

VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2010.

Dificultades en la conceptualización y en el registro de la utilización de medicinas alternativas y complementarias.

Ballesteros, Matías y Freidin, Betina.

Cita:

Ballesteros, Matías y Freidin, Betina (2010). *Dificultades en la conceptualización y en el registro de la utilización de medicinas alternativas y complementarias*. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-027/621>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**VI Jornadas de Sociología de la UNLP
9 y 10 de diciembre de 2010
La Plata, Argentina**

**“Dificultades en la conceptualización y en el registro
de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias”**

Matías Ballesteros, Universidad de Buenos Aires, Argentina
matiballesteros@yahoo.com.ar

Betina Freidin, Universidad de Buenos Aires y CONICET, Argentina
freidinbetina@gmail.com

Resumen

Estudios internacionales y locales dan cuenta de la utilización de medicinas alternativas y complementarias (MACs), aunque en nuestro país los estudios empíricos sobre la temática han sido abordados mayoritariamente desde una metodología cualitativa. Existen sólo unos pocos relevamientos por encuesta con pequeñas muestras no probabilísticas sobre utilización de dichas medicinas, aunque cabe destacar que los mismos no se han realizado con la población general sino con usuarios de establecimientos de salud públicos y privados con el objetivo de relevar su utilización de MACs, y hasta la fecha no contamos con encuestas nacionales ni estadísticas oficiales sobre el tema. En nuestra ponencia discutimos las dificultades de definir a las MACs como categoría global y residual frente a la biomedicina o medicina oficial, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las medicinas y terapias que engloba el término, así como los límites cambiantes entre lo que se entiende por medicina convencional y no convencional, e identificamos algunos problemas que se presentan para medir su utilización. Para ello primero revisamos la literatura internacional (norteamericana) que en gran medida ha servido de modelo para los relevamientos cuantitativos locales, y en segundo lugar, discutimos algunos inconvenientes que observamos entre estos últimos estudios, a lo que agregamos propuestas para futuros relevamientos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que la creciente difusión y utilización de medicinas tradicionales, complementarias, y alternativas es un fenómeno global, y ha ejercido un rol activo para la incorporación de dichas medicinas en los sistemas de salud en los distintos contextos nacionales, atendiendo a sus realidades socio-culturales y siguiendo criterios de uso racional y seguro, especialmente en los países en desarrollo (Freidin y Abrutzky 2010). Las medicinas tradicionales comprenden sistemas de conocimientos y prácticas no biomédicas que incluyen entre otras a la Medicina China, el Ayurveda de la India, la medicina Unani árabe, y las diversas medicinas de los pueblos originarios de América. En los países en los que la medicina dominante es la alopática, o donde la medicina tradicional no se ha integrado al sistema de salud oficial, se las denomina medicinas alternativas o complementarias (MACs) (OMS 2002). Además de los sistemas médicos tradicionales, las MACs incluyen medicinas occidentales no alopáticas tales como la homeopatía, y técnicas —por mencionar sólo algunas— como el reiki, la reflexología, la cromo y la gemoterapia, y prácticas de autocuidado entre una gran diversidad de modalidades de cuidado de la salud.

“MACs” es en realidad un acrónimo utilizado por organismos internacionales y agencias gubernamentales en los países occidentales para designar de manera residual una variedad de sistemas médicos y de cuidado de la salud, prácticas y productos que no son generalmente parte de la medicina convencional (NCCAM)¹. Es un lugar común en la literatura internacional el reconocimiento de las dificultades de esta definición “por la negativa” (por oposición a la biomedicina y medicina oficial), teniendo en cuenta que constituye un campo de cuidado de la salud en constante cambio, y que lo que se considera medicina convencional y no convencional varía en distintos contextos nacionales—incluso a nivel intra-nacional— y a lo largo del tiempo, respondiendo a complejas fuerzas políticas y sociales (Jonas 2002). A ello se suma la dificultad, y falta de justificación en el plano conceptual, de agrupar una diversidad de prácticas y sistemas de conocimientos por el solo hecho de no ser “biomedicina”. Finalmente, el debate se extiende a los criterios para distinguir entre medicinas “alternativas” (en reemplazo de la biomedicina) y “complementarias” (como suplemento de la biomedicina), y cómo agrupar distintas modalidades y prácticas dentro de las MACs de manera coherente (Jonas 2002, Ayers y Kronenfeld 2010, entre otros).

Así en USA, por ejemplo, se considera como convencional a la medicina occidental que practican los médicos alópatas, los doctores en osteopatía, y los profesionales “aliados” tales como quiénesiólogos, psicólogos y enfermeras (NCCAM). En Argentina, por el contrario, la osteopatía no se reconoce como una medicina “convencional”. Además, en el contexto nacional los límites entre lo convencional y no convencional o MACS, son difíciles de establecer en algunos casos debido tanto a las

¹ - <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam> , consultado el 25/09/2010

regulaciones existentes como a tradiciones de práctica profesional. Por ejemplo, la homeopatía no es una medicina oficial (reconocida por alguna ley nacional o provincial o reglamentaciones de los respectivos Ministerios de Salud—una excepción es la provincia de Tucumán) aunque desde hace más de 150 años la practican en su absoluta mayoría médicos con formación previa en alopatía. Por su parte, la práctica de la acupuntura ha sido autorizada solamente para médicos, odontólogos, quinesiólogos y fisioterapeutas por el Ministerio de Salud de la Nación (según Resoluciones promulgadas en los años 2001 y 2008), pero sin embargo, también la practican numerosos acupuntores sin las credenciales requeridas por la normativa (Freidin 2007). Nos preguntamos entonces, ¿es la homeopatía una medicina convencional o una MAC? ¿Y, en qué casos deberíamos considerar a la acupuntura como una medicina convencional y en que otros como no convencional? ¿Cuáles criterios deberíamos considerar en la clasificación: las credenciales de los proveedores, el criterio legal-normativo, o el tipo de medicina o práctica en cuestión (sus fundamentos filosóficos o teóricos en comparación con el paradigma biomédico)?.

En el contexto de esta presentación nos interesa profundizar en las dificultades que se presentan a los investigadores, y eventualmente a los organismos públicos, para definir las MACs, qué incluir y qué no entre ellas, y para estimar su utilización en nuestro país. Como lo plantean Ayers y Kronenfeld (2010: 235), si bien el aumento de la utilización de MACs es un hecho indiscutido, cómo definir las y categorizarlas continúa siendo objeto de debate. Este debate se refleja implícita o explícitamente en los estudios empíricos sobre utilización de MACs, y afecta las posibilidades de comparar los hallazgos de los estudios disponibles tanto en el nivel local como en el internacional. Con este propósito, primero revisaremos los relevamientos internacionales, centrándonos en Estados Unidos, ya que son estos trabajos los que habitualmente se toman como referencia en los estudios cuantitativos locales. Luego revisaremos las publicaciones nacionales cuantitativas sobre utilización de MACs a las que hemos tenido acceso, y señalaremos algunos problemas asociados a la diversidad de definiciones utilizadas y procedimientos llevados a cabo para cuantificar el consumo.

Los estudios en EEUU

En esta sección revisaremos las distintas formas de definición y captación del uso de las MACs utilizadas en 5 estudios realizados a partir de encuestas con muestras representativas de la población adulta de Estados Unidos (Eisenberg et al., 1993; Eisenberg et al., 1998; Astin, 1998; Barnes, Bloom y Nahin, 2008) que son habitual referencia de los estudios locales, y también internacionales.

Los primeros dos estudios fueron dirigidos por Eisenberg (Eisenberg et al. 1993, Eisenberg et al. 1998). Los autores realizaron dos encuestas telefónicas, una entre enero y marzo de 1991 y la otra entre noviembre de 1997 y febrero de 1998, a una muestra nacional probabilística de personas angloparlantes,

mayores de 18 años, y que por su estado físico y mental pudieron completar la entrevista. Se seleccionó de forma aleatoria sólo una persona por hogar. La muestra de 1991 estuvo compuesta por 1539 personas, mientras que la de 1997-1998 por 2055. Debido a que se consultó a los entrevistados por la utilización de terapias no convencionales durante los últimos 12 meses, consideran que los resultados fueron representativos de los años 1990 y 1997.

Eisenberg et al. (1993) plantean que desde un punto de vista sociológico, las terapias no convencionales, alternativas o no ortodoxas hacen referencia a “prácticas médicas que no están en conformidad con los estándares de la comunidad médica” (Eisenberg et al., 1993: 246). En el artículo publicado en 1993 trabajan con el concepto de *terapias no convencionales* y las definen como “intervenciones médicas que generalmente no se enseñan en las facultades de medicina de Estados Unidos, ni usualmente están disponibles en los hospitales de Estados Unidos” (Eisenberg et al., 1993: 246). En el relevamiento del 1991, el cuestionario incluyó a las 16 terapias no convencionales que mostraron ser las más utilizadas en una prueba piloto que realizaron previamente (Eisenberg et al., 1993: 246). Las mismas fueron: técnicas de relajación, hierbas medicinales, masajes, quiropraxia, curación espiritual o religiosa por parte de otros (*spiritual healing by others*), megavitaminas, grupo de autoayuda, imágenes (*imagery*), programas comerciales para perder peso, remedios caseros, dietas de estilo de vida (*life style diet*), curaciones energéticas, homeopatía, hipnosis, *biofeedback* y acupuntura. Por otro lado, en la encuesta realizada en 1997 agregaron la aromaterapia, la terapia neural, la naturopatía y terapia de quelación, pero no consultaron por remedios caseros (con una utilización menor al 1% en la encuesta de 1991). En la encuesta piloto realizada en 1990, había aparecido que los ejercicios y rezar eran comúnmente utilizados con motivos de salud. Por ello, consultaron a los encuestados si habían utilizado el rezo o ejercicios como terapia o tratamiento médico en el último año. Sin embargo no se precisó la utilización de estas actividades. En el caso del rezo, por considerarlo inapropiado (aunque no se explica la razón). En el caso del ejercicio, debido a que el término es muy vago y su práctica muy generalizada para excluir la información que no servía. Es por ello que en el análisis de las terapias no convencionales se excluye el rezo y el ejercicio (Eisenberg et al., 1993: 247). Si bien no aparece mayor problematización por parte de los autores, se desprende de lo anterior que consideran a algunas formas, tanto de rezar como de realizar ejercicios, como terapias alternativas y otras no, pero que por la complejidad que implicaban en ambos casos determinar cuándo era utilizado de esa forma y cuándo no, no se consideró. Sin embargo, no se profundiza sobre la consideración de en qué caso podría considerarse y en qué caso no, una terapia no convencional.

En ambas encuestas, la diagramación del cuestionario fue similar. Las primeras preguntas del cuestionario incluían temas generales relacionados con la salud del entrevistado (percepciones y preocupaciones sobre la salud, días del año pasados en cama, impedimentos funcionales por problemas de salud, por el padecimiento de una lista de condiciones médicas y en caso de tener más de tres, que indiquen las que consideraban más serias) y su interacción con los médicos (*medical doctors*). Luego

se preguntaba por la utilización de terapias no convencionales. La presentación realizada al pasar a esta sección fue la siguiente: “Ahora quisiera preguntarle sobre el uso de *otros tipos* de terapias y tratamientos” (Einsenberg et al., 1993: 247). Se les consultó por la utilización en su vida y en los últimos 12 meses de cada una de las terapias no convencionales anteriormente mencionadas. Luego se les consultó si ellas habían sido utilizadas para las principales condiciones médicas (*medical conditions*) (identificadas previamente por ellos como las más serias que padecían) en los últimos 12 meses. Por último, distinguieron entre la utilización de las terapias bajo la supervisión de un terapeuta (*practitioner*) del uso sin su supervisión. Cabe destacar que algunas de las terapias listadas necesitaron clarificaciones. Por ejemplo, como “terapia de masajes” (*massage therapy*) puede significar muchas cosas distintas, se le pidió a los encuestados que indiquen la técnica de masajes utilizada. Algo similar se realizó con terapias de hierbas, sanaciones espirituales y religiosas realizadas por otros, programas comerciales para perder peso, dietas de estilo de vida, curaciones energéticas y megamitaminas (en este caso se aclaró que no incluía tomar una vitamina diaria) (Einsenberg et al., 1993: 247).

Como resultado de las respectivas encuestas, estiman que la población estadounidense adulta que ha utilizado al menos una de las terapias alternativas en el último año alcanza al 33,8% durante 1990 y al 42,1% durante 1997². En ambos casos el uso fue más común entre personas de 35 a 49 años, con nivel universitario, y con mayores ingresos. El sexo no fue una variable significativa en 1990, mientras que en 1997 el uso de estas terapias fue más usual entre las mujeres. Las terapias más utilizadas en 1990 fueron técnicas de relajación (13%), quiropraxia (10%) y masajes (7%) mientras que en 1997 fueron técnicas de relajación (16%), hierbas medicinales (12%), masajes (11%) y quiropraxia (11%). Por último, destacaremos que el 36,3% (en 1990) y el 46,7% (en 1997) de los usuarios de terapias alternativas vio a un terapeuta de medicina alternativa (Einsenberg et al., 1998: 1571- 1572).

Otro de los trabajos que analizaremos es el de Astin (1998), quien realizó una encuesta sobre los motivos de la utilización de medicinas y terapias alternativas. Utilizó un cuestionario autoadministrado enviado por correo a un panel representativo nacional de personas que aceptaba participar de encuestas de manera regular. De este se seleccionó una submuestra de 1500 individuos seleccionados aleatoriamente, de los cuales 1035 completaron el cuestionario (Astin, 1998: 1549). Este autor utiliza como sinónimos el uso de *cuidados de la salud alternativos*, *medicina alternativa* y *terapia alternativa*. Sigue la definición que utiliza Eisenberg et al. (1993), entendiéndola como “las prácticas no enseñadas en las facultades de medicina de Estados Unidos ni generalmente disponibles en los Hospitales de Estados Unidos”, pero excluye de la medicina alternativa “a aquellas prácticas que ya son parte de los

² - El estudio de 1993 estimó que el gasto de bolsillo en MACs equivalía al monto total de hospitalizaciones pagadas de mismo modo para el mismo período; el estudio de 1998, por parte, indicó que el número de consultas por MACs superaba al número de visitas a médicos para la atención primaria de la salud (Ruggie 2004: 43).

cuidados médicos y recomendaciones estándares, como ejercicios para tratar la hipertensión o psicoterapia para tratar la depresión” (Astin, 1998: 1549).

Para su operacionalización, Astin siguió un criterio similar al de Eisenberg et al. , ya que consultó por la utilización de determinados tratamientos en el último año. Sin embargo, los tratamientos sobre los que se consultó difirieron en algunos casos. Los consultados en este estudio fueron: hierbas terapéuticas, quiropraxia, masajes, ejercicio/movimiento, altas dosis de megavitaminas, curación espiritual, dietas de estilo de vida (*lifestyle diet*), relajación, imágenes, curaciones energéticas , remedios caseros, biofeedback, hipnosis, psicoterapia, y arte- músico terapia. A diferencia de los estudios realizados por Eisenberg et. al., en este caso se indaga por la realización de ejercicio, pero solo bajo ciertas características. Por otro lado, no se hace referencia alguna a las características que tiene la curación espiritual y si ella incluye o no la plegaria individual, excluida en los trabajos de Eisenberg et. al.

El estudio indicó que el 40% de los norteamericanos de 18 años y más había usado alguna forma de cuidado alternativo durante los últimos 12 meses. Las más utilizadas han sido la quiropraxia (15,7%), las dietas de estilo de vida (*lifestyle diet*)(8,0%), ejercicio/movimiento (7,2%) y relajación (6,9%). Los problemas de salud tratados con terapias alternativas más comunes fueron dolores crónicos, ansiedad, síndrome de la fatiga crónica, “otras condiciones de salud”, tensiones musculares, problemas adictivos, artritis y dolores de cabeza. La utilización de medicinas alternativas fue hallada como más frecuente en personas más educadas, clasificadas con valores de subculturas creativas, que han tenido experiencias transformadoras sobre su visión del mundo, que tienen peores condiciones de salud, con una filosofía holística para tratar los problemas de salud y que reportan algunos problemas de salud (ansiedad, problemas de espalda, dolores crónicos o problemas urinarios). No fueron predictores de la utilización de cuidados de salud alternativos las diferencias étnicas, el sexo, la edad, los ingresos, las actitudes o experiencias negativas con la medicina convencional ni el deseo de poseer un control personal sobre los problemas relacionados con la salud. Por último, hallaron sólo el 4,4% de la población utilizaba las medicinas alternativas como primera modalidad de cuidado de la salud (Astin, 1998: 1550-1552).

Las últimas dos encuestas desarrolladas en Estados Unidos sobre las que trabajaremos son las Encuestas Nacionales de Salud (*National Health Interview Survey*) del 2002 y del 2007, años en los que incluyeron una sección denominada “Suplemento de Medicinas Alternativas y Complementarias” que indagó sobre la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias a una submuestra de la población encuestada. La misma estuvo compuesta por 31.044 adultos de 18 años y más en 2002, y por 23.393 adultos de 18 años y más en el 2007. En esta última encuesta se incluyó también una muestra de 9.417 niños y adolescentes (Barnes, Bloom y Nahin, 2008: 2). Estos autores trabajan con el concepto de MACs, entendiendo que dentro de dicho grupo hay una gran heterogeneidad que incluye desde acercamientos ancestrales hasta el New-Age con el propósito de prevenir y tratar enfermedades.

Entienden que las MACs, por definición, no son parte de la medicina convencional ya que no hay las suficientes pruebas de que ellas son seguras y efectivas.

En la encuesta del 2007 consultaron por la utilización de 36 MACs en los últimos 12 meses. Si bien no se encuentra problematizado teóricamente en el artículo, la encuesta presenta distintas divisiones entre las MACs. Una primera división está dada entre las MACs que son terapias basadas en el proveedor (son 10 en total, como la acupuntura, la quiropraxia, los curadores tradicionales) y aquellas en que los servicios del proveedor no son necesarios (26 en total, como productos naturales que no son vitaminas ni minerales, dietas especiales, o terapias de movimiento (*movement therapies*)) (Barnes, Bloom y Nahin, 2008: 2). En la segunda división agruparon a las 36 MACs en 5 categorías, siguiendo el sistema clasificatorio del Centro Nacional de Medicinas Alternativas y Complementarias (*National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM*):

1. Los sistemas médicos alternativos, que incluyen acupuntura, Ayurveda, Homeopatía, Naturopatía, y Curadores tradicionales
2. Terapias con base biológica: terapia de quelación, productos naturales que no son vitaminas ni minerales (*nonvitamin, nonmineral, natural products*)³ terapias basadas en dietas (dieta vegetariana, dieta macrobiótica, etc.) y terapia de megavitaminas.
3. Terapias basadas en la manipulación y el cuerpo: quiropraxia, osteopatía, masajes y terapias de movimiento (fildenkreis, técnica Alexander, Pilates, Integración psicofísica Trager).
4. Terapias mente-cuerpo (*mind-body therapies*): Biofeedback, meditación, imágenes guiadas, relajación progresiva, ejercicios de respiración profunda, hipnosis, yoga, tai chi, qi gong y Terapias de curación energética/reiki.

Por otro lado, sobre la medicina popular y la terapia de megavitaminas se consultó en el 2002 pero no en el 2007. Con relación a las prácticas de la medicina popular y las curaciones religiosas (de fe) (*religious (faith) healing*) (como rezar por la salud de uno mismo o que otros recen por la salud de uno) no las consideraron como MACs, siguiendo la propuesta de Kapchuk y Eisenberg (2001). Sin embargo, sí incluyeron a algunos curadores tradicionales que trabajan con medicina religiosa (Espiritista, Chamán, entre otros). En la clasificación original de la NCCAM la plegaria se encontraba dentro de las Terapias mente-cuerpo. En este sentido, es válido remarcar que Ayers y Kronenfel (2010: 5) se oponen a no incluir a la plegaria dentro de las MACs, debido al papel predominante que la misma tiene junto con la religión y la fe en la vida de los estadounidenses; a lo que le agregan el hecho de que ha habido distintos estudios en Estados Unidos en los que se ha incluido a las plegarias como una forma significativa de MACs. Otro elemento a destacar es que en la encuesta del 2007, el período de utilización de productos naturales que no son vitaminas ni minerales considerado fue de 30 días para ser congruente con otras

³ Una lista de 45 productos utilizados en los últimos 30 días, que incluía aceite de pescado o omega3, glucosamina y equinácea, entre otros.

encuestas nacionales sobre suplementos dietarios; mientras que en la del 2002, al igual que el resto de las MACs, el período de referencia fueron los últimos 12 meses (Barnes, Bloom y Nahin, 2008: 3).

Como resultado de la encuesta del 2007 pudieron estimar que el 38,8% de los adultos utilizó algún tipo de MACs en el transcurso de ese año. Las más utilizadas fueron los productos naturales que no son vitaminas ni minerales (17,7%), ejercicios de respiración profunda (12,7%), meditación (9,4%), manipulación quiropráctica u osteopática (8,6%), masajes (8,3%) y yoga (6,1%). Entre los niños la utilización de las MACs se estimó en un 11,8% y las más utilizadas fueron productos naturales que no son vitaminas ni minerales (2,8%), ejercicios de respiración profunda (2,2%), yoga (2,2%) y homeopatía (1,3%) (Barnes, Bloom y Nahin, 2008: 3-4). En el 2007, al igual que en el 2002, la utilización de MACs fue más frecuente entre las mujeres, el grupo etario de 30 a 69 años, adultos con altos niveles de educación, adultos que no son pobres, que viven en el oeste, ex fumadores, y que fueron hospitalizados en el último año. Por último, queremos destacar que la discusión en cuanto a la inclusión o no de las plegarias no es menor en cuanto al impacto que tendrían estas acciones en la utilización global de las MACs. En el caso de la encuesta realizada en el 2002, tanto la plegaria individual (realizada por el 41,5% de la población) como que otros recen por la salud de uno (23,6%) superan la utilización de cualquier otra MAC. La utilización de las MACs sin incluir a las plegarias alcanza al 36% de la población adulta, mientras que si se las incluye alcanza al 62% (Barnes et al. 2004: 5).

En resumen, reconstruyendo la operacionalización del concepto terapias no convencionales, terapias médicas no convencionales, medicina alternativa o MACs realizados en estas cinco encuestas, podemos decir que todas toman como indicadores del mismo la realización de ciertas actividades consideradas como no convencionales en el periodo de referencia del último año. En el artículo de Astin (1998), no se problematiza el criterio de agrupación de las medicinas alternativas ni tampoco se indaga si en la utilización de dichas medicinas se consultó a un terapeuta. Por otro lado, en los trabajos del Eisenberg et al. (1993, 1998), tampoco se problematiza sobre la agrupación de esas prácticas, aunque sí se incluye la dimensión de la recurrencia a un terapeuta. Por último, en el artículo elaborado por Barnes, Bloom y Nahin (2008), dan cuenta que en los Suplementos de Medicinas Alternativas y Complementarias de las Encuestas Nacionales de Salud del 2002 y del 2007, agruparon a las MACs en cinco tipos; a la vez que se indagó sobre la consulta a un terapeuta. Cabe destacar que en ninguno de los trabajos se ha considerado las credenciales que posee el proveedor como un criterio para catalogar a la práctica como MAC. Lo relevante es exclusivamente la práctica de la medicina y no por quién es “suministrada”. Por último, en los trabajos presentados, al analizarse los patrones de utilización de las MACs no se incluyó a la plegaria individual. Sin embargo, hemos dado cuenta de que esta posición es criticada por otros autores que sí la consideran.

El siguiente cuadro resume las principales características de los estudios revisados:

Autor y año de la encuesta	Definición de MNC/ MACs	Cantidad de MACs incluidas	Periodo de referencia	Estimación global de utilización⁴	MN/MACS más utilizadas
Eisenberg et al. (1993) / 1991	“intervenciones médicas que no se enseñan ampliamente en las facultades de medicina de Estados Unidos o que generalmente no están disponibles en los hospitales de Estados Unidos”	16	Utilización en su vida y en los últimos 12 meses	33,8%	técnicas de relajación, quiropraxia y masajes
Eisenberg et al.(1998)/ 1997-1998	Idem Eisenberg et al. (1993)	19	Idem Eisenberg (1993)	42,1%	técnicas de relajación, hierbas medicinales, masajes y quiropraxia
Astin (1998)/ 1997	Idem Eisenberg et al. (1993), pero excluye de la medicina alternativa “a aquellas prácticas que ya son parte de los cuidados médicos y recomendaciones estándares, como ejercicios para tratar la hipertensión o psicoterapia para tratar la depresión”	16	Durante los últimos 12 meses	40%	quiropraxia, dietas de estilo de vida (lifestyle diet), ejercicio/ movimiento y relajación
Barnes, Bloom y Nahin (2008)/ 2007	No son parte de la medicina convencional ya que no hay las suficientes pruebas de que ellas son seguras y efectivas	36	Durante los últimos 12 meses, excepto los productos naturales, no vitamínicos y no minerales que fueron los últimos 30 días	38,8%	productos naturales que no son vitaminas ni minerales; ejercicios de respiración profunda, meditación, manipulación quiropráctica o osteopática y masajes

Los estudios en Argentina

En esta sección presentaremos las características que han tenido los estudios cuantitativos realizados en Argentina sobre utilización de MACs, las formas de conceptualización y operacionalización del concepto, y los principales resultados obtenidos en dichos estudios. Se trata de los únicos estudios publicados en revistas especializadas accesibles on-line. Cabe destacar que, a diferencia de las encuestas que hemos revisado de Estados Unidos, las muestras de los estudios locales no son probabilísticas ni se han realizado con la población general, sino entre usuarios de establecimientos de

⁴ Para la población de 18 años y más durante los últimos 12 meses

salud públicos y privados. Además, dos de los estudios están centrados en pacientes que padecen enfermedades específicas (en un caso cáncer y en el otro artritis reumatoidea), y otro con población pediátrica.

El primer estudio lo realizaron Franco y Pecci (2002). Se plantearon como objetivo de investigación “conocer la prevalencia del uso de TA en personas que concurren por primera vez a la consulta clínica de un hospital general y caracterizar al paciente que las utiliza describiendo” (Franco y Pecci 2002: 112). Para ello aplicaron un cuestionario a una muestra consecutiva de 540 pacientes al consultorio externo del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas (Franco y Pecci 2002: 111) entre abril y noviembre del 2001, excluyendo a quienes por su estado mental o físico no podían responder. En este trabajo, los autores utilizan como sinónimos las *Terapias no Convencionales*, *las Medicinas no Convencionales*, *las Terapias Alternativas (TA)* y *las Terapias Alternativas No Convencionales*. Las relacionan con “diferentes corrientes filosóficas o creencias que toman en cuenta al individuo en su totalidad considerando no solamente el malestar físico sino su interrelación con aspectos emocionales, mentales y espirituales. En el tratamiento incluyen diversas prácticas y enfoques no avalados por la medicina científica occidental” (Franco y Pecci 2002: 112). Por otro lado, la utilización de medicamentos sin prescripción médica que requieren de ella fue medida aparte con el nombre de automedicación.

El documento no especifica la forma en que fue recolectada la información de la utilización de las TA (es decir, cómo se formularon las preguntas en el cuestionario). Los autores simplemente indican que fueron consideradas dos variables: 1) Utilización –algunas vez en la vida, último año y último mes- de alguna forma de TA, y 2) Formas de TA utilizadas: 1. Homeopatía, 2. flores de Bach, 3. acupuntura, 4. Masajes sin indicación médica –quiropaxia-, 5. Parapsicología, 6. Meditación, 7. Control mental, 8. Hierbas, 9 hipnosis, 10 dietas especiales sin indicación médica, 11. Sanadores espirituales, 12. Curanderos y 13. otras (p.112). Sin embargo, la forma en que está presentada y analizada la información, indicaría que se realizó a partir de una pregunta cerrada, en la que se consultó si utilizó en la vida, en el último año y en el último mes cada una de las TA.

En el artículo no está problematizada la agrupación de alguna forma de las distintas TA. Por otro lado, no se incorpora una variable para identificar si en la utilización de estas terapias se recurre a un especialista o no. Al igual que en los estudios anteriores, lo relevante es exclusivamente la práctica de la medicina y no por quién fue “suministrada” (con excepción del masaje y las dietas).

El estudio obtuvo como resultado que más de la mitad de la población (54,4%) utilizó alguna terapia alternativa alguna vez en la vida; siendo la Homeopatía y las hierbas medicinales las más utilizadas (40.8 y 37.6%, respectivamente). A su vez, quienes utilizaron en el último mes una TA alcanzó alrededor de un tercio de la muestra (33,6%). La utilización de las TA fue más frecuente entre las mujeres, los menores de 44 años, las personas con altos niveles de educación formal, quienes tuvieron sintomatología de dolor, molestias o síntomas funcionales de más de 6 meses, quienes tienen

mayor intensidad en la frecuencia a prácticas religiosas y quienes asocian a la enfermedad con problemas espirituales, mentales, familiares o afectivos (Franco y Pecci 2002).

Otro de los trabajos que veremos es el realizado por Idoyaga Molina y Luxardo (2005), quienes realizan su estudio a partir de una muestra de 200 pacientes con cáncer de 4 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires entre 1998 y 2004. Utilizaron un “diseño mixto” en el que combinaron historias clínicas, encuestas y entrevistas abiertas. El cuestionario de la encuesta tenía dos módulos, uno compuesto por variables sociodemográficas y culturales y el otro por “preguntas semi-estructuradas” acerca de la utilización de alguna terapéutica no convencional (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 391). El relevamiento se realizó entre 1998-2004 (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 390). No se explicita, sin embargo, con qué propósitos específicos se utilizó cada método, y cómo se combinaron las distintas fuentes de datos para el análisis cuantitativo.

Las autoras trabajan con el concepto de *Medicina no Convencional (MNC)* y lo definen como “cualquier práctica terapéutica a excepción de la biomedicina, conocida como medicina convencional, académica y científica” (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 390). Estas autoras agrupan a las MNC según los protocolos del National Center for Complementary and alternative Medicine (NCCAM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la antropología médica (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 391). A partir de ello, dividen a las MNC en 4 categorías: 1) medicinas alternativas/complementarias, 2) medicinas tradicionales, 3) medicinas religiosas, y 4) autotratamiento, también conocido como auto-atención o medicina casera.

Definen a las medicinas alternativas/complementarias como aquellas que no son medicina convencional, pero que tampoco son tradicionales en nuestro país. Dividen a las MACs en dos tipos: “a) los que poseen un cuerpo de conocimiento sobre la salud y la enfermedad integrados a cosmovisiones no occidentales (yoga, acupuntura, etc.) y b) las terapias aisladas que afirman tener bases científicas o pseudo- científicas que son empleadas usualmente por médicos (crotoxina, hansi, etc.)” (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 393).

Por su parte, consideran que la medicina tradicional en Argentina incluye el curanderismo y el chamanismo. A su vez plantean que las medicinas religiosas “son las practicadas en el contexto de creencias y rituales de grupos evangélicos, pentecostales, católicos y afroamericanos (umbanda)” (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 391). Por último, al autotratamiento lo definen como “la práctica de los legos. (...) Remiten a prácticas originadas en la medicina occidental, especialmente la humoral, aunque reelaboradas, como por ejemplo la clasificación de las enfermedades y de los remedios en cálidos y fríos pero no en secos y húmedos. El autotratamiento puede ser también religioso o alternativo, este último aparece especialmente en medios urbanos y sectores socioeconómicos medios y altos. Es también frecuente la automedicación con fármacos” (p.391).

Si bien en la definición de MNC no hay límites claros de qué es el autotratamiento y qué no lo es, lo dividen en 5 tipos cuando lo operacionalizan (específico para tratar el cáncer, tradicional,

religioso, alternativo y fármacos de laboratorios y productos industriales), dentro de las cuales ubican las distintas prácticas que consideran de autotratamiento. Cabe mencionar que dentro de éste incluyen la automedicación con “fármacos de laboratorios y productos industriales” (analgésicos, antitusivos, antiinflamatorios, preparados en polvo y antioxidantes) y el autotratamiento religioso (pedidos a deidades, encendido de velas, rezos, promesas y peregrinaciones).

El artículo problematiza el concepto de las MNC pero no aborda en profundidad las preguntas que se utilizaron para indagar la utilización de cada una de las medicinas. Consideremos que es un elemento particularmente importante en esta propuesta, dado la gran cantidad de prácticas que abarcan en su operacionalización. Es posible que las entrevistas cualitativas hayan permitido indagar con mayor profundidad prácticas como, por ejemplo, la de autotratamiento religioso, que Eisenberg et al. (1993, 1998) no lo consideran en el análisis de las terapias no convencionales por considerar “inapropiado” especificar los sentidos de su uso. Recordemos que se desprendía del planteo de estos autores que algunas formas de plegarias individuales podían ser consideradas como terapias alternativas, pero que por la complejidad que implicaba determinar cuándo era utilizado de esa forma y cuándo no, no se consideró en su investigación. Por otro lado, en el artículo de Idoyaga Molina y Luxardo no se indica el período de referencia cuando se pregunta por la utilización de MNC, y si captaron la utilización solo para el cáncer.

Como resultado de la investigación, encontraron que 90% de los pacientes entrevistados utilizó MNC, siendo la mayoría los que consultaron/practicaron más de una. Entre quienes consultaron/practicaron una MNC, el 97% realizó autotratamiento, el 72% MACs (67% como complementaria y 5% como alternativa), el 42% Medicinas Religiosas y el 22% Medicinas Tradicionales. No se encontraron diferencias significativas en la cantidad de terapias consultadas a partir de la edad y el sexo; aunque sí se encontraron diferencias significativas en el tipo de medicina consultada de acuerdo al sexo (los hombres se volcaron más por el autotratamiento y las mujeres por las MACs). La utilización de medicina tradicional fue mayor entre migrantes o derivados del interior. El nivel educativo y el ingreso no fueron variables consideradas, debido a la fuerte homogeneidad de la muestra considerada. Sin embargo, comparando con otra población de pacientes con educación universitaria e ingresos medios y altos, encontraron que estos últimos utilizan en mayor cantidad MNC. Por último, cabe destacar que encontraron que solo el 8% de los que utilizaron MNC se lo comentaron a profesionales biomédicos.

El tercer estudio que comentaremos es el realizado por Fiorentino et al. (2007), cuyo objetivo fue estudiar la frecuencia y características de la utilización de la MA [Medicina alternativa] en pacientes con AR [Artritis Reumatoidea] que concurren al consultorio externo de Reumatología del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba y establecer los factores predictivos que llevaron a su uso (Fiorentino et al. 2007: 31). Para ello, aplicaron un cuestionario autoadministrado a una muestra consecutiva de 103 pacientes con AR, entre junio y septiembre del 2006.

Estos autores reconocen la existencia de distintas formas de conceptualizar a las terapias alternativas y complementarias o medicina alternativa (que utilizan como sinónimos). Así plantean que diversos autores las definen como “sistemas médicos y de cuidados de la salud, efectores y productos que no están actualmente considerados como parte de la medicina tradicional”; o como “grupo de tratamientos que están fuera de los parámetros de los tratamientos convencionales”(TC); o “cualquier intervención no indicada por un médico” (Fiorentino et al. 2007: 32)⁵. Observamos que hay una tensión entre estas tres definiciones, ya que en las primeras dos es la práctica o la terapia lo que hace que una medicina sea no convencional; mientras que en la tercera es quien la practica o indica. Esta tensión no es problematizada en el artículo, a pesar de que se reconoce que la definición de lo que es la MA es un factor que puede incidir en el registro de su utilización. Definen las MA como “toda terapia que no haya sido indicada por un médico matriculado o que no esté considerada dentro de la medicina tradicional” (Fiorentino et al. 2007: 32). O sea, que optan por considerar el doble criterio para la definición de las MA: ser una práctica o terapia no biomédica, y que no la ejerza un médico matriculado. Sin embargo, cuando operacionalizan el concepto, es sólo el tipo de práctica lo que se considera para determinar si una práctica es una MA.

En el trabajo se indica que el cuestionario constaba de 6 preguntas de opciones múltiples y 6 preguntas de opciones múltiples y desarrollo. Se utilizó como filtro la utilización o no de MA, “Se preguntó a los pacientes si alguna vez habían utilizado la MA; en caso de respuesta positiva se continuó el cuestionario” (Fiorentino et al. 2007: 32). Por la descripción realizada, pareciera que quedó a criterio del paciente cuál de sus prácticas de salud era considerada una MA, lo que plantea dudas acerca de si dicho criterio coincidía con el de los investigadores. Una vez que el encuestado pasaba ese primer filtro, se indagaba por el uso de “18 tipos distintos de MA (oradores, homeopatía, quiropraxia, terapia a base de hierbas, meditación, preparado de cartílago de animal, relajación, tai chi, curanderos, sanadores, acupuntura, oleoterapia, pulseras de cobre u otro material, termoterapia, hipnosis, celuloterapia, neuropatía y medicación popular) (...) y una opción abierta para describir otras MA” (Fiorentino et al. 2007: 32-33).

Entre las prácticas que las personas podían identificar como MA encontramos algunas relacionadas con los que Idoyaga Molina y Luxardo (2005) denominan MACs, Medicina Tradicional, Medicina religiosa y autocuidado. Nuevamente aquí no aparece el consumo de medicamentos sin indicación médica ni la plegaria individual.

Los autores encontraron que el 46,6% de los encuestados utilizaron alguna MA en algún momento de su enfermedad, pero entre estos solo el 29,9% las continuaba utilizando. Las MAs más utilizadas fueron la acupuntura (45,8% de los que utilizaron una MA), la homeopatía (33,3%) y la

5- Nótese que el sentido que se le da a medicina tradicional es distinto al que le dan Idoyaga y Luxardo (2005), en este caso hace referencia a la medicina hegemónica o biomedicina.

terapia a base de hierbas (29,9%). La utilización fue más frecuente entre pacientes con nivel de educación universitario, pero no hubo diferencias significativas por sexo y edad. Entre los motivos para la utilización de MA “el 47,9% (n=23) respondió que lo hizo para complementar el TC [Tratamiento Convencional], el 33,3% (n=16) por considerarla más sana y natural o por consejo de amigo o familiar, el 25% (n=12) por falta de eficacia del TC” (Fiorentino et al. 2007: 33). Por último, los autores destacan que un poco menos de la mitad de los que utilizaron MA no le comunicaron a su médico que lo estaban realizando. Entre las causas, “el 20,8% (n=10) expresó que el médico no se lo preguntó, igual porcentaje respondió que usaba estas prácticas antes de la consulta al médico y sólo el 14,6% (n=7) porque temía que el profesional no aprobara esta actitud” (Fiorentino et al. 2007: 33).

Otro de los trabajos sobre esta temática en Argentina es el realizado por Eymann et al. (2009), cuyo objetivo fue “Conocer la prevalencia de uso, los motivos para consultar, los beneficios percibidos y la comunicación al pediatra de cabecera de familias que consultan en medicinas alternativas u complementarias” (Eymann et al. 2009: 321). Para ello se realizó una encuesta en el Hospital Italiano sobre la población de “niños sanos de 4 a 17 años que concurrieron a la Central de Emergencias Pediátricas acompañados por un adulto responsable”⁶ (Eymann et al, 2009: 321). Respondieron a la encuesta 246 acompañantes de los niños. Estos autores trabajan con el concepto de MACs y siguiendo a Low et al⁷ (2008) definen a las MACs como “el conjunto de sistemas, prácticas o productos médicos y de atención de la salud no considerados parte de la medicina convencional que, en nuestro país, es la medicina alopática occidental” (Eyman et al. 2009:321-322). O sea que definen a las MACs en oposición a la medicina alopática.

Más adelante hacen referencia a las “medicinas tradicionales o indígenas” como “prácticas que son frecuentes en América como herencia de los pueblos aborígenes. Son de fácil acceso y están arraigadas en la cultura de la comunidad, principalmente en las poblaciones rurales y suburbanas, por lo que no se las indagó en este estudio” (Eyman et al. 2009:321-322). La única mención que se realiza a estas medicinas es la citada. A partir de ello, no puede establecerse si para estos autores las medicinas tradicionales son parte de las MACs o no. Sin embargo, por la definición nominal de las MACs, la medicina tradicional sería parte de ellas, por lo que la aclaración daría cuenta simplemente de que no se estudiará esta parte de las MACs debido a que es utilizada principalmente por población rural y suburbana.

Incluyeron entre las MACs 13 prácticas: “homeopatía, acupuntura, reiki, digitopuntura, reflexología, medicina naturista, quiropraxia, fitoterapia, medicina china, osteopatía, medicina ayurveda y medicina antroposófica” (Eyman et al. 2009: 322). Para captar el conocimiento de las MACs, en el

⁶ Excluyeron a los pacientes con enfermedades que requerían atención de urgencia y a aquellos que tenían enfermedades crónicas.

⁷ Low E, Murray DM, O'Mahony O, et al. Complementary and alternative medicine use in Irish paediatric patients. *Ir J Med Sci* 2008;177(2):147-150, citado en Eyman et al 2009:321-322

cuestionario incluyeron la siguiente pregunta cerrada: “¿Tiene algún conocimiento acerca de las siguientes medicinas alternativas o complementarias?”. Allí incluyeron las 13 prácticas anteriormente mencionadas y la opción “otra”, solicitando a los acompañantes de los niños que marquen con una cruz las que conocían. Luego se les consultó si el niño al que acompañaban había utilizado alguna de las terapias antes mencionadas y se les consultó por cuál de ellas.

Como resultado del estudio encontraron que el 84,5% de los que respondieron la encuesta conocía alguna de las MACs (con el 76% la homeopatía fue la más conocida). Por otro lado, el 13% de los niños usó alguna MACs en alguna oportunidad (con el 8,8% la homeopatía fue la más utilizada). Casi todos los niños que utilizaron MACs (96,7%) continuaron con su pediatra de cabecera, pero en el 42% no se le informó de la utilización de las MACs.

El último de los trabajos que veremos es el realizado por Ikonikoff et al. (2010), que con el objetivo de conocer la utilización que hacen los pacientes adultos del sistema prepago del Hospital Italiano de Buenos Aires de las medicinas complementarias (MC), y sus motivaciones para la elección de las mismas. Aplicaron un cuestionario autoadministrado a una muestra de 600 pacientes mayores de 18 años (120 pacientes de cada uno de los cinco centros en que se brinda atención primaria de la salud del hospital Italiano) entre septiembre y octubre del 2003.

En este trabajo se utiliza el concepto de Medicinas Complementarias y denominan a tales medicinas como el “conjunto de prácticas para la salud que no están integradas al sistema de cuidados dominante” (Ikonikoff et al. 2010: 2). Entre las medicinas que consideran complementarias encontramos a la Homeopatía, Acupuntura, Flores, Digitopuntura, Quiropraxia, Reflexología, Fitomedicina, Naturopatía, Medicina China, Osteopatía, Macrobiótica, Antroposofía y Ayurveda. Si bien debido a la definición que realizan de las MC se podrían incluir las prácticas ligadas a lo que Idoyaga Molina y Luxardo (2005) denominan medicina religiosa y medicina tradicional, solo se incluyen lo que dichas autoras engloban bajo el concepto de MACs. Por otro lado, en el artículo de Ikonikoff et al. no se explicita la forma en que se consultó por la utilización de las MC, solo se indica que la encuesta fue autoadministrada y que para la confección del cuestionario consultaron bibliografía internacional y que habían previamente realizado entrevistas cualitativas con pacientes, médicos y otros trabajadores de la salud (Ikonikoff et al. 2010: 2-3).

El estudio obtuvo como resultado que el 64,5% de los entrevistados utilizó MC alguna vez en su vida. La medicina más utilizada fue la homeopatía (representando el 59,9% de los que utilizaron alguna MC), seguido por la acupuntura (39,0%). Se observó una mayor utilización entre las mujeres, entre quienes tienen estudios terciarios o más y entre los mayores de 48 años. Por otro lado, entre quienes utilizaron estas medicinas, el 78,1% cree que mejoró su sintomatología. Por último, el 76,5% de los pacientes utilizaría alguna de estas medicinas “si tuviera posibilidades de acceder a un consultorio de atención médica formal que incluyera tratamientos de Medicinas Complementarias” (Ikonikoff et al.

2010: 5), alcanzando el 85,0% entre quienes la han usado alguna vez en la vida y el 59,6% entre quienes no.

Resumiendo, el texto de Idoyaga Molina y Luxardo(2005) es el único que problematiza la agrupación de las MACs, sin embargo en la mayoría de los otros trabajos aparecen distintas medicinas representantes de cada una de los grupos diferenciados por dichas autoras. Una excepción a ello son los trabajos de Fiorentino et al. (2009) y Eymann et al (2010), en los que no se consulta por la medicina tradicional (curanderos y chamanes) ni por la medicina religiosa. Por otro lado, observamos que existe mucha variabilidad en las terapias y prácticas que se incluyen entre las MACs, lo que dificulta comparar los resultados de los estudios. Con excepción Eyman et al. (2009), los artículos no explicitan qué preguntas se incluyeron para captar su utilización, y en algunos casos tampoco se aclara el período de referencia.

En el siguiente cuadro resumimos las principales características de los estudios comentados:

Autor y año de la encuesta	Definición de MNC/MACs	Cantidad de MACs incluidas	Universo del estudio	Periodo de referencia	Estimación global de utilización	MN/MACs más utilizadas
Franco y Pecci (2002)/ 2001	“diferentes corrientes filosóficas o creencias que toman en cuenta al individuo en su totalidad considerando no solamente el malestar físico sino su interrelación con aspectos emocionales, mentales y espirituales. En el tratamiento incluyen diversas prácticas y enfoques no avalados por la medicina científica occidental”	13	Pacientes que concurren por primera vez al consultorio externo del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas entre abril y noviembre del 2001	Algunas vez en la vida, último año y último mes	54,4% Alguna vez en la vida y 33,6% el último mes. No se publica la utilización de al menos una TA para los últimos 12 meses.	Homeopatía, Hierbas medicinales, Dietas especiales sin indicación médica, Masajes sin indicación médica
Idoyaga Molina y Luxardo, (2005)/ 1998 a 2004	“cualquier práctica terapéutica a excepción de la biomedicina, conocida como medicina convencional, académica y científica”	Las agrupan en 4 grandes categorías, pero no se especifica la cantidad sobre las que se indaga en cada una	Pacientes con cáncer de 4 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires entre 1998 y 2004	No se aclara referencia temporal ni de ningún tipo.	90% utilizó	No se indican cada una de las MNC, sino por categorías agrupadas de MNC. Las categorías más utilizadas fueron el autotratamiento y las MACs ⁸

⁸ Recordemos que Las autoras definen a las medicinas alternativas/complementarias (MACs) como una categoría dentro de las Medicinas no Convencionales (MNC). Se trata de aquellas que no son medicina convencional pero tampoco son tradicionales en nuestro país.

Fiorentino et al. (2007)/ 2006	“toda terapia que no haya sido indicada por un médico matriculado o que no esté considerada dentro de la medicina tradicional”	18	Pacientes del consultorio externo de Reumatología del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba desde junio hasta septiembre de 2006.	Algún momento de su enfermedad ⁹	46,6% de los encuestados utilizaron alguna MA en algún momento de su enfermedad	Acupuntura homeopatía y terapia a base de hierbas
Eymann et al. (2009)/ 2006	“el conjunto de sistemas, prácticas o productos médicos y de atención de la salud no considerados parte de la medicina convencional que, en nuestro país, es la medicina alopática occidental”	13	Niños sanos de 4 a 17 años que concurren a la Central de Emergencias Pediátricas del Hospital Italiano en octubre del 2006	alguna vez en la vida	13%	Homeopatía, Acupuntura y Reiki.
Ikonikoff et al. (2010)/ 2003	“conjunto de prácticas para la salud que no están integradas al sistema de cuidados dominante”	13	Pacientes adultos del sistema prepago del Hospital Italiano de Buenos Aires entre septiembre y octubre del 2003	Alguna vez en su vida y en el último año.	64,5% de los entrevistados utilizó alguna vez en su vida. No se publica el % utilizado en el último año.	Homeopatía y Acupuntura.

Discusión

Tanto en la literatura norteamericana como en la local observamos las dificultades en definir las MACs, y en consecuencia en cuantificar su utilización.

En los estudios estadounidenses, los mayores problemas están asociados con las prácticas que se incluyen al relevar la utilización de las MACs. La cantidad de prácticas incluidas en los artículos revisados oscilan entre 16 y 36. Por otro lado, hemos visto que ninguno de estos trabajos incluye a las plegarias individuales al momento de analizar los patrones globales de las MACs, sin profundizar en una justificación teórica de tal decisión (las cuantifican por separado). Este es un rasgo particularmente importante de estos estudios dada la importancia que tienen dichas prácticas en la población norteamericana.

En cuanto a los estudios nacionales revisados, no es posible hacer estimaciones sobre el uso global MACs, cuáles son las más utilizadas, e indagar perfiles socio-demográficos y culturales

⁹ Los resultados se presentan de esa forma. Sin embargo, veáse en el desarrollo de la ponencia las dificultades existentes en el artículo asociadas con este período de referencia.

asociados con distintas modalidades de cuidado. Esto se debe a varias limitaciones: 1. No utilizan muestras probabilísticas; 2. Los relevamientos no se hicieron con población general sino con usuarios de servicios de salud; 3. Algunas encuestas se realizaron con sub-poblaciones específicas (niños, personas que padecen cáncer, o artritis reumatoidea); 4. Existe una gran variabilidad en las MACs por las que se indaga; y 5) en algunos casos no hay coincidencia, o no se especifica en las publicaciones, el período de referencia que se considera para registrar la utilización. Los tres últimos factores impiden además comparar los resultados de los estudios.

Una mayor estandarización en la definición de MACs y acuerdos a nivel nacional sobre cuáles modalidades de cuidado incluir (dejando siempre una opción “otros” de respuesta abierta) facilitaría el estudio de tendencias en el consumo aún sin contar con encuestas nacionales y probabilísticas. Sugerimos también unificar criterios para determinar el período de referencia en el uso, y preguntar por el último mes, en el último año y alguna vez. Esto permitiría observar discontinuidades en el uso de MACs, y no correr el riesgo de subregistrar MACs que no requieren un uso, o práctica prolongada o muy frecuente (se puede meditar todos los días para mantener la salud o disminuir el stress, pero ir una vez cada seis meses al quiropráctico o al homeópata).

Teniendo en cuenta la tradición local en la práctica de algunas MACs, sugerimos que las encuestas específicas sobre su utilización sean sensibles a los contextos de provisión. Un tratamiento de Ayurveda, Acupuntura, Homeopatía, o Naturopatía puede ser provisto por un médico o un especialista sin formación en biomedicina. Captar esta circunstancia refinaría el análisis de la utilización y provisión de MACs cuyo consumo está mediado por la consulta a un especialista, y contribuiría a describir con una mayor complejidad el pluralismo terapéutico en países como la Argentina. Esto nos llevaría a repensar la misma definición de MACs y de la medicina convencional, y a superar visiones dicotómicas que en ocasiones pueden distorsionar los datos que construimos sobre las preferencias de consumo de medicinas no convencionales por parte de los usuarios/pacientes. Entendemos, sin embargo, que esta distinción complicaría aún más el diseño del cuestionario ya que los usuarios pueden desconocer las credenciales de los proveedores, y/o considerar como un médico a un especialista que no posea dicho título. Por ello sería necesario realizar un estudio piloto para explorar la forma apropiada de preguntarlo.

Para finalizar, nos gustaría destacar la importancia de incluir en los trabajos sobre la utilización de MACs un apartado en el que se reflexione sobre la definición conceptual que se adopta, así como la forma en que es operacionalizado el concepto, y que se incluyen las preguntas del cuestionario. A lo largo de esta presentación señalamos la variabilidad existente en los estudios que relevan su uso y cómo la misma puede tener una fuerte incidencia en los resultados obtenidos.

Bibliografía

Astin, J.A. (2000). "The Characteristics of CAM Users: A Complex Picture," in Kelner, M. and B. Wellman. (Eds.) *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, Amsterdam: Harwood.

Ayers, S. L., y Kronenfeld, J. J. (2010) "Using factor analysis to create complementary and alternative medicine domains: An examination of patterns of use" *Health (London,)* 14(3): 234–252.

Barnes, P.M., Bloom, B. y Nahim, R. L. (2008) *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007*. National Health Statistics Reports, US Department of Health and Human Services.

Barnes, P.M. Powell-Griner E, McFann K, Nahin R. *CDC Advance Data Report #343*. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002. May 27, 2004.

Eisenberg D.M., Ronald, C., Kessler, R. G., Foster, C., Norlock, F.E., Calkins, M.D., y Delbanco, T. (1993) "Unconventional Medicine in the United States" *The new England Journal of Medicine*, 328: 246-252.

Eisenberg, D. M., Davis R. B., Ettner, S., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., and Kessler, R.C. (1998) "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey", *Journal of the American Medical Association*, 280, 18:1569-1575.

Eyman, S.; Bellomo, M.; Catsicaris, C. y Wahren, C. (2009) "Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad", *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(4):321-328.

Fiorentino, M. S., Cuestas, E., Saurit, V., Alvarellos, A. y Caeiro, F. (2007) "La utilización de la medicina alternativa en pacientes con artritis reumatoidea", *Revista Argentina de Reumatología*, 18 (4): 31-36.

Franco, J. y C. Pecci (2002) "La relación médico paciente, la medicina científica y las terapias alternativas," *Medicina*, 62:111-118.

Freidin, B. (2007) *Acupuncture Worlds in Argentina: Contested Knowledge, Legitimation Processes, and Everyday Practices*. Tesis de Doctorado, Brandeis University, Departamento de Sociología, Waltham, MA, USA.

Freidin, B. y R. Abrutzky (2010). “Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios“. Documento de Trabajo N 54. Bs As: IIGG; UBA.

Idoyaga Molina, A. y Luxardo, N. (2005) “Medicinas no convencionales en Cáncer”, *Medicina*, 65(5) :390-394.

Ikonikoff , M. A., Alderete, M. y Vázquez Pena, F. R. (2010) “Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población argentina”, *Medicina y Sociedad*. 30(1).

Jonas, W. (2002) “Policy, the Public, and Priorities in Alternative Medicine Research,” *Global Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences. Vol. 583 (29-43)

Organización Mundial de la Salud (2002) *Estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra.

Ruggie, M. 2004. *Marginal to Mainstream. Alternative Medicine in America*. Cambridge: Cambridge University Press.