

Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia

RESUMEN

Objetivo: presentar, mediante el análisis de la literatura, el avance de la integración de la medicina alternativa y complementaria en la prestación de servicios de salud en Colombia y que corresponde a la tendencia mundial en este sentido, lo cual es coherente con la “Estrategia de la OMS 2002-2005” que comprende cuatro objetivos: 1) integrar la Medicina Tradicional y la Medicina Alternativa y Complementaria; 2) promover la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MAC; 3) aumentar la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MAC con énfasis en las poblaciones más pobres, y 4) fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MAC por parte de consumidores y proveedores. **Método:** estudio descriptivo basado en artículos encontrados en las bases de datos Scielo, Bireme, Medline y Pubmed para evaluar la integración de la MAC en los servicios de salud en Colombia, Argentina, Brasil y México. **Resultados:** el uso de las MAC se ha hecho frecuente en el mundo. Pacientes, médicos y otros profesionales de la salud las consideran como opción para utilizarlas como tratamiento complementario o como otra forma de tratar a sus pacientes. **Conclusión:** un modelo de atención en salud que incluya las MAC puede traer ventajas sobre la humanización de la atención, costos de los medicamentos y uso de servicios de alta complejidad. Es necesario realizar trabajos tendientes a evaluar esta inclusión y desarrollar espacios académicos y de formación en este campo.

PALABRAS CLAVE

Terapias Complementarias, prestación de atención de salud, servicios de salud. (Fuente: DeCs, Bireme).

The Integration of Alternative Medicine into Colombian Health Care Services

ABSTRACT

Objective: To demonstrate, through an analysis of literature, the progress being made towards integrating alternative and complementary medicine into the delivery of health care services in Colombia, pursuant to the worldwide trend in this respect, which is coherent with the WHO Strategy for 2002-2005. That strategy has four objectives: 1) integrate traditional medicine and alternative and complementary medicine; 2) promote the safety, effectiveness and quality of TM/ACM; 3) increase the availability and accessibility of TM/ACM, with

1 Médico cirujano. Universidad Javeriana. Director Unidad materno-infantil Hospital de Tunjuelito, Bogotá, Colombia. manulpinto52@yahoo.es, manulpinto58@gmail.com

2 Médico cirujano. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. pruzid@unal.edu.co

an emphasis on the poorest population groups; and 4) encourage sound therapeutic use of TM/ACM by consumers and suppliers alike. **Method:** This is a descriptive study based on articles found in the Scielo, Bireme, Medline and Pubmedpara databases to assess ACM integration into health care services in Colombia, Argentina, Brazil and Mexico. **Results:** The use of ACM has become common throughout the world. Patients, physicians and other health care professionals regard it as an option to be used as complementary therapy or another way to treat their patients. **Conclusion:** A health- care model that includes ACM can offer advantages when it comes to more humanized care, the cost of medication and the use of highly complex services. Further work is needed to evaluate this integration and to develop academic and training instances in this field.

KEY WORDS

Complementary Therapies, Delivery of Health Care, Health Services. (Source: DeCs, Bireme).

Integração da medicina alternativa nos serviços de saúde da Colômbia

RESUMO

Objetivo: apresentar, mediante a análise da literatura, o avanço da integração da medicina alternativa e complementar na prestação de serviços de saúde na Colômbia. Esse avanço corresponde à tendência mundial e está coerente com a “Estratégia da OMS 2002-2005”, que compreende quatro objetivos: 1) integrar a medicina tradicional e a medicina alternativa e complementar; 2) promover a segurança, eficácia e qualidade da MT/MAC ; 3) aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MAC com ênfase nas populações mais pobres, e 4) fomentar o uso terapêutico sólido da MT/MAC por parte de consumidores e fornecedores. **Método:** estudo descritivo baseado em artigos das bases de dados SciELO, Bireme, Medline e Pubmed para avaliar a integração da MAC nos serviços de saúde na Colômbia, Argentina, Brasil e México. **Resultados:** o uso das MAC se tornaram frequentes no mundo. Pacientes, médicos e outros profissionais da saúde as consideram como opção para utilizá-las como tratamento complementar ou como outra forma de tratar seus pacientes. **Conclusão:** um modelo de atendimento em saúde que inclua as MAC pode trazer vantagens para a sua humanização, para os custos dos medicamentos e para o uso de serviços de alta complexidade. É necessário realizar trabalhos tendentes a avaliar essa inclusão e desenvolver espaços acadêmicos e de formação neste campo.

PALAVRAS-CHAVE

Terapias Complementares, assistência à saúde, serviços de saúde. (Fonte: DeCs, Bireme).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional (MT) y la medicina alternativa y complementaria (MAC) se definen como el “grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un país o no están integradas en su sistema sanitario prevaletante”. El término de medicina complementaria, a su vez, se refiere a las terapias o los tratamientos que son usadas de manera suplementaria a la medicina alopática (1). La medicina alternativa se utiliza en lugar de la medicina alopática y se entiende como aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico. Se consideran como medicinas alternativas la medicina homeopática, la tradicional China y la medicina Ayurveda. Dentro de las terapias alternativas se señalan, entre otras, la herbología, terapias manuales, ejercicios terapéuticos, enfoque sobre mente-cuerpo, terapias biológicas, terapias a partir de la energía como concepto genérico, puesto que se habla, por ejemplo, de que se puede interpretar y estudiar a los seres humanos como una organización de “energías biológicas” (bioenergías) según la bioenergética, de la energía vital según la homeopatía, de regulación de la corriente energética dentro de un sistema de circulación en el cuerpo (los meridianos) según la acupuntura, entre otras (2). En el caso colombiano, la MT comprende lo que se ha denominado medicina tradicional indígena colombiana (1, 2). Para el tema planteado en esta revisión no se tiene en cuenta la medicina tradicional, y solamente se consideran las medicinas alternativas y complementarias. En Colombia, la Ley 1164-2007 de Talento Humano tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, el desempeño y la ética del talento humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. Establece diferencias entre medicinas y terapias, así: “se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional china, medicina ayurveda, medicina naturopática y la medicina homeopática; dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran, entre otras, la herbología, acupuntura, moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos” (3). De acuerdo con las definiciones consignadas, la formación en las *medicinas alternativas* tales como la homeopatía y la medicina tradicional china, definidas como sistemas médicos complejos, se considera que deben ser exclusivamente para mé-

dicos con título obtenido en universidad reconocida. Las terapias alternativas, por el contrario, pueden ser ejercidas por otros profesionales de la salud.

Método

El propósito de este trabajo fue realizar una evaluación de artículos siguiendo los principios de la investigación descriptiva. Los artículos revisados fueron identificados a través de las bases de datos Scielo, Bireme, Medline y Pubmed, y se incluyeron aquellos que hubieran sido publicados desde el 2005 hasta el 2011, desarrollados en Colombia, Argentina, Brasil y México. Los criterios para la selección de los artículos fueron: 1) su relación directa con el análisis de los efectos de las MAC; 2) los avances que se demuestran en Colombia y otros países latinoamericanos como Argentina, Brasil, México y Chile con la utilización de la MAC en la prestación de los servicios de salud; 3) artículos que presentaran el análisis de oferta y demanda en este tipo de medicina; 4) estudios de resultados de encuestas de calidad de vida y calidad de servicios de salud en Colombia. Para cumplir con el propósito del artículo se revisó el patrón de uso en el mundo, particularmente en algunos países latinoamericanos —Argentina, Brasil, México—, el marco legal para su práctica en Colombia, las ventajas que se obtienen con su uso dentro de la prestación de servicios de salud y, finalmente, se presenta un modelo integral de aplicación dentro del sistema de salud.

Análisis e interpretación de la información

Se identificaron 39 artículos que exploraban la integración de las MAC en aspectos como frecuencia de uso, preferencias y tipos de consulta. La frecuencia de uso de las MAC es un indicador de qué tanto comienza a integrarse esta medicina con los servicios de salud en un país. En 1990, alrededor del 34 % de la población en Estados Unidos utilizaba los servicios de medicina alternativa, y para 1997 aumentó al 47 % (4, 5). Los estudios muestran que cada año la población gasta más de 13 millones de dólares en servicios y tratamientos de las MAC, lo cual es reflejo de la importancia que han tomado estos servicios en la sociedad estadounidense (6). Existe poca información sobre la prevalencia del uso de las MAC en países latinoamericanos; en Chile y Colombia el 70 y 40 % de la población respectivamente son usuarios de algún tipo de medicina tradicional o alternativa (7). En Canadá el 70 % de la población ha utilizado una de estas medicinas al menos una vez; en Francia el

49 %; en Australia el 48 % y en Bélgica el 70 %; en el resto de Europa el uso de estas prácticas oscila entre el 20 y el 70 %. Según la OMS, el 80 % de los servicios de salud en el mundo en vías de desarrollo son de medicina complementaria (2).

Aspectos culturales de los pacientes

Se han estudiado algunos de los factores que motivan a las personas a acudir a los servicios de MAC. Las razones que con mayor frecuencia se mencionan son: la creencia en que los tratamientos convencionales no serán efectivos o son muy costosos, el interés que despierta la medicina alternativa y la recomendación que se hace por el médico tratante (8). Es decir, las actitudes de los médicos alópatas hacia la MAC pueden afectar la percepción y el uso que hagan las personas de esta medicina.

La multiculturalidad y pluriétnicidad de los países latinoamericanos se ve reflejada en la diversidad de sistemas médicos existentes. Las prácticas propias de la medicina tradicional son un recurso buscado por muchas personas, especialmente las de estratos bajos. La MAC es buscada por personas de estratos superiores y su uso está vinculado a la búsqueda de tratamientos integrales para las enfermedades y a la insatisfacción que algunas personas sienten frente a las características de la medicina occidental y el sistema de salud colombiano (9).

Aspectos culturales de los médicos

El tema de las actitudes de los profesionales médicos acerca de la MAC ha mostrado resultados interesantes, y da luces sobre cómo estos pueden modificar el patrón de uso de ellas. Un estudio realizado en estudiantes de medicina mostró que ellos responden de manera positiva ante sus principios conceptuales y menos positivamente a los tratamientos que se derivan de las mismas (10). Otro estudio en pediatras documentó que existe un importante desconocimiento y ese factor era predictor de las actitudes hacia estas, es decir, a menor conocimiento actitudes más negativas. Igualmente, el desconocimiento y las actitudes adversas tenían un impacto negativo sobre la recomendación de los servicios de estas medicinas (11). Un estudio en Colombia encontró que los conocimientos son bajos solo en el 15% de los médicos de atención primaria, y el 72% tenían una actitud favorable. No obstante estas actitudes, una baja proporción de estos médicos refería a sus pacientes a servicios de la MAC (12). El médico occidental no se complementa con el saber de otros sistemas y prácticas por-

que los desconoce, duda de su eficacia, los subvalora, y cree que su medicina —siendo “la medicina”— no necesita ser complementada por otras. Ignora y le da poca importancia al papel de lo emocional, lo social y lo cultural en el proceso salud/enfermedad. De la iniciativa del terapeuta, quien puede complementar o definir uno u otro tratamiento ya sea remitiendo al paciente, o haciéndolo él mismo si maneja más de una alternativa terapéutica como la homeopatía, la acupuntura, la terapia neural, la bioenergética y la quiropráctica, además de satisfacer la necesidad de oferta, depende una atención integral y en ocasiones más eficaz que la utilización de una sola alternativa (13).

Tipos de consulta

Una buena proporción de las personas que acuden a los servicios de medicina alternativa tiene enfermedades crónicas, incurables, y para las cuales el tratamiento convencional requiere del consumo de muchos medicamentos que tienen importantes reacciones adversas. Los pacientes asisten a los servicios de la MAC por enfermedades como la artritis, artrosis, cuadros de dolor crónico, hipertensión arterial y diabetes (14), ansiedad, depresión, obesidad, dolores de espalda, columna, dolor lumbar, alergias, contracturas, trastornos menstruales, cefaleas, asma, trastornos digestivos y enfermedades de la tiroides, entre otras (15). De otro lado, se realizó un estudio para establecer factores predictores del uso de la MAC en pacientes con cuadros de dolor crónico y se encontró que su uso aumenta con factores como el pobre manejo del dolor, mayor severidad de la enfermedad y mayor limitación funcional comparados con aquellos individuos que no requirieron servicios de medicina alternativa. También se asoció el uso con una mayor edad y un alto nivel educativo del usuario (3).

Marco legal para el ejercicio y la educación de la MAC

En Colombia, con la Resolución 2997 de 1998 se empieza a tener en cuenta y a reglamentar la práctica de terapias alternativas, a partir de entonces se han venido generando cambios en el desarrollo y la aceptación de estas prácticas incluyendo otras normas relacionadas tales como: la Resolución 1896 de 2001 que incluye en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) la consulta de terapias alternativas; la Sentencia T-206 de 2004 de la Corte Constitucional que confirma los requisitos para prestar servicios de medicinas alternativas, en particular el servicio de medicina por el sistema homeopático, y quienes lo presten deben

contar con título profesional de Medicina expedido por una universidad reconocida por el Estado, encontrarse inscrito en el registro profesional de cada ente territorial donde oferte el servicio, y cumplir con el proceso de habilitación establecido en el Decreto 2309 y la Resolución 1439 de 2002; finalmente, la Ley 1164 del 3 de octubre del 2007 dicta disposiciones en materia del talento humano en salud, crea el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, y los siguientes comités: un comité por cada disciplina profesional del área de la salud, comité de talento humano en salud ocupacional, comité de las culturas médicas tradicionales, comité para las medicinas y terapias alternativas y complementarias, comité de ética y bioética, y los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en salud considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones. Por su parte, según el artículo 19, que trata del ejercicio de las medicinas y terapias alternativas y complementarias:

los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de sus disciplinas para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

Las ocupaciones del área de la salud de acuerdo con la respectiva certificación académica podrán ejercer las diferentes actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud que en materia de medicina y terapias alternativas y complementarias sean definidas. Esta ley fue aprobada con el objetivo de regular aspectos relacionados con el ejercicio profesional en el área de la salud que habían sido descuidados en la Ley 100 del año 1993, con la cual entró en vigencia el modelo de sistema de salud vigente en la actualidad (16). A través de esta ley se da un paso importante en la institucionalización y el reconocimiento de la MAC puesto que se establece el marco regulador en Colombia para el ejercicio profesional.

Es decir, tomando como referencia lo establecido en la Ley de Talento Humano del área de la salud, para ejercer la medicina alternativa en Colombia en lo que se refiere a los considerados sistemas médicos —homeopatía, medicina tradicional china, ayurveda— se hace necesario ser médico y haber realizado estudios de posgrado con especialización o maestría en un programa académico reconocido por el Ministerio de Educación Nacional; sin embargo, el ejercicio de algunas de las consideradas tera-

pias alternativas como: magnetoterapia, Reiki, meditación, color terapia, esencias florales, masajes, quiropráctica, suplementos dietéticos, actividades creativas que emplean el arte, la música, la danza, la oración, puede realizarlo otro profesional de la salud (14). Como puede apreciarse, todo este marco legal presentado establece criterios claros para el ejercicio profesional de las MAC. Este es un paso fundamental para avanzar dentro del proceso de integración de estas medicinas en los servicios de salud.

Formación

La Ley de Talento Humano plantea cambios en la estructuración de los programas académicos de manera tal que se garantice, según el nivel de formación, la mejora continua, las competencias, la calidad y el enfoque de contenidos e intensidad de los programas de educación en el ramo de la MAC. A través de una investigación realizada recientemente se encontró que en Colombia existen solo tres programas académicos de formación posgraduada en medicina alternativa que cumplen los requisitos de ley y están reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional (17). Sin embargo, no todos estos programas académicos muestran la homogeneidad y calidad que se contempla a través del marco jurídico comprometiéndose en algunos casos la integridad en el ejercicio de la MAC (18, 19). La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia tiene establecido el programa de maestría en Medicina Alternativa para médicos en las aéreas de Homeopatía, Medicina Tradicional China y Acupuntura, Terapia Neural y Osteopatía; la Universidad Juan N. Corpas ofrece la especialización en Medicina Alternativa y Fitoterapia, y la Universidad Manuela Beltrán la especialidad en Terapias Alternativas para Profesionales de Salud.

Complementariedad entre la MAC y la medicina convencional

En el sistema convencional la persona que necesita una consulta médica debe someterse a una serie de pasos (solicitud de citas para consulta médica, tiempos de asignación de la atención médica prolongados y realización de exámenes complementarios costosos, procedimientos de apoyo terapéutico y medicamentos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud - POS, disputas legales para confirmar sus derechos, tiempo de atención corto) que se constituyen algunas veces en una barrera de acceso y que se dan en un marco de atención dirigido a la enfermedad, no basado en las necesidades de los pacientes (20). Estos problemas

lesionan de manera importante la forma como se construye la relación médico-paciente, la cual constituye un indicador de calidad en la prestación de los servicios de salud y es importante dentro de la adaptación y recuperación de los pacientes en sus enfermedades (21, 22). La insatisfacción de las personas con el servicio de salud convencional tiene relación con su preferencia por una visión holística, con elementos relacionados con la consulta médica, mayor confianza en los remedios naturales o temor hacia el uso de los medicamentos alopáticos, creencias en la responsabilidad individual y deterioro de la relación médico-paciente (23). El efecto placebo de la atención médica, que incluye la amabilidad y la calidez humana como base principal de esta relación, a menudo no es favorable y lesiona gravemente el objetivo de la atención humanizada de todas las personas (24). En la atención brindada en la MAC, por su parte, el paciente es escuchado no solamente por el síntoma motivo de consulta, sino que se le enfoca de manera holística en sus sistemas biológico, mental, emocional y social, y en ese contexto se da la intervención, situación que descrita desde el punto de vista del usuario se refleja en una satisfacción por cuanto se siente reconocido y tratado de manera integral (25).

A pesar de la hegemonía de la medicina occidental en términos de políticas y programas, otras alternativas terapéuticas como la homeopatía, la acupuntura y la medicina tradicional son utilizadas de manera creciente con mayor o menor intensidad, dependiendo de diferentes factores sociales. En nuestras sociedades latinoamericanas, la búsqueda de nuevas opciones de terapia en todos los estratos sociales obedece a las limitaciones de la medicina alopática tales como falta de accesibilidad, su limitada eficacia para tratar algunas enfermedades crónicas, o aquellas con fuertes componentes psicológicos. Esta búsqueda también ha sido una respuesta al temor por los efectos adversos de los medicamentos, a la burocratización y despersonalización de la atención, y al creciente interés en lo natural y lo ecológico (13). La integración entre estos dos enfoques de la medicina comienza a darse en el mundo y Colombia no es ajena a esta situación. Un buen indicador del grado de complementariedad e integración que comienza a darse entre la MAC y la medicina convencional es el impacto en investigación, publicaciones, reconocimiento social y actitudes hacia la medicina alternativa por parte de los médicos, y el desarrollo de marcos legales para el ejercicio y la educación (26). El proceso de complementariedad e integración nace de manera compleja mezclando aspectos de la percepción de los pacientes, actitudes de los médicos, socialización y necesidades de salud de las poblaciones. Esta integración tiene como

exponentes en Latinoamérica a Argentina, que desde 1999 cuenta con una legislación que norma y reglamenta el uso de plantas medicinales; Chile, que a través del Decreto 42 de 2004 reglamentó el ejercicio de las prácticas medicas alternativas; Brasil, que ha generado un marco normativo con la estructuración de una política pública para el desarrollo de la MAC (27). En Europa, países como Alemania —líder en medicina integrativa—, Inglaterra, Francia y España, entre otros, consideran a la MAC en la práctica de la medicina y los servicios de salud. En Estados Unidos se creó desde 1998 el National Center for Complementary and Alternative Medicine, dependiente de los Institutos Nacionales de Salud. Para conseguir esta integración entre la MAC y la medicina convencional, el talento humano —que como sabemos es el recurso más valioso— desempeña un papel muy importante, es por eso que la actitud y la aceptación de los médicos formados en el modelo convencional debe hacer propio este objetivo, dado que la integración dentro del sistema médico va de la mano con la aceptación por parte de los profesionales (28). La medicalización social (seguridad social) es un concepto que disuade a las personas de buscar sus propias soluciones para los problemas de salud y genera un exceso de demanda en el sistema. Una alternativa de solución es la ampliación de los servicios terapéuticos de las instituciones de salud, en particular mediante el reconocimiento y la práctica de la MAC. El potencial de la estrategia es limitado per se, de no ser incluido como política en un sistema único de salud. En los modelos actuales la asistencia sanitaria está dominada por los principios del mercado por lo que hay una tendencia para transformar cualquier tipo de conocimiento o práctica relacionada con el proceso salud-enfermedad en bienes o servicios para ser consumidos. La medicalización social es un fenómeno complejo que conlleva significados diferentes según el enfoque o los estudios que lo investigan, que van desde lo científico, hasta transformaciones socioculturales y políticas relacionadas con la incorporación a la sociedad en general de un comportamiento compatible con la medicina convencional (29).

El enfoque médico-clínico empezó a cambiar a mediados del siglo XIX, de modo que actualmente ya es muy clara la tendencia a usar la MAC en el tratamiento de una serie de enfermedades (30). Esta tendencia de la medicina convencional de manejar el concepto de enfermedad relacionado con “máquina humana”, y la cual será resuelta por la química, la cirugía o la tecnología, o cuando no es ese el caso, con la adopción de un “estilo de vida saludable”, ha generado un aumento en la solicitud de exámenes de ayudas diagnósticas y terapéuticas innecesarias y, al mismo

tiempo, una desvalorización de los enfoques que dan cuenta de modos de vida, valores, sentimientos y factores sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad (31). La medicina convencional es indispensable y necesaria, pero al mismo tiempo puede ser una inadecuada “iatrogenia cultural”, quiere esto decir que por su naturaleza de segmentar al enfermo por especialidades de acuerdo con el órgano o sistema por el cual consulta principalmente, puede pasar por alto otras alteraciones que afectan la salud en igual o mayor severidad que la del motivo de consulta y, por supuesto, disminuyen en las personas su capacidad para hacer frente de manera autónoma a las situaciones de enfermedad por cuanto no se les interviene, orienta o ayuda para entender que la salud es un concepto de integralidad entre la mente, los sentimientos, las relaciones con las otras personas, la naturaleza y el cuerpo (32). Las MAC, integradas al sistema de salud desde la complementariedad, permitirían ofrecer aspectos del servicio como atención personalizada dentro de un contexto de globalización económica y expansión de metodologías científicas que incrementan los costos de la prestación de los servicios; por otra parte, se debe aprovechar el apoyo social por la tendencia a la mayor demanda de la MAC. La homeopatía, la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica practicadas por médicos formados dentro de la medicina convencional, pero que tienen como principio fundamental la salud y no la enfermedad, facilitan el enfoque de integración y, por tanto, son las primeras candidatas para ser incorporadas en un sistema de salud que contemple la complementariedad. Esta es posible, además, porque las contradicciones entre los sistemas médicos están más cerca del arte de curar que de la enfermedad, de tal manera que se ha producido lentamente una integración que ha permitido abrir los espacios en los servicios de salud (26).

El modelo de prestación de servicios

Existen diferentes enfoques para comprender cómo debe realizarse el proceso de integración de la MAC en los sistemas de salud. En ellos se resalta la necesidad de promover los espacios de formación, investigación, análisis económico y vinculación de la atención dentro de los seguros médicos (3, 26, 33), de manera tal que el sistema de salud debe permitir una política que garantice la pluralidad terapéutica no solamente para las personas con recursos económicos que pueden acceder a servicios que no cobija el sistema sino también a los más necesitados (34, 35). La oferta de la MAC en el sistema de salud debe ser defendida como un apoyo para el desarrollo sostenible de la democracia y la es-

trategia para la gestión antimedicalización en la construcción de la universalidad, la igualdad y la atención integral en el servicio de salud, todos estos aspectos son necesarios para garantizar atención médica de calidad (26). Haciendo un análisis DOFA, encontramos:

Debilidades: falta de evidencia científica (paradigma de la medicina basada en la evidencia) para muchas de sus indicaciones; problemas con el desarrollo y la aplicación de metodologías adecuadas para investigarlas. Las terapias de la MAC a menudo entran en conflicto con las bases científicas de la medicina occidental, lo que hace que los médicos las vean con desdén y escepticismo (36). Son escasos los datos resultantes de ensayos científicos destinados a evaluar la seguridad y eficacia de la MAC comparados con la gran cantidad de estudios de medicina basada en la evidencia de la medicina convencional.

Oportunidades: a pesar de esto, y teniendo en cuenta las oportunidades que representa la MAC para favorecer la salud de las poblaciones en el mundo, la OMS ha resaltado la necesidad imperativa de los gobiernos de impulsar desde la política pública en salud el marco reglamentario y normativo que garantice el uso apropiado, seguro y efectivo de estas medicinas. Además, debe impulsarse su integración progresiva dentro los sistemas nacionales de salud (37). El compromiso de la OMS consiste en facilitar información técnica y general para que se utilice de manera segura, eficaz y sostenible. Entre los resultados esperados por la OMS en el marco de esta estrategia figuran: formación básica en terapias de MT/MAC más comúnmente utilizadas para practicantes alopáticos, formación básica en atención sanitaria primaria para practicantes de MT, información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MAC, mejora de la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de MT/MAC (1).

Fortalezas: la MAC ha sido utilizada como parte del tratamiento de muchas enfermedades y eventos adversos relacionados con los tratamientos convencionales; poco a poco comienza a integrarse su uso en los países occidentales y en particular en los países latinoamericanos (1, 26). El interés por la integración de la MAC en el mundo occidental se ha visto reflejado con el aumento en el número de grupos de investigación, publicaciones al año y recursos destinados para la investigación en este campo (38, 39). La utilización de la medicina holística va más allá de la fórmula tripartita occidental de considerar los aspectos biopsicosociales

de la salud y toma en cuenta, en todo diagnóstico, aspectos espirituales. De todo lo anterior ha surgido, según el National Center for Complementary and Alternative Medicine, la medicina integrativa, que combina las terapias formales con las complementarias y alternativas, dado que el todo parece tener propiedades que cada uno de estos tipos de medicina no posee por separado, para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia. Tomar en cuenta esta medicina integrativa al menos puede coadyuvar al gran objetivo de humanizar nuestra práctica médica, la medicina convencional puede mejorar si imitamos a la MAC, al menos, en la atención cuidadosa que resulta de emplear más tiempo con nuestros pacientes y mejorar el acercamiento con ellos por medio de un lenguaje más comprensivo (36).

Amenazas: no hay muchos países que cuenten con una política nacional en la materia (1). Existen falencias en los parámetros legales de muchos países para su ejercicio profesional y la percepción por parte de numerosos profesionales, pacientes y familiares de que se libra una batalla constante por demostrar la hegemonía y perfección entre estos dos enfoques de la medicina (40-42).

La estructura del modelo de prestación de servicios integrado contempla la definición de una política que incluya en los diferentes sectores —público, seguridad social y privado— aspectos del análisis de la atención médica tales como: la oportunidad para la consulta; el tiempo dedicado a esta; relación médico-paciente en ambos tipos de práctica; cumplimiento de estándares de habilitación y de acreditación; análisis de costos, riesgos y beneficios de ambos tipos de práctica, definición de los campos de cada práctica, y financiamiento de la atención en salud pública y de seguridad social. Estos son elementos que han mostrado ser necesarios y útiles dentro la estructuración de diferentes modelos de atención en salud basados en el mejoramiento continuo de la calidad en el servicio (43). Las instituciones prestadoras de servicios deben incluir en sus portafolios la MAC, para ello se debe tener en cuenta el tiempo designado para la atención, el cumplimiento de todos los requisitos de habilitación establecidos en la norma correspondiente, una política institucional de calidad que incluya un plan de acción para el cumplimiento de estándares de calidad y logro de la acreditación, y ajustes en los procesos y procedimientos de atención. Los profesionales de la salud que prestan servicios MAC deben asegurar en primer lugar, y como requisito indispensable, tener la formación exigida por la ley; en segundo lugar, deben preocuparse por desarrollar la promoción de la MAC en todos los

niveles del equipo de salud, desarrollar la investigación y participar activamente en la estructuración de la política de inclusión de esta medicina en la prestación de los servicios de salud. Asegurar el cumplimiento de las normas vigentes en materia de habilitación para la prestación de servicios de salud con unas condiciones óptimas en las instalaciones y los consultorios que les permitan ejercer sin dificultades, establecidas en el sistema único de habilitación. Resoluciones: 1043 de 2006, 2608 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social (44-50).

Los pacientes y usuarios del servicio deben asegurar espacios de participación para que puedan intervenir en la definición de las políticas, en las condiciones en que se le van a prestar los servicios y, en general, en todos sus derechos en especial el respeto a su autonomía para solicitar la consulta y el tratamiento con la MAC y también sus deberes (51).

es posible y necesario la creación de un modelo de atención incluyente con espacio para la MAC, que tenga como centro de interés el bienestar del paciente; en el organizacional, deberán abrirse cada vez más espacios institucionales concretos en los cuales se ofrezcan diferentes MAC usualmente utilizados, que sean evaluadas y monitoreadas en su calidad, eficacia y seguridad, y vayan abriendo el paradigma de una sola práctica médica que integre institucionalmente las opciones que se requieran de acuerdo con la cultura y los padecimientos propios de la población por atender y ejercida por terapeutas que garanticen su idoneidad (3).

Conclusiones

El creciente interés por la medicina alternativa complementaria se da desde instituciones importantes en el mundo en temas de salud y por profesionales de la salud haciendo necesaria su integración a los servicios médicos. La no integración de la MAC al sistema general de aseguramiento supone barreras de acceso a los servicios para las personas de escasos recursos y les limita la oportunidad de acceder a una alternativa terapéutica válida. En Colombia la normatividad reconoce la existencia de la MAC y limita su ejercicio a los médicos para la homeopatía, la medicina tradicional china y la ayurveda. Se reconoce además la necesidad de capacitación en el tema a través de instituciones de educación superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional. Otras terapias alternativas complementarias pueden ser ejercidas por profesionales en las diferentes áreas de las ciencias de la salud. La integración de la MAC en el sistema de salud permitirá

rescatar aspectos importantes de la atención como el establecimiento de la relación médico-paciente y la atención humanizada de las personas. Por su parte, el modelo de integración en el sis-

tema de salud debe darse siguiendo los principios de la equidad social y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005; 2002: 1.
2. Ikonikoff M, Alderete M, Vásquez, F. Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población Argentina. Plan de Salud, Hospital Italiano Buenos Aires Argentina; 2003.
3. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud. Diario Oficial 2007; CXLIII (46771).
4. National Center for Complementary and Alternative Medicine. 2011. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#1> [Consultado el 25 de enero de 2012].
5. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine* 1993; 28 (4): 246-56.
6. Organización Mundial de la Salud. Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS); 1999.
7. Nahin RL, Dahalhamer JM, Stussman BJ. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 220.
8. Abbott RB, Hui KK, Hays RD, Mandel J, Goldstein M, Winegarden B et al. Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011; doi:10.1093/ecam/nep195.
9. Velandia F, Ardon N, Cardona M. Comparación de la forma como las encuestas de calidad de vida en Colombia indagando sobre la calidad de los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud Pontificia Universidad Javeriana* 2005; 4 (8): 116-148.
10. Vlioger AM, van Vliet M, Jong MC. Attitudes toward complementary and alternative medicine: a national survey among paediatricians in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics* 2011; 170 (5): 619-624.
11. Bernal M. Actitudes de los médicos alópatas frente a la acupuntura en una EPS en Colombia. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia; 2011.
12. Adams J, Sibbritt D, Lui CW. The urban-rural divide in complementary and alternative medicine use: a longitudinal study of 10638 mujeres. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011; 11: 2.
13. Duarte MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (2): 635-43.
14. Ndado-Brumblay S, Green CR. Predictors of complementary and alternative medicine use in chronic pain patients. *Pain Medicine* 2010; 11: 16-24.
15. Mari, D ¿Por qué la medicina complementaria? *Revista Chilena de pediatría* 2003; 74 (1).
16. Adams J, Sibbritt D, Lui CW. The urban-rural divide in complementary and alternative medicine use: a longitudinal study of 10638 mujeres. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011; 11: 2.
17. Lara L. Hacia una caracterización de los programas de posgrado en medicina alternativa en Colombia. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia; 2011.
18. Luz M. Racionalidades médicas e terapéuticas alternativas. *Serie Estudios em Saude Coletiva* 1996; 62.

19. Decreto 1295 del 2010. Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. Diario oficial 47687; 2010.
20. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76: 561-575.
21. Mendoza MD, Smith SG, Eder MM, Hickner J. The seventh element of quality: the doctor-patient relationship. *Family Medicine Journal* 2011; 43 (2): 83-89.
22. Siahpush M. Why do people favour alternative medicine? *The Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1999; 23 (3): 266-271.
23. Picard A. Placebo, cultura y magia. *Revista Médica de Panamá* 1989; 14 (3): 154-172.
24. Jonas W. Alternative medicine and the conventional practitioner. *The Journal of the American Medical Association* 1998; 279: 708-709.
25. Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal* 1994; 309: 107-111.
26. Dipierri JE. Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. *Cuadernos FHYCS-UNJu* 2004; 22: 241-63.
27. Vega JA. Formación, ejercicio y prestación de servicios en medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias. ¿Existen políticas públicas formuladas o implementadas en Colombia? Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 2010.
28. Nye R. The Evolution of the Concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 2003; 39 (2): 115-129.
29. Tesser C. Medicalizacao social (II): limites biomedicos e propostas para a clinica na atencao básica. *Interface* 2006; 10 (20): 347-362.
30. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2004; 42 (4).
31. Santos B. Editor. A critica da razao indolente: contra o desperdicio da experiencia. São Paulo: Ed. São Paulo; 2000.
32. Felice de Barros N. editor. Medicina complementaria: uma reflexao sobre o outro lado da prática Médica. São Paulo: FAPESP; 2000.
33. Cunha GT. editor. A construcao da clinica Ampliada na atencao Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
34. Piamjariyakul U, Ross VM, Yadrich DM, Williams AR, Howard L, Smith CE. Complex home care: Part I-Utilization and costs to families for health care services each year. *Nursing Economics* 2010; 28 (4): 255-263.
35. Kessner D, Kalk C. A strategy for evaluating health services. Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1973.
36. Secretaría Distrital de Salud. Propuesta de fomento de las medicinas alternativas y complementarias en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud; 2008.
37. Organización Panamericana de Salud. Perfil de los sistemas de salud. Brasil. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud. OPS; 2008.
38. Harlan WR Jr. New opportunities and proven approaches in complementary and alternative medicine research at the National Institutes of Health. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2001; 7 Suppl 1: S53-S9.
39. Manheimer E, Berman B. NCCAM support for the Cochrane Collaboration CAM Field. *Complementary Therapies in Medicine* 2003; 11 (4): 268-271.
40. Perlman AI, Eisenberg DM, Panush RS. Talking with patients about alternative and complementary medicine. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 1999; 25 (4): 815-822.
41. Bjersa K, Forsberg A, Fagevik M. Perceptions of complementary therapies among Swedish registered professions in surgical care. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17 (1): 44-49.
42. Mendel J. Evidenced based medicine. Benefits, limitations and issues for complementary and alternative medicine. *Australian Journal of Holistic Nursing* 2004; 11 (2): 21-29.

43. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46271; 2006.
44. Resolución 2680 de 2007. Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46717; 2007.
45. Resolución 3763 de 2007. Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46791; 2007.
46. Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Diario Oficial 46271; 2006.
47. Resolución 3960 de 2008. Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1445 de 2006 y los anexos técnicos. Diario Oficial 47152; 2008.
48. Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial 44967; 2002.
49. Decreto 1011 del 2006. Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario oficial 46230; 2006.
50. Ernst E, Hung SK Great expectations: what do patients using complementary and alternative medicine hope for? Patient 2011; 4 (2): 89-101.
51. Montes de Oca-Rosas D, Montes de Oca-Fernández E. La medicina alternativa y complementaria, una opción institucional Instituto Mexicano del Seguro Social 2005; 59 (6): 385-388.