

MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS

Coordinadora de la serie: Josefina Caminal

Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud

Cristina Urios^a, Josefina Caminal^b, Núria Rodríguez^c y Francesca Puigpelat^a en nombre del Grupo de investigación en MCA*

Introducción

La reflexión que proponemos sobre la regulación de las medicinas complementarias y alternativas (MCA) apunta a la necesidad de orientar el enfoque en la población que busca recuperar la salud mediante diversos sistemas de cuidados. En un mundo globalizado, los sistemas de salud centrados en la población, y la diversidad de cuidados de salud requieren nuevas aproximaciones en el desarrollo de las políticas sanitarias y sus regulaciones, aunque difieran de las que son o han sido las hegemónicas^{1,2}.

La estrategia jurídica difícilmente puede comprender las complejas relaciones y prácticas de salud si se apunta a un modelo de regulación inflexible. Por ello se aconseja ser cauto en el desarrollo del proceso de regulación de las MCA y tener en consideración el alcance y sentido de dicho proceso. La controversia y el debate que el incipiente proceso regulativo está generando en España son positivos porque pueden alentar nuevas vías de comprensión y orga-

nización de lo que deberían ser los modelos integrados de cuidados en la sociedad del siglo XXI³.

Marco conceptual para el desarrollo de la regulación sanitaria

El proceso regulativo de las MCA requiere una reflexión sobre los cambios socioculturales que implica la forma de vida de la llamada «modernidad». Una modernidad que implica la proyección de la vida desarrollada en el mundo occidental como la unidad «normal» en oposición al resto del mundo, considerado como anómalo y problemático, o al de los propios tiempos históricos⁴. Esta conceptualización de la modernidad se proyecta en los procesos regulativos que se articulan en los diferentes países, no sólo en Occidente, sino también en otros contextos socioculturales para conformar servicios de salud universales⁵.

Sin ánimo de profundizar en los debates propuestos por el discurso posmoderno, sí que cabe reflexionar en algunas de las experiencias que se refirieron desde él: «El período posmoderno se distingue por abandonar la búsqueda misma (de la superioridad objetiva de la racionalidad, la moralidad, la estética, los preceptos culturales, las reglas de la vida civilizada de Occidente) tras haberse convencido de su futilidad. Trata en cambio de reconciliarse con una vida en condiciones de incertidumbre permanente e irremediable»⁴.

La necesidad de nuevas aproximaciones asociada a la regulación de las MCA va unida al reconocimiento por parte de los poderes públicos de la imposibilidad de sostener la superioridad objetiva de las formas de vida que representan. Es desde este marco conceptual que los gobiernos pueden detectar los cambios socioculturales e incorporarlos en el desarrollo de las diferentes estrategias y políticas regulativas.

En el contexto más global, desde la Organización Mundial de la Salud⁶, en su resolución de la 56 Asamblea Mundial de la Salud de 24 de enero de 2003, se insta a los estados miembros a preparar y aplicar políticas y reglamentaciones generales sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de los diferentes contextos culturales. Esta recomendación es el producto de diversas constataciones:

^aFacultad de Derecho. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

^bFacultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

^cUniversitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

*Grupo de investigación en medicinas complementarias y alternativas (MCA): G. Albarracín (farmacéutica), M.J. Alonso (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona), J. Caminal (Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, UAB), F. Escarmís (Colegio de Fisioterapeutas de Catalunya), T. Forcades (Instituto de Teología Fundamental de Sant Cugat), M.V. García (Colegio de Enfermería de Barcelona), I. Giralt (Sección de Acupuntura del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona), T. Gutiérrez (Departamento de Psicología Clínica de la Salud, Facultad de Psicología, UAB), T. Huguet (farmacéutica), J. Mitjans (Escuela de Enfermería Sant Pau, centro adscrito a la UAB), J.L. Molina (Departamento de Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Letras, UAB), N. Rodríguez (Departamento de Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Letras, UAB), L. Torralba (Dirección General de Recursos Sanitarios, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya), C. Urios (Departamento de Ciencia Política y Derecho Público, Facultad de Derecho, UAB).

Este proyecto ha sido parcialmente financiado por la Agència de Recerca i Tecnologies Mèdiques.

Palabras clave: Medicinas complementarias y alternativas. Legislación. Estrategias regulativas. Pluralismo médico. Modelos de cuidados. Medicina integrada.

- La utilización de MCA referidos como tipos de servicios de salud no normalizados.
- Las diferentes prácticas y terapias que según los países comprende la denominación de medicina tradicional o MCA, muy determinadas culturalmente.
- Los aspectos positivos que pueden ofrecer la medicina tradicional o las MCA en el tratamiento de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida de quienes presentan enfermedades leves o incluso de determinadas enfermedades incurables⁷.

Situación regulativa en la Unión Europea

El Parlamento europeo ha tratado de impulsar políticas públicas y regulativas de las MCA al ser consciente del interés social existente en los ciudadanos y la necesidad de que se minimicen las grandes diferencias de regulación entre los estados miembros³. Un breve recorrido por algunos países europeos puede mostrar la diversa situación regulativa^{7,8}.

En Bélgica, una Ley de 1999 reconoce las técnicas homeopáticas, quiroprácticas, de osteopatía y acupuntura, además de diseñar una estructura y el procedimiento para la regulación de otras MCA. De acuerdo con esta Ley, las MCA pueden ser practicadas por las personas que, aunque no pertenezcan al colectivo médico, se encuentren debidamente autorizadas.

Francia, sin embargo, posee un Código de Salud Pública que permite la práctica de MCA exclusivamente al personal médico autorizado, aunque reconoce un colectivo de profesionales paramédicos que puede realizar dichos actos bajo la supervisión de un profesional médico.

En otra dirección se orienta la regulación alemana, donde existe la figura del «práctico» (*heilpraktiker*). Sólo el personal médico cualificado y los «prácticos» –con las limitaciones establecidas en la Ley de 1939 que los regula– pueden ejercer las MCA.

Noruega, por su parte, presenta una regulación que se abre a la práctica de cualquier persona sin necesidad de autorización previa; dispone de un registro voluntario para los que las ejercen. Sin embargo, quienes practican las MCA no tienen el reconocimiento oficial de personal sanitario, su titulación no se encuentra protegida y sus prácticas no se integran en el sistema nacional de salud.

En Gran Bretaña se puede afirmar que la situación se ha ido modificando y ampliando desde el año 1950. Así, en 1950 se estableció el reconocimiento de la homeopatía practicada por profesionales sanitarios. Posteriormente, en 1993 y 1994, fueron reguladas y legalmente aceptadas las titulaciones de osteopatía y quiropráctica. Recientemente, en el 2005, el Departamento de Salud puso de manifiesto la voluntad de regular las prácticas y los profesionales que practican la acupuntura.

Finalmente, otros muchos países, entre los cuales se encuentra España, están en pleno inicio del proceso regulativo.

Estrategias regulativas hacia un modelo integrado de cuidados de salud

Las estructuras regulativas de la medicina alopática constituyen el telón de fondo sobre lo que no se reflexiona y, no obstante, cuestiona por anómalas las posibilidades de las prácticas de las MCA y el diseño de su regulación⁸.

La superioridad de sus procesos se construye como una experiencia colectiva que destaca las carencias de las prácticas de las MCA^{9,10}:

1. La práctica ausencia de ensayos clínicos rigurosos que acrediten la evidencia científica de la eficacia clínica y la dificultad de que se lleven a cabo.
2. La inexistencia de un registro de los profesionales que las ejercen.
3. La necesaria acreditación de conocimientos de los profesionales que las practican.
4. Y en último caso, la presión penal sobre los profesionales que ejercen dichas prácticas.

La participación en el proceso legislativo no puede basarse sólo en el ejercicio de poder, hay que reconocer la autoridad que emerge desde las necesidades de salud que manifiesta la población. Es necesario impulsar una reflexión sobre los modelos de salud del siglo XXI que responda a las nuevas realidades emergentes. La prioridad de este proceso afecta a todas las prácticas relacionadas con la salud y precisa la coordinación y la participación de todos los agentes para que se desarrollen unas condiciones prácticas que garanticen las condiciones de seguridad, rigor, responsabilidad, transparencia informativa y defensa de la salud pública.

Un abordaje superficial de estos requisitos se manifiesta en algunas iniciativas legislativas que tratan la regulación de las MCA como un tema marginal. El Real Decreto 1277/2003 sólo reconoce las terapias convencionales, aunque ofrece la posibilidad de que el médico responsable utilice tratamientos de las medicinas naturistas, homeopáticas y similares. En consecuencia, levantan la reacción de los diferentes colectivos afectados¹¹.

Recientemente (18 de marzo de 2006) se ha hecho pública la propuesta del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que formaliza una Propuesta de Decreto, por el cual se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Esta propuesta, abierta a debate público, se hace eco de la compleja situación regulativa y práctica existente. En ella se apuntan las directrices básicas que definen las terapias y se dirige fundamentalmente a la regulación de los requisitos de acreditación de los centros y de formación exigible de quienes las practican.

Este proceso de regulación de las MCA en España, el interés porque se abra un camino institucional que forme parte de un proceso de cambio sociocultural se ha de valorar positivamente. Las instituciones públicas tienen un papel clave para interpretar y gestionar las diversas realidades

socioculturales en materia de cuidados de salud, velar para que estas realidades no sean distorsionadas y comunicarlas en condiciones de seguridad^{3,12}.

Bibliografía

1. Perdigüero E. Aproximación al pluralismo médico en la España de finales del siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos. *Med Hist.* 2005;4:1-15.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevas directrices de la OMS para fomentar el adecuado uso de las medicinas tradicionales [accedido 22 May 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/strategy/Spanish.pdf>.
3. Integrated Medicine in Europe. Collected speeches from a seminar in the European Parliament on 25 April 2002 [accedido 19 jun 2006]. Disponible en: <http://www.nualaahern.com/documents/comphealth.pdf>
4. Bauman Z. Legisladores o intérpretes. Sobre la modernidad, la posmodernidad y los intelectuales. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 1997.
5. Borkan JM, Morad M, Shvarts S. Universal health care? The views of Negev Bedouin Arabs on Health Services. *Health Policy Plan.* 2000;15:207-16.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS. Documento EB111/9 [accedido 19 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/strategy/Spanish.pdf>.
7. CAM-CANCER Project. Concerned Action for Complementary and Alternative Medicine (CAM) Assessment in the Cancer Field. CAM-CANCER project founded by the European Commission within the 5th Framework Program «Quality of Life» [accedido 19 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.cam-cancer.org>
8. Barnes J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part I: regulation and quality. *J Clin Pharmacol.* 2003;55:226-33.
9. Benzi G, Ceci A. Herbal medicines in European regulation. *Pharmacol Res.* 1997;35:355-62.
10. Rousseaux CG, Schachter H. Regulatory issues concerning the safety, efficacy and quality of herbal remedies. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol.* 2003;68:505-10.
11. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 254, 30 de octubre de 2003. p. 37.893-902.
12. Cohen MH. Complementary and Integrative medical therapies, the FDA, and the NIH: definitions and regulation. *Dermatol Ther.* 2003;16:77-84.