Aspectos médico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural



Por Héctor Javier Flor

Médico (Universidad Nacional del Nordeste)

Médico Especialista en Medicina Legal (Universidad ISALUD)

Actualmente es médico de planta permanente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco

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, la aceptación y la implementación de sistemas de salud que tengan como características la ampliación y la 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 médico 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 analiza 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 tiene sustento científico o que no cuenta con terapéuticas y procedimientos que se encuentren dentro de las currículas 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 indagará sobre los aspectos médico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural en nuestro país, la legislación vigente, y 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.

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, con un programa de estudio regulado por el Ministerio de Educación, 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 contemplando sanciones a aquellos que no se ajusten a dicho marco.
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 estimaba la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI, INDEC, 2004-2005).
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 17.132 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 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.

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 curander 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 fue el programa de salud familiar iniciado en el año 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación, o 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 interétnica, 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 la etnia y el origen.

Planteamiento del problema

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 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-aborigen que integra a sus habitantes en un sistema de salud "mixto" en forma constante. 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 médico 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 médico 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 que cuentan 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-aborigen 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 médico 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: ¿Cuáles son los aspectos médico legales relacionados al ejercicio de la medicina en poblaciones originarias?

Objetivo General: Analizar la relación de los aspectos médico 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 médico legales relacionados al ejercicio de la medicina intercultural.
– Investigar sobre la jurisprudencia actual relacionada al ejercicio de la medicina intercultural en comunidades originarias.
– Incorporar experiencias personales de ejercicio profesional en comunidades originarias.

Aspectos médico 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 Anatilde 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: seleccionan y combinan medicamentos, pero la cantidad y el tipo depende de cada región, el nivel socio económico, y las diferencias culturales y étnicas. Actualmente, se realiza un mapa argentino de uso de la medicina y se expone que son las personas de mayores recursos socioeconómicos 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 doctor 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. 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 está en constante discusión.

Discusión

El artículo 208 de la Ley número 11.179 expone: "Será reprimido con prisión de quince días a un año: 1) 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; 2) El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiere la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles; 3) 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 1 de este artículo."

Del análisis de los incisos precedentes surgen dos definiciones que se enmarcan dentro del Código Penal:

– Curanderismo: cometido 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: cometido por la persona que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiere la curación de enfermedades a término fijo por medios secretos o infalibles.

Prohibiciones de los médicos, artículo 20 de la ley número 17.132

a) Anunciar o prometer la curación fijando plazos.
b) Anunciar o prometer la conservación de la salud.

c) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos.
d) Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país.
e) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.
f) Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva.
g) 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.
h) Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por el Ministerio de Salud.
i) Anunciar, por cualquier medio, especializaciones no reconocidas por el Ministerio de Salud.

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 culturalmente aceptados por las comunidades originarias? ¿Qué debería hacer el médico 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 médico 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 médico científico, el tratamiento que implique infusión de yuyos es incorrecto, pero para el paciente originario es su forma de tratamiento ancestralmente aceptada. Entonces, ¿cómo se debe proceder? ¿Debería el médico 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 doctor en Antropología Julio Aparicio Mena expresa que la experiencia científica es sensorial. Además, afirma 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.

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 aquella 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 creen-

cias 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.

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.

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 en la franja etárea de 0 a 2 años, 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 en 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 al 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 pusieran en peligro su vida. En el año 2015, en la localidad de Villa Río Bermejito sucedieron episodios que dejaron impronta en el Sistema de Salud Provincial. El caso de Néstor Femenía y, posteriormente, el de Oscar Sánchez. Ambos 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 Río 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. La situación culmina con médicos agotados y gravemente dañados a nivel personal, por la incertidumbre que genera el vacío legal, y 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: médicos, enfermeros o 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 posiblemente en otra figura delictiva, dejando al paciente a su suerte en referencia a la evolución de la enfermedad.

¿Cómo 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 no respetados para realización de visitas a 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: 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. Esto generó 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 estaban acostumbradas. Las parteras acompañantes no tenían acceso a la sala de partos, pues el sistema no lo permite, debido a que no se encuentran legalmente habilitadas 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 situación que había generado la derivación. 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 la propia 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, e 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 inició un proceso de aceptación paulatino. El trabajo aún está en proceso y debe ser estudiado por mucho tiempo para comprenderlo 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 Femenía, 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 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, ¿cómo 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.

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 médico 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 que lo consuetudinario sobrepasa lo legal. Los proyectos de ley actuales contemplan solo a una parte de las posibilidades de terapéuticas existentes, y 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 cuáles 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 es incierto, no contando con legislación vigente que explique claramente cómo proceder ante situaciones de atención conjunta, ni 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 médico 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.

Referencias

– Czubaj, F. (2008). En la Argentina se recurre a 35 tipos de terapia. La Nación. www.lanacion.com.ar/994029-en-la-argentina-se-recurre-a-35-tipos-de-terapia.

– Czubaj, F. (2015). Advierten sobre las diferencias culturales. La Nación. www.lanacion.com.ar/1759165-advierten-sobre-las-diferencias-culturales.

– 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.

– Diario Norte (31-3-2015). Denuncian maltrato y discriminación en el Hospital de Villa Río Bermejito. Recuperado el 29-9-2018. www.diarionorte.com/article/121120/denuncian-maltrato-y-discriminacion-en-el-hospital-de-villa-rio-bermejito.

– Fraraccio, J. A. (2006). Medicina Forense Contemporanea. Buenos Aires: Dosyuna.

– Garay, O. E. (2017). El derecho a la salud de los pueblos originarios o indígenas. www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-salud-de-los-pueblos-originarios-o-indigenas.

– Iraola, L. N., & Gutiérrez Zaldívar, H. (s.f.). Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. Asociacion Médica Argentina. https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Apuntes%20sobre%20la%20responsabilidad%20m%C3%A9dica%20legal%20y%20la%20mala%20praxis.pdf.

– Mena, A.J. (2004). The idea of cross-cultural health. An anthropological approach to the idea of cross-cultural health, derived. España.

– Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2011). Pueblos originarios y derechos humanos. www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla_pueblos_originarios.pdf.

– Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2015). Derechos de los pueblos indígenas en la Argentina, una compilación. Buenos Aires.

– Ministerio de Salud de la Nacion. (s.f.). Interculturalidad y Salud. www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf.

– Organizacion Mundial de la Salud (s.f.). Medicina tradicional: definiciones. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es.

– Riccardini, J.C. (s.f.). Ejercicio Ilegal de la Medicina. Asociacion Pensamiento Penal. http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/cpcomentado/cpc37772.pdf.

– Salvatori, P., Curletti, M., Fellner, L., Riofrio, M. R., Mastandrea, A. E., Maza, A., y otros (s.f.). Proyecto de ley sobre regulación de terapias alternativas. Senado de la Nacion. www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/1614.07/S/PL.

– Smink, V. (s.f.). Qué pasó realmente con el niño qom que murió desnutrido en Argentina. BBC Mundo, Argentina. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150910_argentina_desnutricion_qom_chaco_vs.