

Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo

Josefina Caminal^a, Núria Rodríguez^b, José Luis Molina^b y Grupo de investigación en MCA*

Introducción

Este artículo es el primero de una serie monográfica que tratará el tema de las medicinas complementarias y alternativas (MCA) desde las perspectivas del uso, la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad y el desarrollo, sin olvidar los aspectos éticos implicados en este tipo de prácticas¹.

Una primera aproximación a la situación de las MCA en el ámbito internacional y nacional pone de manifiesto la gran complejidad teórica, legislativa y social que rodea a estas terapias. Dicha complejidad no sólo hace referencia al tipo de conocimiento disponible en el marco de los sistemas formales, sino también a la irrupción de nuevos mo-

delos de cuidados alternativos en la sociedad actual. Esta perspectiva conduce hacia una reflexión dirigida a dar una respuesta social ante necesidades de salud² en términos de relaciones, roles e instituciones que operan dentro y fuera del sistema sanitario³.

Las MCA deberían ser abordadas como un «fenómeno» que incluya la diversidad de dimensiones que lo definen: dimensión política, sociológica, antropológica, económica, comercial y, en particular, terapéutica⁴.

El análisis de esta realidad y el interés por profundizar en alternativas a los modelos de cuidados actuales cristalizaron en un proyecto de investigación titulado «Mapa de las medicinas complementarias e alternativas, y la seva contribució al sistema sociosanitari de Catalunya» (Proyecto número 156/06/2004, resolución publicada en el DOGC, el 21 de marzo de 2005, formalización del convenio entre la UAB y la AATTRM, el 10 de mayo de 2005). En dicho proyecto están implicados investigadores de diferentes áreas de conocimiento en ciencias sociales y de la salud, representantes de los colegios profesionales y profesionales de la práctica clínica.

El proyecto parte del objetivo general de contextualizar y documentar la situación actual de las MCA en Cataluña, realizando un análisis de los conocimientos, costumbres, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud, de los profesionales de ámbitos no sanitarios y de la población general. La información se obtendrá mediante el uso de metodología cuantitativa y cualitativa. Otros objetivos de este trabajo serán realizar un análisis sobre la demanda y la oferta de la prestación de las MCA, documentación de la evidencia disponible sobre eficacia, efectividad y seguridad y, finalmente, con las directrices promovidas por los diferentes organismos colegiados y la Administración Pública.

Esta serie monográfica se ha estructurado en 5 artículos que pretenden dar respuesta a preguntas como:

- ¿Hay consenso en la denominación y clasificación de las MCA?
- ¿Quién practica las MCA y por qué?
- ¿El efecto terapéutico y el efecto placebo son realidades contrapuestas?

^aDepartament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia, i de Medicina Preventiva. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

^bDepartament d'Antropologia Social i Cultural. Facultat de Filosofia i Lletres. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

*Grupo de investigación en MCA: Guillermina Albarracín (Farmacéutica), M. José Alonso (Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona), Josefina Caminal (Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva, Facultat de Medicina, UAB), Francesc Escarmís (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya), Teresa Forcades (Institut de Teologia Fonamental de St. Cugat), M. Victoria García (Col·legi d'Infermeria de Barcelona), Isabel Giralt (Secció d'Acupuntura del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona), Teresa Gutiérrez (Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia, UAB), Teresa Huguet (Farmacéutica), Josefa Mitjans (Escola d'Infermeria Sant Pau, Centre adscrit a la UAB), José Luis Molina (Departament d'Antropologia Social i Cultural, Facultat de Filosofia i Lletres, UAB), Núria Rodríguez (Departament d'Antropologia Social i Cultural, Facultat de Filosofia i Lletres, UAB), Lluís Torralba (Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya), Cristina Urios (Departament de Ciència Política i de Dret Públic, Facultat de Dret, UAB).

Proyecto financiado parcialmente por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (156/06/2004).

Correspondencia:

Dra. J. Caminal.
Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Medicina Preventiva i Salut Pública. Edifici M.
08913 Bellaterra. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.
Correo electrónico: josefina.caminal@uab.es

Manuscrito recibido el 23-3-2006.

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-3-2006.

Palabras clave: Medicinas complementarias y alternativas. Medicina basada en la evidencia. Efecto placebo. Modelos de cuidados. Regulación. Intrusismo profesional. Competencia de mercado.

– ¿Es posible establecer puentes de acercamiento entre los diferentes paradigmas que sustentan la diversidad de modelos de cuidados?

– ¿Cuáles son las ventajas y las limitaciones de la regulación de las MCA?

Dificultad en las taxonomías

Los nombres con los que se denominan estas «prácticas» o «terapias» complementarias y/o alternativas son objeto de debate entre los diferentes colectivos profesionales, sociales y políticos. El campo profesional se encuentra determinado por la delimitación del saber, los campos de actuación, que tienen efectos legales y económicos. No es extraña, pues, la existencia de polémica.

La presencia de una realidad emergente todavía no institucionalizada pone de manifiesto la insuficiencia de marcos existentes, definida por la negación de una realidad instituida. Así, podemos hablar de tecnologías «inalámbricas», de «realidad virtual» o de «economía informal» por citar ejemplos bien conocidos. Estas definiciones son, por tanto, tautológicas, a menos que se refieran a aspectos sustantivos o constitutivos de su naturaleza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en los países industrializados el término «medicina complementaria y alternativa» (MCA) hace referencia a los métodos diagnóstico-terapéuticos externos a la corriente biomédica, en contraposición con el término «medicina convencional» que define el modelo imperante en los sistemas de salud de los países industrializados^{5,6}. Asimismo, el término «medicina tradicional»⁷ se restringe a los países en los que estas prácticas forman parte de sus tradiciones⁸. También hay diversas acepciones, como medicinas no convencionales, alternativas, complementarias o también, nombradas como terapias complementarias o alternativas. En cuanto a la clasificación, según el National Center For Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)⁹, las terapias se agrupan en 5 categorías:

– Los sistemas médicos alternativos. Incluye la medicina homeopática y naturópata, la medicina tradicional china y ayurveda.

– Las intervenciones cuerpo-mente. Como ejemplos, la meditación y las terapias que utilizan la música o la danza, entre otras.

– Las terapias basadas en la biología, que incluye sustancias que se encuentran en la naturaleza, como plantas medicinales, tratamientos dietéticos, complementos alimenticios y alimentos funcionales.

– Los métodos basados en la manipulación del cuerpo. Estos incluyen la quiropráctica y osteopatía.

– Las terapias energéticas, las cuales incluirían el qi gong, reiki, campos electromagnéticos, entre otras.

Todas estas nomenclaturas ponen de manifiesto que se trata de un conjunto de técnicas terapéuticas que difieren en

tre ellas, a veces, de forma muy manifiesta. Pero también se observa que se pretende realizar globalizaciones de terapias o de técnicas que provienen de sistemas culturales diversos, los cuales perciben la salud y la enfermedad de forma distinta, y que no deben ser percibidas como negativas por el hecho de no ser aportadas por el paradigma de la medicina convencional que proviene de Occidente.

Relevancia de las MCA y factores explicativos

La demanda y el uso de las MCA se han incrementado de forma significativa en los países de renta alta desde hace aproximadamente medio siglo^{9,10}. Las cuestiones que surgen son: ¿qué es lo que está alentando esta demanda por parte de la población? y ¿qué es lo que está alentando la demanda de formación por parte de los profesionales sanitarios? Vincent y Furnhan refieren como factores explicativos:

– La percepción de las MCA como una creencia de valor positivo.

– Percepción ineficaz de la medicina convencional en experiencias previas.

– La percepción negativa ante los posibles efectos adversos de los tratamientos médicos convencionales.

– La percepción de falta de comunicación en la relación médico-paciente y la posibilidad de que el paciente adopte un rol más activo en el tratamiento de su enfermedad.

– La predisposición de las terapias alternativas a valorar y a discutir factores emocionales que coexisten en la enfermedad¹¹.

Actualmente, se está llevando a cabo una reconsideración y análisis sobre las formas de asistencia, en particular, en la atención de la enfermedad. La enfermedad está siendo considerada como un problema técnico, que busca soluciones cada vez más tecnificadas, que puede conllevar a una limitación conceptual en la percepción del individuo, además de una excesiva rigidez por parte del sistema médico hegemónico, inducido tal vez por la relativa ineficacia en relación con las enfermedades crónicas. No debemos olvidar el instrumento de control, producción o reproducción social del un sistema económico, basado en el consumo, en el que también está inmerso el sistema sanitario.

El efecto terapéutico y el efecto placebo

No hay duda de que la utilización del método científico es un elemento básico y primordial en la defensa de la validez de las intervenciones terapéuticas de la medicina oficial, frente a otras alternativas de cuidados que no han superado esta validación. En medicina, al difundirse los principios y contenidos de la mal denominada «medicina basada en la evidencia» (MBE) se ha producido un cambio de concepción en el prestigio del método científico. Entre los aspectos no tan positivos de la MBE cabe citar que la «verdad científica» no siempre es fácilmente demostrable. Un peligro cierto de la MBE es intentar que toda la práctica

clínica esté basada en estos principios, cuando en la mayoría de los trastornos de salud no pueden quedar limitados a los fríos datos de ningún protocolo.

En este planteamiento es necesario mencionar el efecto placebo otorgado a las MCA. En realidad, el debate existente pone el énfasis en que el efecto placebo en las MCA no existe¹² y, por lo tanto, los efectos obtenidos con estas terapias deben ser integrados en la misma categoría que los que se obtienen con la medicina convencional; y por otro lado, la postura que afirma la existencia del efecto placebo¹³ y su utilización terapéutica, y la cuestión quedaría explicitada en la forma de integración de las MAC.

De hecho, la aplicación de los estándares clínicos y científicos son exigibles para cualquier tipo de intervención terapéutica que esté asociada con riesgos para la población que los recibe o demanda.

Puentes de acercamiento entre diferentes paradigmas

Es importante no realizar generalizaciones simplistas, como que la medicina convencional es reduccionista y que las MCA son todas holísticas, porque cada una de ellas se diferencia de la otra por su visión totalizadora desde distintos paradigmas. Ambos modelos tienen en común que el cuidado es lo importante, lo primordial y lo necesario.

En realidad, lo que falta es la construcción de puentes de acercamiento, en relación con el objeto-sujeto del cuidado. Para la biomedicina, el cuidado se centra más en la enfermedad que en la persona, mientras que en las MCA el cuidado se centra más en lo que Knoll denomina «el reconocimiento de que el paciente está bajo un hecho humano, el de enfermar»¹⁴. Es relevante reafirmar que la necesidad es establecer nexos, ya que cuidar a la persona enferma es lo que justamente une estos 2 paradigmas.

Iniciativas reguladoras

Hay una dificultad reguladora entre las MCA y los productos terapéuticos de la medicina convencional, es decir, la farmacopea. A esta dificultad de regulación se le añade la dificultad del registro de quiénes son los profesionales que las ejercen, la dificultad de establecer los derechos y deberes de los que las practican, el establecimiento de los límites del intrusismo laboral y, en definitiva, el establecimiento de unas normas de praxis profesional. Algunos de los factores que la explican pueden hacer referencia, en primer lugar, al temor existente en las autoridades sanitarias de regular unas prácticas que, desde el paradigma biomédico, no pueden probar su eficacia en circunstancias clínicas concretas. En segundo lugar, dicha regulación delimitaría los profesionales que podrían ejercitar dichas terapias, cosa que, en tercer lugar, conduciría a la necesidad de ordenamiento en el ámbito de la docencia, estableciendo los niveles de conocimientos adecuados en relación con las acreditaciones profesionales.

En la actualidad, en el estamento administrativo oficial, las MCA no son contempladas de forma global, ni tan siquiera como un tratamiento específico. Sin embargo, la realidad pone de manifiesto que hay un uso y una práctica de dichas terapias en la sociedad. ¿Se trata tal vez de un fenómeno mediático?

En el Estado español, hace aproximadamente 2 años, en el ámbito de la política nacional y autonómica, este fenómeno era tratado como un tema marginal, pero la realidad ha demostrado que hay una práctica y un uso por parte de la sociedad de estos tratamientos.

En cualquier caso, ante la necesidad de este proceso regulador, con fecha 18 de marzo el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya presentó una Propuesta de Decreto por el cual se regulen las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Al margen de la polémica que la iniciativa ya ha suscitado entre los diferentes colectivos implicados, la iniciativa merece un reconocimiento positivo como parte del necesario proceso de cambio social y cultural, basándose en los principios de seguridad, calidad, praxis profesional, libertad de elección y derecho a la información.

Invitación a participar

Frente a una aparente competencia de intereses, la OMS hace una llamada a los sistemas públicos para conducir los cambios culturales y reguladores necesarios que acerquen la medicina convencional y cualquier sistema terapéutico capaz de mejorar el nivel de salud de los individuos¹⁵. Uno de los objetivos del proyecto de investigación es generar debate en torno de los modelos de cuidados en la sociedad actual¹⁶. Invitamos a todos los lectores a aportar sus puntos de vista y generar debate para promover nuevas ideas que contribuyan a mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a la población.

Bibliografía

1. Borrell i Carrió F. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Aten Primaria*. 2005;35:311-3.
2. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Los Angeles: University California Press; 1980.
3. Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*. 1978;12:121-33.
4. Berman BM. Complementary medicine and medical education. Teaching complementary medicine offers a way of making teaching more holistic. *BMJ*. 2001;322:121-2.
5. World Health Organization. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 [internet]. Gineva: OMS; 2002 [citado 15 Sep 2004]. Disponible en: www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_span.pdf
6. World Health Organization. Legal status of traditional medicine and complementary/ alternative medicine: a worldwide review. Gineva: WHO; 2001. [Citado 15 Feb 2004]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EDM_TRM_2001_2.pdf

7. Caminal Homar J. ¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público. *Aten Primaria*. 2005;35:389-91
8. National Center For Complementary and Alternative Medicine(NCCAM). What is Complementary and Alternative Medicine [internet]. Maryland, 2006. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/>
9. Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Rompay MI, Walters EE, Wilkey SA, et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med*. 2001;135:262-8.
10. Emswiler DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine in use in the United State, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280:1569-75.
11. Vincent Ch, Furnham A. *Complementary medicine. A research Perspective*. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
12. Kienle GS, Kiene H. Placebo effect and placebo concept: a critical methodological and conceptual analysis of reports on the magnitude of the placebo effect. *Altern Ther Health Med*. 1996;2:39-54.
13. Guess HA, Kleinman A. *The science of placebo*. London: BMJ Books, BMA House; 2002.
14. Knoll AM. The reawakening of complementary and alternative Medicine at the turn of the twenty-first century: filling the void in conventional biomedicine. *J Contem Health Law Policy (JHCLP)*. 2004;20:329-66.
15. World Health Organization. WHO medicines strategy. Countries at the core 2004-2007 [internet]. Geneve: WHO; 2004 [citado 15 Sep 2004]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/strategy/spanish.pdf>
16. World Health Organization. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. 2000 [internet]. Geneve: OMS; 2000. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/pautas_generales_para_la_investigacion_en_mnt.pdf