

Construir terapeutas, ordenar prácticas: aportes para el análisis de un proyecto de regulación de las medicinas tradicionales y complementarias en Argentina

Constructing therapists, regulating practices: Contributions to analysing a regulatory bill on traditional and complementary medicine in Argentina

María Mercedes Saizar¹, Mariana Bordes²

¹Doctora en Cultura y Sociedad. Investigadora independiente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en el Centro Argentino de Etnología Americana, Buenos Aires, Argentina.  ²Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina. 

RESUMEN En las últimas décadas, las medicinas tradicionales y complementarias han experimentado un proceso creciente de legitimación social y de demanda ciudadana, lo que ha puesto en tensión los límites tradicionales del campo médico oficial y ha provocado disputas en torno a su reconocimiento institucional, en las que distintos actores –terapeutas, colegios profesionales, sectores de la biomedicina y organismos estatales– pugnan por definir su estatus, alcances y grado de autonomía. En el marco de los estudios sobre la sociología de las profesiones y la noción de dominación médica, el artículo analiza el carácter de las regulaciones propuestas con el fin de dotar a las medicinas no convencionales en Argentina de un estatuto oficial. A partir de un estudio cualitativo basado en análisis documental sobre un corpus constituido por el Proyecto de Ley S415/22 presentado en 2022 por la Cámara del Senado de la Nación y la comparación con sus antecedentes legislativos en tres presentaciones previas en el período 2016–2020, se distingue la definición de sus alcances y límites profesionales y las propuestas de vinculación con el sistema médico oficial, representado por la biomedicina, haciendo foco en tres aspectos: a) la “invención” de un sujeto terapéutico legítimo; b) la delimitación de competencias y fronteras; y c) la relación con el Estado. Los hallazgos muestran que la propuesta legislativa produce una forma de reconocimiento institucional de las medicinas tradicionales y complementarias subordinando su legitimidad, autonomía y profesionalización a las categorías regulatorias y a la posición dominante de la biomedicina dentro del sistema de salud.

PALABRAS CLAVES Profesiones en Salud; Legislación en Salud; Medicina Complementaria; Argentina.

ABSTRACT In recent decades, traditional and complementary medicine has undergone a growing process of social legitimation and increasing public demand, challenging the traditional boundaries of the official medical field and giving rise to disputes over its institutional recognition. In these disputes, different actors—including therapists, professional associations, sectors of biomedicine, and state agencies—compete to define its status, scope, and degree of autonomy. Drawing on the sociology of professions and the concept of medical dominance, this article analyzes the nature of the legislative proposals aimed at granting official status to non-conventional medicine in Argentina. Based on a qualitative study involving documentary analysis of a corpus comprising Bill S-415/22, introduced in 2022 in the Argentine Senate, and a comparison with its legislative precedents in three previous bills introduced between 2016 and 2020, the analysis examines the definition of professional scope and boundaries and the proposed forms of articulation with the official medical system, represented by biomedicine. It focuses on three aspects: a) the “invention” of a legitimate therapeutic subject; b) the delimitation of competencies and boundaries; and c) the relationship with the State. The findings show that the legislative proposal produces a form of institutional recognition of traditional and complementary medicine that subordinates its legitimacy, autonomy, and professionalization to regulatory categories and to the dominant position of biomedicine within the healthcare system.

KEYWORDS Health Occupations; Health Legislation; Complementary Medicine; Argentina.

Introducción

Desde hace algunas décadas, las medicinas alternativas, complementarias e integrativas o, como las denominaremos preferentemente, medicinas no convencionales atraviesan un proceso de creciente aceptación entre amplios sectores de la sociedad, asumiendo diferentes expresiones. Esta creciente aceptación suele identificarse con la alta difusión alcanzada entre el público en general, lo que ha conducido a conceptualizaciones relativas a la flexibilidad semántica de sus valores y creencias, capaces de ajustarse a los modos de interpretación de la realidad corporal y terapéutica preexistentes^(1,2), así como a su capacidad de fomentar matrices interpretativas novedosas⁽³⁾, entre otras lecturas posibles. Asimismo, se ha destacado la popularidad adquirida por estas creencias y prácticas en diferentes ámbitos sociales, como el del consumo y el mercado, independizándose de la terminología que las asociaba al movimiento “nueva era”^(4,5).

En esta línea relativa a su expansión y, sobre todo, desde los estudios sociales en salud, ha llamado la atención la presencia de conocimientos y prácticas “alternativos” al interior mismo del campo de la salud oficial, fomentando una serie de análisis que hacen foco en las lógicas de inclusión-exclusión que caracterizan al fenómeno, y que terminan delineando situaciones diversas de informalidad ocupacional y organizacional de hecho, así como dinámicas tendientes a su formalización. En términos estrictos, la validación de esta inclusión no convencional en ámbitos oficiales como el sanitario, se encuentra condicionada al reconocimiento otorgado desde instancias institucionalizadas que cuentan con una autoridad suficiente para evaluar, avalar y regular estas prácticas a partir de principios de legitimidad externos a los que se encuentran en la base de sus sistemas de creencias. El *mainstream* biomédico, por un lado, y el ámbito jurídico y su capacidad normativa, por el otro, se imponen como los espacios sociales de validación principales de las medicinas no convencionales⁽⁶⁾, expresando modos particulares de interpretar los rasgos que debe asumir la práctica no convencional; los cuales no se encuentran exentos de debates, negociaciones, alianzas y pugnas entre los diferentes actores sociales involucrados, incluidos los “alternativos”.

El presente artículo se propone contribuir al campo de estudios que abordan el segundo punto señalado. En este sentido, considera que los procesos de regulación de las medicinas no convencionales desde la esfera legal constituyen un espacio privilegiado para comprender las disputas por la legitimidad, las relaciones entre ortodoxia y heterodoxia en el ámbito sanitario y el rol que asume el Estado en este marco. Para este análisis, retomamos especialmente la discusión académica en torno a si la lucha por el reconocimiento de las medicinas no convencionales tiende a acentuar un alineamiento con el *establishment* médico, qué aristas reviste

este fenómeno y a través de qué procesos se lleva a cabo. Para el caso del *mainstream* biomédico, los estudios coinciden en mostrar cómo la inclusión de las medicinas no convencionales en diferentes instancias –como en la currícula universitaria⁽⁷⁾, en la investigación médica⁽⁸⁾ y en instituciones sanitarias^(9,10,11,12,13) supone una lógica selectiva de acuerdo con la matriz epistemológica y profesional de la medicina científica, excluyendo a las consideradas más exóticas o esotéricas⁽¹⁴⁾. Respecto de las instituciones sanitarias, como hospitales, clínicas y centros de Atención Primaria de la Salud, se han referido acciones tendientes al ajuste del lenguaje y al cercenamiento u omisión de prácticas disruptivas para el ideario biomédico, en pos de facilitar la adecuación a las premisas integrativas o colaborativas en salud^(15,2). Para el ámbito legal, se ha señalado que la normatización del ejercicio no convencional puede suponer como corolario: a) la reducción de la autonomía performativa –asociada al conocimiento basado en la experiencia y al tratamiento situacional⁽¹⁶⁾–, bajo la imposición de definiciones rígidas, tendientes a estandarizar o codificar las prácticas involucradas^(17,18); b) la reducción de la heterogeneidad característica del universo alternativo, de por sí altamente complejo y fracturado⁽¹⁹⁾.

A partir de este marco de discusión, el presente artículo examina el contenido de un proyecto de ley de regulación de las Medicinas Tradicionales y Complementarias presentado en Argentina en 2022 (Proyecto de Ley S415/22). En un contexto nacional en el que, particularmente, se registra un alto grado de informalidad en las prácticas no convencionales en el sector salud⁽²⁰⁾, nos interesa explorar de qué manera la propuesta legislativa contribuye a construir normativamente la figura del terapeuta no convencional, configurando nuevas formas de articulación –o de conflicto– con las profesiones sanitarias ya establecidas.

Cabe destacar que el análisis retoma las coordenadas conceptuales propuestas por la sociología médica y de las profesiones, así como los aportes de Pierre Bourdieu⁽²¹⁾ en relación con el modo en que operan las instituciones estatales en términos de las clasificaciones que regulan –al menos formalmente– dominios concretos de la vida social. De esta manera, apuntamos a poner el foco en cómo, a partir de la función legislativa, se crean y cristalizan los contornos de las prácticas legalizadas a través de este proceso, así como también se producen sujetos legítimos, lo que resulta en una figura del terapeuta no convencional de rasgos específicos⁽¹⁸⁾.

Consideraciones conceptuales

Un aspecto central de los supuestos conceptuales que guían el análisis realizado en el presente artículo es aquello que la literatura académica define como “dominación médica”, el cual hace referencia al fenómeno de posicionamiento privilegiado de la medicina científica occidental –que también denominaremos como ortodoxa o

convencional— tanto en una dimensión epistemológica, como institucional y ocupacional⁽²²⁾. Esta preeminencia de la medicina fue posible gracias a la alianza establecida con los respectivos Estados-nación a fines del siglo XIX en países centrales, y consolidada en las primeras décadas del siglo XX, sobre todo en lo relativo al respaldo legislativo que aseguró la capacidad de control del campo sanitario en diferentes niveles: sobre el contenido del propio trabajo (autonomía), sobre el trabajo de otras ocupaciones del sector salud (autoridad) y, en última instancia, en todo lo concerniente a la salud, considerando a la sociedad en su conjunto (soberanía)⁽²³⁾. A través de estos logros, sumado a la consolidación progresiva de asociaciones médicas nacionales e internacionales que habilitaron una organización interna relativamente estable —aunque no exenta de tensiones—, la medicina pudo restringir el territorio ocupacional e incluir de manera subordinada (o directamente excluir) a los potenciales competidores.

Consideramos pertinente articular estos planteos con los aportes de la sociología de las profesiones, particularmente los retomados por los estudios de ciencias sociales en salud. Autores como Freidson⁽²⁴⁾ y Larson⁽²⁵⁾ fueron tomados como referencia a la hora de comprender que una ocupación alcanza el estatuto de profesión en la medida en que logra consolidar un cuerpo de conocimientos especializado, la institucionalización de estándares formales de formación y acreditación, la definición de códigos éticos uniformes. Otros dos enfoques de la sociología de las profesiones resultan complementarios a estas primeras lecturas sobre la realidad de los procesos de profesionalización, exponiendo la dimensión del conflicto involucrada. Por un lado, el enfoque del cierre social (*social closure*) que consiste en el trabajo activo de establecer fronteras —ocupacionales, pero también epistemológicas y organizacionales— que especifiquen quiénes serán admitidos y quiénes no^(26,27). En segundo lugar, la propuesta de la competencia jurisdiccional desarrollada por Andrew Abbott⁽²⁸⁾ que sitúa a las profesiones como parte de un sistema interdependiente en el que distintos grupos reclaman para sí la potestad exclusiva sobre determinada área de práctica. Las jurisdicciones resultan problemáticas ya que pueden encontrarse superpuestas o atribuidas a otras ocupaciones, aunque incluso si se suponen vacantes, se desata la competencia por ellas.

Existe un consenso generalizado en torno al hecho de que la medicina científica logró de manera temprana establecer su soberanía profesional en la cúspide de la jerarquía del sistema de salud, a través de la implementación de estas estrategias. Aún más, devino en el modelo legítimo a seguir para las ocupaciones subsidiarias, incluidas las “alternativas”, considerando, por ejemplo, la necesidad de replicar estándares de formación o, incluso, aplicando estrategias de *social closure* y de competencia jurisdiccional al interior del espacio social no convencional en pos de la necesidad de alineamiento con el mainstream del sector salud^(12,29).

Si bien no desconocemos que, desde hace algunas décadas, el ámbito académico —sobre todo anglosajón— destaca la pérdida del control médico sobre algunas áreas del trabajo sanitario, pasibles de autorregularse⁽³⁰⁾ es posible plantear, para el caso que nos ocupa, la persistencia de estas coordenadas en el contexto argentino. En el proyecto que nos ocupa, el análisis de la propuesta de regulación de las medicinas no convencionales expone, parafraseando a Coburn⁽³¹⁾, una manera particular de cómo las relaciones entre las ocupaciones no convencionales y el Estado se encuentran mediadas, de qué manera y en qué medida, por la relación de la medicina científica con el Estado.

Este antecedente resulta particularmente relevante para comprender las iniciativas contemporáneas orientadas a regular las terapias no convencionales. Diversos estudios han señalado que muchos de los grupos que practican estas terapias buscan activamente el reconocimiento regulatorio del Estado como parte de su proceso de profesionalización⁽²⁹⁾. La regulación legislativa puede contribuir a fortalecer la organización interna de estas ocupaciones —por ejemplo, mediante la estandarización de la formación o la definición de criterios de acreditación— y, al mismo tiempo, otorgar legitimidad pública a sus prácticas.

En este sentido, la legislación que se propone regular la actividad de los terapeutas no convencionales puede interpretarse como una instancia en la que se intenta transformar un conjunto heterogéneo de prácticas ya existentes con un funcionamiento informal, en una categoría profesional reconocida dentro del campo de la salud. A través de los textos de la legislación, se proponen definiciones sobre quiénes pueden ser considerados terapeutas, qué tipo de formación deben acreditar, cuáles son los alcances de su intervención y bajo qué condiciones pueden ejercer su actividad. De este modo, las iniciativas legislativas no solo regulan una práctica existente, sino que contribuyen a producir y estabilizar una figura profesional específica.

Para completar el mapa conceptual que guía nuestra indagación, cabe recuperar el modo en que el Estado y sus diferentes agencias —entre ellas, las legislativas— son conceptualizados por Pierre Bourdieu⁽²¹⁾, para dar cuenta del lugar estratégico que ocupa en este proceso. En efecto, si el respaldo estatal es el que habilita a que la medicina científica se constituya no solo en el árbitro de prácticas y creencias, sino también en el referente y la medida de la distinción del par legal-ilegal en el marco del campo de la salud, es precisamente en virtud de su capacidad de eficacia simbólica. Según el autor, el Estado se constituye en el principal productor de instrumentos de construcción de la realidad social en virtud de su capacidad por imponer, a escala territorial, clasificaciones sociales que se pretenden universales ya que han asumido un estatuto público, reconocido oficialmente. En lo que refiere al terreno de producción de sentidos desde la esfera legislativa, la clave de lectura que ofrece el autor enfatiza la dimensión de los conflictos, alianzas

y negociaciones entre los diferentes agentes que operan en el espacio social del arte de curar; el poder de la ley sería precisamente el de operar un borramiento de estas pugnas, consagrando y canonizando las jerarquías, atribuciones ocupacionales y espacios jurisdiccionales, que se constituyen en su resultado. En este movimiento, se crean y cristalizan los contornos de las prácticas legalizadas a través de este proceso, así como también se crean nuevos sujetos terapéuticos.

Metodología

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, mediante el análisis documental de un corpus conformado por el Proyecto de Ley S-415/2022⁽³²⁾, presentado por la senadora por la provincia de Río Negro, Silvina García Larraburu, con el propósito de regular las medicinas tradicionales y complementarias en Argentina. Este documento, producido en el marco de la actividad parlamentaria, puede considerarse parte de la denominada literatura gris, en el sentido propuesto por Giustini⁽³³⁾: documentos en formato impreso o electrónico producidos por gobiernos, universidades, empresas u organizaciones que no son publicados a través de editoriales comerciales ni de los circuitos convencionales de publicación científica. El análisis documental constituye la estrategia más adecuada para este estudio en tanto permite acceder de manera directa a las definiciones, categorías y clasificaciones que el propio texto legislativo construye, sin las mediaciones interpretativas que otras técnicas podrían introducir⁽³⁴⁾. Dado que los procesos de profesionalización y legitimación se objetivan discursivamente en el lenguaje normativo –a través de la delimitación de competencias, requisitos y jurisdicciones–, el proyecto de ley se constituye en una fuente primaria privilegiada, un material documental particularmente relevante para analizar los procesos mediante los cuales determinadas prácticas terapéuticas son objeto de clasificación, delimitación y regulación normativa.

El proyecto de ley analizado tenía como antecedente directo la presentación de otros tres proyectos previos, presentados por la misma senadora en el período comprendido entre 2016 y 2020. Los cuatro proyectos de ley tuvieron un derrotero legislativo idéntico y acorde con los procesos habituales. En el lapso de dos años, cada uno de ellos ingresó a Mesa de Entradas para luego pasar a las Comisiones de Salud, de Educación y Cultura y de Presupuesto y Hacienda de la Cámara originadora, en virtud de las competencias futuras que fija el proyecto en cuestión. Los dos primeros (4579-16 y 428-18) fueron firmados por la senadora de Río Negro, Silvina García Larraburu, del Partido Justicialista, y por un conjunto de senadores de su bloque, mientras que los dos últimos (309-20 y 415-22) solo llevaron las firmas de García Larraburu. Sobre la base de las presentaciones previas del proyecto, en una primera instancia

comparamos los textos previos con el elegido para identificar posibles diferencias. Los documentos fueron recopilados a partir de la base pública del Honorable Congreso de la Nación Argentina (<https://www.senado.gob.ar>). Una vez comprobado que el contenido normativo de los cuatro proyectos era idéntico, procedimos a analizar la última versión del proyecto de ley, presentada en 2022.

En una segunda instancia, realizamos una codificación temática de las categorías desarrolladas, respetando el orden y la estructura de la norma legislativa. Las dimensiones analíticas surgen del propio documento y fueron analizadas en relación con el objetivo de nuestro análisis, considerando el marco conceptual que guía el abordaje. Se identificaron tres dimensiones analíticas principales: a) la “invención” de un sujeto terapéutico legítimo, que incluye la denominación de la figura profesional, los modos de definición de la actividad y las formas de reconocimiento legal propuestas; b) la delimitación de competencias y fronteras profesionales, que abarca los requisitos de formación, los mecanismos de certificación o habilitación y el grado de autonomía profesional contemplado; c) la relación con el Estado, que comprende el lugar asignado a estos terapeutas dentro del sistema de salud, así como los mecanismos de regulación, supervisión o control previstos por las autoridades públicas.

De manera complementaria, el análisis se nutre de información contextual derivada de nuestra participación, entre 2015 y 2019, en un espacio de debate convocado por el equipo de asesores de la senadora García Larraburu con el objetivo de elaborar un anteproyecto de ley destinado a regular la medicina tradicional y complementaria en Argentina. Este grupo reunió a profesionales biomédicos –algunos de ellos también practicantes de terapias como ayurveda o fitomedicina– y a terapeutas no convencionales provenientes de distintas asociaciones y escuelas, entre ellas, representantes de reiki, reflexología, osteopatía y yoga. En los encuentros ampliados también participaron homeópatas, médicos clínicos y practicantes de otras terapias. La invitación a participar en ese espacio se debió a nuestros antecedentes de investigación en el campo de las terapias no convencionales. Si bien los debates desarrollados en ese ámbito no forman parte directa del corpus documental analizado, constituyeron un insumo contextual relevante para comprender los procesos de negociación y selección de definiciones que finalmente fueron incorporadas en los proyectos de ley.

Cabe señalar que nuestra participación en ese espacio no fue la de un observador externo, sino la de un actor involucrado en las discusiones, lo cual habilita un conocimiento situado sobre las lógicas de negociación entre los distintos colectivos profesionales. Esta implicancia constituye, a la vez, un recurso heurístico y un límite: si bien permitió acceder a información difícilmente disponible por otras vías, también implica reconocer que nuestra mirada estuvo condicionada por la

posición que ocupamos en ese entramado de relaciones. En consecuencia, esta información se emplea de manera contextual, subordinada al análisis del corpus documental propiamente dicho.

Consideraciones generales de la propuesta de ley

De acuerdo con el contenido del Proyecto de Ley S415-22⁽³²⁾, la ley Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria tendría, como objeto central, la capacidad normativa de garantizar y promover el uso de la medicina tradicional y complementaria, regulando su ejercicio, integrándolas en una primera instancia con la medicina convencional predominante, y presentando como meta u horizonte próximo su incorporación plena al Sistema Nacional de Salud, para posibilitar la cobertura primaria universal de estas prácticas.

Es así que el proyecto de ley postula como objeto cuatro aspectos que, señalados al inicio de la presentación, estructuran el devenir de los capítulos y sus respectivos artículos: 1) “...garantizar y promover el uso racional, seguro, eficaz, oportuno y de calidad de las prácticas y terapias que integran la medicina tradicional y complementaria”⁽³²⁾; 2) regular las prácticas y terapias de la medicina tradicional y complementaria mediante su reconocimiento legal, estableciendo las normas básicas para su enseñanza y ejercicio profesional en todo el territorio nacional, con respeto de las jurisdicciones locales; 3) establecer los principios y las instituciones fundamentales de las políticas públicas de alcance nacional para la integración de la medicina tradicional y complementaria con la medicina convencional predominante, teniendo como meta la incorporación plena de las prácticas y terapias que sean reconocidas en el sistema nacional de salud, para lograr la cobertura primaria universal; 4) promover el acceso, la información responsable, el estudio y la formación de profesionales, la investigación y el desarrollo de los saberes, conocimientos, prácticas y terapias de la medicina tradicional y complementaria que sean reconocidas.

La posibilidad de lograr la integración plena de las terapias tradicionales y complementarias al sistema nacional de salud refleja las propuestas de la Organización Mundial de la Salud en sus últimos documentos⁽³⁵⁾, en los que se registra una progresión desde las estrategias de complementariedad recomendadas en la primera década del siglo⁽³⁶⁾ a una nueva concepción que postula la incorporación de las medicinas y terapias no biomédicas a los sistemas de salud, posición que ha sido asumida con anterioridad por otros organismos internacionales como es el caso del National Center for Complementary and Integrative Health⁽³⁷⁾.

Una vez establecido el objeto de la futura ley, el texto normativo avanza en las definiciones que permitirían delimitar el alcance de las medicinas tradicionales

y complementarias a lo largo de cuatro títulos, sus respectivos capítulos y 35 artículos consecutivos.

A los fines de un análisis progresivo, presentamos el desarrollo de los ejes para luego elaborar algunas conclusiones que permitan inscribir este análisis en el campo de los estudios sobre procesos de profesionalización y búsqueda de legitimidad en el ámbito de las terapias no convencionales, denominadas en esta oportunidad, de acuerdo con la letra del proyecto de ley, como medicinas tradicionales y complementarias.

La invención de un sujeto terapéutico legítimo

El proyecto de ley presenta un organigrama institucional que establece la dinámica entre organismos estatales de salud reconocidos, como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Consejo Federal de Salud, y el Instituto Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria, ente que surgiría a partir de la sanción de la ley. Asimismo, enuncia y define a los sujetos que reconocería la ley como participantes del campo terapéutico oficial, en el siguiente orden descripto en el artículo 2° del Capítulo 2:

“Definiciones a los efectos de esta ley: a) Medicina Convencional o Predominante (MCP) es el conjunto de prácticas y terapias realizadas para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, mantener o mejorar el estado de salud y el bienestar físico, mental y social de las personas, que se enseñan actualmente de manera preponderante en los establecimientos de enseñanza de medicina autorizados por el Estado, se fundamentan en métodos Científicos y utilizan principalmente tratamientos en base a medicamentos producidos por laboratorios, procedimientos de cirugía y equipamientos de tecnología médica. b) Medicina Tradicional (MT) es la suma de conocimientos, capacidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias de origen ancestral y de uso antiguo y respetado en las comunidades a las que pertenecen, sean explicables o no, realizadas para recuperar, mantener o mejorar el estado de salud y el bienestar físico, mental y social de las personas. c) Medicina Complementaria (MC) es el amplio conjunto de prácticas y terapias de atención de la salud que no forman parte de la tradición de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas al sistema de salud predominante. A veces se las denomina “Medicina No Convencional”. d) Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) es un término que comprende a la MT y a la MC al sólo efecto de establecer una regulación común para aquellos sistemas médicos, prácticas y terapias de aten-

ción de la salud que no están comprendidas en la MCP, tales como la Medicina Tradicional China, el Ayurveda, las Medicinas Tradicionales de los Pueblos Originarios, la Medicina Antroposófica, la Naturopatía, la Fitomedicina, la Osteopatía, la Reflexología, el Reiki, el Yoga y el Tai Chi Chuan, entre otras”⁽³²⁾

En este marco, se denomina medicina convencional o predominante a la medicina oficial o biomedicina y se define como “el conjunto de prácticas y terapias realizadas para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, mantener o mejorar el estado de salud y el bienestar físico, mental y social de las personas, que se enseñan actualmente de manera preponderante en los establecimientos de enseñanza de medicina autorizados por el Estado”⁽³²⁾. La definición subraya su fundamento en métodos científicos y su dependencia de dispositivos tecnológicos y farmacológicos –medicamentos producidos por laboratorios, procedimientos quirúrgicos y equipamientos médicos–, reafirmando así su estatuto de medicina dominante en el sistema de salud.

La categoría de medicinas tradicionales y complementarias surge, en cambio, de la articulación de dos conjuntos distintos. Por un lado, la medicina tradicional, asociada a prácticas de origen ancestral y de larga trayectoria histórica; por otro, la medicina complementaria definida por oposición a la medicina convencional predominante, como el conjunto de terapias que no forman parte de la tradición biomédica y no están integradas al sistema de salud dominante. La utilización de la expresión “entre otras” que figura en el texto del proyecto de ley introduce un principio de apertura que permite incorporar, a futuro, nuevas terapias a las categorías mencionadas. Un aspecto relevante del proyecto de ley es que no establece previamente un listado cerrado de terapias consideradas como medicinas tradicionales y complementarias; tampoco adopta las clasificaciones existentes de organismos internacionales ni recoge los debates de la literatura académica sobre la definición de las medicinas no convencionales.

Este modo de clasificación revela dos operaciones normativas relevantes. En primer lugar, el campo de la medicina tradicional y complementaria se define, fundamentalmente, por oposición a la biomedicina, que continúa siendo la referencia central para organizar el sistema terapéutico. En segundo lugar, el proyecto construye una categoría amplia que agrupa, bajo una misma denominación, prácticas heterogéneas en términos históricos, epistemológicos e institucionales. Este tipo de operaciones forma parte de los procesos mediante los cuales los marcos regulatorios estatales reorganizan el pluralismo médico existente en una sociedad, produciendo clasificaciones administrativas que simplifican la diversidad de tradiciones terapéuticas y las reagrupan en conjuntos más manejables desde el punto de vista institucional.

En la literatura sobre pluralismo médico, especialmente en aquella que analiza el modo en que las medicinas no convencionales han sido incorporadas a los sistemas oficiales de salud, se ha señalado que los sistemas de salud contemporáneos suelen estructurarse a partir de la coexistencia de diferentes tradiciones terapéuticas cuya posición relativa depende de relaciones históricas de poder y legitimidad^(1,8,10,13). Baer⁽³⁸⁾ propone que la biomedicina ocupa habitualmente una posición dominante dentro de lo que denomina el “sistema médico jerárquico”, mientras que otras formas de medicina –incluidas las terapias complementarias– se ubican en posiciones subordinadas o periféricas, aun cuando puedan gozar de amplia legitimidad social entre los usuarios.

Desde esta perspectiva, las políticas públicas que buscan integrar estas prácticas al sistema de salud no pretenden eliminar esa jerarquía, sino reorganizarla en nuevos marcos regulatorios. Baer señala que el movimiento holístico tiende, así, a volverse más restringido a medida que adquiere aceptación y se integra en la medicina profesional dominante. En una línea similar, Cant y Sharma⁽³⁹⁾ han mostrado que la incorporación de terapias complementarias a los sistemas de salud occidentales implica procesos complejos de traducción institucional, en los que las prácticas originalmente desarrolladas fuera del ámbito biomédico son reinterpretadas a través de categorías administrativas, científicas y profesionales propias de este campo. Estas dinámicas contribuyen a generar nuevas configuraciones del pluralismo médico, en las que la integración institucional suele ir acompañada de mecanismos de evaluación, estandarización y control.

El Proyecto de Ley S415-22⁽³²⁾ se inscribe en este tipo de procesos, es decir, en lugar de establecer un reconocimiento automático de determinadas terapias, el proyecto de ley propone un mecanismo gradual de incorporación basado en procedimientos de categorización y evaluación institucional. El Instituto Nacional de Medicinas Tradicionales y Complementarias (INMTC) se presenta como el organismo encargado de analizar las solicitudes de reconocimiento presentadas por colectivos de terapeutas y de elevar recomendaciones al Ministerio de Salud, la autoridad máxima responsable de la aplicación de la ley. El reconocimiento implica un acto administrativo que define la denominación de la práctica, describe las acciones permitidas y establece los conocimientos y destrezas necesarios para su ejercicio, tal como se describe en el artículo 9° del Capítulo 1 “Reconocimiento”:

“El reconocimiento es un acto administrativo que implica la denominación, la definición, una breve descripción de las acciones permitidas y la determinación de los conocimientos y destrezas necesarios para el ejercicio de una práctica o terapia de la MTC”⁽³²⁾

Entre los criterios considerados para otorgar dicho reconocimiento se incluyen la eficacia terapéutica comprobada, el uso racional y seguro de la práctica, la demanda creciente de la población y los antecedentes de integración con la medicina convencional en instituciones de salud. El proyecto contempla como referencias relevantes los reconocimientos previos de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, así como antecedentes regulatorios en otros países o resultados favorables de investigaciones científicas:

“Artículo 10°. El reconocimiento debe considerarse como antecedentes relevantes, principalmente: la eficacia terapéutica comprobada, el uso racional y seguro, la demanda creciente de asistencia de la población y la integración con la MCP en el sistema nacional de salud; así como también el reconocimiento de la OMS, de la OPS, de otros organismos internacionales y de asociaciones internacionales de la MTC; la regulación y la incorporación en los sistemas de salud de otros países y las conclusiones favorables de investigaciones realizadas en nuestro país o en el extranjero”.⁽³²⁾

Este tipo de procedimientos puede interpretarse como parte de los procesos de institucionalización mediante los cuales las nuevas ocupaciones buscan legitimarse en los sistemas de salud. En este sentido, Saks⁽⁶⁾ ha destacado que la regulación estatal de las profesiones sanitarias constituye un mecanismo clave para establecer fronteras ocupacionales y definir quiénes están autorizados a prestar determinados servicios de salud. La incorporación de terapias complementarias a marcos regulatorios formales implica, así, no solo el reconocimiento de determinadas prácticas, sino también la delimitación de competencias profesionales y la creación de nuevas jurisdicciones ocupacionales.

El procedimiento propuesto por el proyecto de ley presupone, además, la existencia de actores colectivos capaces de organizar y representar a los practicantes de cada disciplina. En tanto que el reconocimiento estatal solo puede iniciarse mediante la presentación de una solicitud formal colectiva ante el INMTC, el procedimiento de categorización supone la articulación previa de los terapeutas en asociaciones o agrupaciones profesionales:

“Artículo 11°. El procedimiento para el reconocimiento de una práctica o terapia se inicia mediante una petición formal de una asociación o un conjunto de asociaciones, locales o nacionales, representativas de profesionales de una práctica o terapia de la MTC ante el Instituto Nacional de la MTC (INMTC), para que presente una propuesta de reconocimiento, fundamentada en los antecedentes recolectados”.⁽³²⁾

De este modo, la regulación no solo define qué terapias pueden ser reconocidas, sino que también incentiva y regula los procesos de organización interna de los colectivos profesionales interesados en obtener legitimidad. Este aspecto de la norma presupone la consolidación de un acuerdo entre terapeutas de una misma disciplina que, aunados en una acción de solicitud de reconocimiento, se presentan ante los organismos reguladores para gestionar su aprobación y consecuente legitimidad para desempeñar sus tareas en el sistema oficial de salud, consolidando la necesidad de acuerdos, negociaciones y consensos al interior de cada colectivo terapéutico como un requisito primero y necesario para la presentación formal de sus peticiones.

Durante los encuentros de armado del proyecto de ley, una frase recurrente aludía a la necesidad de “crear un sujeto político” que consolidara la posición de los profesionales de las medicinas no convencionales, en oposición a la “bolsa de gatos” con la que la conformación del grupo era definida por los profesionales de la salud oficial y cuya heterogeneidad y desorden restaban valor al reclamo por la legitimidad de sus actividades.

Delimitación de competencias y fronteras

En los artículos 16 a 20 del proyecto de ley, bajo el título Ejercicio Profesional, se establecen las condiciones para el ejercicio profesional de los terapeutas de medicinas tradicionales y complementarias:

“Artículo 16°. La autorización, el registro, la colegiatura o matriculación, el control del ejercicio y de los lugares de atención de las prácticas y terapias de la MTC reconocidas por la Autoridad de Aplicación son de competencia de las autoridades provinciales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o municipales, según corresponda.

Artículo 17°. Creados los respectivos registros, colegiaturas o sistemas de matriculación de las jurisdicciones locales, deben inscribirse en ellos todos quienes ejerzan las prácticas o terapias de las MTC reconocidas, con un título habilitante obtenido en las carreras de educación de MTC que se creen, o que sean reconocidas si ya existiesen, o bien con un permiso otorgado por las autoridades de aplicación locales.

Artículo 18°. Quienes ejerzan una práctica o terapia de la MTC reconocida tienen derecho a obtener de las autoridades de aplicación locales un permiso para el ejercicio profesional, con vigencia aún después de la creación de las carreras que otorguen títulos habilitantes.

Artículo 19°. La Autoridad de Aplicación debe coordinar con las autoridades locales el establecimiento de requisitos y procedimientos uniformes para el otorgamiento de los permisos, con la participación de las asociaciones profesionales de terapeutas de la MTC de que se trate.

Artículo 20°. Se consideran antecedentes relevantes para la concesión de los permisos, principalmente: los certificados de estudios o títulos habilitantes expedidos por instituciones educativas de la MTC de reconocida trayectoria nacionales o extranjeras; el desempeño como docente en dichas instituciones; la certificación de prestaciones de la práctica o terapia de la MTC en establecimientos de atención de la salud públicos o privados; la información declarativa acerca de la satisfacción del tratamiento formulada por una cantidad significativa de pacientes, acreditados como tales por los registros del terapeuta y el tiempo en el ejercicio continuo de la actividad³².

Se propone, así, la creación de un sistema de registro, mediado por colegiaturas o mecanismos de matriculación, de los terapeutas cuyas prácticas sean reconocidas por la autoridad de aplicación –el Ministerio de Salud–, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el Instituto Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria. Este permiso conservaría su validez incluso tras la eventual creación de carreras formales que otorguen títulos habilitantes.

Estos dispositivos regulatorios pueden interpretarse como parte de los procesos de profesionalización, en tanto que representan esfuerzos colectivos orientados a consolidar la legitimidad, la autoridad y el control sobre un determinado ámbito de trabajo^{24,25,28}. La creación de los registros profesionales, la formalización de sus criterios de acreditación y la definición de incumbencias constituyen estrategias mediante las cuales un grupo ocupacional busca consolidar su estatus profesional. En este sentido, la propuesta de matriculación prevista en el proyecto de ley puede leerse como un intento de dotar a las terapias tradicionales y complementarias de algunos de los rasgos que la literatura clásica identifica con las profesiones.

El modo en que se definieron estos criterios fue, sin embargo, el resultado de negociaciones y conflictos dentro del propio proceso de elaboración del proyecto. Durante las discusiones que se dieron al interior del grupo encargado de redactar el proyecto de ley surgió un desacuerdo significativo respecto de la situación de los terapeutas que ya se encontraban en ejercicio: muchos de ellos contaban con certificaciones obtenidas en escuelas de formación reconocidas dentro del circuito de las terapias complementarias, aunque sin el reconocimiento oficial por parte del sistema educativo, como es el caso de algunas de las escuelas más reconocidas en el

circuito de reiki y de reflexología. Estos actores manifestaron su rechazo a la posibilidad de tener que revalidar sus credenciales o recorrer nuevamente los procesos formativos para obtener titulaciones formales. El debate se resolvió mediante el reconocimiento de las credenciales previamente obtenidas, que serían consideradas válidas para acceder a los permisos de ejercicio profesional una vez promulgada la ley.

Esta resolución refleja dinámicas analizadas bajo el concepto de cierre social (*social closure*). Según autores como Collins⁴⁰, Witz⁴¹ y Saks²⁷, los grupos ocupacionales despliegan estrategias destinadas a controlar el acceso a su campo de práctica y a proteger las oportunidades profesionales disponibles. En este caso, la aceptación de las credenciales ya existentes puede interpretarse como una estrategia orientada a consolidar la posición de quienes ya participaban del circuito formativo y terapéutico, evitando que nuevas exigencias regulatorias debilitaran su posición en el campo. Es interesante señalar que una parte significativa de los participantes en la comisión redactora del proyecto fueron también representantes de diversas escuelas de formación en terapias tradicionales y complementarias, lo cual les permitió incidir directamente en la definición de los criterios de reconocimiento, estableciendo acuerdos entre diferentes grupos de profesionales tradicionales y complementarios que reconocieran y respetaran la existencia de espacios de formación ya consolidados.

En este marco, el proyecto de ley establece diversos antecedentes que pueden considerarse para la concesión de permisos de ejercicio profesional. Entre ellos, se incluyen certificados de estudio o títulos expedidos por instituciones educativas nacionales o extranjeras vinculadas a la medicina tradicional y complementaria, desde certificaciones como médico ayurveda hasta formaciones en reflexología o reiki. También se contemplan antecedentes como el desempeño docente en estas instituciones, la certificación de prácticas terapéuticas realizadas en establecimientos de salud públicos o privados –incluyendo el desempeño en voluntariados hospitalarios o la utilización de terapias complementarias por parte de profesionales biomédicos en sus consultas privadas–, la presentación de “registros de satisfacción de pacientes” y el tiempo de ejercicio continuo de la actividad, para el cual se estableció un mínimo de dos años.

Estas disposiciones pretenden ordenar el acceso al ejercicio profesional, al tiempo que contribuyen a la construcción de un corpus de legitimidad profesional basado en la experiencia, la formación y el reconocimiento por parte de las personas usuarias. Este tipo de mecanismos forma parte de las estrategias mediante las cuales los grupos ocupacionales buscan aproximarse a los estándares asociados a las profesiones consolidadas, como es el caso de la biomedicina, fortaleciendo sus credenciales educativas, sus normas de práctica y sus códigos éticos²⁵.

El artículo 21 del proyecto de ley extiende esta lógica al ámbito de la formación, al establecer que la autoridad de aplicación deberá promover –en articulación

con el Ministerio de Educación y las autoridades locales— tanto la creación de nuevas instituciones formadoras como el reconocimiento de las ya existentes:

“La Autoridad de Aplicación debe promover, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley Nacional de Educación 26606 y la Ley de Educación Superior 24521, conjuntamente con el Ministerio de Educación, las provincias y la CABA, con la participación de establecimientos de educación superior, privados y públicos, la creación, o el reconocimiento en el caso de las existentes, de carreras de educación superior no universitaria que otorguen títulos habilitantes para el ejercicio de las prácticas y terapias de la MTC”.⁽³²⁾

En este marco, se propone otorgar a las instituciones de formación en terapias complementarias el rango de educación superior no universitaria, al tiempo que se promueve el desarrollo de carreras universitarias de grado o de posgrado vinculadas a estas prácticas. Esta estrategia apunta a consolidar uno de los pilares centrales del proceso de profesionalización: la institucionalización de las trayectorias formativas reconocidas oficialmente.

Asimismo, el reconocimiento institucional y la regulación del ejercicio profesional no se producen en un vacío social, en tanto las ocupaciones compiten entre sí por el control jurisdiccional de determinados problemas y ámbitos de intervención⁽²⁸⁾. En lo que refiere al campo de la salud, la biomedicina ha logrado históricamente consolidar una posición dominante, respaldada por marcos legales, sistemas educativos y estructuras institucionales que refuerzan su autoridad^(42,43). En este contexto, los intentos de las terapias complementarias de institucionalizarse y de obtener reconocimiento profesional implican necesariamente negociar su posición dentro de un sistema de profesiones previamente estructurado. Esta dinámica se refleja en particular en la definición de las competencias profesionales y de los grados de autonomía permitidos a los terapeutas de medicina tradicional y complementaria. El proyecto establece que los profesionales reconocidos deberán ejercer su actividad dentro de las incumbencias definidas por la autoridad de aplicación y ajustarse a las normas de ética profesional vigentes en cada jurisdicción. Asimismo, la relación entre terapeuta y paciente queda subsumida en los criterios establecidos por la Ley 26529 de Derechos del Paciente, que regula la relación entre profesionales de la biomedicina y sus pacientes:

“Artículo 7°. Los pacientes de las prácticas y terapias de la MTC reconocidas, tienen los derechos y garantías de la Ley 26.529, de Derechos del Paciente”.⁽³²⁾

En este sentido, los aspectos atinentes a la relación profesional-paciente quedarían ajustados a los criterios previstos para ese mismo vínculo en el ámbito de la biomedicina, desconociendo, en parte, algunas características propias del modo de actuar terapéuticamente en las medicinas tradicionales y complementarias, cuestión que pareciera repetirse en otros países en los que se ha legislado al respecto⁽⁴⁴⁾.

En consecuencia, la autonomía profesional de los terapeutas complementarios aparece en el proyecto de ley de manera restringida. La posibilidad de diagnosticar y tratar a pacientes sin supervisión biomédica —uno de los objetivos centrales para muchos de los participantes en el proceso de elaboración del proyecto de ley— queda condicionada por los permisos otorgados por los organismos estatales y por las regulaciones del sistema de salud. La autonomía, en este sentido, no se presenta como una condición preexistente, sino como una atribución restringida y potencialmente otorgada por las autoridades regulatorias. Esta limitación refleja la pervivencia de lo que Light⁽⁴⁵⁾ denominó poderes contrarrestantes, es decir, la interacción entre distintos actores institucionales que buscan defender sus intereses en el ámbito sanitario. El Estado, las profesiones médicas establecidas, las instituciones educativas y los propios terapeutas complementarios participan en un espacio de negociación en el que se definen los límites de la jurisdicción profesional. En este contexto, aunque la propuesta original de muchos terapeutas apuntaba a consolidar un ejercicio autónomo e independiente de la medicina convencional predominante, el texto final del proyecto terminó por inscribir las terapias complementarias en un marco de complementariedad con la biomedicina, orientado a un modelo de atención integral. La posibilidad de ejercer la profesión queda así subsumida en la incorporación de estos profesionales al ámbito de la medicina convencional predominante.

Relación con el Estado, regulación y normas

En el Proyecto de Ley analizado, la relación con el Estado se constituye en un elemento central para la configuración del campo de las medicinas tradicionales y complementarias. En efecto, el modo en que la norma define las instancias regulatorias permite observar con claridad el tipo de relación que se establece entre estas prácticas y la medicina oficialmente reconocida en el país, esto es, la biomedicina, denominada en el proyecto como medicina convencional predominante. La regulación estatal, mediante la intervención de sus organismos, constituye un factor central para delimitar el alcance, las competencias y el grado de autonomía posible de las medicinas complementarias.

En el título “Autoridades competentes”, capítulo I, artículo 22°, se establece al Ministerio de Salud como la

autoridad de aplicación con la mayor competencia nacional en materia sanitaria:

“La Autoridad de Aplicación de la presente Ley es el máximo organismo nacional con competencia en Salud. Elabora e implementa las políticas nacionales en MTC, conforme lo establecido en el objeto de la presente ley, con el asesoramiento y colaboración del INMTC, coordinando estrategias y acciones con el COFESA, el Ministerio de Educación y otros organismos del Estado nacional que tengan competencias en la materia, las autoridades competentes de las provincias, de la CABA [Ciudad Autónoma de Buenos Aires] o de los municipios, según corresponda”.⁽³²⁾

A este organismo se le atribuye la responsabilidad de elaborar e implementar las políticas públicas nacionales en materia de medicina tradicional y complementaria, en coordinación con otros actores institucionales. Entre ellos se encuentran el Instituto Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria (INMTC), el Consejo Federal de Salud (COFESA), el Ministerio de Educación y otros organismos públicos con competencias locales. En este sentido, el proyecto propone un esquema de gobernanza multinivel⁽⁴⁶⁾ que combina la conducción central del Ministerio con la participación de instancias técnicas y federales.

Las políticas públicas nacionales en medicina tradicional y complementaria se estructuran a partir de un conjunto de facultades y funciones asignadas al Ministerio de Salud. En el artículo 23 se incluyen la promoción de la participación institucional activa en el desarrollo del área, el impulso de estudios e investigaciones interdisciplinarios e interculturales –tanto cualitativos como cuantitativos–, la regulación del ejercicio profesional y de la formación, la promoción de la integración entre medicina tradicional y complementaria y medicina convencional predominante, y la celebración de acuerdos de colaboración con organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas para el cumplimiento de los objetivos de la ley. A pesar de que el Ministerio de Salud figura como la autoridad máxima en materia de regulación, el proyecto introduce una mediación institucional relevante: el Instituto Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria (INMTC). Este organismo funcionaría como una entidad descentralizada dentro del ámbito del Ministerio, con autarquía económica y financiera, personería jurídica propia y capacidad de actuación tanto en el derecho público como en el privado. En la práctica, el INMTC sería el encargado de gestionar las solicitudes provenientes de colectivos de terapeutas interesados en obtener el reconocimiento de sus prácticas como parte del conjunto de medicina tradicional y complementaria habilitadas.

En este punto, el diseño institucional del proyecto resulta particularmente significativo desde la perspec-

tiva de la sociología de las profesiones. Tal como señalan Gilmour *et al.*⁽³⁰⁾ en su análisis de los procesos de regulación de las medicinas complementarias en Ontario, las iniciativas de regulación estatal suelen abrir oportunidades para la consolidación profesional de ocupaciones que buscan el reconocimiento institucional. En el caso canadiense, la aprobación de la *Regulated Health Professions Act* (Ley de Profesiones Sanitarias Reguladas) permitió a diversos grupos de practicantes de medicinas complementarias aspirar a formas de autogobierno profesional, consideradas por ellos como un componente clave del proceso de profesionalización. La autorregulación se presenta, en este sentido, como un mecanismo que permite, simultáneamente, reforzar la credibilidad de una práctica terapéutica y proteger al público frente a practicantes no calificados.

El esquema propuesto en el proyecto de ley argentino comparte algunos elementos con estos procesos, aunque adopta una modalidad distinta. En lugar de establecer directamente mecanismos de autorregulación profesional, el proyecto prevé la creación de un organismo estatal especializado, que actúa como intermediario entre los colectivos de terapeutas y la autoridad sanitaria. El INMTC tendría entre sus funciones la evaluación de las solicitudes de reconocimiento de nuevas prácticas terapéuticas y la emisión de recomendaciones sobre su inclusión en el campo de la medicina tradicional y complementaria frente al Ministerio de Salud y el Consejo Federal de Salud, tal como se detalla en el inciso d del Artículo 25 del Proyecto de Ley, en el que se establecen sus facultades y funciones:

“d) Reconocimiento de las prácticas y terapias de la MTC: Emitir propuestas de carácter público, fundamentadas y con inclusión de los antecedentes correspondientes, para el reconocimiento legal o para la categorización de las distintas prácticas y terapias de la MTC, que deben ser consideradas en cada caso por el Ministerio de Salud y el Consejo Federal de Salud. Las propuestas son elaboradas a partir de las presentaciones formales de las asociaciones y organizaciones de las prácticas y terapias de la MTC”.⁽³²⁾

El procedimiento previsto para el reconocimiento de una terapia se inicia con la presentación de una solicitud formal por parte de un colectivo de terapeutas organizado, tal como señala el artículo 11°, previamente citado. Para ser considerada, la práctica deberá acreditar ciertos criterios, entre los cuales se incluyen la existencia de una formación estructurada, evidencia empírica de eficacia en pacientes o antecedentes de trabajo conjunto con la medicina convencional predominante en instituciones de salud públicas o privadas. Este proceso institucionaliza, de algún modo, los mecanismos mediante los cuales un grupo ocupacional busca demostrar la legitimidad de su práctica ante el Estado y otros actores del sistema de salud.

El proyecto de ley reconoce la necesidad de establecer mecanismos institucionales para ordenar el campo de la medicina tradicional y complementaria y regular su ejercicio, mientras que mantiene una clara distinción jerárquica respecto de la biomedicina, que continúa ocupando el lugar central dentro del sistema de salud. La creación del INMTC puede interpretarse, en este sentido, como un intento de institucionalizar un espacio específico para estas prácticas, sin alterar sustancialmente la estructura de poder existente en el campo sanitario.

En tal sentido, la forma de regulación propuesta configura un tipo de autonomía tutelada: se reconoce a los colectivos de terapeutas la capacidad de autoorganizarse, definir sus propios criterios formativos y establecer mecanismos internos de certificación, pero siempre bajo la validación final de un organismo estatal cuyos criterios de evaluación –evidencia empírica, articulación con la biomedicina– reproducen los parámetros del paradigma biomédico. Se trata de un tipo de autonomía subordinada en la que un grupo ocupacional obtiene reconocimiento y cierto control sobre su jurisdicción, pero dentro de límites fijados por una profesión dominante⁽⁴⁷⁾. El Proyecto de Ley S415–22⁽³²⁾ propone un tipo de pluralismo médico en el que la coexistencia de prácticas heterogéneas se organiza en torno a una jerarquía implícita que preserva el lugar hegemónico de la biomedicina como referencia normativa y como instancia de validación de las demás racionalidades terapéuticas.

Discusión

En contextos culturales atravesados por formas de pluralismo médico de hecho –donde las prácticas terapéuticas no biomédicas forman parte de las opciones disponibles para la atención de la salud–, es frecuente observar que el Estado participa activamente en los procesos de reconocimiento, regulación e incorporación de las medicinas tradicionales y complementarias (MTC). Se trata de un fenómeno ampliamente documentado en distintos contextos nacionales de América Latina, región donde el pluralismo médico, la coexistencia de diversos sistemas médicos y terapéuticos, y las relaciones entre la biomedicina y las medicinas otras han sido objeto de interés desde hace varias décadas.

En el campo de estudios del pluralismo médico, y en especial en lo relativo a la descripción de los distintos sistemas médicos y terapéuticos que conforman la atención real de la salud en contextos multiculturales de la región, no podemos omitir la importancia y el impacto de diversos autores que han conformado una línea de trabajo consistente y constante a lo largo de los años. Así, por ejemplo, Eduardo Menéndez, desde México, planteó la categoría de Modelo Médico Hegemónico que tuvo gran impacto en la producción iberoamericana de las últimas décadas⁽⁴⁸⁾; propuso, además, que

en las sociedades latinoamericanas coexisten diferentes formas de atención y que la biomedicina, aunque hegemónica, mantiene transacciones constantes con las prácticas de la población⁽⁴⁹⁾. Roberto Campos Navarro sistematizó la antropología médica mexicana y promovió el reconocimiento de la salud intercultural y la valorización de las medicinas tradicionales^(50,51). Esther Jean Langdon, en Brasil, sostuvo que los sistemas médicos y las respuestas a la enfermedad forman parte de sistemas culturales, coherentes con los grupos sociales que los producen, lo cual resulta clave para la formación de los profesionales de la salud⁽⁵²⁾. Anátide Idoyaga Molina, en Argentina, abordó la atención de la salud en contextos interculturales y propuso la noción de configuración etnomédica y una clasificación de medicinas que distingue entre biomedicina, autotratamiento, medicina tradicional, alternativa y religiosa⁽⁵³⁾.

Otros autores latinoamericanos se han enfocado en el rol del Estado en los procesos de incorporación de las medicinas no convencionales en los sistemas médicos oficiales. El trabajo de Papalini y Cesco⁽⁵⁴⁾ resulta particularmente relevante para pensar la región latinoamericana en clave comparada, ya que reconstruye los marcos normativos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, mostrando que, lejos de tratarse de procesos homogéneos, cada país despliega estrategias regulatorias diferenciadas según la trayectoria histórica de sus sistemas de salud, el peso relativo de las corporaciones médicas biomédicas y la magnitud de la demanda social hacia terapias no convencionales. Las autoras identifican un abanico que va desde la incorporación institucional plena –con inclusión en los sistemas públicos de salud y financiamiento estatal– hasta formas de tolerancia regulatoria mínima, pasando por modelos híbridos en los que la legalización coexiste con importantes vacíos normativos en materia de formación, habilitación profesional y control de calidad. Este panorama comparativo permite advertir que la regulación estatal no opera meramente como un dispositivo de control técnico-sanitario, sino como un campo de disputa en el que se juegan concepciones de salud, de cuerpo y de legitimidad epistémica.

El caso brasileño, por su parte, condensa una de las experiencias regulatorias más consolidadas de la región, en gran medida gracias a la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC), implementada desde 2006 en el marco del Sistema Único de Salud (SUS). Barros, Spadacio y Viana da Costa⁽⁵⁵⁾ analizan justamente cómo esta política nacional habilita la incorporación de prácticas como la acupuntura, la homeopatía, las terapias florales y la meditación en el primer nivel de atención, poniendo el foco en los desafíos que implica el trabajo interprofesional cuando terapeutas formados en racionalidades médicas distintas de la biomedicina deben articularse en equipos del primer nivel de atención, regidos históricamente por la lógica biomédica. Los autores muestran que la integración formal no resuelve automáticamente las tensiones

cotidianas entre paradigmas terapéuticos, y que el éxito de estas políticas depende en buena medida de la construcción de espacios de diálogo y reconocimiento mutuo entre profesionales.

La institucionalización de las prácticas integrativas y complementarias en el SUS constituye una modalidad de intervención estatal que trasciende el mero reconocimiento formal de determinadas terapias. Como ha señalado Toniol⁽⁵⁶⁾, también refiriéndose al caso brasileño, el proceso de incorporación de estas prácticas implicó la producción de categorías, registros y dispositivos burocráticos específicos, así como el trabajo cotidiano de terapeutas, médicos y gestores orientado a convertir determinadas terapias alternativas y complementarias en prácticas susceptibles de ser integradas al sistema público. A su vez, el trabajo de Ayres *et al.*⁽⁵⁷⁾, centrado en la atención integral a adolescentes y jóvenes desde la perspectiva de profesionales de atención primaria en San Pablo, aporta información acerca de cómo estas políticas de integración terapéutica se desarrollan en la práctica cotidiana de los equipos de salud, evidenciando tanto sus potencialidades para una atención más integral como las tensiones persistentes en la formación profesional al momento de abordar la diversidad de racionalidades médicas presentes en el territorio.

En conjunto, estos antecedentes registrados en el contexto regional permiten comprender los procesos de regulación como parte de las instancias mediante las cuales se configura el campo sanitario frente a la existencia de un pluralismo terapéutico de hecho. Así, las normas no solo reconocen, autorizan, limitan o incorporan prácticas existentes, sino que también establecen categorías, producen distinciones entre saberes legítimos e ilegítimos, definen competencias y delimitan las posiciones que los distintos actores pueden ocupar en el campo de la salud. Desde esta perspectiva, la intervención estatal constituye una dimensión privilegiada para analizar los procesos de profesionalización, institucionalización y legitimación de las MTC.

Es precisamente en este punto donde se sitúa el aporte específico del presente trabajo. Mientras que los trabajos citados sobre regulación la abordan desde una perspectiva comparativa centrada principalmente en los grados y modalidades de reconocimiento de las distintas medicinas y los procesos de institucionalización e incorporación de las prácticas integrativas y complementarias al sistema público de salud –como es el caso de Brasil–, nuestro análisis se concentra en una instancia normativa particular: el Proyecto de Ley S-415/2022, presentado en el Senado de la Nación Argentina. El interés no reside únicamente en determinar qué prácticas pretende reconocer o regular el proyecto, sino en examinar qué tipo de sujeto profesional construye mediante sus disposiciones y qué rol le cabe al Estado en el ordenamiento del campo terapéutico.

Desde esta perspectiva, el proyecto de ley puede ser leído como un espacio de producción de fronteras profesionales. Al establecer quién puede ser reconocido como

terapeuta, qué formación debe acreditar, qué actividades puede realizar y cuáles quedan fuera de sus atribuciones, la norma proyectada no se limita a ordenar un campo previamente existente, sino que contribuye a producirlo y a jerarquizar las posiciones que lo componen. Del mismo modo, la definición de los vínculos entre terapeutas y profesionales de la biomedicina permite identificar el modelo de pluralismo médico que subyace al proyecto: no se trata simplemente de la coexistencia de prácticas diferentes, sino de determinar bajo qué condiciones esa coexistencia puede ser considerada legítima y qué relaciones de autonomía, complementariedad, subordinación o articulación se establecen entre ellas. Así, nuestro trabajo dialoga con las investigaciones que han mostrado la relevancia de la intervención estatal en la configuración del pluralismo médico, pero coloca el foco en un nivel específico de análisis: el de las operaciones mediante las cuales un texto normativo construye sujetos, competencias y fronteras. Esta aproximación permite complementar los estudios centrados en la existencia y el grado de reconocimiento de las MTC con una interrogación acerca de los mecanismos concretos mediante los cuales dicho reconocimiento se produce. En otras palabras, interesa analizar no solo si determinadas prácticas son reconocidas por el Estado, sino también qué condiciones deben cumplir para ser reconocidas, quiénes son los actores autorizados a ejercerlas y qué lugar se les asigna dentro de un campo sanitario históricamente estructurado en torno a la hegemonía biomédica.

Conclusiones generales

El análisis del Proyecto de Ley S415-22⁽³²⁾ nos ha permitido identificar un conjunto de tensiones que atraviesan el proceso de institucionalización de las medicinas tradicionales y complementarias en Argentina, las cuales, lejos de resolverse en el texto normativo, parecen quedar cristalizadas en él.

El proyecto construye un marco de reconocimiento para las medicinas no convencionales y la posibilidad de integrarlas al sistema de salud público y oficial. En ese sentido, al tiempo que habilita la legitimación de las medicina tradicional y complementaria, las condiciona a su inscripción en la lógica institucional de la biomedicina. La categoría de medicina convencional “predominante” no es una denominación neutral, sino que evidencia la operación mediante la cual el texto legal ratifica la posición dominante de la biomedicina como referencia ordenadora del sistema terapéutico. En este contexto, la medicina tradicional y complementaria no son reconocidas por lo que son, sino delimitadas por lo que no son, es decir, bajo una modalidad de definición por oposición.

El texto analizado presenta los instrumentos señalados en la literatura académica mencionada como

instancias recurrentes del proceso de profesionalización: registro, matriculación, acreditación, formación institucionalizada. Contrariamente a establecer su consolidación, la propuesta resulta en una articulación restrictiva de la autonomía de los profesionales de las medicinas no convencionales. La posibilidad de diagnosticar y tratar sin supervisión biomédica, que constituyó uno de los objetivos centrales de quienes participaron en la redacción del proyecto, queda así subordinada a la pervivencia de la complementariedad con la biomedicina.

El mecanismo de reconocimiento gradual basado en criterios de eficacia, seguridad y antecedentes de integración con la medicina convencional predominante implica que la legitimidad de las medicina tradicional y complementaria es otorgada –y potencialmente revocada– desde el exterior del campo. Este diseño institucional no elimina la asimetría entre la medicina dominante y las prácticas complementarias, sino que se limita a regular su dinámica en el sistema de salud.

El Proyecto de Ley S415-22⁽³²⁾ puede entenderse, en síntesis, como un intento de ordenar el pluralismo médico existente sin transformar la jerarquía que lo estructura. La construcción normativa también opera trazando fronteras entre prácticas legítimas e ilegítimas, entre campos de conocimiento (medicina tradicional y complementaria vs. biomedicina), entre autonomía y subordinación. Estas fronteras no son neutras: organizan jerarquías de conocimiento, establecen zonas de contacto entre las medicinas (derivación, complementariedad, integración) y fijan límites simbólicos, por ejemplo, cuando excluyen del diagnóstico o la prescripción médica de las acciones permitidas a un terapeuta. Desde esta perspectiva, la norma funciona como un ordenador del pluralismo terapéutico, pero lo hace de un modo específico: habilitando algunas formas de coexistencia y clausurando otras. El Estado reconoce saberes “otros” pero, al mismo tiempo, los traduce a su propio lenguaje de registro, habilitación, precisión de incumbencias y mecanismos de control, lo que resulta en un proceso de institucionalización regulada.

Finalmente, creemos que la reiteración de las presentaciones del mismo proyecto entre 2016 y 2022, sin llegar a su aprobación es, en sí misma, un dato analíticamente relevante: sugiere que las condiciones de posibilidad para este tipo de regulación están presentes, pero que los acuerdos necesarios para su resolución todavía no se han alcanzado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, y a nuestros lugares de trabajo, el Centro Argentino de Etnología Americana y la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales por el apoyo recibido.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo se realizó sin financiamiento específico.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL

María Mercedes Saizar: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. Mariana Bordes: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. Ambas autoras aprobaron la versión final de publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fadlon J. *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. Albany: State University of New York Press; 2005.
2. Bordes M, Saizar M. “De esto mejor ni hablar”: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión*. 2018;28(50):161-182.
3. Carozzi MJ. *Nueva era y terapias alternativas: Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: UCA; 2000.
4. Frigerio A. La ¿“nueva”? espiritualidad: ontología, epistemología y sociología de un concepto controvertido. *Ciências Sociais e Religião*. 2016;18(24):209-231. doi: [10.22456/1982-2650.67123](https://doi.org/10.22456/1982-2650.67123)
5. Semán P, Viotti N. New age spirituality in Argentina: Cultural change and epistemological challenge. *International Journal of Latin American Religions*. 2019;3:193-211. doi: [10.1007/s41603-018-0064-3](https://doi.org/10.1007/s41603-018-0064-3)
6. Saks M. *Support workers and the health professions in international perspective: The invisible providers of health care*. Bristol: Policy Press; 2020.
7. Wiese M, Oster C, Pincombe J. Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: a review of the literature. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2010;14(3):326-42. doi: [10.1177/1363459309358594](https://doi.org/10.1177/1363459309358594)
8. Keshet Y. The untenable boundaries of biomedical knowledge: epistemologies and rhetoric strategies in the debate over evaluating complementary and alternative medicine. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2009;13(2):131-155. doi: [10.1177/1363459308099681](https://doi.org/10.1177/1363459308099681)
9. Barnes L. *Needles, Herbs, Gods and Ghosts: China, healing and the West to 1848*. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
10. Barros NF, Nunes ED. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(10):2023-2028. doi: [10.1590/s0102-311x2006001000002](https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006001000002)
11. Coulter I, Willis E. The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *The Medical Journal of Australia*. 2004;180(11):587-589. doi: [10.5694/j.1326-5377.2004.tb06099.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06099.x)

12. Hollenberg D, Tsisis P, Kelley N. CAM in Canadian hospitals: the new frontier? *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2011;8. doi: [10.2202/1553-3840.1466](https://doi.org/10.2202/1553-3840.1466)
13. Shuval J, Mizrahi N. Changing boundaries: Modes of coexistence of alternative and biomedicine. *Qualitative Health Research*, 2004;10(2):219-243. doi: [10.1177/1049732304263726](https://doi.org/10.1177/1049732304263726)
14. Cant S, Sharma U. *Complementary and alternative medicines: Knowledge in practice*. London: Free Association Books; 1996.
15. Givati A. Performing 'pragmatic holism': professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2015;19(1):34-50. doi: [10.1177/1363459314530739](https://doi.org/10.1177/1363459314530739)
16. Maluf S. Mitos coletivos, narrativas pessoais: Cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da 'Nova Era'. *Mana*. 2005;11(2):499-528. doi: [10.1590/S0104-93132005000200007](https://doi.org/10.1590/S0104-93132005000200007)
17. Fulder S. The impact of non-orthodox medicine on our concepts of health. In: Lafaille R, Fulder S, editors. *Toward a new science of Health*. London: Routledge, 1993. p. 83-92.
18. Clarke DB, Doel MA, Segrott J. No alternative?: The regulation and professionalization of complementary and alternative medicine in the United Kingdom. *Health & Place*. 2004;10(4):329-338. doi: [10.1016/j.healthplace.2004.08.001](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.08.001)
19. Mc Guire M, Kantor D. *Ritual healing in suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1988.
20. Saizar MM, Bordes M. Terapias no-convencionales en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires: Un estudio exploratorio de las motivaciones de especialistas alternativos y biomédicos. *Saúde & Transformação Social*. 2020;10(1/2/3):34-43.
21. Bourdieu P. *Sobre el Estado: Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Barcelona: Editorial Anagrama; 2014.
22. Willis E. *Medical Dominance: Division of Labour in Australian Health Care*. London: Routledge; 1983.
23. Willis E. Introduction: taking stock of medical dominance. *Health Sociology Review*, 2006;15(5), 421-431. doi: [10.5172/hesr.2006.15.5.421](https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.5.421)
24. Freidson E. *The profession of medicine*. New York: Dodd, Mead; 1970.
25. Larson MS. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. California: University of California Press; 1977.
26. Norris P. How 'we' are different from 'them': occupational boundary maintenance in the treatment of musculo-skeletal problems. *Sociology of Health & Illness*. 2001;23(1):24-43. doi: [10.1111/1467-9566.00239](https://doi.org/10.1111/1467-9566.00239)
27. Saks M. Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects. *Current Sociology*. 2001;49:119-134. doi: [10.1177/0011392101049003008](https://doi.org/10.1177/0011392101049003008)
28. Abbott A. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
29. Kelner M, Wellman B, Welsh S, Boon H. How far can complementary and alternative medicine go?: The case of chiropractic and homeopathy. *Social Science & Medicine*. 2006;63(10):2617-2627. doi: [10.1016/j.socscimed.2006.07.005](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.005)
30. Gilmour J, Kelner M, Wellman B. Opening the door to complementary and alternative medicine: Self-regulation in Ontario. *Law & Policy*. 2002;24(2):149-174. doi: [10.1111/1467-9930.00132](https://doi.org/10.1111/1467-9930.00132)
31. Coburn D. State authority, medical dominance, and trends in the regulation of the health professions: The Ontario case. *Social Science & Medicine*. 1993;37(7):841-850. doi: [10.1016/0277-9536\(93\)90137-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90137-s)
32. García Larraburu SM. Proyecto de Ley S-0415/2022 [Internet]. Honorable Senado de la Nación Argentina; 2022 [citado 10 mar 2026]. Disponible en: <https://tinyurl.com/44k67mpw>
33. Giustini D. *Finding the hard-to-find: Searching for grey literature*. Vancouver: University of British Columbia, Health Library; 2019.
34. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*. 2009;9(2):27-40. doi: [10.3316/QRJ0902027](https://doi.org/10.3316/QRJ0902027)
35. Organización Mundial de la Salud. *Global traditional medicine strategy 2025-2034*. Geneva: World Health Organization; 2025.
36. Organización Mundial de la Salud. *Estrategias para la Medicina Tradicional 2001-2005*. Genova: OMS; 2002.
37. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). *Strategic plan exploring the science of complementary and integrative health*. Bethesda: U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health; 2016.
38. Baer HA. *Toward an integrative medicine: Merging alternative therapies with biomedicine*. Walnut Creek: AltaMira Press; 2004.
39. Cant S, Sharma U. *A new medical pluralism?: Alternative medicine, doctors, patients and the State*. London: Routledge; 1999.
40. Collins R. Market closure and the conflict theory of professions. In: Burrage M, Torstendhal R, editors. *Professions in theory and history. rethinking the study of the professions*. London: SAGE; 1990. p. 24-43.
41. Witz A. *Professions and patriarchy*. London: Routledge; 1992.
42. Good B. *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
43. Di Liscia MS. *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750-1910)*. Madrid: CSIC; 2002.
44. Stone J. *An ethical framework for complementary and alternative therapists*. London: Routledge; 2002.
45. Light D. The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, (eds.). *Handbook of medical sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2000. p. 201-216.
46. Sajida S. Three decades of multilevel governance research: A scientometric and conceptual mapping in the social sciences. *Social Sciences & Humanities Open*. 2025;12. doi: [10.1016/j.ssaho.2025.101745](https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2025.101745)
47. Jarillo EC. La profesión médica: Una construcción de la ideología profesional. En: Jarillo EC, Guinsberg E, editores. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

48. Menéndez EL. Hacia una práctica médica alternativa: Hege-
monía y (auto)gestión (técnica) en salud. México DF: CIE-
SAS; 1983.
49. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos:
de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência
& Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. doi: [10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
50. Campos Navarro R, (comp.). La antropología médica en Mé-
xico (2 vols.). Ciudad de México: Instituto Mora, Universidad
Autónoma Metropolitana; 1992.
51. Campos Navarro R, (coord.). Antropología médica e intercul-
turalidad. Ciudad de México: McGraw-Hill, UNAM; 2016.
52. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma in-
trodução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.
Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010;18(3):459-
466. doi: [10.1590/S0104-11692010000300023](https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023)
53. Idoyaga Molina A. Culturas, enfermedades y medicinas: Re-
flexiones sobre la atención de la salud en contextos intercul-
turales de Argentina. Buenos Aires: IUNA; 2002.
54. Papalini V, Avelín Cesco MJ. Pluralismo médico: regulacio-
nes y concepciones de salud en seis países de América La-
tina. *Perfiles Latinoamericanos*. 2022;30(59). doi: [10.18504/pl3059-009-2022](https://doi.org/10.18504/pl3059-009-2022)
55. Barros NF, Spadacio C, Viana da Costa M. Trabalho inter-
profissional e as Práticas Integrativas e Complementares no
contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios.
Saúde em Debate, 2018;42. doi: [10.1590/0103-11042018S111](https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111)
56. Toniol R. Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias al-
ternativas/complementares nos serviços de saúde pública no
Brasil. São Paulo: Liber Ars; 2018.
57. Ayres JRCM, Mendes VM, Almeida IS, Devincenzi MU, Gui-
marães JS, Calazans GJ, Bianchi PC, Yamashiro AS, Grupo
de Pesquisa em Saúde de Jovens e Direitos Humanos. Aten-
ción integral a la salud de adolescentes y jóvenes desde la
perspectiva de profesionales de atención primaria, San Pa-
blo, Brasil. *Salud Colectiva*. 2025;21:e5419. doi: [10.18294/sc.2025.5419](https://doi.org/10.18294/sc.2025.5419)

FORMA DE CITAR

Saizar MM, Bordes M. Construir terapeutas, ordenar prácticas: aportes para el análisis de un proyecto de regulación de las medicinas tradicionales y complementarias en Argentina. *Salud Colectiva*. 2026;22:e6223. doi: [10.18294/sc.2026.6223](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6223).



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 30 mar 2026 | Versión final: 14 ago 2026 | Aprobado: 17 sep 2026 | Publicado en línea: 24 sep 2026