

Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales

Western medicine and alternative medicines:
can they be complementary?
Conceptual reflections

María Beatriz Duarte Gómez ¹

¹ Instituto Nacional
de Salud Pública.
Prolongación Hidalgo # 27,
Casa 1, Colonia Chamilpa,
Cuernavaca, Morelos,
México, CP 62210.
maria_beatriz_duarte@
hotmail.com

Abstract *The present article is part of a series of reflections from an intercultural approach to health systems and corresponding public policies, motivated by findings from a study on two intercultural hospitals in rural Mexico. The frequent utilization of complementary and alternative medicines by the local population and the hegemonic health model that excludes them make the existing health system an unsatisfactory response to people's needs. We present the concept of complementariness as a health system component and propose priorities on this issue, taking different approaches: complementariness as a public policy, as an institutional project, or as an individual decision by the therapist or patient.*

Key words *Complementary Therapies; Therapeutics; Health System*

Resumen *El presente documento hace parte de una serie de reflexiones sobre el abordaje intercultural de los sistemas de salud y las políticas públicas que le corresponden, provocadas por el estudio de dos hospitales mixtos (interculturales) creados en áreas rurales de México. El uso cada vez más frecuente de diversas medicinas alternativas y complementarias y la existencia de un modelo médico hegemónico que las excluyen, hacen del sistema de salud occidental una respuesta que no satisface las necesidades de toda la población. Se discute el concepto de complementariedad como componente del desarrollo del sistema de salud y se proponen prioridades en el tema desde diferentes enfoques: la complementariedad como política pública, como proyecto institucional y como decisión individual del terapeuta o del paciente.*

Palabras-clave *Terapias Complementarias; Terapeutica; Sistema de Salud*

Introducción

El presente documento hace parte de una serie de reflexiones sobre el abordaje intercultural de los sistemas de salud y las políticas públicas que le corresponden. Se deriva de una tesis de doctorado en Salud Pública sobre las relaciones que se dan entre la medicina indígena y la medicina occidental en dos hospitales mixtos (interculturales) creados en México en los municipios de Cuetzalan (Puebla) y Jesús María (Nayarit).

Las formas de relación entre uno y otro abordaje terapéutico encontradas en el estudio de estos casos, nos han llevado a profundizar el concepto de complementariedad y las diferentes formas y niveles en que puede concretarse dentro de un país con un sistema de salud basado en el modelo biomédico, denominado por Menéndez (1990) modelo médico hegemónico (MMH).

La multi-culturalidad y pluri-etnicidad de los países latinoamericanos se ve reflejada en la diversidad de sistemas médicos existentes. A pesar de la hegemonía de la medicina occidental en términos de políticas y programas, la medicina indígena, la auto-atención o medicina casera y otras alternativas terapéuticas no tradicionales como la acupuntura y la homeopatía, son utilizadas de manera creciente con mayor o menor intensidad, dependiendo de diferentes factores sociales.

En la mayoría de los países de Latinoamérica existe el hecho concreto de la utilización de diferentes sistemas médicos, legalizada o no, y decidida casi siempre por el mismo paciente o su familia. Por lo tanto, al excluir alternativas médicas a la medicina alopática en los servicios formales de atención, los sistemas de salud no cumplen con su meta de responder a las necesidades de toda población.

Resulta esclarecedor el concepto de complementariedad en el momento de interpretar algunos de los hallazgos obtenidos en estos dos hospitales, y considerar el tipo de recomendaciones que podrían hacerse: la complementariedad puede entenderse a la vez como política pública de atención en salud para comunidades indígenas, y como proyecto organizacional-institucional. A la vez, puede ser vista como elección individual del paciente o del terapeuta entre dos o más opciones.

Antecedentes

Las políticas de organismos o convenios internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Convenio 169 de la Orga-

nización Internacional del Trabajo (OIT), y varias declaraciones como la firmada en Winnipeg en 1993 a raíz de la reunión sobre salud de pueblos indígenas (OPS, 1993), así como algunas propias de los países de América Latina, han sido importantes antecedentes en los esfuerzos por buscar el acercamiento entre los sistemas médicos tradicionales y los occidentales con el fin de responder a las reivindicaciones de los pueblos indígenas. Igualmente, las actuales políticas nacionales de descentralización, ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de salud, sumadas a la tendencia al rescate de lo indioamericano y de lo natural, han favorecido experiencias de complementariedad en México y otros países americanos, con diferentes motivaciones y en diferentes niveles de atención.

De acuerdo con un artículo recientemente publicado por la OMS (2002), las medicinas tradicionales (Indo-americana, China, Ayurveda, homeopática, etc), llamadas complementarias o alternativas, se utilizan cada vez más, tanto en países “desarrollados” como en los “en desarrollo”, en paralelo con la medicina alopática. Llama la atención que en Canadá 70% de la población había utilizado una de estas medicinas al menos una vez, en Francia 49%, y en Australia 48%. Sin embargo, estas tendencias han tenido como limitación el MMH biomédico, que tiende a ser excluyente de estas alternativas.

En nuestras sociedades latinoamericanas, la búsqueda de nuevas opciones de terapia en todos los estratos sociales (Menéndez, 1990), obedece a limitaciones de la medicina alopática tales como falta de accesibilidad (Vargas, 1989, *apud* Campos, 1992), su limitada eficacia para tratar algunas dolencias crónicas (OMS, 2002), o aquellas con fuertes componentes psicológicos. Esta búsqueda también ha sido una respuesta al temor a los efectos adversos de los medicamentos (OMS, 2002); a la burocratización y despersonalización de la atención; al creciente interés en lo natural y lo ecológico (Gort, 1989), así como al prestigio y la eficacia de algunas prácticas alternativas en determinados grupos de población y frente a determinados padecimientos. El acceso cada vez mayor a la información sobre alternativas de atención es, por lo tanto, un factor que facilita y promueve la búsqueda de la diversidad en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención por parte de los pacientes y de algunos médicos que deciden abrir el espectro de sus herramientas diagnósticas y terapéuticas. Castés (2002) comenta el aumento en la popularidad de la medicina alternativa o complementaria (MAC) como un reflejo de los cambios en las necesida-

des y valores de la sociedad actual en general, que tiene que ver con el cambio de paradigma que se va gestando.

En países desarrollados esto ha tenido consecuencias como la inclusión en algunas universidades de conocimientos y prácticas alternativas y la asignación de recursos para la investigación que permita rescatar los beneficios de las MAC e integrarlas a la medicina occidental.

La complementariedad como componente del desarrollo y de las políticas públicas en salud

En el plano puramente conceptual y con base en definiciones generales de complemento como *“cosa, cualidad o circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra, perfecta”*, podríamos definir la complementariedad como la acción de completar o añadir una cosa a otra u otras, para lograr su integridad y su perfección. Por simple que aparezca, esta definición encierra una gran complejidad cuando se lleva al terreno de las relaciones sociales en general y de las relaciones entre los diferentes componentes del sistema de salud en particular.

Como en todo proceso de desarrollo social, en la configuración del sistema de salud interactúan una serie de actores: la comunidad, el sector público y el privado, las universidades, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales (Carranza, 2001). Cada uno de ellos tiene características que se pueden potenciar y complementar entre sí, siempre y cuando se tenga un propósito común, idealmente construido con la participación de todos los actores en igualdad de condiciones y bajo el principio de la igualdad de derechos. En el caso de la salud, es indispensable que cada actor pueda visualizar el sistema de salud que necesita y comparta las alternativas para alcanzarlo, para lo cual se requiere crear:

- Una masa crítica con diversos actores que de manera participativa evalúen el sistema de salud y construyan una nueva visión compartida de “el sistema que todos queremos” para nuestra población.
- Espacios de encuentro y concertación que impliquen comunicación, la cual no se limita a la información, sino que incluye participación y comprensión (Luhmann, 1998, *apud* Chernilo, 1999) de esa información.
- Involucramiento de las universidades para lograr el acercamiento a las realidades locales mediante la investigación y la práctica.
- Herramientas de planificación y comunicación y cambio de los modelos mentales que li-

mitan el desarrollo del sistema, como el paternalista, el fatalista, el de inflexibilidad institucional, entre otros.

- Acuerdos formales e informales entre los actores que permitan el avance del proceso.
- Estrategias de sustentabilidad de las nuevas estructuras y procesos inducidos en el transcurso del cambio.

En cada nivel, local, regional o nacional, debe desarrollarse una visión compartida de lo que se quiere respecto al modelo de prestación de servicios y del rol de cada actor. En cada espacio, el análisis de los elementos que están restringiendo el desarrollo de las decisiones es indispensable para su corrección.

Uno de los problemas más comunes que enfrentamos al asumir un proceso de construcción y/o adecuación de políticas públicas saludables es la falta de comprensión de las perspectivas y experiencias que aportan los diferentes actores para emprender la solución de un determinado problema, ya que *“...existe la tendencia a formular políticas a partir de un solo modelo y diseño, enseñado a lo largo de la historia por los positivistas, cual es la experimentación, y que por ende sólo aquello que pueda ser verificado, comprobado, manipulado y controlado es considerado como científico. Esta creencia ha hecho, además, que se considere como válido sólo el conocimiento científico que contenga análisis estadístico o matemático, incluso para abordar fenómenos psicológicos, antropológicos y hasta sociales”* (Murcia & Jaramillo, 2001:1). En el caso de la salud, es el modelo biomédico el que cumple con estas características de exclusividad.

Un diseño de políticas desde la complementariedad partiría de una visión holística e intercultural de la salud, teniendo en cuenta los diferentes condicionantes y la diversidad de culturas médicas existentes en cada región, las cuales se han ido transformando a raíz de su relación con las otras, a la vez cediendo algo de sí, y tomando algo de las demás. Bajo esta óptica, se hace necesario estudiar y reconocer cada uno de los aportes de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles y utilizadas, para lograr una mayor y mejor aproximación a la realidad de cada comunidad. Por ello acudimos al principio de complementariedad como una posibilidad de articulación entre las opciones médicas.

Para estructurar una propuesta de formulación de políticas de salud desde la complementariedad, es necesario tener en cuenta:

- El análisis de las relaciones internas y externas, es decir tener una visión sistémica *“...donde cada elemento se define especialmente por su*

red de relaciones con todos los demás" (Martínez, 1993, *apud* Murcia & Jaramillo, 2001).

- La realidad desde la perspectiva de los diferentes sujetos que recibirán el impacto de la política, ya sea por su papel de prestador de servicios o de receptor de los mismos. Sería incompleta una política de salud que no tomara en cuenta diferentes miradas y no incorporara las diferentes voces sobre el mismo fenómeno.

Según Fantoni (1998), para poder conocer las diferentes perspectivas, debe haber un proceso de comunicación dialógica (es decir donde se escucha al otro), tener en cuenta la existencia de los interlocutores, y buscar desinteresadamente el acuerdo sobre el interés lo común, que debería ser el bienestar del paciente. No se puede ser excluyente de ninguno de los actores afectados positiva o negativamente por la política de salud. El principio de complementariedad implica que se consideren: (1) los diferentes sujetos que tengan relación con la salud (usuarios, gremios, prestadores de servicios, partidos políticos, sector privado, sector público); (2) el proceso salud/enfermedad desde diferentes ángulos geográficos e históricos; (3) los elementos del contexto interno y externo que intervienen en el proceso (epidemiológicos, políticos, ideológicos, económicos); (4) la realidad cultural, desde la confrontación entre el sujeto protagonista del fenómeno (usuarios, prestador de servicios), la interpretación del formulador de políticas y las teorías formales desarrolladas sobre el fenómeno.

Tanto el individuo que participa en el diseño de una política de salud como aquel que debe ponerla en práctica, deberán llevar a cabo el ejercicio de imaginarse al otro (paciente o terapeuta de otra alternativa), aceptar que éste puede ser diferente, y comunicarse con él para conocerlo y encontrar convergencias y divergencias, logrando que *"las diferencias los complementen y las semejanzas los unan"* (Graña, 2001:1).

Complementariedad entre medicina occidental y otras alternativas médicas

Según la OMS, la integración entre dos medicinas se da cuando están en igualdad de condiciones y se complementan en el tratamiento del paciente dentro de un sistema único de salud (Bannerman et al., 1983). En la reciente definición del National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2002) de los Estados Unidos de América, se define una medicina como complementaria cuando se usa junto con la occidental para el tratamiento de

un paciente, y como alternativa cuando se usa a cambio de la occidental. Las MAC son clasificadas en cinco tipos: sistemas médicos alternativos, intervenciones basadas en la capacidad de la mente para incidir sobre el funcionamiento corporal, terapias basadas en productos naturales, métodos basados en la manipulación física o el movimiento de algunas partes del cuerpo y terapias energéticas. Además, definen la medicina integrativa como aquella que utiliza tanto la medicina "convencional" (occidental) como aquellas medicinas o prácticas alternativas o complementarias que han cumplido con los requisitos de evidencia científica, seguridad y efectividad. No obstante tales esfuerzos de clarificación, no se ha logrado una unificación de criterios sobre su definición, así como sobre la forma de evaluar su efectividad.

Las posibilidades de complementariedad o alternancia entre sistemas y prácticas médicas diversas puede darse como política pública, como proyecto institucional o como decisión individual, existiendo una interrelación entre estos diferentes niveles; esto significa que si existen una política pública o un proyecto institucional concretos, como un hospital mixto, la decisión individual de utilizar dos o más alternativas de terapia, o utilizar una a cambio de otra, se facilita para el paciente o el terapeuta y puede hacer el tratamiento más eficaz y más satisfactorio.

Sin embargo, el sólo hecho de que exista una política al respecto no asegura que se den los proyectos institucionales ni la complementariedad clínica, debido a una serie de condicionantes estructurales, organizacionales y personales que influyen sobre la instrumentación de dicha política. Igualmente, el uso de otras medicinas o prácticas médicas como decisión individual del paciente o del terapeuta, puede darse a pesar de que no existan políticas ni proyectos institucionales, como ocurre en este momento en la práctica cotidiana de los que quieren acceder a más de una alternativa. Estos niveles y relaciones se ilustran en la Figura 1.

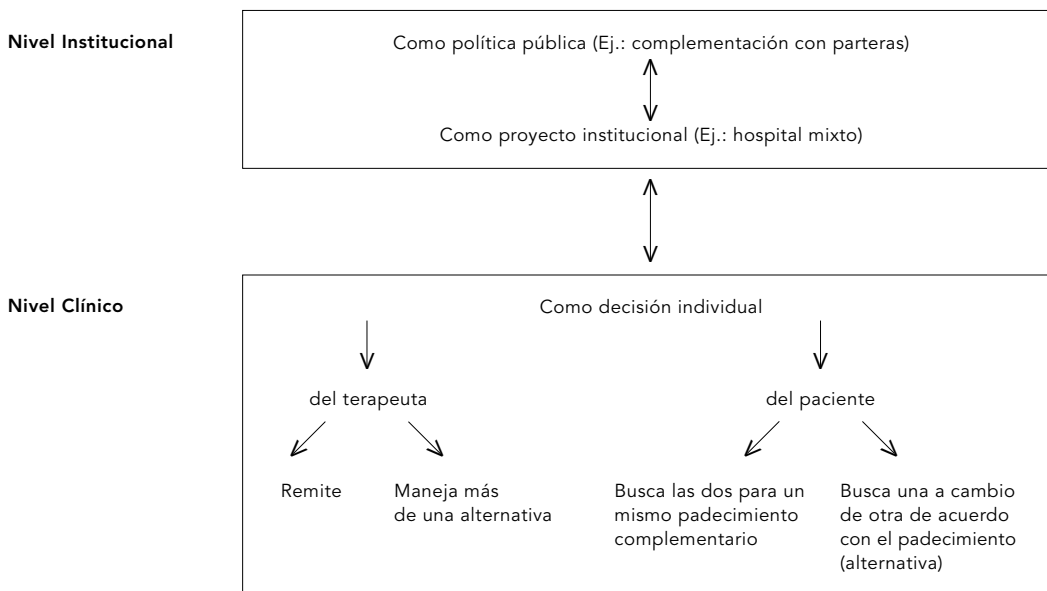
La complementariedad entre alternativas médicas como política pública o proyecto institucional

• ¿Es necesaria?

Es claro que las enfermedades obedecen a múltiples interacciones entre los sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y que las interpretaciones y significados que el individuo da a los síntomas que siente están influenciados por sus experiencias sociales y culturales. Los médicos buscan una explicación orgá-

Figura 1

Posibilidades de complementariedad o alternancia entre diversos sistemas y prácticas médicas.



nica de la enfermedad, basándose en el limitado enfoque biomédico. Estas frecuentes diferencias entre el modelo explicatorio médico y el del paciente hacen que el tratamiento fracase, el paciente siga sintiéndose mal y busque otras alternativas (Di Silvestre, 1998).

La investigación ha podido sistematizar la influencia que tienen sobre la interacción entre terapeuta y paciente tanto las características personales de ambos (subjetivas y objetivas), como las del contexto y el entorno de cada uno. Estos factores influyen de diferente manera en el resultado de la acción terapéutica. Existen evidencias científicas acerca de la eficacia de algunas terapias no convencionales, y de la relación de los aspectos sicosociales sobre el funcionamiento corporal y en particular sobre los procesos siconeuroinmunológicos (Castés, 2002).

Cada paciente y cada comunidad son únicos a pesar de compartir similitudes culturales, geográficas, económicas, epidemiológicas. Por ello, lo que es requisito de buena calidad en la atención para uno no siempre lo es para otro.

Teniendo como objetivo común el lograr la integralidad de la atención de un paciente o población determinadas, es deseable la complementariedad entre las medicinas como política pública, traducida en acciones conscientes y

consensadas promovidas, desde el Estado, con los diferentes actores (funcionarios, terapeutas, usuarios), teniendo en cuenta que existe una demanda insatisfecha de diversidad terapéutica.

Siendo cada vez mayor la utilización de diferentes alternativas, se hace necesario que el sistema de salud dé respuesta a esa demanda a través de políticas públicas que las incluyan en los servicios de salud oficiales, y les dé la legalidad y las garantías necesarias para que entren en competencia en igualdad de condiciones al mercado de la salud, garantizando por parte del Estado la seguridad, eficacia y la calidad de los servicios, además del acceso y el uso racional, de acuerdo con las características propias de cada alternativa y de cada población.

• **¿Es posible?**

Evitando la idealización de la relación entre las medicinas como algo totalmente simétrico, y aceptando la diversidad humana y cultural, debemos tratar de identificar sus particularidades y discriminar entre los elementos que las pueden reunir o separar, analizando las posibilidades de que la relación llegue a darse de manera concreta y adecuada.

Existen diferentes alternativas frente al proceso salud/enfermedad/atención y cada una de

ellas presenta elementos importantes para la comprensión de las realidades culturales en las que se utilizan. Sin embargo, en los sistemas de salud excluyentes, como el que opera en la mayoría de los países latinoamericanos, se desconoce el aporte de las opciones distintas de la hegemónica, con la consecuencia de que la relación con otras alternativas se manifiesta por conflictos y distanciamientos más que por el respeto y el diálogo.

En este contexto cobra importancia el concepto de Fantoni (1998:3) acerca de la interculturalidad: *"...si bien es cierto que los hombres son empíricamente diferentes, son idealmente iguales... Creemos que se trata más bien de afirmar, que sólo si se reconoce que las diferencias de las personas y las culturas tienen que ser universalmente respetadas, podremos exigir que se respeten las particularidades"*.

Los requerimientos planteados para la elaboración de un proyecto común que permita y facilite la complementariedad se da en algunos países, ya sea a nivel de políticas nacionales, regionales, locales o institucionales, que se traducen en hechos como la inclusión del tema de las MAC en los planes de estudios de algunas universidades, en la organización de espacios de convivencia de diferentes sistemas o prácticas terapéuticas o en la inclusión de estas terapias en los seguros de salud o los servicios públicos.

Esta complementariedad institucional implica un proceso que puede ser largo y complejo. Por ejemplo, es difícil que una tradición secular de distanciamiento entre medicina occidental y medicina tradicional cambie por el sólo hecho de que una política los haya colocado dentro de la misma institución, sin la apertura y los cambios necesarios en los esquemas mentales de los tomadores de decisiones, en la formación del recurso humano, en el paradigma de la medicina occidental o en el sistema de salud en general.

La complementariedad como decisión individual

La complementariedad o alternancia entre diversas opciones médicas es una fuente de gasto de bolsillo en salud que hace aquel grupo de ciudadanos que cada vez en mayor número busca otra fuente de diagnóstico y curación frente al proceso salud/enfermedad/atención. La iniciativa individual de buscar la diversidad diagnóstica y terapéutica a nivel clínico puede provenir de dos fuentes:

- De la iniciativa del paciente quien generalmente debe buscar a los dos tipos de agentes en distintos espacios frente a la característica ex-

cluyente del sistema de salud oficial. Esto es cierto aun en países que han legalizado la formación y ejercicio de otras medicinas como la homeopática, pero que no la incluyen en la oferta de las instituciones públicas de salud.

- De la iniciativa del terapeuta quien puede complementar o definir uno u otro tratamiento, ya sea remitiendo el paciente a otro tipo de médico, o haciéndolo el mismo si maneja más de una alternativa terapéutica. Son cada vez más los médicos occidentales que enriquecen su arsenal diagnóstico y terapéutico con otros sistemas médicos como la homeopatía, la acupuntura, la bioenergética y la quiropráctica. Esta diversidad, además de satisfacer la necesidad de oferta, permite una atención más integral y en ocasiones más eficaz que la utilización de una sola alternativa.

Estas decisiones individuales se ven limitadas o favorecidas por las políticas públicas de cada país respecto al ejercicio y aprendizaje de otras prácticas médicas diferentes a las propias del modelo médico hegemónico. Salvo contadas excepciones, y condicionado por la cultura y la formación profesional, el médico occidental no se complementa con el saber de otros sistemas y prácticas porque 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. Bajo estas condiciones no es posible el diálogo y la concertación con alguien que se desconoce y en quien se desconfía.

La política de complementariedad en las comunidades indígenas

En la reunión de Winnipeg se enfatizó la necesidad de que las dos medicinas (indígena y alopática) compartan problemas y trabajen en conjunto. No obstante, a pesar de tales acuerdos y recomendaciones derivados de organismos como la OMS, y la OIT, las políticas públicas de los países miembros han mostrado escaso cumplimiento de los mismos. La falta de acercamiento de las ciencias biomédicas con las sociales hace que la teoría sobre la complementariedad, desarrollada principalmente en el ámbito de la antropología y la sociología, no se haya incorporado en las políticas del sector salud.

Se conocen, sin embargo, algunas experiencias sobre modelos de atención que pretenden articular la medicina indígena con la medicina occidental, facilitando la oferta y el acceso a ambas. La mayoría de ellas se han dado en el ámbito local, con diversas estrategias, a saber: la

capacitación de médicos indígenas como agentes de atención primaria, el acercamiento y la complementación con parteras tradicionales, el apoyo a organizaciones de médicos indígenas, la creación de huertos de plantas medicinales, y la creación de proyectos piloto con financiación nacional o internacional, para buscar fórmulas de trabajo coordinado entre médicos indígenas y occidentales (Bannerman, 1983; Freyermuth, 1993; Viesca-Treviño, 1987). Este acercamiento institucional, principalmente con las parteras, tiene como base las políticas de ampliación de cobertura de servicios de salud con atención primaria promovida por la OMS desde la década de los 70, la cual incluye la participación comunitaria, la accesibilidad cultural y las estrategias para disminuir las mortalidades materna y perinatal.

En el caso de la atención integral en salud a comunidades indígenas, la complementariedad y alternancia de la medicina indígena con la alopatía se convierte en una obligación ética del sistema de salud. Parodiando a Braceras (2000), sería inconcebible negarle a un paciente indígena que necesita de los aportes de las dos medicinas la posibilidad de complementarlas, aunque ello requiera solicitar ayuda a otros. Pero esto implica para el médico percibirse como un sujeto que está frente a otro con una cultura y una historia distintas y adoptar una posición de humildad que le permita aceptar sus limitaciones profesionales y reconocer otras opciones.

Las políticas públicas en salud deben recoger las necesidades de las poblaciones en materia de alternativas de atención que serán distintas según sea el área rural o urbana, indígena o mestiza, y tomar decisiones respecto a la complementariedad como política pública que se traduzca en proyectos institucionales. Esto requiere su construcción consensada a través del diálogo simétrico y respetuoso. Es posible, sin embargo, que no se logren consensos en términos conceptuales porque cada sistema y práctica médica tiene sus propios postulados respecto a la causalidad y el abordaje de la enfermedad, que pueden ser incompatibles en términos teóricos, pero pueden encontrarse combinados en la práctica clínica a nivel individual, incluso por parte de un mismo terapeuta que practique alternativas conceptualmente opuestas, que le permitan formular un diagnóstico y un tratamiento más integral y eficaz.

Reflexiones finales

Las relaciones de alternancia o complementariedad entre los diferentes sistemas médicos

dentro del sistema de salud oficial es deseable si se quiere responder a las necesidades de la población. Además, es posible si existe la voluntad política y la apertura mental para discutir, reflexionar, consensar y legislar sobre el tema, y si la presión ciudadana alerta a los tomadores de decisiones sobre sus necesidades no satisfechas.

Sin embargo, dada la complejidad del tema, la mayoría de los países donde el modelo médico hegemónico excluye del sistema de salud otras alternativas, eluden o retrasan la tarea de tomar decisiones respecto a la legalización, reglamentación e inclusión de modelos terapéuticos alternativos en el sistema formal de salud.

El ejercicio de terapias alternativas es tolerado ante la evidencia de su demanda, pero sólo en algunos casos llega a permitirse su uso en instituciones de salud, usualmente restringido a médicos occidentales que aprenden una alternativa como la acupuntura, o a la práctica de la medicina tradicional indígena en instituciones de salud en zonas indígenas. Sin embargo, los vacíos de legalidad persisten y son obstáculos permanentes para la inclusión institucional generalizada de estas alternativas.

Las políticas de salud excluyen las MAC de las prestaciones médicas a las que se tiene derecho tanto en los seguros privados como públicos, subsidiados o no, y en las instituciones que atienden población no asegurada, a pesar de:

- La evidencia de la demanda de sistemas y terapias diferentes a la medicina occidental.
- El gasto de bolsillo que implica y contra el cual se quiere proteger a la población en los nuevos sistemas de salud.
- Los problemas de iatrogenia que pueden generarse por la falta de reglamentación de su ejercicio.
- Las evidencias científicas acerca de algunas de sus prácticas.
- La enseñanza y práctica legales de alternativas como la homeopatía.

Cuál será el factor decisivo para que los gobiernos legalicen y legislen sobre la inclusión de sistemas y terapias alternativos a la medicina occidental (CAM) en el sistema formal de salud? La presión ciudadana ayudaría pero tal vez no sería suficiente porque la satisfacción de sus necesidades no siempre produce, como debiera, el cambio institucional. Probablemente en esta época de privilegio de lo financiero sobre otras consideraciones sociales, el cálculo económico de los inversionistas en el mercado de la salud dé cuenta del potencial económico de estas otras prácticas médicas. Su inclusión en los paquetes de servicios podría acercar más clientes, representar un ahorro para algún tipo de enfermedades, y ser un factor de cambio de-

cisivo en términos de la política gubernamental frente a la oferta de alternativas que satisfagan las necesidades del ciudadano para abordar el denominado por Ménendez (1990), proceso salud/enfermedad/atención; todo esto con la indispensable garantía por parte del Estado de la calidad y seguridad de la atención.

La inclusión de las MAC en la oferta de servicios de salud y de sus terapeutas como actores dentro del proceso de diseño de las políticas públicas, será mas factible en la medida en que se de la presión de los usuarios para la creación de espacios organizacionales que faciliten el acceso a diversas opciones y que abran oportunidades a los médicos occidentales de ser testigos de la eficacia y las limitaciones reales de otras opciones, lo cual debería facilitar su aceptación.

Las prioridades de la política pública en salud en el tema de la complementariedad serían distintas en cada nivel, político, organizacional y clínico:

- En el *político*, la prioridad sería incluir el tema de la oferta mixta de alternativas en el sistema de salud en la agenda de los legisladores y los tomadores de decisiones. Esto requiere de investigación que produzca mayores evidencias de la eficacia de los diferentes sistemas y prácticas terapéuticas, que faciliten la toma de decisiones sobre el diseño de un modelo de salud incluyente que responda las necesidades de la población urbana y rural. Además, se requiere un diagnóstico regional del uso de las diferentes alternativas. A partir del estudio de los aportes y limitaciones de las MAC en cada región, es posible y necesario la creación de un modelo de atención incluyente con espacio para las 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 utilizadas en la zona, que sean evaluadas y monitoreadas en su calidad, eficacia y seguridad y vayan abriendo el camino hacia el nuevo 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 a atender y ejercida por terapeutas que garanticen su idoneidad. Es indispensable en este proceso la sensibilización y capacitación del personal del sector salud para el trabajo intercultural y para la liberación de prejuicios, además de la garantía de participación de los diferentes actores en la organización consensuada de los espacios para que respondan a sus respectivas necesidades y expectativas. Esta práctica debidamente evaluada retroalimentará las políticas que a su vez legitimarán la práctica.

- En el *clínico o individual*, las prioridades serían proveer información veraz, adecuada y suficiente a la población sobre las diferentes prácticas y sistemas médicos, como parte de la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la información, y facilitar la apertura de espacios de atención públicos o privados en donde se ofrezcan alternativas, con los criterios de idoneidad y garantía arriba señalados.

Mientras tanto, la utilización complementaria o alternativa de diversas prácticas y sistemas médicos, apoyada o no por políticas locales, regionales o nacionales, continúa siendo absorbida principalmente por el sector privado, ante la ausencia de políticas públicas que respondan a esta necesidad sentida de un sector creciente de la población.

Referencias

- BANNERMAN, R.; BURTON, J. & WEN-CHIEH, C. H., 1983. *Traditional Medicine and Health Care Coverage*. Geneva: World Health Organization.
- BRACERAS, D. L., 2000. *Psicofármaco + Psicoterapia: La Complementariedad de la Medicina Naranja*. Junio 2002 <<http://cancerteam.tripod.com/cbib007.html>>.
- CAMPOS, R., 1992. *La Antropología Médica en México*. Tomo I, México, DF: Instituto Mora, Antologías Universitarias.
- CARRANZA, J., 2001. *Complementariedad entre Agentes de Desarrollo*. CISCAP Amazonia Perú. Junio 2002 <<http://www.isf.es/conf2001/mesacarr.pdf>>.
- CASTES, M., 2002. Medicina alternativa (medicina complementaria?) como fenómeno social. Hacia la construcción de un nuevo modelo en salud. In: *Salud y Equidad: Una Mirada desde las Ciencias Sociales* (R. Briceño, M. C. S. Minayo & C. Coimbra Jr., ed.), pp. 41-52, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CHERNILO, D., 1999. Integración y diferenciación. La teoría de los medios simbólicamente generalizados como programa progresivo de investigación. *Cinta de Moebio*, 6. Junio 2002 <<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/06/frames10.htm>>.
- DI SILVESTRE, C., 1998. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, 4. Junio 2002 <<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm>>.
- FANTONI, R., 1998. *Universalismo y Diferencia: ¿Es posible su Complementariedad desde la Ética del Discurso?* XX Congreso Mundial de Filosofía. La Filosofía en Latinoamérica. Junio 2002 <<http://www.bu.edu/wcp/Papers/Lati/LatiFant.htm>>.
- FREYERMUTH, G., 1993. *Médicos Indígenas y Médicos Alópatas. Un Encuentro Dificil en los Altos de Chiapas*. Serie Nuestros Pueblos. Chiapas: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste.
- GORT, E., 1989. Changing traditional medicine in rural Swaziland: The effects of the global system. *Social Science and Medicine*, 29:1099-1104.
- GRAÑA, F., 2001. *Cambio Casera: Comercio y Relaciones Fronterizas en el Extremo Norte de Chile*. Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Simposio: Fronteras y Corredores. Junio 2002 <<http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s0401.html>>.
- MENENDEZ, E., 1990. *Antropología Médica, Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata 179. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MURCIA, N. & JARAMILLO, L., 2001. La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de Investigación cualitativa. *Cinta de Moebio*, 12. Junio 2002 <<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/12/frames03.htm>>.
- NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), 2002. *What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?* August 2002 <<http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscam/index.htm>>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2002. *Medicina Tradicional: Necesidades Crecientes y Potencial*. Serie Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS 2. Geneva: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. Resolución V "Salud de los Pueblos Indígenas". In: *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas*. Agosto 2002 <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indi1_esp.doc>.
- SALVAT EDITORES, 1991. *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona: Salvat Editores.
- VIESCA-TREVINO, C., 1987. Veinte años de investigación en medicina indígena. In: *Medicina Indígena y Atención Primaria* (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - CIESAS, org.), Ensayos en Homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán, Cuadernos de la Casa Chata 159, pp. 59-82, México, DF: CIESAS.
- VINUESA, E., 1998. *Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Diferencias y Complementariedad*. Habana: Cruz Roja Internacional. Junio 2002 <<http://www.icrc.org/icrcspa.nsf/22615d8045206c9b41256559002f7de4/962f75f5eabf3d1a4125662f00557b03>>.

Recibido el 2 de septiembre de 2002

Aprobado el 27 de enero de 2003