

LAS MEDICINAS NO CONVENCIONALES EN ESPAÑA

JORDI M. GOL-FREIXA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias,
Instituto de Salud «Carlos III»
(Ministerio de Sanidad y Consumo),
Sinesio Delgado 4, 28029 Madrid



Beuario Fulbright en el Department of Epidemiology and Public Health de la Yale University. Funcionario de carrera en la Generalitat de Catalunya, donde puso en marcha el programa de salud mental, y en el Ministerio de Sanidad, donde fue jefe de servicio de tecnología, profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y analista de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Fue fundador y primer presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Es uno de los promotores de la Medicina Basada en la Evidencia en España, como autor y como docente.

Resumen

Hasta el momento actual, el estamento administrativo oficial español no contempla globalmente las medicinas alternativas como un fenómeno meritorio de tratamiento específico. En cambio, existe una presencia real de dichas medicinas en la sociedad y en los medios de comunicación.

Los motivos de debate en nuestro entorno en relación a estas medicinas son su falta de fundamentación científica y, aunque en menor grado, su potencial peligro para la salud de las personas.

Aunque en España no disponemos de cifras fiables de los consumidores de estas prácticas, la impresión es que se han incrementado en el último decenio. El aparente retraso del auge de estas medicinas en nuestro país se debe probablemente al prestigio de la medicina «ortodoxa» pública a partir de los años 80 del pasado siglo, reforzado por las generaciones de médicos formados vía MIR.

Cabe esperar un aumento de las prácticas alternativas en España, favorecido por la globalización económica, cultural y mediática, aunque el funcionamiento de la atención médica o sanitaria convencional dificulta su proliferación o su adopción, incluso en los aspectos positivos que puedan tener algunas prácticas alternativas como terapéutica coadyuvante.

Palabras clave: Terapias complementarias. Política sanitaria. Sociología médica. España.

Abstract

NON-CONVENTIONAL MEDICINES IN SPAIN

Till nowadays, the Spanish administrative establishment has not pondered on alternative medicines as a phenomena worthy of any specific treatment. Notwithstanding, such medicines are really present in the society and the media.

Which is conducive to the all over debate involving these practices is their lack of scientific basis and their potentially dangerous nature.

Despite the fact that we do not dispose of reliable data on the magnitude of the demand of these medicines in Spain, it seems that it has been increasing during the last decade. The apparent delay in the rise of alternative medicines in our country must be due to the good standing of the public "orthodox" medicine from the 1980's, reinforced by the several generations of physicians with a residence training.

From now on, we are awaiting an increase of the alternative practices in Spain, fostered by the economic, cultural and mass-media globalization. At de same time, working medical assistance could make it difficult, event though the positive traits of these practices might have as complementary therapeutics.

Key words: Complementary therapies. Health policy. Medical sociology. Spain.

Spain is different? Aparente retraso del debate sobre la medicina no convencional

Al salir este monográfico a la luz todavía no estarán resueltos los juicios del principal caso penal concerniente a las medicinas no convencionales en España, conocido como el asunto «Bio-Bac». O, al menos, no lo estarán de manera jurídicamente satisfactoria, en el sentido de dejar algo más ordenado este sector o, como mínimo, haber dilucidado muchas de las zonas grises en que se halla. Se hacía referencia a «juicios», en plural, puesto que hay más de uno aparte del propiamente jurídico. Ha existido otro, paralelo, en los medios de comunicación de masas, tanto prensa como radio y televisión, que se ha entremezclado con el tercero, el profesional y relativo a la administración sanitaria, tanto en su condición de prestadora de servicios como de autoridad sanitaria¹. Podemos anticipar con cierta seguridad que este «caso» no es el primero, ni será el último, relativo a las medicinas alternativas o no convencionales en España, cuyo alcance mediático es nacional. Un periodista distinguido² escribió: «La crisis del Bio-Bac pone de manifiesto no sólo la existencia de un problema sanitario importante, cuyo punto final lo pondrá con el tiempo la Justicia, sino también una grave crisis de comunicación que afecta tanto a las autoridades sanitarias como a muchas instituciones públicas». Subrayemos la dimensión de comunicación social que siempre está presente en el fenómeno de las medicinas no convencionales; es más, a mi juicio es un elemento inherente al mismo, sin la dimensión mediática no se podría considerar a «esto» propiamente como fenómeno. En este caso, el aspecto mediático es lo que lo singulariza: tiene alcance político, como cuando la ministra de sanidad tuvo que apoyar públicamente al director de la Agencia del Medicamento y su actuación de oficio; tiene asimismo alcance corporativo y profesional, como cuando la presidenta de un Colegio Oficial de Médicos tan importante como el de Madrid tuvo que retractarse de sus declaraciones, y elementos que generan una aparente perplejidad, como la demanda personal de un significado miembro de la medicina «convencional», afecto de un proceso neoplásico, para que le facilitaran el tratamiento para su uso personal. Sirva esto para indicar, en primer lugar, la falta de reconocimiento por parte de la autoridad sanitaria de la legitimidad de las medicinas alternativas, más allá de lo que pudiera ser el consumo de productos médicamente inocuos, al que se suma aparentemente la corporación médica en su organización colegial. El estamento administrativo oficial, que incluiría la judicatura o la hacienda pública, no contempla globalmente las medicinas alternativas como un fenómeno singular o meritorio de tratamiento específico. Su presencia en el mundo político, como pueda ser la esfera parlamentaria -nacional o autonómica- es muy marginal. En cambio, existe una presencia real de las mismas en la sociedad y en los medios de comunicación de masas: radio, televisión y prensa.

Un indicador de la situación es la propia taxonomía. De largo, el término más utilizado es el de «medicinas alternativas», en singular o plural, tanto por



Hay diversas estimaciones respecto al alcance del uso de las medicinas no convencionales en países de nuestro entorno. Por lo que se refiere a España no hay datos al respecto.

parte de la administración, como de los estamentos oficiales o los propios medios de comunicación. En otras latitudes se distingue entre tratamientos «complementarios», no convencionales, etc., e incluso se postula una «medicina integradora». Las definiciones revisadas y adoptadas por los National Institutes of Health³ en 1998 son un estándar internacional «de facto» al incluir la terminología MeSH (*medical subject headings*) de referencia en literatura médica, y su uso en España es más excepción que regla. Esto se debe, en parte, a que la magnitud del fenómeno es en España claramente menor que en otros países de su entorno, a pesar de la dinámica de globalización, que también afecta aquí. Para la comprensión del fenómeno de las medicinas no convencionales (FMNC) en España puede ser conveniente proponer dos consideraciones adicionales. La primera es su propia definición «*pars contraria*»: MNC frente a medicina convencional. Por mucha personalidad que hipotéticamente pudieran tener en tanto que fenómeno, las MNC no son aislables de las dinámicas a las que está sujeta la medicina convencional en el plano conceptual y en el de su praxis asistencial, incluida la organización de los servicios sanitarios. La segunda es que «no todas las MNC son iguales», a pesar de que a menudo se tratan como categoría única.

El tratamiento más común del fenómeno de las MNC en nuestro entorno suele concernir a su fundamentación científica (o falta de la misma); también, aunque menos, a su potencialidad como peligro para la salud de las personas⁴. En una perspectiva más amplia cabría abordarlas como un «fenómeno» propiamente dicho, y éste tiene diversas dimensiones, algunas ya apuntadas, de tipo político, sociológico, antropológico, económico, comercial,

La dimensión de la comunicación social siempre está presente en el fenómeno de las medicinas no convencionales.

jurídico, psicológico e incluso religioso e ideológico. Es, pues, inevitable aproximarse a este fenómeno desde una dimensión interdisciplinaria, sea cual fuere el abordaje sustantivo. En nuestro entorno, estos estudios están básicamente por hacer.

Medicinas no convencionales frente a asistencia sanitaria. Aspectos políticos y sanitarios

Hay diversas estimaciones con respecto al alcance del uso de las medicinas no convencionales en países de nuestro entorno³⁻⁵. Se calcula que de un 20 a un 50% de los pacientes de atención primaria las han utilizado en algún momento (40% en el Reino Unido), aunque en España no hay datos al respecto. Las cifras se han

substantialmente menor en volumen, se definan éstos como se quiera, y se introducen asimismo de forma bastante más tardía que en otros países de nuestro entorno. Argumentaré que hay razones sanitarias para ello, y también políticas y sociales.

Hay que buscar el origen de los TNC en el inicio de la década de los años 70 del siglo pasado, y específicamente en el entorno de lo que se denominó movimientos contraculturales, coincidentes con la escalada del conflicto del Vietnam y los movimientos «hippy» y radicales. Por una parte, ciertos sectores de crítica radical iniciaron en los EEUU una crítica frontal, articulada, al «*stablishment*» sanitario, específicamente a la American Medical Association y a la industria farmacéutica⁶, llegándose a acuñar el término de «*medical-industrial complex*»⁷, con cierta simetría



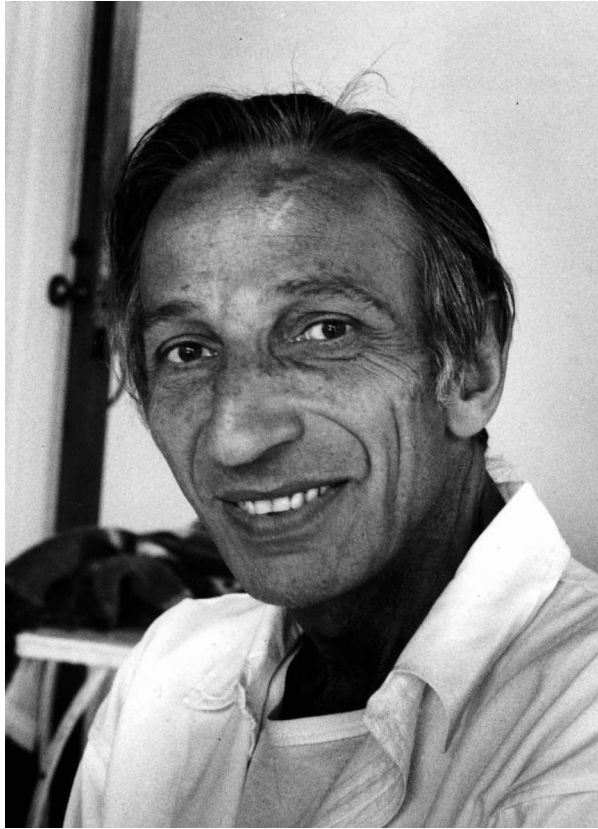
El incremento de los tratamientos no convencionales se produjo en el entorno de lo que se denominó movimientos contraculturales, como el movimiento «hippy».

incrementado consistentemente a lo largo del último decenio. No hay estadísticas en nuestro país en las que se recojan informaciones de forma sistematizada ni acerca de actividad asistencial ni de dispensación (o uso) de preparados, con lo cual la información es cualitativa, fundamentalmente de reflexión a partir de impresiones, y las fuentes son indirectas, cualitativas y anecdóticas. Aun así, cabe pensar que la penetración de los tratamientos no convencionales (TNC) es

El estamento administrativo oficial no contempla globalmente las medicinas alternativas como un fenómeno singular o meritorio de tratamiento específico.

intencionada al de complejo militar-industrial, y cuyo eco llegó al mundo académico⁸, incluida la propia revista *The New England Journal of Medicine*⁹. En paralelo a esta crítica existió el movimiento de la salud mental comunitaria, iniciado originariamente desde sectores de la administración pero incluyendo a veces formulaciones extremas¹⁰, populares entre el público estudiantil, junto con los aspectos «hippies», alternativos, a veces radicales, con planteamientos de tipo contracultural, intercultural y con elementos orientalizantes. En los EEUU este fenómeno dejó de ser eventualmente marginal y muchos elementos se incorporaron a la dinámica social, llegándose a organizar incluso comercialmente. Con el tiempo vendría su peso político. En mucha menor escala estos fenómenos se dieron en Europa occidental, sobre todo en el Reino Unido.

Un aspecto que se suele olvidar es la realidad de la asistencia sanitaria norteamericana y sus insuficiencias estructurales. Su propia lógica reguladora pone el



Una de las figuras tal vez más radicalmente antisistema, muy crítico con la medicina convencional, fue el teólogo y filósofo Ivan Illich.

138

énfasis más en los aspectos mercantiles que en el derecho a la salud, legitimando el exceso de oferta. Además de todo ello hay que considerar los movimientos migratorios, tanto los procedentes de Iberoamérica, con sus tradiciones de chamanismo y curanderismo, como los procedentes de Asia. En cambio, en España la década de los años 70 del pasado siglo aportó la consolidación de la sanidad: jerarquización profesional de los servicios hospitalarios, generalización del sistema de formación MIR, bases iniciales de la futura reforma de la atención primaria, con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y desarrollo sostenido del sector, con inversiones importantes. Coincidió en lo político cierta bonanza económica con la transición hacia la democracia. Los elementos, que en otras latitudes fueron de crítica radical, en cambio fueron incorporados al sistema, que estaba abierto y en proceso de transformación. Por ejemplo, una de las figuras tal vez más radicalmente antisistema fue el recientemente fallecido teólogo y filósofo Ivan Illich, siendo, en cambio, su obra principal¹¹ discutida en círculos tan ortodoxos como el propio Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, donde asimismo conferenció McKeown¹², muy crítico con el valor de los aspectos médicos y la asistencia sanitaria.

La sociología política española ha sido en esto relativamente dispar. El equivalente, tanto intelectual como social y generacional, a lo que fueron los críticos radicales en otros países, en España, debido a los

aspectos políticos y sociales de la transición, se incorporó muy pronto en una dinámica política integradora, en la que prevaleció asimismo cierta voluntad de consenso; estos agentes, desde sus nuevas responsabilidades, en algunos casos también académicas o incluso corporativas, aportaron sensibilidad hacia la salud pública, la epidemiología y el fomento de una asistencia sanitaria de calidad. Coincidió en el tiempo con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y con la introducción, con voluntad de prestigio, de conceptos como el de «centro de salud». La salud fue considerada como un derecho en la nueva constitución. Se generalizó el acceso a la asistencia a todos los ciudadanos, de manera universal, y la propia Ley General de Sanidad de 1986 establecía, sin mucho detalle, principios para la incorporación de nuevas prestaciones de alguna manera basadas en la evidencia. La voluntad de puesta al día llegó hasta extremos que en retrospectiva pueden sorprender; un ejemplo pueden ser los seminarios críticos organizados a finales de la década de 1970 por el propio Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. En la misma línea de análisis radical cabe situar el intento de redefinir la misma definición de salud¹³ tan tempranamente como en 1976. El resultado de todo ello es un refuerzo especial de la medicina convencional u ortodoxa ante todos los sectores políticos y sociales, incluidos por supuesto los propios profesionales y corporativos. La medicina «ortodoxa» tuvo un prestigio consolidado, reforzado por las generaciones formadas vía MIR, y los debates se orientaron a fomentar su correcta utilización, mejora de acceso, aumento de inversiones e incorporación de tecnologías y medios avanzados. España había llegado relativamente tarde a la consolidación del estado del bienestar y el público lo percibía como deseable. En términos de Relman⁹, también había llegado algo tarde la primera revolución sanitaria, la de la expansión. La preocupación economicista y la necesidad de racionalización, en cambio, se dieron de forma concomitante con nuestro entorno.

¿Los enfermos: pacientes, clientes, consumidores o usuarios?

La dinámica de control de costes, sus excesos economicistas asociados y el ulterior abordaje en aras a la racionalización, aportan iniciativas organizativas como la colaboración Cochrane y el apoyo que ésta recibe, o la proliferación de agencias de evaluación de tecnologías en salud. Asimismo, se desarrolla considerablemente el análisis económico en sanidad: la

Se calcula que de un 20 a un 50% de los pacientes de atención primaria de nuestro entorno han utilizado en algún momento las medicinas no convencionales.

economía de la salud y los abordajes multidisciplinares, terrenos en los que toman carta de naturaleza las ciencias sociales. Aquí es donde hay que destacar una gran diferencia en la realidad social y sanitaria española en dos aspectos muy poco estudiados. El primero es la tradición de las ciencias sociales aplicadas en España y la forma en que influyen en los discursos políticos o sociales, en los que siempre han predominado los razonamientos jurídicos sobre los sociológicos, según han señalado distinguidos sociólogos como Juan Linz. Un efecto es que los debates se plantean en términos de derechos y obligaciones, de cumplimiento, de norma y regulación, de orden social y jurídico, de res pública y, por tanto, de contemplación de la persona como sujeto de derechos, en lugar de en términos de pragmática política, de funcionalidad, de eficiencias sociales, etc. Esto se vio asimismo muy reforzado por el éxito de la transición política. El fenómeno del «consumerismo»,

El prestigio de la medicina «ortodoxa» en España fue reforzado por las generaciones formadas vía MIR.

que también llegó a España, fue planteado en estas coordenadas más que en las de eficiencia o conveniencia social de «*empowerment*». Por tanto, sigue el esquema de «relaciones médico-paciente» antiguo y popularizado por Marañón, generalizado al paciente y a su entorno, teniendo al sistema sanitario como eje central, con sus implicaciones jurídicas o éticas. Discursos con lenguaje del tipo «función de producción», «*trade off* de preferencias» u otros, que proceden de las ciencias económicas, se usan pero mucho menos que en otros entornos. Y en la raíz de ello están aspectos fundamentales sobre la demarcación de la ortodoxia y heterodoxia y su aceptabilidad social.

El tradicional «rol» del paciente -pasivo y buscador de cuidado- socialmente aceptado fue bien descrito en los orígenes de la sociología médica y ha cambiado en la moderna conceptualización de las enfermedades crónicas, situaciones en las que se preconizan papeles socialmente activos¹⁴, con iniciativas según las que el propio paciente es considerado como elemento central en toda la organización de los cuidados¹⁵, junto con su participación en la elección de «preferencias» sobre los resultados a conseguir de sus tratamientos. Esto nos ha llevado a que quede una vez más borrosa la zona de competencias relativas entre el profesional y el propio paciente, llegándose a argumentar la incorporación del mismo en los modelos de evaluación económica de medicinas alternativas¹⁶ o complementarias. Se pudiera argumentar que llevadas a ciertos límites y de forma estrecha, desde las ciencias sociales, en parte se replantean aspectos de legitimidad social, con gran variación entre países.

No todas las «medicinas alternativas» o TNC son iguales

En España, cuando se utiliza algún sistema de clasificación de los TNC se suelen emplear los de origen americano. Cabría analizar estas medicinas por su distancia de la «ortodoxia», pero también por la naturaleza de su arraigo y por su fundamentación. M. Foz, en otro artículo de este mismo número de la revista, lo hace para la homeopatía, que cuenta con una cierta tradición en la Europa continental y también en España. Otras, como la medicina ayurvédica, tienen raíces en las religiones -o soteriologías- hindúes, y su adopción en buena parte no está desvinculada de los movimientos migratorios relacionados con el subcontinente hindú. Hay otras prácticas cuya naturaleza está más o menos enraizada en tradiciones populares y cuyos beneficios (y riesgos) no han sido



En España, la preocupación por las medicinas no convencionales es escasa. Incluso los propios colegios profesionales no se han pronunciado en general más allá de la defensa de los derechos corporativos, sobre todo para evitar confusiones e intrusismo.

evaluados formalmente con los métodos al uso. Aquí podríamos incluir muchos de los tratamientos que se agrupan dentro de la «medicina natural», incluidos los preparados herbales o las bondades del ayuno. En España están recibiendo cierto reconocimiento y se están incorporando en algún programa de posgrado universitario, en el que son tratadas con el rigor propio de la universidad española.

Hay un grupo de tratamientos cuya clasificación como TNC puede variar según como se defina la ortodoxia y que, ciertamente, si el concepto de medicina basada en la evidencia se lleva a sus extremos, quedarían fuera de la misma, como ciertos tratamientos empleados en salud mental: manipulaciones físicas como la bioenergética de Lowen y asociados (Pierrakos, otros alumnos de Reich), o tratamientos de contacto (Rolfing), cuya fundamentación y eficacia es perfectamente evaluable mediante los métodos al uso. Lo mismo podría decirse de la reflexoterapia o de muchas formas de

hipnotismo. Por tanto, se debería proceder a distinguir entre el propio TNC y las actitudes «heterodoxas» de sus proponentes, sobre todo los más extremos.

Conclusión

En España el impacto político de los TNC es escaso y no ha merecido atención académica o incluso estadística hasta la fecha, aunque es un fenómeno creciente. Los propios colegios profesionales en general no se han pronunciado más allá de la defensa de sus intereses corporativos, sobre todo para evitar confusiones e intrusismo. Cabe esperar un aumento de estas prácticas debido a la globalización económica, cultural y mediática, aunque las bases objetivas de funcionamiento de la atención médica o sanitaria convencional dificultan extremadamente su proliferación o su adopción, incluso en los aspectos potencialmente positivos que puedan tener algunas como coadyuvante. Por otra parte, muchas de las críticas que se realizan a la medicina convencional desde las posiciones más heterodoxas o bien están incorporadas a la «agenda» sanitaria, como la personalización o humanización de las relaciones, o son fácilmente incorporables sin que sea necesaria la polarización que los TNC crean como fenómeno social. Es un fenómeno que ha venido para quedarse y cuya evolución a partir de ahora es incierta en nuestro contexto. Aunque se considere poco prioritario en muchos entornos, hay cierto potencial de aprendizaje para todo el sistema mediante su estudio riguroso.

Referencias bibliográficas

1. Espada A. Entrevista a Fernando García Alonso. *El País* (Sup dominical) 2003.
2. de la Serna JL. La llamada por respuesta. *El Mundo*, sup «salud». 7 Diciembre 2002.

3. <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam/> (visitado el 10-2-2003). Ref Type: Internet Communication.
4. Ministerio de Sanidad. Serie Ordenación de Prestaciones. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias. Medicinas Alternativas. Descripción general. 2002. Ref Type: Report.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative Medicine use in The United States, 1990-1997. Results of a follow-up National Survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
6. Ginzberg EOM. *Men, Money and Medicine*. New York: Columbia University Press, 1969.
7. Ehrenreich B. *American Health Empire: Power, Profits, and Politics*. New York: Vintage Books, 1971.
8. Wohl S. *The Medical-Industrial Complex*. New York: Random House, 1984.
9. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980;303:963-70.
10. Szasz T. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. (rev)ed. Harper Collins, 1984.
11. Illich I. *La Némesis Médica: la expropiación de la Salud*. Barcelona: Barral, 1975.
12. McKeown T. *The Role of Medicine – Dream, Mirage or Nemesis*. Londres: Rock Carling Nuffield, 1976.
13. Gol Gurina J. Actes del Xe Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpignan: Societat Catalana de Biologia, 1976.
14. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?. *BMJ* 2000;320:572-575.
15. Marwick C. Another health care idea; disease management. *JAMA* 1995;274:1416-7.
16. Meenan R. Developing appropriate measures of benefits of complementary and alternative medicine. *J Health Serv Res Policy* 2001;6:38-43.