

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DE MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN FORMAL DE BOGOTÁ, D. C.

Santiago Martínez Medina¹

Libia Forero²

Armando Casas³

RESUMEN

Introducción: La Secretaría Distrital de Bogotá ha liderado un proceso para implementar áreas demostrativas de prestación de servicios de medicina alternativa y terapias complementarias en la red pública distrital. Como parte de la revisión de los antecedentes, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Hospital Pablo VI Bosa ESE sistematizaron experiencias de prestación de este tipo de servicios. *Objetivos:* Identificar avances, dificultades y aprendizajes obtenidos por diferentes experiencias en las que se han integrado servicios de atención convencional con servicios de medicina alternativa. *Métodos:* Se diseñó un instrumento de sistematización, diligenciado por los responsables de los servicios; se sistematizó la información disponible. *Resultados:* Las experiencias de implementación de servicios de medicina alternativa y terapias complementarias son diversas. En la red pública estos servicios no se han articulado con los servicios convencionales, cuentan con poco tiempo de implementación y se enfrentan a las dificultades de la productividad financiera. Aún existe gran desinformación sobre la medicina alternativa en los profesionales de la salud. *Conclusiones:* Se debe avanzar en la discusión de lo que implica integrar la medicina alternativa en un sistema de salud como el colombiano. Es imperativo consolidar una política específica para disminuir las brechas inequitativas de acceso a estos servicios.

Palabras clave: medicina alternativa, prestación de atención de salud, investigación sobre servicios de salud, atención primaria de salud.

-
- 1 Médico magíster en Antropología Social, Hospital Pablo VI Bosa ESE Salud Pública, Red de Etnopsiquiatría y Estudios Sociales de la Salud-Enfermedad, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
 - 2 Odontóloga. Máster en Medicina Social. Profesional especializada en Análisis y Políticas de Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.
 - 3 Médico especialista en Medicina Familiar. Referente del programa de fomento de la Medicina Alternativa y Terapias Complementarias, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

SYSTEMATIZATION OF ALTERNATIVE MEDICINE EXPERIENCES AND COMPLEMENTARY THERAPIES FROM THE FORMAL MEDICAL CARE SYSTEM OF BOGOTA, D.C.

ABSTRACT

Background: Bogota's District Secretariat has led a process to implement demonstration areas for the provision of alternative medicine and complementary therapies in the public district's network with the aim of generating evidences of the benefits and difficulties of their integration to the city's formal health care system. As part of the background review, experiences of this type of services were systematized by Bogota's Health Secretariat and Pablo VI, Bosa E.S.E. Hospital. This paper documents the process and its main findings. *Aims:* To identify advances, difficulties and lessons learned from different experiences in which alternative medicine services have been integrated with conventional medical health care services. *Methods:* A systematization tool was designed and filled out by the Service officials. Afterwards, a seminar-workshop was done in order to present the experiences, and each one of the objectives stated for the systematization process was discussed. Finally, the information available was systematized. *Results:* The experiences of implementation of alternative medicine services and therapies are diverse. These services have not been articulated with the conventional services into the public network. They have been implemented very recently and are facing financial productivity difficulties. There is still disinformation about alternative medicine among health care service professionals. *Conclusions:* Further discussions have to be developed on the implication of integrating alternative medicine to a health system such as the Colombian one. The main difficulties are the result of an absence of a health care model that respects the philosophy of these therapeutic options. A specific policy to fill the gap of inequality regarding the access to these services must be consolidated.

Keywords: alternative medicine and alternatives therapies, formal health care system, systematization of experiences.

Introducción

En las últimas décadas las llamadas medicinas tradicionales, alternativas, complementarias y no convencionales han adquirido mayor incidencia en la oferta de servicios terapéuticos en el mundo (1). Al mismo tiempo, los entes gubernamentales, los sistemas de salud y la academia han aumentado su interés en estas otras opciones no convencionales para tratar, prevenir y aliviar los efectos de la enfermedad. Este panorama describe un verdadero "retorno" de las medicinas alternativas al campo formal de la atención en salud (2), situación que no está exenta de las ambigüedades producto de los múltiples intereses que alrededor del proceso se han consolidado (3), sin que aún puedan esclarecerse las relaciones existentes entre las rápidas transformaciones socioculturales

producto de la globalización, la supuesta crisis de la medicina alopática y el crecimiento de la economía de la salud, en este *boom* de las medicinas no convencionales (4).

Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene impulsando la integración de las medicinas tradicionales, alternativas, complementarias y no convencionales en los sistemas de salud formales (5), como parte de su propuesta de atención primaria en salud. El uso extendido de las medicinas tradicionales, especialmente en los países en desarrollo, puede formar parte de una estrategia más amplia que impacte la morbilidad de las poblaciones, especialmente más pobres, que cuentan con muchas limitaciones en el acceso a los servicios convencionales de atención.

La OMS también es consciente de que el crecimiento de estas terapéuticas se presenta de igual manera en países desarrollados, donde su uso, paralelo al de la medicina alopática, está relacionado con el tratamiento de enfermedades crónicas y obedece a “la preocupación sobre los efectos adversos de las medicinas químicas, un deseo de atención sanitaria más personalizada, y un mayor acceso a la información sanitaria” por parte de los usuarios de los sistemas de salud (5). Este panorama de crecimiento sostenido implica para la OMS y los entes de salud pública regionales y locales varios retos, identificados por el ente multilateral como: políticos, de seguridad, eficacia y calidad; de acceso, y de uso racional, que se están enfrentando a través de la estrategia de fomento de las medicinas tradicionales.

Desde una perspectiva local, las dificultades son múltiples. Los panoramas nacional y distrital se caracterizan por su heterogeneidad. La misma definición de las llamadas medicinas tradicionales, alternativas, complementarias y no convencionales es polémica (6). La legislación nacional diferencia las medicinas tradicionales (relacionadas con los grupos étnicos presentes en el territorio) de la medicina alternativa, en singular. De acuerdo con la Resolución 2927 de 1998, del Ministerio de Salud, la medicina alternativa y las terapias complementarias (en adelante MA/TC) se refieren al:

[...] conjunto de conocimientos y procedimientos terapéuticos derivados de algunas culturas médicas existentes en el mundo, que han alcanzado un desarrollo científico, empleados para la promoción de la salud, la prevención y diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento y rehabilitación de los enfermos, en el marco de una salud integral y considerando al ser humano como una unidad esencial constituida por cuerpo, mente y energía. (7)

Sin embargo, las polémicas en cuanto a una definición adecuada en el medio local no pueden

sustraerse de la multiplicidad de significados que los términos *medicina* y *alternativa* suscitan (8), de cara a un escenario crecientemente diverso y complejo. Esto no es óbice para que en nuestro país se hayan desarrollado evidentes adelantos, sobre todo en cuanto a la reglamentación en un amplio rango de campos. Desde las técnicas adecuadas de manufactura de productos no alopáticos hasta la creación de normas técnicas de formación, que regulan a los prestadores de estas terapéuticas (9); sin embargo, aún es prematura la integración efectiva de la MA/TC a los servicios de salud formales en todo el territorio nacional. Salvo experiencias relativamente aisladas, no es claro cómo estas terapéuticas se articulan con el modelo de atención alopática y convencional imperante.

En este escenario, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), desde el 2008, se ha interesado por responder los retos que impone la presencia creciente de la MA/TC en la ciudad, con el propósito de integrar “la medicina alternativa y terapias complementarias, en los servicios a los que accede la población atendida por la red pública adscrita a la SDS en el DC, en el marco del SGSSS” (10) y así enfrentar un campo aún poco reglamentado y altamente diverso. Para ello se alió con diferentes actores locales de la MA/TC, a fin de implementar áreas demostrativas de MA/TC en algunas empresas sociales del Estado (ESE) adscritas a la SDS.

El objetivo central de estas experiencias es aportar información para construir una política pública que permita la integración eficiente, segura y con calidad de la MA/TC en la red de prestación pública de la ciudad. Las áreas demostrativas esperan responder a la creciente demanda de nuevas opciones de salud, con equidad y con un enfoque de derecho adecuado para la ciudad.

Como parte de la caracterización de los antecedentes del proceso, la SDS, junto con el Hospital Pablo VI Bosa ESE, desarrolló un modelo de sistematización de experiencias en MA/TC, cuyos resultados se presentan en este artículo. El objetivo de la sistematización es identificar los

avances, dificultades y aprendizajes obtenidos por diferentes experiencias que se han desarrollado en la ciudad, en las cuales se integran servicios de atención convencional con servicios de MA/TC.

Métodos

Se entiende la sistematización como una “interpretación crítica de una experiencia que busca explorar dentro de su dinámica y entender los procesos sociales y cognitivos complejos que allí se ejercen, con el fin de aprender de la experiencia y, en ese sentido, construir conocimiento relevante” (11).

El enfoque de este ejercicio, desde una perspectiva sociológica, pone entre paréntesis el asunto de la eficacia del tratamiento respecto a la medicina alopática, para concentrarse en

los problemas de su integración como opción terapéutica a los servicios estándar de atención sanitaria de la ciudad.

La sistematización de experiencias se realizó a través de un grupo funcional conformado por profesionales de las ESE, de la SDS, de la academia con recorrido en la formación de talento humano en MA/TC y de prestadores de servicios de MA/TC en la ciudad.

Se diseñó un instrumento de sistematización para caracterizar las experiencias desarrolladas y se enfocó el interés en la puesta en práctica de la MA/TC en contextos específicos, los aprendizajes derivados y las dificultades encontradas respecto a su integración en los sistemas de atención formal. Las categorías y los contenidos que se desarrollaron se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Categorías de análisis para la sistematización de experiencias

Categoría	Contenido
Identificación de la experiencia	Institución, tipo de MA/TC, lugar donde se presta el servicio, fecha de inicio y culminación de la experiencia, beneficiarios, estructura operativa o institucional.
Diseño de la experiencia	Problemática y finalidad (antecedentes, contexto y justificación). Estrategia de intervención (relaciones del servicio con los otros servicios y mecanismos de sostenibilidad). Descripción de prestadores. Descripción de adaptaciones resultado de la implementación. Estrategias de focalización. Financiamiento, facturación y forma de contratación.
Gestión	Gobernabilidad. Monitoreo, seguimiento y evaluación Información y comunicaciones.
Resultados y dificultades	Resultados obtenidos en términos de mejoramiento de condiciones de salud. Dificultades para la prestación o sostenibilidad del servicio. Uso racional. Seguridad, eficacia y calidad.
Lecciones aprendidas	Generalizaciones respecto al diseño o la gestión de la prestación del servicio que puedan contribuir al diseño y gestión de nuevos servicios. Aciertos, desaciertos, estrategias de sostenibilidad, líneas de acción futuras.

Fuente: Grupo Funcional SDS de MA/TC.

Una vez los diferentes actores diligenciaron los instrumentos, se procesó la información, y con base en los hallazgos se elaboró la guía de trabajo que se iba desarrollar en el Seminario Taller de Sistematización de Experiencias. En el seminario participaron representantes del Ministerio de la Protección Social y del Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena); funcionarios de

la SDS y las ESE de la red adscrita a la SDS; instituciones de investigación y formadoras de talento humano en salud; prestadores de servicios tanto de MA/TC como de medicina convencional, y otros actores interesados. En total se presentaron 22 ponencias, diez de ellas de experiencias directas de implementación de servicios de MA/TC en la ciudad. El espacio permitió conocer a su vez los

aspectos legales, políticos y académicos relevantes del proceso, así como un contexto filosófico y teórico de las principales escuelas médicas.

El taller se desarrolló en cinco mesas de trabajo organizadas de la siguiente manera: (a) medicina tradicional china y acupuntura, (b) homeopatía, (c) escuelas emergentes —sintergética y naturopatía—, (d) sistemas emergentes

—bioenergética y terapia neural— y (e) otras terapias —ozonoterapia, terapia floral—.

En el espacio del Seminario Taller se contó con la participación de profesionales de áreas administrativas, de planeación y gestión de instituciones prestadoras de servicios convencionales. Para la discusión, en el taller se elaboró un instrumento que se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2
Instrumento de discusión. Seminario Taller de Sistematización de Experiencias de MA/TC en Bogotá

Sobre la sistematización de experiencias	De acuerdo con las intervenciones presentadas hasta el momento, ¿cuál es el obstáculo principal a la hora de poner en ejecución un servicio de medicina alternativa y terapias complementarias? ¿Qué tipo de dificultades no se han tenido en cuenta durante el análisis de las experiencias presentadas? Una vez evidenciadas todas las problemáticas resultantes de la integración de la medicina alternativas y terapias complementarias en el sistema de salud formal, ¿considera factible la implementación de servicios de medicina alternativa y terapias complementarias en las ESE de la red distrital? De forma prioritaria, ¿qué tipo de problemáticas debe solucionar dicha implementación para ser factible?
Diseño y ejecución de áreas demostrativas	<i>Adecuando los servicios a la filosofía de la medicina alternativa y terapias complementarias.</i> Diseñe un servicio de medicina alternativa y terapias complementarias de acuerdo con su sistema médico (homeopatía, medicina tradicional china, etc.). Para ello tenga en cuenta: espacios y consideraciones de habilitación del servicio; tiempos de consulta, control, etc.; manejo y documentación de la información; seguimiento de la efectividad y seguridad de las actividades; medicamentos y otros insumos. <i>Integrando la medicina alternativas y terapias complementarias al SGSSS.</i> De acuerdo con el diseño construido, considere para las áreas demostrativas: monitorización de servicios, financiación y sostenibilidad, mecanismos de gestión y publicidad, integración entre servicios.

Fuente: Grupo Funcional MA/TC SDS.

Cada grupo contó con un moderador y un relator. La metodología implementada en todo el proceso fue el diálogo de saberes y la construcción colectiva a partir del instrumento diseñado. Posteriormente, en el mismo espacio del encuentro se presentaron los resultados más relevantes por grupo de trabajo. Las relatorías y las intervenciones posteriores se tuvieron en cuenta para la sistematización final.

De esta información previamente estructurada, más la observación-participante en las reunio-

nes del Grupo Funcional y Seminario Taller, se elaboró el documento final de sistematización. Analíticamente se conservaron los ejes temáticos propuestos en los instrumentos de recolección de información diseñados con antelación.

Resultados

Se obtuvo información de diez experiencias sistematizadas (Tabla 3), las cuales son ampliamente divergentes, pues los objetivos de los tipos de

instituciones son diversos, contando con ESE y otro tipo de prestadoras de servicios, instituciones formadoras de talento humano y proveedoras de

medicamentos de MA/TC. El tipo de MA/TC implementada es también variable.

Tabla 3
Identificación de experiencias presentadas

Institución	Tipo	Duración de la experiencia	Tipo de MA/TC
Hospital del Sur ESE	ESE adscrita a la red pública distrital	Seis meses (II semestre de 2008)	Terapia neural
Hospital de Suba II Nivel ESE	ESE adscrita a la red pública distrital	Dos años (mayo de 2007 a la fecha)	Fitoterapia (mayo de 2007 a enero 2008) Sintergética (octubre de 2008 a la fecha) Homeopatía (marzo de 2009 a la fecha)
Hospital Pablo VI Bosa ESE	ESE adscrita a la red pública distrital	Tres años (junio de 2006 a la fecha)	Homeopatía unicista-auriculoterapia-terapia neural
Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez	Educación superior con IPS asociada	1972 a la fecha	Homeopatía unicista
Fundación Universitaria del Área Andina	Educación superior	...	Homeopatía
FUNIBA	Educación superior	1986 a la fecha	Herbología y terapia con colides
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Educación superior con IPS-Clinica Hospital Juan N. Corpas, Unidad de Terapia Integral Jorge Piñeros Corpas	1975 a la fecha	Terapéutica integral: ozonoterapia hiperbárica y endovenosa, ozonoterapia, terapia neural, terapia muscular procaínica, acupuntura china, craneoacupuntura, homeopatía unicista y complejista, esencias florales, tratamiento metabólico, homotoxicología, nosodoterapia, electromediciones de Voll, psicoterapias no convencionales y farmacología vegetal
Hospital El Tunal ESE	ESE adscrita a la red pública, de III nivel de atención	2007 a la fecha	Acupuntura y homeopatía
Proalternativas Ltda. Al-kimia Esencias Florales	Producción y comercialización de medicamentos	1993 a la fecha	Esencias florales
ISS 2000-2004*	Entidad promotora de salud. Servicios ambulatorios y hospitalarios en múltiples puntos de atención	2000-2004	Acupuntura, homeopatía, bioenergética, terapia neural

* La experiencia presentada por el Hospital de Tunjuelito ESE se trata de la sistematización de los servicios de MA/TC desarrollados en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) entre el 2000 y 2004. En adelante nos referiremos a dicha experiencia como experiencia ISS.

Fuente: Documento de Sistematización de Experiencias de MA/TC en Bogotá, 2009.

Resultados generales de las experiencias sistematizadas

Identificación de beneficiarios

La identificación de beneficiario está condicionada por el tipo de institución; no se documentaron restricciones. Las experiencias descritas contaron con beneficiarios sin distinción de tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), género, ciclo vital o estrato socioeconómico. Sólo una experiencia focalizó por ciclo vital (persona mayor y menores de cinco años de edad), gracias a su articulación con el Plan de Intervenciones Colectivas.

Diseño

En ningún caso documentado se registró un estudio previo de mercado o de la demanda disponible para el servicio o consulta. La puesta en marcha del servicio obedece a razones variadas, desde la solicitud expresa de la comunidad hasta iniciativas de las directivas de las instituciones.

El tipo de MA/TC implementada en las ESE responde a la experiencia de funcionarios, sin que se registre en los documentos otro tipo de influencia externa o interna. En el caso de las instituciones educativas con experiencia en la prestación de los servicios, el tipo de MA/TC implementada corresponde con la historia de la misma institución.

Algunas instituciones han diversificado su oferta en el transcurso de su experiencia. Sólo la experiencia del antiguo Instituto de Seguro Social (ISS) reporta un estudio de costos previo.

Los objetivos perseguidos varían de acuerdo con el tipo de institución. En este sentido, es importante señalar que las instituciones de educación superior con IPS adscrita cumplen con los dos objetivos, pues brindan a través de la atención a sus pacientes espacios de formación para sus estudiantes con resultados interesantes desde el punto de vista financiero y de sostenimiento.

La remisión de usuarios de otros servicios es una problemática común, a pesar de que todas las experiencias en ESE refieren capacitaciones al personal alopático sobre la MA/TC imple-

mentada. En ninguna de las experiencias de ESE documentadas se cuenta con criterios claros y específicos de remisión. En ninguna experiencia se reporta una articulación exitosa con los servicios alopáticos.

Las adaptaciones respecto a la consulta alopática varían de una experiencia a otra. Ninguna institución reporta dificultades mayores en la habilitación de sus espacios, como ninguna reporta la existencia de guías de manejo específicas.

El costo de los servicios es también variable. La mayoría de las experiencias facturan la atención como consulta particular, lo que se relaciona con la demanda del servicio. En las ESE se ha identificado éste como el origen de la baja demanda a los servicios, a pesar de formas variables de subsidio.

Gestión

Las experiencias de articulación de los servicios de MA/TC con los servicios convencionales se caracterizan por operar en un campo poco reglamentado. Varias experiencias documentan consulta a las áreas jurídicas y administrativas, especialmente en las ESE. Desde esa perspectiva, son múltiples las dudas alrededor de la forma de facturación, cobro y entrega de medicamentos.

En ninguna de las experiencias sistematizadas se refieren mecanismos específicos de seguimiento a efectos adversos. La calidad de la atención se sustenta en el recurso humano calificado, la experiencia institucional y las condiciones propias de las MA/TC consideradas no nocivas y seguras.

Los servicios implementados en las ESE se concentraron en hacerle seguimiento a la productividad. En los servicios adscritos a instituciones con mayor experiencia y recorrido la tendencia es vigilar la calidad.

Resultados, dificultades y lecciones aprendidas

Los resultados sistematizados, así como las dificultades y lecciones aprendidas, son divergentes y variables de acuerdo con las condiciones propias de la institución y con las condiciones locales de la prestación de los servicios. Los

usuarios acceden a los servicios gracias al “voz a voz” o “persona a persona”. El principal obstáculo para las ESE es el costo de los servicios. Cuando éstos son referidos a los usuarios directamente (a través del pago como consulta particular), las experiencias fracasan o deben soportar largos procesos de limitada o nula productividad que redundan en la disminución o adecuación de los servicios en sí.

Todas las experiencias reportan con dificultad la ausencia de un modelo de atención y prestación adecuado a las características de la MA/TC. No hay consenso sobre formas de facturación, cobro, tarifas, ni métodos adecuados para obtener datos válidos al respecto. Persisten preconceptos y desinformación en los médicos convencionales alrededor de la MA/TC. Su participación en experiencias es casi nula. La articulación con servicios convencionales es más efectiva en la medida en que los servicios de MA/TC se plieguen a su carácter *alternativo*, es decir, construyan formas sistematizables de remisión que incluyan aquellas patologías donde la medicina convencional no ha logrado los beneficios esperados. En este sentido, es importante subrayar que la articulación con programas de salud pública y de formación de talento humano puede tener efectos beneficiosos para las experiencias.

Todas las experiencias reportan resultados clínicos satisfactorios, de calidad; no existe consenso sobre las formas de documentar los resultados de las intervenciones. Muchas de ellas incluso están más orientadas hacia la evaluación financiera que hacia la obtención de evidencia que sustente el uso clínico de la MA/TC. Son necesarios mayores esfuerzos en el desarrollo de metodologías de vigilancia, investigación y seguimiento de las experiencias.

Debido a sus propias particularidades como terapéuticas, las MA/TC tienen ciertas características que determinan su inserción en los servicios de salud formales, así como su articulación con la medicina convencional. En el Seminario Taller de Sistematización de Experiencias se pre-

sentó la oportunidad de, además de sensibilizar a diversos actores sobre los beneficios de la MA/TC en experiencias particulares, discutir acerca de los problemas planteados en la sistematización de los documentos primarios presentados.

Resultados específicos de las mesas de trabajo MA/TC

Medicina tradicional china

El obstáculo principal para la implementación es la ausencia de formas de recolección específica y seguimiento de la información clínica. Falencias en la formación de talento humano y la persistencia de desinformación de otros proveedores de servicios sanitarios.

Es necesario estudiar la inclusión de la MA/TC en el Plan Obligatorio de Salud (POS). La medicina tradicional china está en una buena posición para su integración, cuenta con amplia sustento sobre su efectividad, además de una inmensa experiencia tradicional. En Colombia es una de la MA/TC con más presencia y está ampliamente representada en los pocos servicios disponibles.

Homeopatía

El obstáculo principal para la implementación es la desinformación alrededor de esta medicina. Según la relatoría de grupo, “No se ha logrado un adecuado entendimiento entre las diferencias existentes entre medicina alopática y medicina alternativa, y en esta medida no se aplican las diferentes metodologías que posibiliten mayor eficacia en el servicio”.

Debe insistirse en las problemáticas relacionadas con el papel de las aseguradoras en la integración de los servicios. Es un actor que si bien se ha contemplado, no está participando en el proceso, y su papel protagónico en el sistema es innegable. Esto genera que las dificultades de financiación permanezcan. Para el grupo es pertinente y factible la implementación de servicios de homeopatía en las ESE, siempre y cuando se tengan en cuenta las particularidades de su sistema, factor que asegura su eficacia y calidad.

Escuelas emergentes-sintergética

Los obstáculos para la implementación de la experiencia se relacionan con la falta de voluntad política y administrativa, poca flexibilidad del SGSSS, la no evidencia científica en la MA/TC y la falta de medición del impacto de las MA/TC. Hay poca participación de la dupla médico-paciente en la construcción del modelo. No hay registros sistemáticos que “logren medir la experiencia prestada”. No se ha incluido la MA/TC en los programas de prevención. Una adecuada solución a estas problemáticas hace factible la implementación de servicios de medicina sintergética en la ciudad.

Sistemas emergentes y naturopatía

Los obstáculos para su implementación se relacionan con la falta de apoyo institucional, la necesidad de reglamentación, la falta de difusión del servicio y la falta de guías y protocolos de atención.

La naturopatía, como sistema médico, cuenta con un amplio arraigo cultural en el país. Colombia tiene un gran potencial biológico en materia de especies y variedades con potencial terapéutico. La investigación se ha ampliado y los grupos de naturopatía han crecido, elementos que hacen factible la integración de ésta con la medicina alopática.

Otras terapias-ozonoterapia

El obstáculo principal para su implementación es el desconocimiento y desinformación sobre estas terapias. “Hay desconfianza hacia quienes prestan el servicio” (relatoría del grupo). La normatividad alrededor de la MA/TC está incompleta. No se han tenido en cuenta: ausencia de recursos para investigación y desarrollo, un abordaje profundo de las rivalidades entre la alopática y la MA/TC, falta de seguimiento de efectos adversos. Por ello una adecuada solución a estas problemáticas hace factible su implementación.

Las mesas de trabajo expusieron los elementos para el diseño y ejecución de la MA/TC en las áreas demostrativas, en cuanto a espacios,

tiempos, modalidades de seguimiento, monitoreo, etc. (12).

Discusión

Desde una perspectiva de ciudad de derechos, la implementación de servicios de MA/TC en la red pública es una prioridad que permite disminuir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud para los bogotanos. Si bien faltan estudios detallados al respecto, de acuerdo con los participantes en este proceso, son las poblaciones más vulnerables de la ciudad las que se encuentran marginadas de los beneficios de la MA/TC en la prevención, tratamiento y paliación de los efectos de la enfermedad. Sin embargo, esto no quiere decir que las personas sólo asistan a los servicios formales a través de sus empresas promotoras de salud del régimen contributivo o del subsidiado. Por el contrario, basta con caminar por las calles de la ciudad para percatarse del heterodoxo y creciente campo de opciones terapéuticas populares, étnicas, mágico-religiosas, alternativas y no formales que conforman el abigarrado sector *folk* (13,14) o de otros saberes terapéuticos (15), cuyo control y regulación está aún pendiente.

En este sentido, la SDS, como ente rector, está particularmente interesada en participar en la construcción de la legislación que defina la práctica de la MA/TC como una estrategia para asegurar la calidad y seguridad de los servicios no convencionales de atención a la enfermedad. Este ejercicio paralelo de fomento e integración con regulación y control define el talante del Estado frente al variopinto escenario de terapéuticas y prácticas médicas alternativas. Algunas escuelas y su práctica, gracias a sus antecedentes históricos y sociales, trayectorias y relativa medicalización, están en mejor posición para acercarse a la SDS y participar de la construcción de una política pública. Son los representantes de estas escuelas médicas y terapias los que forman parte del Grupo Funcional de la SDS y otras instancias estatales donde se definen las reglas de juego de un campo en formalización.

El campo de la MA/TC es altamente diverso, fragmentado y heterodoxo; además, cuenta con instituciones con larga trayectoria y con experiencias que apenas ajustan un par de años. Los sistemas médicos implementados en las experiencias de la ciudad son altamente variables con tendencia a la uniformidad o a la divergencia de opciones terapéuticas de forma también variable. Así, las estrategias implementadas para buscar el éxito de las experiencias no se corresponden entre sí e incluso pueden parecer contradictorias de institución a institución estudiada. La ciudad cuenta con servicios de MA/TC que se concentran en una sola práctica y lo destacan como factor de éxito, como experiencias que buscan la pluralidad y la enmarcan dentro de sus fortalezas.

La experiencia de la ciudad en cuanto a la implementación de servicios de MA/TC en su red pública es muy limitada. Las ESE que cuentan con estos servicios ajustan apenas un par de años. Por lo tanto, son instituciones con mayor trayectoria las que están llamadas a articularse con el Estado, para asegurar el éxito de las áreas demostrativas producto de la estrategia de fomento de las MA/TC en Bogotá. El diseño de los servicios no ha tenido en cuenta estudios de demanda previos. Se espera siempre que por el hecho de ser un servicio de MA/TC, que traerá potenciales beneficios a las comunidades, los servicios contarán con los usuarios requeridos para su sostenimiento.

En escenarios locales son muchos los factores que afectan el acceso de las personas a la MA/TC, y el arraigo cultural, así como las significaciones sobre la salud-enfermedad de las personas, no son a priori garantía de éxito. De hecho, salvo muy contadas excepciones, no existe un interés en los actores (Estado, prestadores, academia, etc.) por conocer los factores sociales y culturales de las comunidades donde se van a implementar los servicios.

Todas las fuentes consultadas coinciden en señalar como el principal reto a la hora de implementar servicios de MA/TC en la red pública la relación entre la demanda de los servicios y los

costos derivados a los usuarios. No existe un modelo de prestación de servicios de MA/TC, por lo que no hay formas estándar de facturación, seguimiento administrativo, compra de insumos, cobro a entidades promotoras, etc. A la postre, el costo de la atención se deriva a los usuarios y ello mantiene la barrera de acceso a la MA/TC para las poblaciones vulnerables de la ciudad.

Por otra parte, no son claros los objetivos perseguidos con la integración a los sistemas formales. Las instituciones diseñan sus servicios de acuerdo con la disponibilidad presente, sin contar con una lectura de necesidades y potencialidades desde los escenarios reales de implementación. Salvo muy contadas excepciones, la planeación de los servicios obedece a las problemáticas, especialmente en las experiencias de las ESE y otras instituciones con servicios convencionales. Allí es donde la necesidad de articular la alopátia con la MA/TC es más urgente, y para ello se requieren esfuerzos conjuntos en busca de la construcción de formas de traducción y lenguajes comunes. Es indispensable, entonces, avanzar en la consolidación de estudios que apoyen el uso de MA/TC en escenarios convencionales.

En este sentido no debe pasarse por alto que aún existe una gran desinformación sobre la MA/TC entre los profesionales alópatas. Entre el real descrédito a la tolerancia con desdén, pasando por el escepticismo no informado, la mayoría de médicos alópatas no cuenta con las herramientas para aportar a la construcción de modelos de atención plurales e integrales, aunque el panorama ha ido variando en los últimos años. Es necesario profundizar en las representaciones de los profesionales convencionales sobre la MA/TC en contextos reales de la ciudad para identificar puntos a partir de los cuales diseñar estrategias de comunicación efectiva y sensibilización que trasciendan la charla informativa.

Desde la MA/TC debe a su vez realizarse un mayor esfuerzo en este sentido. El *entusiasmo no crítico*, como lo califica la OMS, es un factor que distancia la MA/TC de la medicina

alopática institucional. Al tiempo deben concretarse formas propias, pero comunicables de captación de información sobre los casos, sistematización y documentación de las experiencias, criterios de articulación, referencia, contrarreferencia, modelos de consentimiento informado e historia clínica, etc., que deben complementar estrategias de investigación apropiadas que consoliden los argumentos referentes al valor de la MA/TC.

En cuanto a la articulación con instituciones formadoras de talento humano, debe insistirse en que es una estrategia que ha dado frutos en las experiencias presentadas, no sólo por el soporte académico, sino también en campos como el sostenimiento financiero y la eliminación de barreras de acceso económicas a los usuarios. De la misma forma, la MA/TC debe presentarse como opción válida en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo que su participación en los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) locales puede generar importantes dividendos.

Los retos de la implementación de servicios de MA/TC en servicios formales no son sólo económicos. Si bien es prioritario encontrar mecanismos para balancear la productividad económica con la calidad de la atención, conservando las particularidades de la MA/TC, el desafío principal consiste en mantener muchas de las características que la hacen exitosa (mirada antropocéntrica, relación médico-paciente estrecha, tiempos suficientes de consulta para valorar al paciente de forma integral y holística, concepción de la enfermedad como manifestación de desbalances existenciales y energéticos, etc.) en un sistema de salud regido por el imperativo económico y financiero. En este sentido, es profundamente ambigua la opinión de los profesionales de la MA/TC respecto a la formalización de su actividad: reconocen su importancia y su valor ético de cara a eliminar la inequidad en el acceso, pero temen que su práctica se vea afectada irreversiblemente por la masificación, la formalización y el control.

El campo de la MA/TC, en construcción y reglamentación, requiere el compromiso de todos los actores interesados. Como un primer paso, la mayoría de fuentes consultadas insiste en la consolidación de un marco legal suficiente y completo. Espacios como el Grupo Funcional permiten articular y confrontar distintos intereses y perspectivas, por lo que la construcción participativa de las políticas públicas sólo es posible en un marco de negociación donde se reconozca la pluralidad de la MA/TC. No existe una forma única adecuada de MA/TC; tampoco una filosofía cierta a priori. Ser heterodoxo es la mejor disposición para poder conversar en un medio tan complejo, cambiante y diverso.

Finalmente, a pesar del entusiasmo con que se ha asumido el reto de presentar la propia experiencia desde una perspectiva crítica y asumir las conclusiones del ejercicio, no es vano preguntarse, una vez más, por el balance general de la situación de la MA/TC. La posición de estas otras opciones es aún periférica en el campo formal de la atención en salud, y si bien el auge de la MA/TC impulsa iniciativas desde múltiples instancias, no debe olvidarse que aún son muchos los puntos por considerar para construir un modelo de atención que preserve la filosofía de la MA/TC y permita a las poblaciones más vulnerables acceder a sus beneficios. Este documento espera mostrar algunos elementos para considerar a corto, mediano y largo plazo, intentando conservar un talante crítico sin desestimar a los múltiples actores que día a día piensan el problema y construyen soluciones desde sus ámbitos particulares.

Agradecimientos

A la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y a los hospitales de la red pública distrital participantes de este proceso, especialmente al Hospital Pablo VI Bosa ESE, vital en el desarrollo de las actividades señaladas en este documento. La participación de instituciones educativas, científicas y asistenciales en el Grupo Funcional de la SDS de MA/TC impulsó la iniciativa del ente

rector y profundizó y enriqueció la discusión alrededor de la integración de estas otras formas terapéuticas en el sistema de atención formal de la ciudad. Agradecemos a todos los participantes en las discusiones del citado grupo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Medicina tradicional-necesidades crecientes y potencial. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS. 2002;(2):1-6.
2. Micozzi MS. Culture, anthropology, and the return of "complementary medicine". *Med Anthropol Q.* 2002;16(4):398-403.
3. Baer HA. The growing interest of biomedicine in complementary and alternative medicine: a critical perspective. *Med Anthropol Q.* 2002;16(4):403-5.
4. Pinzón C, Suárez R, Garay G. Mundos en red: la cultura popular frente a los retos del siglo XXI. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
6. Martínez Medina S. Poderes de la mimesis: identidad y curación en la comunidad indígena muisca de Bosa [tesis para optar al título de Magíster en Antropología Social y Cultural]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2008.
7. Decreto 3553 de 2004/octubre 28, por el cual se modifica el Decreto 2266 de 2004 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 45.716, de 2004-10-29.
8. Martínez Medina S. Poder, conocimiento y creencia: por los caminos de la ruda en la localidad séptima de Bogotá, Colombia. *Antípoda.* Revista de Antropología y Arqueología de la Universidad de los Andes. 2008;6:153-70.
9. Ministerio de la Protección Social, Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena). Caracterización ocupacional medicina alternativa y terapias complementarias. Bogotá: Sena; 2009.
10. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Propuesta de fomento de la medicina alternativa y las terapias complementarias en la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá: SDS; 2009.
11. Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sistematización del Proceso de Planeación en Salud Distrital y Local. Libro sexto. Acompañamiento del proceso de planeación de la salud en el nivel local con participación social. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2004.
12. Martínez Medina S, Forero L, Grupo Funcional de MA/TC de la SDS. Sistematización de experiencias en medicina alternativa y terapias complementarias en Bogotá D. C. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2009.
13. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderline between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
14. Gutiérrez de Pineda V, Vila de Pineda P. Medicina tradicional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1984.
15. Uribe CA, Vásquez R. Historias de la misericordia: narrativas maternas de hiperactividad infantil. Bogotá: Universidad de los Andes-CESO; 2008.

Conflicto de intereses: los autores niegan tener conflictos de intereses.

Correspondencia
santiagommo@yahoo.com
Hospital Pablo VI Bosa
Carrera 78ª Bis No. 69B-70 Sur
Santiago Martínez Medina
libiaforero@yahoo.com.mx

Recibido para evaluación: 03-12-09
Aceptado: para publicación: 20-08-10