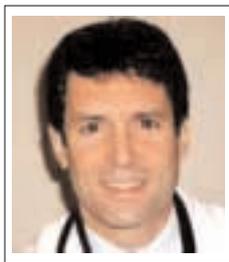


# LA INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL: TENDIENDO UN PUENTE SOBRE LAS TURBULENTAS AGUAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

**DAVID L. KATZ, MD, MPH, FACPM**

*Associate Clinical Professor of Epidemiology, Public Health and Medicine. Yale University School of Medicine.  
Director, Yale Prevention Research Center.  
Director, Integrative Medicine Center at Griffin Hospital.  
Derby, CT, USA*



Especialista en Medicina Interna y Medicina Preventiva. Es Director del Yale Prevention Research Center, financiado por los Centers for Disease Control, donde supervisa numerosos estudios sobre prevención de enfermedades crónicas. Es fundador y Director del Integrative Medicine Center, en el Griffin Hospital, donde se proporciona a los pacientes una asistencia dual alopática y naturopática conforme a un exclusivo modelo de toma de decisiones por consenso. Es autor de 50 trabajos científicos y 6 libros, y conferenciante habitual, tanto en los Estados Unidos de Norteamérica como en otros países, sobre temas relacionados con la prevención de enfermedades, promoción de la salud, nutrición y medicina integrativa.

## Resumen

*La medicina alternativa y complementaria (MAC) es cada vez más popular. Cada vez más los pacientes comparten la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud con sus médicos. A la par, el gran hincapié que se hace desde la medicina convencional en los principios de la práctica basada en pruebas lleva a muchos médicos a rechazar las MAC en su totalidad. A pesar de que éstas presentan deficiencias derivadas de su falta de pruebas, estas carencias no son universales ni uniformes, ni son realmente distintivas respecto de la medicina convencional, en la que también se dan en abundancia. La reticencia de muchos médicos alopáticos al uso de las MAC provoca no su abandono por parte de los pacientes, sino su ocultamiento. Como resultado, ambas medicinas discurren en paralelo tras un muro de silencio y de peligrosa ignorancia. Reconociendo que la evidencia ha de generarse de manera continua, que las necesidades del paciente a menudo sobrepasan los límites de la evidencia médica, que la autonomía del paciente es incuestionable, que tanto las MAC como la medicina convencional incluyen prácticas de verdadero mérito y otras de ninguno, y que lo mejor es orientar a los pacientes desde una visión que abarque el espectro de opciones razonables más amplio posible, seremos capaces de tender un puente entre las dos posturas. La medicina integrativa, fusión de la medicina convencional y de las MAC, es ese puente.*

**Palabras clave:** Medicina convencional. Medicinas alternativas. Medicinas complementarias. Medicina basada en la evidencia. Medicina integrativa.

## Abstract

### **THE INTEGRATION OF NON-CONVENTIONAL AND CONVENTIONAL MEDICINE: BUILDING THE BRIDGE OVER HEALTHCARE'S TROUBLED WATERS**

*Complementary and alternative medicine (CAM) is increasingly popular. More and more, patients share in health care decision-making with their providers. Concomitantly, an increasing emphasis in conventional medicine on principles of evidence-based practice induces many physicians to reject CAM wholesale. While CAM is handicapped by deficiencies in the underlying evidence, these deficiencies are neither uniform nor universal, nor does this truly distinguish CAM from conventional medicine, where evidence gaps are also abundant. Nonetheless, reticence about CAM among conventional physicians abounds, causing patients not to abandon these practices, but to keep them secret. The result is health care on either side of a divide of silence, and dangerous ignorance. By recognizing that evidence falls on a continuum, that patient need often extends beyond the edge of evidence, that patient autonomy is here to stay, that CAM and conventional medicine both harbor practices of genuine merit, and practices of none, and that we are at our best when guiding patients toward what is best for them from among the widest possible array of reasonable choices, we may bridge that divide. Integrative medicine, the blending of conventional medicine and CAM, is that bridge.*

**Key words:** Conventional medicine. Alternative medicines. Complementary medicines. Evidence-based medicine. Integrative medicine.

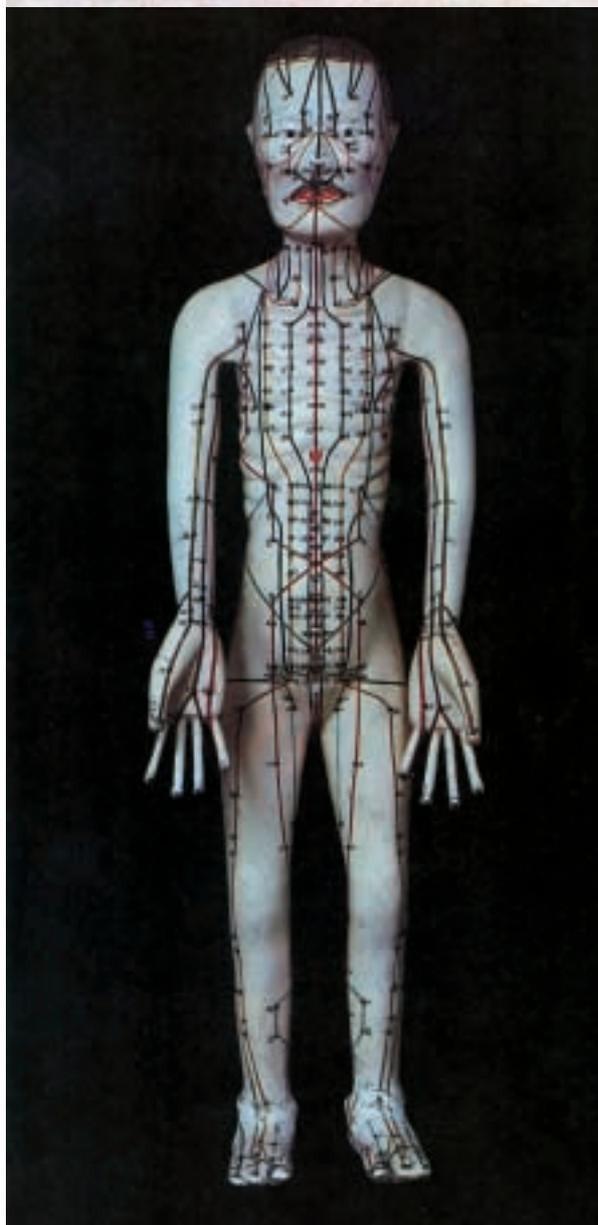
## Introducción

La expresión «medicina alternativa y complementaria», o «MAC», es una de las muchas denominaciones que reciben diversas prácticas médicas no comúnmente impartidas a los estudiantes en las facultades de medicina, ni incorporadas a la práctica médica convencional. Cada uno de los términos utilizados para referirse a tales prácticas está limitado o es de algún modo objetable. La denominación «alternativa» implica tanto que tales prácticas se definen por lo que no son, como que son excluyentes de la asistencia médica convencional. Si se usa el calificativo de «complementaria» se da a entender que estas prácticas son suplementarias de la medicina «principal». Por otro lado, en diferentes trabajos<sup>1, 2</sup> se ha comentado lo incongruente que resulta sugerir que dichas prácticas son tanto «alternativas» a los cuidados de salud convencionales como «complementarias» de los mismos. A pesar de sus deficiencias, «MAC» es el apelativo más comúnmente utilizado.

Cualquiera que sea el término con el que se las denomine, las prácticas MAC armonizan un amplio espectro de enfoques del cuidado de la salud, entre los que se incluyen la medicina naturopática, la quiropráctica, la medicina tradicional china, la acupuntura, la medicina mente-cuerpo, la homeopatía, el masaje, y muchas otras prácticas. Algunos de los rasgos más ampliamente compartidos por las diferentes modalidades MAC son: el hincapié que se hace en la individualización del cuidado; la dedicación de tiempo y atención a cada paciente; la confianza o la fe en los poderes curativos del cuerpo, y en la naturaleza. Al margen de estas características unitarias, la MAC es de hecho un cúmulo de prácticas extremadamente heterogéneo, que abarca desde las opciones bien fundamentadas sobre pruebas científicas hasta aquellas que escapan a cualquier explicación científica plausible<sup>3</sup>, realizadas éstas últimas por personas de muy diversa índole en cuanto a formación y credenciales. Algunos practicantes de MAC, que se consideran a sí mismos profesionales, no cuentan con una formación oficial ni gozan de ningún tipo de acreditación formal. En el otro extremo, a los médicos naturópatas se les exigen los mismos cuatro años de posgrado para la obtención de su título de doctores en Naturopatía que al resto de los médicos para el suyo. El ámbito competencial de la práctica naturopática está regulado por los estados en los EEUU.

Algunas de las distinciones entre las disciplinas médicas se reflejan en sus nombres. La medicina convencional es conocida como «medicina alopática»,

**Las MAC son un cúmulo de prácticas heterogéneo; abarcan desde opciones bien fundamentadas sobre pruebas científicas hasta otras que escapan a cualquier explicación científica plausible.**



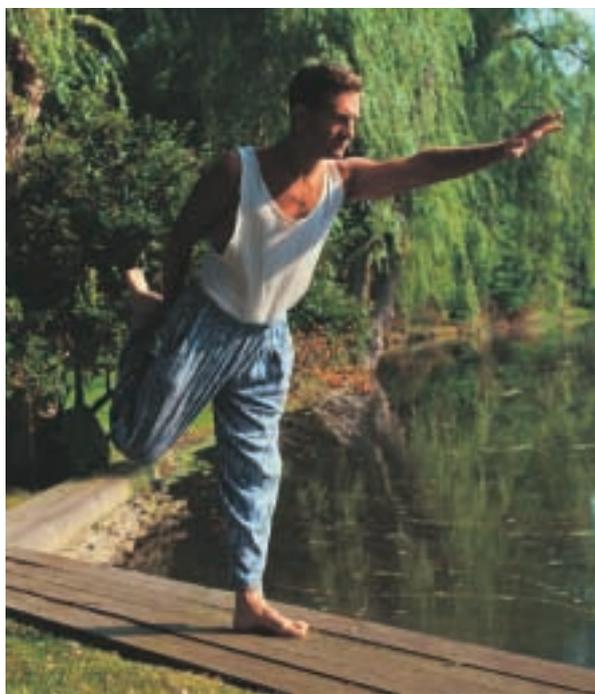
Las medicinas alternativas y complementarias incluyen un amplio espectro de enfoques del cuidado de la salud, entre los que figura, junto a otros muchos, la medicina tradicional china.

término en el que «alo» significa diferente y «pática» hace referencia a enfermedad. El principio fundamental de la terapia alopática es el de «atacar» los procesos morbosos con terapias que no guardan relación con la afección tratada. Por lo contrario, la medicina «homeopática» se basa en tratamientos considerados similares a («homeo») los síntomas a tratar, en el convencimiento de que el cuerpo acabará con la enfermedad respondiendo al remedio utilizado. La medicina «naturopática» confía, obviamente, en los tratamientos naturales en su forma de plantearse el tratamiento y la curación.

El interés por la medicina alternativa y complementaria (MAC) y su uso han experimentado un espectacular incremento en los últimos años. Aproximadamente 83 millones de personas en los Estados Unidos (42% de la población adulta) han manifestado haber hecho uso de al menos una terapia alternativa (1997), con una proporción de una de cada dos personas con edades que van de los 35 a los 49 años que han utilizado una o más terapias alternativas<sup>4</sup>. En 1997, el número de visitas a los practicantes de terapias alternativas superó en 243 millones al de las realizadas a todos los médicos de atención primaria<sup>5</sup>; en la mayoría de los casos el tratamiento alternativo se solicitaba para las enfermedades crónicas, los síndromes y el dolor. Un porcentaje creciente de personas buscan la ayuda de un profesional alternativo a la vez que son tratados por un médico alopático; concretamente, de un 8,3% en 1990 pasó a un 13,7% en 1997.

Por lo que respecta a la popularidad de los tratamientos alternativos, es particularmente revelador el hecho de que la magnitud de la demanda de estas terapias continúa aumentando, a pesar de que los seguros no cubren estos servicios. La población de los EEUU realizó un gasto de aproximadamente 21.200 millones de dólares en visitas a practicantes alternativos en 1997, lo que supone un incremento del 45% respecto a 1990<sup>5</sup>. La mayoría -un 58%- de los que recurrieron a las terapias alternativas lo hizo con «finalidades preventivas», mientras que un 42% lo hizo por problemas médicos concretos<sup>5</sup>. El uso de terapias alternativas es más prevalente entre la población blanca, femenina, y de alto nivel cultural y económico<sup>5</sup> (con ingresos que superan los 50.000 dólares). Aunque el uso de las MAC se da principalmente entre las personas de entre 30 y 49 años<sup>5</sup>, se ha observado un incremento (actualmente fijado en un 39,1%) entre los pacientes que sobrepasan los 65 años de edad, y es probable que aumente debido a la mayor incidencia de enfermedades crónicas a medida que la población envejece. Se ha observado que el uso de la MAC ha

**La disponibilidad de los tratamientos MAC puede ser considerada un medio importante para el fortalecimiento del papel del paciente.**



Hay una notable coincidencia entre los estudios realizados acerca de que una de las razones, entre otras, por las que las personas recurren a las medicinas alternativas y complementarias es el interés y mayor conocimiento de la manera en que factores como el estilo de vida afectan a la salud, y la adopción de una actitud más abierta hacia la prevención de la enfermedad y la salud en su integridad.

resultado ser especialmente elevado entre los pacientes con enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedades reumáticas, cáncer, sida, problemas de espalda, ansiedad, dolores de cabeza y dolor crónico.

Entre los factores predictores del uso de cuidados de salud alternativos se pueden citar los siguientes: un pobre estado de salud; una visión filosófica holística de la salud y la vida; el padecimiento de afecciones crónicas; la pertenencia a un grupo cultural comprometido con el medio ambiente y/o el feminismo; y el interés por la espiritualidad y por la psicología del crecimiento personal<sup>6</sup>. Aunque los resultados de las investigaciones varían de alguna manera, todos hacen referencia a las siguientes razones por las cuales las personas recurren a las MAC: la insatisfacción por la falta de capacidad de la medicina convencional para tratar las enfermedades crónicas; el deseo de evitar los efectos secundarios perjudiciales de la medicina tradicional y los tratamientos con efectos adversos; el interés por y el mayor conocimiento de cómo los factores nutricionales, emocionales y del estilo de vida afectan a la salud; y un enfoque más abierto hacia la prevención de la enfermedad y la salud en su integridad<sup>5, 6</sup>.

Según esto, el acceso a las modalidades de las MAC proporciona a los pacientes mayores oportunidades de recibir los cuidados que se ajustan a sus creencias y preferencias. La disponibilidad de los tratamientos MAC puede entonces ser considerada un medio importante para el fortalecimiento del papel del paciente. En esta misma línea, la disponibilidad de las MAC y un enfoque de los cuidados centrado en el paciente pueden considerarse factores

fundamentalmente interrelacionados. Dada la popularidad de las MAC, podría argumentarse que la mayoría de los pacientes no pueden afianzar su poder de decisión sobre los cuidados de salud sin un acceso razonable a, por los menos, ciertas terapias MAC.

A pesar del significativo incremento en el uso de las terapias alternativas a lo largo de los últimos años, menos de un 40% de los usuarios de medicina alternativa en los Estados Unidos manifiesta que lo es a su médico de atención primaria<sup>5</sup>, hecho que pone de relieve una importante desconexión entre las preferencias de los pacientes y su voluntad de compartir

Sin embargo, no es esta falta de pruebas lo que establece una clara distinción entre las prácticas de la medicina convencional y las de las MAC. La Office of Technology Assessment (Oficina de Evaluación de Tecnologías) del Congreso de los Estados Unidos ha estimado que menos de un 30% de los procedimientos utilizados actualmente en la medicina convencional han sido rigurosamente comprobados<sup>14</sup>. Una razón por la cual la mayoría de las terapias alternativas no están basadas en pruebas es que fueron introducidas antes del advenimiento de los estudios clínicos controlados y aleatorizados. Tales limitaciones son también constatables en la medicina convencional, aunque en su



El desencuentro en el que viven la medicina oficial y las medicinas no convencionales da lugar a un sistema sanitario no integrado o, aún peor, desintegrado. (Obra de Salvador Victoria. Por gentileza de PRESTIGE magazine.)

estas visiones con sus médicos<sup>5-12</sup>. Esta importante deficiencia en la comunicación entre el médico y el paciente<sup>7-9, 13</sup> podría reflejar insatisfacción con la medicina convencional<sup>6, 12</sup>, falta de confianza, o una realista apreciación del desinterés de los médicos.

Existe una reticencia relativamente extendida, si no una oposición frontal, a las prácticas MAC entre los médicos alopáticos. Los que más se oponen al uso de las MAC arguyen que los terapeutas alternativos no tienen los vastos conocimientos que son necesarios para diagnosticar adecuadamente una enfermedad, y a menudo hacen referencia a la falta de pruebas sobre la eficacia de las MAC<sup>6</sup>.

caso se pasan por alto debido a la aparente o ya reconocida eficacia de un tratamiento particular. El uso común y aceptado de agentes antitrombóticos para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones (infarto de miocardio, ictus, embolia pulmonar y muerte) apoya este punto de vista. Tres de las sustancias prescritas por los médicos alopáticos a millones de pacientes cada día -la warfarina, la aspirina y la heparina- fueron introducidas con anterioridad a la era de los estudios clínicos controlados, y por ello no fueron sometidas a los rigurosos estándares de investigación hoy vigentes<sup>15</sup>. Pocos médicos manifestarían que estos agentes son tratamientos «no convencionales» por el simple hecho de que no se



En los EEUU, los hospitales se muestran cada vez más proclives a atender el interés del público por las medicinas alternativas y complementarias, poniendo a su disposición algunas de las terapias más claramente benignas, como el masaje.

realizaron estudios clínicos controlados en el momento de su introducción. Por lo demás, muchas intervenciones de las MAC están, en realidad, validadas por estudios metodológicamente rigurosos<sup>5</sup>. Ciertamente existen disparidades entre las pruebas aportadas por la medicina convencional y las de las prácticas MAC, y parece que persistirán a causa de las grandes diferencias existentes por lo que respecta a la disponibilidad de fondos para llevar a cabo estudios clínicos definitivos.

Con un número cada vez mayor de pacientes interesados por las MAC y médicos convencionales por lo general reticentes, lo que hoy prevalece en los EEUU es un sistema sanitario no integrado o, lo que es peor, desintegrado. Muchos médicos convencionales desaconsejan activamente el uso de las MAC en su totalidad, sin tomar en consideración las diferencias existentes en sus modalidades o practicantes, o el valor potencial de los tratamientos MAC. Los practicantes de las MAC, por su parte, pueden adoptar una actitud similar al desaconsejar el uso de la medicina convencional aduciendo su excesivo entusiasmo por medicamentos peligrosos y procedimientos invasivos, su falta de respeto por los poderes curativos de la naturaleza y su falta de compasión unida al papel pasivo al que relegan al paciente.

En estas circunstancias, el paciente se encuentra en una posición precaria. Es probable que las personas que buscan tanto los cuidados convencionales como los de las MAC reciban consejos contradictorios y carezcan de los conocimientos necesarios para conciliarlos de manera prudente. Los que eligen seguir los consejos de ambas partes pueden estar sujetos a interacciones peligrosas de las que una mitad del sistema sanitario no tiene conocimiento. Los que optan por evitar ese conflicto limitando su elección a una sola disciplina médica, pueden estar perdiendo importantes beneficios que le ofrecen las otras, con las consiguientes deficiencias en el cuidado. El paciente con una afección crónica, para la que el tratamiento convencional no es eficaz, puede verse abocado a una búsqueda carente de orientación entre un amplio abanico de terapias, sin que disponga de un lugar al que acudir en busca de un guía experto que considere todas las opciones. Los costes de ese cuidado «sin orientación» son tan altos en

sufrimiento humano como en dinero, provocando que los pacientes elijan terapias fútiles y que, potencialmente, pierdan la esperanza, y que las compañías aseguradoras se nieguen a incluir las terapias MAC entre los servicios cubiertos.

De esta manera, aun cuando es sabido que la MAC está ampliamente extendida en el sistema sanitario estadounidense y es cada vez más popular entre la población<sup>5, 16, 17</sup>, todavía persiste la resistencia a la proliferación de las MAC entre los profesionales formados en la medicina convencional<sup>18-21</sup>. Las compañías aseguradoras se ven sometidas a crecientes presiones para que reembolsen el coste de diferentes prácticas MAC<sup>22, 23</sup> cuando todavía no conocen los costes y/o beneficios potenciales de las mismas<sup>22, 25</sup>. Estas tensiones e incompatibilidades constituyen un reto y una amenaza para el enfoque holístico, centrado en el paciente, del cuidado de la salud.

## Medicina integrativa

### Origen y concepto

El fortalecimiento del papel del paciente es uno de los principios y tendencias dominantes en la asistencia sanitaria de hoy en día, pero hay otros. La popularidad de las MAC ya marca, en sí misma, una tendencia importante, como lo hacen el interés por las terapias naturales y el holismo. La importancia de basar en pruebas los tratamientos y la toma de decisiones es un rasgo cada vez más destacado en la formación y la práctica médicas. Por último, el advenimiento del sistema de cuidados gestionados en los Estados Unidos ha hecho que se preste una creciente atención a la relación coste-efectividad de las intervenciones médicas.

La confluencia de estas tendencias conforma el contexto en el que las MAC y la medicina convencional deben coexistir. Hasta la fecha, el medio ambulatorio, en el que la autonomía del paciente es mucho mayor y la regulación de la práctica menos estricta, es el terreno en el que las MAC se han desarrollado con rapidez. Con unas pocas y notables excepciones, tales como el programa de cirugía cardíaca en el Columbia Presbyterian Medical Center de Manhattan<sup>24, 25</sup>, el ámbito hospitalario ha resultado enormemente inhóspito para las MAC hasta el momento. La asistencia hospitalaria está particularmente sensibilizada con la idea de la práctica basada en pruebas, y condicionada por las estipulaciones de las aseguradoras. A pesar de ello, los hospitales se muestran cada vez más proclives a atender el interés público por las MAC, poniendo a su

**Los esfuerzos por compaginar el interés de los pacientes por los cuidados alternativos y los procedimientos y prácticas de la medicina alopática han dado origen a la «Medicina Integrativa».**



En los EEUU se reconocen ahora como aspectos a contemplar en el cuidado de la salud del paciente ambulatorio determinadas modalidades de medicinas alternativas y complementarias, como los suplementos nutricionales.

disposición algunas de las terapias más claramente benignas, como el masaje<sup>26</sup>. Tales gestos pueden incrementar la satisfacción del paciente y son, por tanto, loables. De todas maneras, por lo general el control de aspectos primordiales del cuidado se deja enteramente en manos del personal médico convencional.

Los esfuerzos por compaginar el interés de los pacientes por los cuidados alternativos y los procedimientos y prácticas de la medicina alopática han dado como resultado el nacimiento de la «Medicina Integrativa». Como su nombre indica, este enfoque de los cuidados armoniza la medicina convencional y las MAC. En cualquier caso, más allá del apelativo, mucho de lo que la medicina integrativa es o debería ser está abierto a la interpretación. El Dr. Andrew Weil, de la Universidad de Arizona, ampliamente reconocido por haber acuñado el término de «medicina alternativa», lleva a cabo un programa en el que los médicos convencionales reciben una formación suplementaria en las disciplinas MAC y en medicina natural. En otros lugares, se han creado centros en los que los practicantes de las MAC y los convencionales ocupan despachos adyacentes y derivan a los pacientes de unos a otros.

Quizás la expresión última del cuidado «integrativo» para los practicantes tanto de las MAC como de la medicina convencional es poner sus recomendaciones a disposición de los pacientes, los cuales entonces pueden elegir, con el apoyo y la orientación de un experto, de entre un espectro más amplio de opciones. Todavía muy lejos de que esta situación sea general, estos modelos de hecho existen y parece que tienden a proliferar.

### Posibles ventajas

Las ventajas de un cuidado integrativo en el que los diferentes profesionales colaboran resultan atractivas. El tradicional muro de silencio entre las MAC y la medicina alopática se ha superado, evitando así el riesgo de interacciones adversas o los vacíos en el cuidado. La interacción entre los profesionales en el cuidado de un paciente puede ayudarles a aprender unos de otros, de manera que, con el tiempo, lleguen a

colaborar de una forma más fructífera. Más que la confianza en los limitados conocimientos y habilidades de un médico en particular dada la amplitud de la medicina, un enfoque de los cuidados basado en la colaboración permite el acceso del paciente a profesionales que poseen unos conocimientos y experiencia complementarios. El hecho de que la formación, la acreditación y la legitimidad de práctica varíen ampliamente en el vasto campo de las MAC, y que también sea variable el grado de competencia entre los profesionales formados en la medicina convencional, hace que la comunicación directa entre los diferentes profesionales pueda también ayudar a los pacientes a identificar a los que son más competentes, creíbles y adecuados.

Hasta la fecha, hay sólo un pequeño número de centros asistenciales dedicados a la medicina integrativa en los Estados Unidos. Dignos de mención son la King County Natural Medicine Clinic (Kent, WA), establecida en 1996 específicamente para atender a comunidades racial y étnicamente mixtas y de bajo nivel de ingresos; y el Center for Integrative Medicine en la University of Arizona (UA), fundado por el doctor Andrew Weil en 1994. Los graduados que acceden al programa de medicina integrativa en la UA evalúan a los pacientes y desarrollan planes de tratamiento para ellos basados tanto en las técnicas convencionales como en las alternativas.

**Dado el creciente interés de los pacientes por las MAC, un sistema sanitario que no las tenga en cuenta no puede estar realmente centrado en el paciente.**

Un ejemplo del modelo de cuidado integrativo que sigue los principios expuestos anteriormente, el Integrative Medicine Center (IMC) ubicado en el Griffin Hospital, en Derby, Connecticut (USA), ofrece cuidados para los pacientes ambulatorios plenamente basados en el consenso. El IMC está codirigido por un médico alopático y uno naturópata. Los pacientes, tanto los que llegan por su cuenta como los remitidos por un médico, son evaluados secuencialmente por un médico convencional y por un naturópata. Cada una de estas evaluaciones termina con una junta deliberativa de consenso, en la que los miembros de ambas disciplinas hacen una revisión de todas las opciones terapéuticas con el paciente. El IMC está validado por un panel de practicantes de las MAC de todo el estado de Connecticut, a los que puede remitirse a los pacientes para recibir tratamientos especializados. Entre los servicios que el IMC proporciona, se encuentra el de evaluar las acreditaciones y el currículo de práctica de estos profesionales, y así ayudar a los pacientes a encontrar a los más reputados. Los miembros del panel tienen también que intercambiar información clínica con otros profesionales relacionados con el cuidado de la salud. Otros modelos de medicina integrativa en todo el país operan de manera similar.

En esta coyuntura en la que se encuentra el cuidado de la salud, urge abordar el caso de la medicina integrativa. Dado el claro y creciente interés de los pacientes por las MAC, un sistema sanitario que no las tenga en cuenta simplemente no puede estar realmente centrado en el paciente. El principio de unos cuidados centrados en el paciente puede y debe guiar todas las prácticas médicas. Sin embargo, el fortalecimiento del papel del paciente y de su autonomía no debería darse a expensas de la ciencia y de la práctica basada en pruebas, por lo que la incorporación de las MAC en toda su extensión en las instituciones médicas convencionales es igualmente inapropiada.

La medicina integrativa ofrece una promesa de reconciliación de la autonomía del paciente y de su interés por las MAC con las convenciones que son prevalentes en lo que respecta al cuidado de la salud. El objetivo último del cuidado integrativo debería ser proporcionar a los pacientes acceso al mayor número posible de opciones, en orden a que puedan escoger lo que a ellos les parezca «correcto». La adecuación debería fundamentarse en consideraciones que pertenecen tanto a las prácticas MAC como a las de la medicina convencional: la seguridad y eficacia del tratamiento. Éstas, por su parte, deben ser interpretadas a la luz de las pruebas disponibles.

El objetivo último en la evolución de los cuidados integrativos debería ser disipar las fronteras existentes entre el cuidado convencional y las prácticas MAC. Ambas disciplinas deberían estar sujetas a un control científico riguroso, de forma que se distinguiera de manera sistemática lo que son intervenciones eficaces de las que no lo son. La seguridad no debería presuponerse en ninguno de los dos casos, sino que debería establecerse tras una rigurosa evaluación.

Mientras que la importancia de las pruebas científicas en la medicina moderna es indiscutible, su aplicación es a menudo cuestionable. Lo que ocurre es que, en el caso de muchas afecciones crónicas y síndromes, simplemente no hay datos concluyentes sobre cuál es el mejor tratamiento. En estas

**Con un creciente número de pacientes interesados por las MAC y médicos convencionales reticentes, lo que hoy prevalece en los EEUU es un sistema sanitario no integrado o, lo que es peor, desintegrado.**

circunstancias, los profesionales que optan por considerar la práctica basada en pruebas como la única base para la toma de decisiones médicas no tienen nada que ofrecer. Las pruebas deberían ser una herramienta a disposición del médico y no los barrotes de una jaula. Cuando existen pruebas contundentes a favor de una terapia en particular, esa terapia debería ser recomendada como de elección frente a otras. Cuanto menos clara sea la opción «correcta» de tratamiento, más importante es jerarquizar la evidencia disponible, tomando en consideración la seguridad, la eficacia, las alternativas, y las pruebas que las apoyan a todas ellas. En el caso de muchas afecciones, como el síndrome de fatiga crónica o la fibromialgia, no existe una terapia definitiva, y los mejores tratamientos disponibles serán aquellos que se suponen seguros y posiblemente eficaces. El acceso a las modalidades de las MAC amplía en gran medida las opciones del paciente en el tramo final de las prácticas jerarquizadas según la evidencia, en el que las opciones son por lo general más necesarias. El concepto de una jerarquización de la evidencia se representa en la figura 1.

Muchas modalidades de las MAC se reconocen ahora en los Estados Unidos como aspectos a contemplar en el horizonte del cuidado de la salud del paciente ambulatorio. Entre ellas se encuentran la quiropráctica, la acupuntura, las intervenciones mente-cuerpo tales como la meditación, el masaje terapéutico y los suplementos nutricionales<sup>17</sup>. Algunas



Fig. 1. **Un modelo de jerarquización de la evidencia.** El paciente necesita sobrepasar ampliamente los límites de la medicina basada en pruebas rigurosas. En efecto, hay una demanda de un enfoque racional de las recomendaciones médicas que mire «más allá de los lindes» de la evidencia, si se quieren atender las necesidades de todos los pacientes. Las opciones que se sitúan en lo alto de la jerarquización de la evidencia deberían ser de indicación preferente; las que aparecen en posiciones inferiores serían menos recomendables, aunque deberían ser tomadas en consideración si resultaran ser lo mejor de entre lo disponible. Dada la variabilidad de los aspectos incluidos en la jerarquización -seguridad, eficacia, evidencia, opciones de tratamiento y preferencias del paciente- los límites de estos considerandos son muy amplios. La jerarquización de la evidencia consagra el valor de ésta, pero reconoce la responsabilidad del médico de ofrecer orientación a los pacientes cuyas necesidades no se vean cubiertas mediante el estricto seguimiento de la toma de decisiones basada en pruebas.

de estas mismas modalidades están disponibles en los centros hospitalarios, aunque todavía de manera incipiente. Los esfuerzos que puedan hacerse por incorporar las prácticas MAC en los cuidados convencionales provendrán probablemente de las modalidades MAC más fundamentadas en pruebas o al menos mejor reputadas, y tanto del ámbito del cuidado de los pacientes ambulatorios como de los hospitalizados.

Las ventajas más importantes de la medicina integrativa tienen que ver con estos dos ámbitos. Los pacientes podrían recibir consejo sobre sus opciones terapéuticas de una sola fuente, con la intención de tomar en consideración todas las prácticas, convencionales o no, más que recibir recomendaciones por separado e inconexas de cada lado. Esto ofrece la posibilidad de obtener «lo mejor» de ambos tipos de práctica y de garantizar la seguridad en sus interacciones. El intercambio de información que requiere la medicina integrativa crea oportunidades únicas para asesorar sobre las opciones del paciente. Por ejemplo, la recomendación de un preparado farmacéutico por parte de un médico naturópata como el más eficaz y/o seguro, y una indicación similar de un producto herbal por parte de un médico alopático, pueden ser actuaciones deseables. Un sistema sanitario que ofrece un acceso coordinado, el «acceso en una sola vez», al consejo de los expertos también promete la optimización de su uso gracias a una identificación temprana y precisa de las terapias más convenientes. En este sentido, el cuidado integrativo puede ser igualmente beneficioso para las compañías aseguradoras al reducirse el uso de tratamientos mal elegidos y por tanto fútiles<sup>1, 2</sup>.

### Posibles riesgos

A pesar de que el cuidado integrativo ofrece muchas ventajas, honra los principios de la primacía del paciente, conjuga el respeto por la sensibilidad de éste con el uso sensato de la medicina basada en pruebas y los estándares de la práctica, no está exento de posibles peligros. La elección de terapias que no están avaladas por pruebas científicas supone un reto. No se han elaborado guías sobre qué modalidades MAC pueden o no incluirse en el cuidado de los pacientes ambulatorios y de los hospitalizados, ni se han definido las bases sobre las que sustentar tales decisiones. La relación coste-efectividad de incorporar a más médicos en la atención de pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados no está clara y será difícil de determinar. Es muy probable que los médicos convencionales,

**La evolución de los cuidados integrativos debería tender a disipar las fronteras entre el cuidado convencional y las prácticas MAC. Ambas disciplinas deberían estar sujetas a un control científico riguroso.**



La medicina integrativa no está exenta de riesgos. Contar con demasiadas opciones puede ir en detrimento del paciente como no tener ninguna. El sistema sanitario debe delimitar las opciones para evitar que los pacientes recurran a tratamientos ineficaces o peligrosos, como ilustra esta litografía de C. J. Grant que muestra *Los espantosos efectos de las píldoras vegetales de Morison* (1835).

particularmente los que actúan en el ámbito hospitalario, se resistan a un cambio sustantivo en la actual estructura de poder del estamento médico. Se da también el reto puramente logístico de asegurar los privilegios de los hospitales y de mantener unos estándares de acreditación adecuados para diversos profesionales que resultan inhabituales para la mayoría de los estamentos de la administración médica. Los que se enfrentan a este reto deberían beneficiarse de quienes ya lo han superado con éxito.

Como última, y quizás más importante cuestión, cabe decir que la ampliación de las opciones en el cuidado de la salud puede no derivar en mejores resultados ni en el fortalecimiento del papel del paciente. Contar con demasiadas opciones puede ir tan en detrimento del paciente como no tener ninguna. A veces los pacientes pueden obtener un mayor beneficio si el sistema sanitario delimita las opciones disponibles. Un ejemplo obvio es el del laetrile, un tratamiento «alternativo» para el cáncer que se ha demostrado ineficaz, pero que, sin embargo, mantiene su atractivo entre pacientes que se hallan en situaciones desesperadas. Cualesquiera que sean los progresos que se hagan hacia una medicina integrativa cada vez más extendida, éstos siempre se enfrentarán a la acuciante cuestión de «dónde trazar la línea», qué modalidades de tratamiento colocar fuera de los límites. El concepto de jerarquización de la evidencia o algo similar sería útil a este propósito, pero no eliminaría el reto. Por ejemplo, los pacientes gravemente enfermos que no se sienten cómodos con las terapias convencionales podrían solicitar terapias no convencionales de cuya validez simplemente no hay pruebas. La voluntad de determinados grupos u hospitales de considerar tales opciones corre el riesgo de caer en la proverbial pendiente resbaladiza, sin establecer ningún tipo de límite para la elección del paciente. Los dilemas asociados a la autonomía del paciente y a la incorporación de las MAC en la práctica médica fueron

## En la medicina integrativa, los pacientes podrían recibir consejo de una sola fuente, tomando en consideración todas las prácticas, más que recibir recomendaciones inconexas de cada lado.

recientemente tratados en una conferencia de un día de duración que tuvo lugar en la Yale School of Public Health<sup>28</sup>.

### Conclusiones

Las modalidades MAC deben, simplemente, ser accesibles a los pacientes para garantizar que los principios de fortalecimiento de su papel sean consagrados en toda su extensión. Que esto ocurriera al margen de la práctica convencional daría como resultado unos sistemas sanitarios inconexos, con la posibilidad de que se dieran incompatibilidades peligrosas y se produjeran vacíos indeseables. Puede ganarse mucho superando la distinción histórica entre los cuidados convencionales y complementarios, y pensando en cambio en todas las opciones de tratamiento razonables. La determinación de hasta qué punto son razonables tales opciones debería estar basada en la aplicación concienzuda de una jerarquización de la evidencia que abarque aspectos como la seguridad, la eficacia y las alternativas, así como las creencias y preferencias del paciente.

Se han logrado avances en los cuidados integrativos, fundamentalmente por lo que concierne a la asistencia de los pacientes ambulatorios, y es probable que esta tendencia prosiga durante algún tiempo. En cualquier caso, este enfoque de incorporar las modalidades MAC a las opciones de tratamiento ya existentes no es menos razonable aplicado al ámbito hospitalario. Los requerimientos de acreditación para los practicantes de las MAC podrían ser más estrictos, y el área de práctica estar más limitada para el cuidado tanto de los pacientes hospitalizados como ambulatorios; incluso así, las opciones que se pondrían a disposición de los pacientes podrían mejorar sustancialmente. El progreso hacia un cuidado hospitalario más integrativo podría muy razonablemente empezar con las modalidades de MAC más aceptadas y basadas en pruebas, entre ellas la acupuntura, la quiropráctica, las terapias nutricionales, el masaje y la meditación, por citar unas pocas.

Los retos que supone lograr que la medicina integrativa sea la norma prevalente en los modernos cuidados de la salud son enormes. Se han de superar las reticencias del estamento médico convencional. Los practicantes de las MAC deben estar preparados para encontrar una base y un lenguaje comunes con sus colegas alopáticos. Todos los practicantes de ambos tipos de medicina deben asumir la importancia y el valor de las pruebas científicas, a la par que tener la voluntad de tomar conciencia de sus límites. Las compañías aseguradoras tendrán que reembolsar el costo de

aquellas modalidades MAC validadas por los practicantes de la medicina integrativa para que la población pueda apreciar algún beneficio. Para hacer realidad este objetivo, deben desarrollarse modelos de atención sanitaria rentables.

La medicina integrativa debería continuar su evolución en el ámbito de la atención primaria. A medida que las MAC y las modalidades convencionales fueran realizando con éxito esfuerzos comunes en el tratamiento de los pacientes ambulatorios, estas experiencias deberían conducir a una transformación gradual de la asistencia médica en el ámbito hospitalario, en el que las barreras son mayores y quizás, de algún modo, también más altas. Debería ponerse énfasis en las modalidades MAC mejor validadas por pruebas científicas, en aquéllas para las que la formación y consiguiente acreditación fueran más rigurosas y/o de las que hay mayor necesidad, entre ellas la medicina naturopática, la acupuntura, la quiropráctica, la medicina nutricional y herbal, las intervenciones mente-cuerpo y el masaje terapéutico.

Estamos, quizás, a mucha distancia de que los cuidados integrativos devengan el estándar de práctica en Europa y en los Estados Unidos. Aun así, los muchos giros que están dándose en el moderno cuidado de la salud y que lo están remodelando, el fortalecimiento del papel del paciente entre otros, podrían empujarnos en esa dirección. Podemos imaginar el día en que la compatibilidad entre las opciones terapéuticas y los valores y las creencias del paciente sean una prioridad universal; el día en que profesionales con diferente formación y grado de competencia colaboren en un espíritu de mutuo respeto; el día en que la práctica basada en pruebas sea universalmente valorada, pero siempre que todos y cada uno de los médicos reconozcan que los pacientes no deben ser abandonados si sus necesidades sobrepasan los dictados de la medicina basada en pruebas.

## El intercambio de información que requiere la medicina integrativa crea oportunidades únicas para asesorar sobre las opciones del paciente.

Se ha dicho que la mejor y más genuina manera de predecir el futuro es crearlo. Por tanto, quizás el imaginar las ventajas de los cuidados integrativos sea el primer paso hacia la toma de conciencia de que éstas son reales. Como la medicina convencional, las MAC incluyen terapias que son seguras y eficaces, algunas que son lo uno pero no lo otro, y otras que no son ni lo uno ni lo otro. Por eso, hay que actuar con cautela en el proceso de introducción de las MAC en los sistemas establecidos de asistencia médica ambulatoria y hospitalaria. Pero la necesidad de ser cautelosos y concienzudos no es razón para no actuar en el camino de la integración. Todos deberíamos aspirar a ver el día en que no existan cuidados «alternativos» o

«convencionales», sino simplemente «buenas opciones» basadas en la ciencia, en las pruebas, en la seguridad, en la eficacia y en las preferencias y creencias del paciente. Cuando toda la medicina esté a disposición de todos los pacientes, cuando la responsabilidad y la disposición a dar respuestas estén universalmente incorporadas a nuestras actitudes, el núcleo central del cuidado y los intereses del paciente coincidirán. El fortalecimiento del papel del paciente y los mejores resultados posibles en el campo del cuidado de la salud se conseguirán cuando dispongamos de manera sistemática de una orientación experta en una disponibilidad global de las distintas opciones terapéuticas.

Si las MAC y la medicina convencional han de persistir, como parece ser el caso, es prioritario que convivan en armonía para evitar peligrosas tendencias encontradas en los sistemas de provisión de cuidados de salud. La medicina integrativa es la promesa de un puente tendido sobre unas aguas en potencia turbulentas.

### Referencias bibliográficas

1. Druss B, Rosenheck R. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA* 1999;282:651-56.
2. Katz D. Conventional Medical Care and Unconventional Therapies. *JAMA* 1999;281:56.
3. Katz D, Williams A, Girard C, Goodman J, Comerford B, Behrman A, et al. Evidence Mapping: Introduction of Methods with Application to Complementary and Alternative Medicine Research. *Alternative Therapies in Health & Medicine* 2002; en prensa.
4. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2000: National Health and Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1991.
5. Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
6. Astin J, Marie A, Pelletier K, Hansen E, Haskell W. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch Intern Med* 1998;158:2303-10.
7. Elder N, Gillchrist A, Minz R. Use of alternative health care by family practice patients. *Arch Fam Med* 1997;6:181-84.
8. Feldman M. Patients who seek unorthodox medical treatment. *Minn Med* 1990;73:19-25.
9. McKee J. Holistic health and the critique of Western medicine. *Soc Sci Med* 1988;26:775-84.
10. Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.
11. Mitchell S. Healing without doctors. *Am Demogr* 1993;15:46-49.
12. Perelson G. Alternative medicine: what role in managed care? *J Clin Res* 1996;5:32-38.
13. Rao J, Mihaliak K, Kroenke K, Bradley J, Tierney W, Weinberger M. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. *Ann Intern Med* 1999;131:409-16.
14. Relman A, Weil A. Is Integrative Medicine the Medicine of the Future? *Arch Intern Med* 1999;159:2122-26.
15. Dalen J. "Conventional" and "Unconventional" Medicine. *Arch Intern Med* 1998;158:2179-81.
16. Harris P, Rees R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: A systematic review of the literature. *Complement Ther Med* 2000;8:88-96.
17. Kessler R, Davis R, Foster D, Rompay MV, Walters E, Wilkey S, et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med* 2001;135:262-68.
18. Marcus D. How should alternative medicine be taught to medical students and physicians? *Acad Med* 2001;76:224-29.
19. Beyerstein B. Alternative medicine and common errors of reasoning. *Acad Med* 2001;76:230-37.
20. Sampson W. The need for educational reform in teaching about alternative therapies. *Acad Med* 2001;76:248-50.
21. Angell M, Kassirer J. Alternative medicine-- the risks of untested and unregulated remedies. *N Engl J Med* 1998;39:839-41.
22. Pelletier K, Astin J, Haskell W. Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care organizations (MCO's) and insurance providers: 1998 update and cohort analysis. *Am J Health Promot* 1999;14:125-33.
23. Pelletier K, Marie A, Krasner M, Haskell W. Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers. *Am J Health Promot* 1997;12:112-22.
24. Oz M. Emerging role of complementary medicine in valvular surgery. *Adv Cardiol* 2002;39:184-8.
25. Okvat H, Oz M, Ting W, Namerow P. Massage therapy for patients undergoing cardiac catheterization. *Altern Ther Health Med* 2002;8:68-70, 72, 74-5.
26. Hemphill L, Kemp J. Implementing a therapeutic massage program in a tertiary and ambulatory care VA setting: the healing power of touch. *Nurs Clin North Am* 2000;35:489-97.
27. Katz DL. *Clinical Epidemiology and Evidence-based Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2001.
28. Katz DL, Frampton S (conference co-chairs). Rules of the Road: Patient Driven Care Forum. Yale School of Public Health, April, 2002; New Haven, CT.