. Por un lado, presente en todos los lugares, está la medicina occidental convencional, apoyada en sus propios métodos, en el progreso tecnológico y en el uso de fármacos sintéticos, por citar algunas características. Por otro, está la línea tradicional-natural, abandonada por aquélla en el pasado, y continuada por la naturopatía y la medicina natural, incorporando avances en la investigación de las ciencias naturales, y utilizando remedios a base de plantas, principalmente.

En las culturas originarias aún vivas de los distintos continentes existen ideas de salud/enfermedad diferentes a la nuestra, occidental. Esas culturas aún relacionan su

presente con el pasado y con la tradición que las forjó. Es el caso de los mapuches en Chile y Argentina, de los harakmbet peruanos, y de otros grupos en otros países americanos, y en la mayor parte de las culturas asiáticas. Conciben la salud dentro de un ámbito global en el que se interrelacionan: el ser humano, el medio social y su organización, el medio natural, el mundo de creencias y el cosmos. En el pensamiento araucano, nada de lo que le ocurre a un miembro de una comunidad le es ajeno al resto. Salud individual tiene que ver con salud social. Y a la vez, de la salud del medio natural también depende la de los seres humanos, individualmente y como grupo. Lo cualitativo tiene tanta importancia como lo cuantitativo, y a veces más. Hay una gran diferencia en la concepción del ser humano con respecto a la que se tiene en la medicina occidental convencional. El concepto tradicional contempla a cada ser como: individual, social y natural a la vez.

En la medicina occidental, se cuantifica esencialmente, lo que hace que los enfermos pasen a ser números estadísticos. **En el ámbito hospitalario público de los países occidentales desarrollados hay quienes ven ausencia de trato humano y frialdad.** La atención se lleva a cabo gran parte de las veces **en relación a la disponibilidad de tiempo** y plazas debido a la masificación.

Hay casos como el de Cuba donde se denomina medicina tradicional y natural a una medicina intercultural en la que se funde de manera muy inteligente y práctica todo lo bueno de la medicina china, de medicinas indígenas, de la naturopatía y de la medicina occidental convencional. Incluso el gobierno cubano la apoya, como lo demuestra la creación del *Programa nacional de medicina tradicional y natural* por el Ministerio de Salud Pública de Cuba (septiembre de 1999).

En el artículo Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária: se menciona que el uso de la medicina tradicional tiende a aumentar en los sistemas de salud.²⁰

Experiencia Personal. Impenetrable Chaqueño.

En el año 2009, el Ministerio de Salud de la Nación lanza como parte de una estrategia de fortalecimiento del Sistema de Salud Pública, el Programa de Salud Familiar. El mismo tenía como fin, romper las barreras de accesibilidad al sistema de salud para los habitantes de las zonas más vulnerables del país, remarcando y reforzando tareas en zonas judicializadas como el norte de la provincia del chaco, región impenetrable, donde la

comunidad Qom se veía azotada por factores que afectaban directamente la salud de los habitantes de aquella región.

Los habitantes más desfavorecidos, eran los aborígenes que allí vivían, principalmente los ancianos que estaban culturalmente arraigados a costumbres que, de no vivir la experiencia, parecieran imposibles.

También, se vieron afectados los niños, principalmente la franja etarea de 0 a 2 años, los que eran fuertemente azotados por el calor agobiante en verano, sumado a la falta de agua potable, generándoles deshidratación y diarreas severas. En invierno, los cuadros respiratorios predominaban las estadísticas de atención.

El Programa de Salud Familiar definía territorios y formaba equipos interdisciplinarios de atención, los que incluían traductores bilingüe ya que el objetivo era integrar culturas, hasta médicos especialistas, dependiendo de la región. Estos equipos se dirigían a terreno, en busca de pacientes de riesgo principalmente, y en un esfuerzo conjunto al centro de salud local, buscaban identificar aquellas personas altamente vulnerables, expuestas a factores de riesgo que pongan en peligro su vida.²¹

En el año 2015, en la localidad de Villa Rio Bermejito, sucedieron episodios que dejaron impronta en el Sistema de Salud Provincial. El caso Néstor Femenias y posteriormente, el caso Oscar Sánchez.²² Ambos casos fatales debido a una combinación de factores que ocasionaron el deceso de ambos niños que se encontraban en estado de Desnutrición. El equipo de salud recibió fuertes críticas debido a los métodos empleados para el tratamiento de las enfermedades, que en ocasiones consistían en derivar al paciente a centros de mayor complejidad. Titulares como Denuncian maltrato y discriminación en el Hospital de Villa Rio Bermejito fueron clásicos en los periódicos locales y también en redes sociales e incluso en médicos internacionales en donde se habla de discriminación por parte de los profesionales responsables de los tratamientos médicos. A pesar de las múltiples advertencias en cuanto a la necesidad de comprender un complejo panorama multicultural, como lo advertimos junto al consejo de salud local del hospital Presidente Néstor Kirchner de la localidad arriba mencionada, a la fecha no se visualizan avances referidos al marco legal multicultural.²³ La situación culmina con médicos agotados, gravemente dañados a nivel personal, los que agobiados por la incertidumbre que genera el vacío legal deciden irse. En los diferentes artículos referidos a los pacientes mencionados, solo se hace referencia al sistema de salud local, el sistema oficial y a sus representantes, los médicos, enfermeros, agentes sanitarios, pero en ningún lugar se hace referencia al tratamiento conjunto que los pacientes recibieron ni a los curanderos que

formaron parte del tratamiento, no se menciona a la medicina tradicional, ni cuál fue su responsabilidad en este contexto, tampoco existe constancia alguna pues, no hay forma de que estas situaciones consten en historias clínicas, la medicina tradicional no es aceptada por la ley en la actualidad. Si en todo caso, el paciente manifestare que recibe tratamiento tradicional conjunto, dicha situación tampoco desliga al médico de su responsabilidad para con la persona que asiste pues, incurriría este posiblemente en otra figura delictiva dejando al paciente, a su suerte en referencia a la evolución de la enfermedad.

Como saber qué consecuencias genera un tratamiento conjunto entre médicos científicos y personas que realizan tratamientos tradicionales? En ambos casos, el certificado de defunción fue firmado por Médicos Científicos. Una vez más, la responsabilidad fue estrictamente médica y en este sentido, no existieron más responsables que los que forman el sistema sanitario oficial.

Los desafíos eran numerosos, entre ellos, a destacar la dificultad en la comunicación debido a la diferencia de idioma. Esta dificultad era sorteada cuando el equipo contaba con un traductor bilingüe que era parte del servicio local, ya sea enfermero o agente sanitario que pertenecía a la etnia QOM.

La siguiente barrera a remarcar fue la barrera cultural, una barrera que durante los seis años de ejercicio en la región no pudo ser modificada, llegando al extremo de ocultar información por parte de los agentes con tal de respetar su cultura, lo que parcializaba la información obtenida por parte del equipo y ello influía en el tratamiento posterior.

Medidas de bioseguridad no aceptadas por la cultura, horarios de visitas no respetados para realización de visitas a los pacientes internados, tratamientos discontinuados por consejo de curanderos, terapias no aceptadas, fueron la constante durante el periodo de intervención.

Esto no solo afectaba la calidad de la intervención sanitaria sino que además, sesgaba la información obtenida, además de ocultar datos de sumo interés por respeto a la cultura, como por ejemplo, ocultar la administración de infusiones a niños por parte de los padres, aconsejados a su vez por curanderos quienes autorizaban o no la consulta al médico, como dando permiso para acceder a una medicina que no era la única posibilidad, generaron en varias ocasiones la fractura de las relaciones entre pacientes originarios y médicos con formación científica, generando resultados altamente negativos, algunos de los cuales comprometieron severamente la salud de pacientes.

Para citar un ejemplo, menciono a embarazadas que esperaban a completar su trabajo de parto en el domicilio, a veces separado por kilómetros del centro de salud, con el fin de no ser derivados al hospital regional pues allí, no recibían el trato al que ellos estaban acostumbrados, las parteras acompañantes, no tenían acceso a la sala de partos pues el sistema no permite que esta participe debido a que no se encuentra legalmente habilitada para la atención de un parto.

Ser derivadas implicaba ver a su familia solamente durante el horario de visitas, lo que angustiaba más a los pacientes, que la propia enfermedad.

Debido a ello, ciertos sectores, lejos de confiar en el sistema de salud, decidieron continuar con la medicina tradicional que al menos permitía permanecer con su familia.

Tras años de ejercicio, pude comprender que permitiendo integrar culturas y creencias, y tras diversas reuniones con la comunidad, luego de llegar a “acuerdos” en cuanto al modo de atención a pacientes originarios, permitiendo el ingreso de pastores, curanderos, parteras, incorporando siempre elementos de bioseguridad que permitan preservar el estado de salud del paciente, y mediante la participación e interconsultas comunitarias, alcanzamos un nivel de satisfacción que inicio un proceso de aceptación paulatino, trabajo que aún está en proceso y que, debe ser estudiado por mucho tiempo para comprender en su totalidad. Mientras tanto, todo resulta en cierta forma, empírico.

En la publicación del diario La Nación del 11 de enero del 2015, junto al consejo de salud local integrado por Laurencio Rivero y Roberto Díaz, ambos pertenecientes a la etnia Qom, remarcamos la importancia de la necesidad de comprender las diferencias culturales, como factor clave para la integración de sistemas de salud. Este hecho sucedió, luego del fallecimiento del niño Qom Néstor Femeninas, quien fue captado y derivado por nuestro equipo de Salud y posteriormente falleció en el Hospital Pediátrico de la Ciudad de Resistencia, provincia del Chaco.

El planteo que aun sostengo en mi mente es: si los médicos con formación científica, deben resguardarse estrictamente bajo la legislación actual, sería imposible visualizar un sistema integrado de salud intercultural ya que no existe posibilidad alguna de que no se contemple como delito a las acciones realizadas por curanderos, pioxonac, o chamanes. Entonces, como ejercemos nuestra profesión en zonas que culturalmente son incompatibles desde el punto de vista legal con la legislación actual para el ejercicio de la medicina? Es un largo debate que requiere compromiso de todos los actores sociales y que difícilmente puede ser percibido por quien no vive la experiencia en terreno.

4. Conclusiones

Luego de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional, se concluye que aún falta un largo camino por recorrer en cuanto a definición de criterios que delimiten claramente el ejercicio de la medicina tradicional y en este sentido, el medico con formación científica debe ajustarse a la legislación actual pero, esto lo sitúa en un terreno inestable, no definido claramente. Mientras unas leyes hablan de delito, otras aclaran que no se trata de delito si se contempla la cultura y en todos los casos consultados, esto aún es materia de debate, pareciera ser que lo consuetudinario sobrepasa lo legal. Los proyectos de ley actuales contemplan solo a una parte de las posibilidades de terapéuticas existentes, además surge el inconveniente de la adaptación legal a las diversas terapéuticas de cada etnia reconocida. La jurisprudencia consultada no evidencia ningún caso de ejercicio ilegal de la medicina en un contexto originario por lo que arribar a una conclusión se torna aún más difícil. En la actualidad ya existe una definición de medicina tradicional expuesta por la OMS que incluye a las terapéuticas indígenas. La legislación vigente resalta la aceptación de los métodos de curación ancestrales y consuetudinarios, sean o no avalados por la ciencia, en un contexto de respeto intercultural, sin embargo no aclara cuales son las terapéuticas que deben ser aceptadas ni cuáles son los protocolos que deben seguir esas terapéuticas.

No existe claridad respecto a la responsabilidad civil y penal para aquellos actores que cumplen función curativa en comunidades indígenas pues el término aceptación de sus terapéuticas es amplio y no detallado y da lugar a diversas interpretaciones. El Rol del médico científico en un contexto intercultural originario en incierto, no contando con legislación vigente que explique claramente cómo proceder ante situaciones de atención conjunta, no existen en la actualidad sistemas de formación intercultural de grado ni postgrado que delimiten claramente la función medica científica en comunidades originarias.

Mientras tanto, el medico con formación científica se encuentra cada vez más acorralado entre paredes que lo obligan a tomar decisiones que no necesariamente tienen que ver con la ética profesional propuesta por los más altos estándares científicos, los cuales carecen de validez en culturas que no los aceptan como propios.

ANEXO I

Legislação da Medicina Tradicional e Complementar nos sistemas de saúde municipais, inclusão em planos plurianuais e fonte de dados dos municípios, 2015.

Municípios	Legislação	Plano plurianual	Sites de busca dos municípios	Dados primários do banco de dados de estudo de caso
Campinas	Não encontrado	Faz referência à política de práticas integrativas. Não prevê metas e objetivos	http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/	Entrevista com gestor e profissionais em Medicina Tradicional Complementar, entrevista com gestor da atenção primária à saúde.
Florianópolis	Portaria nº 047/2010 Portaria SS/GAB nº 010/2010	Não faz referência à política de práticas integrativas	http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_03_2011_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf	Entrevista com gestores da Medicina Tradicional Complementar e da atenção primária à saúde. Entrevista com profissionais da atenção primária à saúde praticantes de Medicina Tradicional Complementar.
Recife	Portaria nº 122/2012	Define metas	http://picsne.com.br/html/PMPICS http://www2.recife.pe.gov.br/servico/plano-municipal-de-saude-pms-2014-2017	Entrevista com gestores da Medicina Tradicional Complementar e da atenção primária à saúde. Entrevista com grupo focal com profissionais em Medicina Tradicional Complementar.
Rio de Janeiro	Lei nº 1.162/1987 Decreto nº 10.074/1989 Lei nº 2.899/1999	Define objetivo	http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/7cb7d306c2b748cb0325796000610ad8/8bcbfd1d0112a5666032576ac007388e1?OpenDocument http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf	Entrevista com gestores da Medicina Tradicional Complementar. Entrevista com profissionais em Medicina Tradicional Complementar.
São Paulo	Lei nº 13.717/2004 Lei nº 14.682/2008 Decreto nº 49.596/2008 Lei nº 14.903/2009	Define metas e objetivos	http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=09012004L%20137170000 http://prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_Municipal_de_Saude_Anexo.pdf	Entrevista com profissionais em Medicina Tradicional Complementar.

Legislación de Medicina tradicional y complementaria en algunos de los municipios de Brasil, año 2015.

Anexo II

Número de serviços em Medicina Tradicional e Complementar com atendimento SUS (Sistema Único de Saúde) e não SUS e oferta por 100 mil habitantes nos municípios, 2015.

	Campinas		Florianópolis		Recife		Rio de Janeiro		São Paulo	
	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS
Acupuntura	6	19	12	19	7	8	4	22	49	78
Fitoterapia	0	1	1	10	0	1	0	13	0	1
Homeopatia	1	6	2	8	5	1	7	25	9	7
Práticas corporais	4	67	4	57	0	49	14	174	3	435
Outras técnicas em Medicina Chinesa *	2	16	2	56	0	5	1	38	4	152
Total	13	109	21	150	12	64	26	272	65	673
Medicina Tradicional e Complementar por 100 mil habitantes **	1,2	10,1	5,0	35,6	0,8	4,2	0,4	4,3	0,6	6,0

Fonte: Departamento de Informática do SUS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2014. <http://cnes.data.sus.gov.br/>).

* Sessões de acupuntura com aplicação de ventosas e moxa, sessão de acupuntura com inserção de agulhas, sessão de eletroestimulação;

** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo Demográfico 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>).

Numero de Servicios de Medicina Tradicional y complementaria que prestan atención en el Sistema Único de Salud. Brasil 2015.

ANEXO III

Modalidades de Medicina Tradicional e Complementar oferecidas no Sistema Único de Saúde (SUS) pelos municípios, 2015.

	Rio de Janeiro	Recife	Campinas	São Paulo	Florianópolis
Homeopatia – atendimento	X *	X **	X **	X *	X *
Homeopatia – dispensação	X *	X **	-	-	-
Acupuntura	X *	X **	X *,**	X *	X *
Massagem da Medicina Tradicional Complementar	X *	-	-	X	X *
Meditação (inclui da Medicina Tradicional Complementar)	X *	X **	X	X	X *
Práticas corporais orientais (<i>Tai chi, Yoga, Liang long, qi gong, xiang gong, Lien chi</i>)	X *	X **	X *,***	X	X *
Fitoterapia	X *	X **	X *	X	X *
Medicina antroposófica	-	-	-	-	-
Auriculoterapia com semente	X *	X *,***	X *	-	X *
<i>Shantala</i>	X *	-	-	X	-
Reflexologia podal (inclui <i>Tui Ná</i>)	X *	X **	-	-	-
<i>Do in/Shiatsu/Automassagem</i>	X *	-	X *	X	X *
Massagem sueca	X *	-	-	-	-
Terapia comunitária	-	X *,**	X *	-	-
Osteopatia	-	X **	X **	-	-
Movimento vital expressivo	-	X **	X *	-	-
Consciência postural	-	X **	X	-	-
Microsistema de <i>Yamamoto</i> e <i>Su Jok</i> (acupuntura)	-	-	X *	-	-
Culinária integrativa/Alimentação viva	-	X *,***	-	X	X
Danças circulares sagradas/Dança sênior	-	-	-	X	-
Caminhada/Capoeira	-	X **	X *	X	-

:- sem informação.

* Realizada em serviços de atenção primária à saúde, acesso não especificado;

** Realizada em serviço especializado, acesso por encaminhamento;

*** Realizada em serviço especializado, com acesso direto.

Modalidades de Medicina Tradicional y Complementaria ofrecido por el Sistema Único de Salud en municipios de Brasil. Año 2015

ANEXO IV



31 de Marzo, 2017

Para ver esta nota en internet ingrese a: <http://www.diarionorte.com/a/121120>

Evidencian complicidad entre el intendente, los médicos y la policía

Denuncian maltrato y discriminación en el Hospital de Villa Río Bermejito

Enfermeras y una trabajadora despedida del Hospital Néstor Kirchner de [VILLA](#) Río Bermejito denunciaron al director Javier Flor, a las doctoras Miriam Benítez y Virginia Cáceres, y al responsable de la Zona Sanitaria 5, Walter Vargas, "por trato discriminatorio a la población aborígen y criolla de la localidad y parajes cercanos".

También los responsabilizan "de apropiarse de donaciones y elementos sanitarios destinados a los pacientes", lo que, según comentaron "ya les costó la vida a miles de personas". Con el apoyo de la Fundación Nelson Mandela, ayer presentaron una nota al Ministerio de Salud de la provincia, esperando una intervención ante la preocupante situación sanitaria en la que viven.

Miriam Segundo es, justamente, la mujer que difundió la foto de Néstor Femenía, el niño qom que luego de ser derivado al hospital Pediátrico falleció producto de tuberculosis y desnutrición. El haber difundido la foto, con la intención de hacer público el estado del niño, le costó a Miriam la discriminación de parte del director y de otros colegas del hospital, además del maltrato y la amenaza constante de quitarle su puesto de trabajo.



Captura digital del Artículo del diario Norte (chaco) el 31 de marzo de 2017.

ANEXO V

BBC Menú

NEWS | MUNDO

Noticias | Hay Festival | América Latina | Internacional | Economía | Tecnología | Ciencia | S

Qué pasó realmente con el niño qom que murió desnutrido en Argentina

Veronica Smink
BBC Mundo, Argentina

🕒 10 septiembre 2015

f 🗨️ 🐦 ✉️ [Compartir](#)



CENTRO MANDELA

Oscar fue ingresado al hospital el 2 de septiembre, pesando 11 kilos. Murió seis días después, con solo 9 kilos.

Captura del artículo publicado en página BBC mundo el 10 de septiembre de 2015.

ANEXO VI

En particular resaltó la construcción de hospitales y centros médicos, como el recientemente inaugurado Hospital Pediátrico de Resistencia, donde falleció Oscar, y el hospital “Néstor Kirchner” de Villa Río Bermejito, donde fue atendido tras ser derivado desde su localidad en Fortín Lavalle.



“No sé si tienen muchos o pocos problemas, pero ahí están; antes no existían”, escribió.

Núñez reconoció estos avances, pero señaló que los nuevos centros médicos no cuentan con personal apto.

Por ejemplo, no hay expertos en tuberculosis.

Además, aseguró que algunos profesionales discriminan a las poblaciones aborígenes.

La contracara son los expertos en salud que aseguran que son los indígenas quienes no consultan a los médicos.

A eso hizo referencia el gobernador Capitanich cuando adjudicó la muerte de Oscar a “cuestiones culturales”, una expresión que no explicó y que recibió muchas críticas.

Captura del artículo publicado en página BBC mundo el 10 de septiembre de 2015.

ANEXO VII

Advierten sobre las diferencias culturales

Para los médicos es una de las claves de la crisis; además la falta de insumos

Fabiola Czuba [SEGUIR](#)

11 de enero de 2015

 [Comentar](#)
(18)

 [Mi perfil](#)

 [Compartir](#)

VILLA RÍO BERMEJITO, Chaco (De una enviada especial).- En el Hospital Néstor Kirchner de esta localidad, a 300 km de Resistencia, recibió a LA NACION el doctor Javier Flor, director del centro de salud, junto con Laurencio Rivero, codirector (perteneciente a la etnia qom), y Roberto Díaz, presidente del Consejo de Salud, también representante indígena. Este hospital fue el primer eslabón del sistema de salud pública al que llegó Néstor Femenía, el niño qom de 7 años que murió el martes pasado de desnutrición y tuberculosis. Frente a las críticas por ese fallecimiento, Flor asegura que allí se realizó un seguimiento intensivo del caso, con el trabajo en terreno de un agente sanitario.

"Acá hay todo un contexto cultural que es necesario entender. Para nosotros, los criollos, la medicina es la que está basada en la ciencia. Pero no es así para toda la comunidad. Los médicos que vivimos en el Impenetrable lo vemos día tras día. Por eso, es necesaria una articulación profunda para que el paciente pueda entender que nuestros tratamientos van a colaborar con la salud. A Néstor se lo capta, se lo trae al hospital y, en ese momento, se inicia un proceso de contención dentro del hospital. Fue un proceso difícil: la familia no accedió a ser derivada en la primera instancia", asegura Flor, y agrega: "Jamás se discontinuó el tratamiento de Néstor Femenía".

Captura del artículo publicado en página La Nación el 15 de enero del 2015.

Bibliografía

1. Humanos, M. d. (s.f.). *Infoleg*. Recuperado el 20 de 08 de 2018, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>
2. Censos, I. N. (s.f.). *INDEC*. Recuperado el 3 de 7 de 2018, de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/pueblos_originarios_NEA.pdf
3. *ARTICULO 208 delCodigo Penal*. (2004). Recuperado el 06 de 09 de 2018, de <http://www.notarfor.com.ar/codigo-penal/articulo-208.php>
4. Chaco, E. (s.f.). *Ministerio de Salud Publica de la Provincia del Chaco*. Recuperado el 22 de 07 de 2018, de http://www.ecomchaco.com.ar/ministeriosalud/programas_m.php?id=10
5. de Sousa, I. M., & Tesser, C. D. (06 de 04 de 2016). *Medicina Tradicional e Complementar no Brasil inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária*. Brasil.
6. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (09 de 2015). *Derechos de los pueblos indígenas en la Argentina, una compilación*. Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina: Área de Publicaciones de la Secretaria de Derechos Humanos del Ministerio de Derechos Humanos y Justicia de la Nacion.
7. Trabajo, O. I. (s.f.). *Legislacion en Salud de la Republica Argentina*. Recuperado el 03 de 10 de 2018, de http://www.legisalud.gov.ar/dels/oitconv169_1989.pdf
8. Ministerio de Salud de la Nacion. (s.f.). *Interculturalidad y Salud*. Recuperado el 09 de 10 de 2018, de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf
9. *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nacion*. (s.f.). Recuperado el 10 de 07 de 2018, de <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/inai/normativa>
10. Humanos, M. d. (11 de 2011). *Ministerio de Justicia de la Nacion*. Obtenido de http://www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla_pueblos_originarios.pdf
11. Nacion, M. d. (s.f.). *Infoleg*. Recuperado el 10 de 07 de 2018, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
12. INAI. (s.f.). *Instituto Nacional de Asuntos Indigenas*. Recuperado el 12 de 10 de 2018, de <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/inai>
13. Iraola, L. N., & Zaldívar, H. G. (s.f.). *Asociacion Medica Argentina*. Recuperado el 21 de 10 de 2018, de <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Apuntes%20sobre%20la%20responsabilidad%20m%C3%A9dica%20legal%20y%20la%20mala%20praxis.pdf>
14. Nacion, M. d. (s.f.). *Info Leg*. Recuperado el 19 de 08 de 2018, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23790/texact.htm>
15. Camacho, A. (2017). *Ejercicio ilegal de la medicina. Análisis de los delitos de curanderismo, charlatanismo y prestamo de nombre*. Recuperado el 10 de 07 de 2018, de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13829/CAMACHO%20ALFREDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Czubaj, F. (09 de 03 de 2008). *La Nacion*. Obtenido de <https://www.lanacion.com.ar/994029-en-la-argentina-se-recurre-a-35-tipos-de-terapia>
17. Salvatori, P., Curletti, M., Fellner, L., Riofrio, M. R., Mastandrea, A. E., Maza, A., y otros. (s.f.). *Senado de la Nacion*. Recuperado el 21 de 10 de 2018, de <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/1614.07/S/PL>
18. Colombia, M. d. (s.f.). *MinSalud*. Recuperado el 6 de 09 de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Analisis-situacion-terapias-naturales.pdf>
19. Mutis, M. C. (s.f.). Recuperado el 12 de 09 de 2018, de <http://bdigital.unal.edu.co/3740/2828/propuestademodeloensaludparalos pueblosindigenas.pdf>
20. Mena, J. A. (s.f.). *Gazeta de Antropologia*. Recuperado el 15 de 06 de 2018, de https://www.ugr.es/~pwlac/G20_05AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html
21. Gomez, M. B. (s.f.). *Scielo.org*. Recuperado el 10 de 07 de 2018, de <https://www.scielosp.org/article/csp/2003.v19n2/635-643/>
22. Slink, V. (s.f.). *BBC Mundo, Argentina*. Recuperado el 20 de 10 de 2018, de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150910_argentina_desnutricion_qom_chaco_vs
23. Czubaj, F. (s.f.). *La Nacion*. Recuperado el 21 de 10 de 2018, de <https://www.lanacion.com.ar/1759165-advierten-sobre-las-diferencias-culturales>